

Kirkonsalmen palvelukodin omavalvontasuunnitelma

22.4.2025

Laatija: Raisa Vinter

Sisällys

1. Palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot	4
1.1 Palveluntuottajan perustiedot	4
1.2 Palveluyksikön perustiedot	4
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	7
3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen	7
3.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen	8
3.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen	9
3.4 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen	17
3.5 Yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja asiakkaan/potilaan aseman ja oikeuksien varmistaminen ..	19
4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen	23
4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely	23
4.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta	25
4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä	25
4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano	26
5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi	27
5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta ja raportointi	27
5.2 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi	28

1. Palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot

1.1 Palveluntuottajan perustiedot

- Savas-Säätiö sr
- Y-tunnus 0816129–8
SOTERI-rekisteröintinumero: 1.2.246.10.8161298.10.27
- Sepänkatu 4 A 1, 70100 Kuopio

1.2 Palveluyksikön perustiedot

- Kirkonsalmen palvelukoti
- Pappilantie 6 74120 Iisalmi
Kesäheinä 044 430 6367, Mansikka 044 430 6366, Sinikello 044 4306365,
kirkonsalmi@savas.fi
- Yksikön johtaja: Raisa Vinter, Pappilantie 6, 74120 Iisalmi 041 7325275
Sähköposti: raisa.vinter@savas.fi

1.3 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet

Kirkonsalmen palvelukoti tarjoaa ympärivuorokautista asumispalvelua kehitysvammaisille ja autismikirjon henkilöille. Kirkonsalmen palvelukoti tuottaa palveluita Pohjois-Savon hyvinvointialueelle. Yksikössä on asukaspaikkoja 15 vakitukselle asukkaalle kolmessa eri ryhmäkodissa. Henkilökuntaa meillä on 15 ohjaajaa, joista oppisopimuksella kaksi työntekijää, lisäksi meillä työskentelee yksi avustaja ja yksikön johtaja.

Toiminnan lähtökohtana on aina ihminen omine yksilöllisine ominaisuuksineen ja tarpeineen. Toimimme niin, että jokainen asiakkaamme saa kasvaa omassa osallisuudessaan omaan mittaansa. Toimintamme on läpinäkyvää ja kommunikaatio avointa ja vuorovaikutteista. Kirkonsalmen palvelukodin toiminta perustuu näihin arvoihin. Kirkonsalmen Palvelukodin omat asukkaiden ja työntekijöiden yhdessä pohtimat arvot ovat aito läsnäolo, oma koti ja luottamus. Ihminen edellä tarkoittaa, että toimintamme lähtökohtana on aina ihminen omine yksilöllisine ominaisuuksineen ja tarpeineen. Palvelukodilla haluamme olla aidosti läsnä, toisemme huomioiden. Arvostamme vuorovaikutusta ohjaajien ja asukkaiden välillä sekä pieniä kahdenkeskeisiä hetkiä arjessa, yhdessä pieniin asioihin pysähtymistä, iloa, huumoria ja naurua, lämpöä ja läheisyyttä. Opimme ymmärtämään toisiamme ja asetumme toisen asemaan. Palvelukoti on asiakkaan oma koti, jossa osallisuus tarkoittaa, että asiakkaat vaikuttavat itse omaan elämäänsä, keskustelevat ja tuovat esiin omat toiveensa

tarvitsemastaan palvelusta. Asiakkaat tulevat kuulluksi ja huomioiduksi palveluja kehitettäessä, palvelujen toteuttamisessa ja kun arvioidaan palvelujen laatua. Asiakas ottaa vastuuta omasta elämästään, kun hänelle antaa tarpeeksi aikaa, tietoa ja vaihtoehtoja omalla kommunikaatiomenetelmällä, näin hän pystyy tekemään päätöksiä omaa elämää koskien.

Asiakkaalla on valinnanvapaus, mutta myös vastuu valinnoista. Jokaisella on oman näköinen elämä, jossa kokee turvallisuutta ja saa tukea myös yhteisöstä. Seuraamme yhteiskunnan muutoksia aktiivisesti ja uudistumme sen mukana. Asiakkaalla on oikeus ja mahdollisuus saada ja hankkia tietoa ohjaajan avustuksella häntä kiinnostavista asioista. Myös henkilökunnan osaamista kehitetään asiakkaiden tarpeiden mukaan.

Toimintamme on läpinäkyvää, kommunikaatio avointa ja vuorovaikutteista. Yksikössä luotamme toisiimme ja läheisiin. Arvostamme sitä, että asiat otetaan reilusti puheeksi, annetaan ja osataan ottaa palautetta vastaan. Tiedotetaan avoimesti asioista. Luotamme siihen, että yhdessä eri näkökulmia tarkastellen voimme tehdä asioissa parhaan mahdollisen ratkaisun

Asumispalvelut järjestetään mahdollisimman pitkälle vastaamaan asiakkaan yksilöllisiä tarpeita. Asiakkaan toimintakyky arvioidaan ja hänelle laaditaan yhdessä asiakkaan ja hänen läheistensä/tukiverkostonsa kanssa yksilöllinen palveluntoteuttamissuunitelma = Minun elämäni suunnitelma (MESSI). Yksilöllisen ohjaamisen kautta etsitään asiakaskohtaisia toimintamalleja. Asiakkaiden toimintakykyä arvioidaan RAI ID arvioinnilla. Arvioinnista nousee tavoitteita, joita yhdessä asiakkaan kanssa nostetaan asuinpalvelun toteutukseen ja niiden toteutumista seurataan ja arvioidaan. Asiakkaille on nimetty omat ohjaajat, jotka toimivat asiakkaan yhteyshenkilönä eri verkostoissa ja varmistavat asiakkaan hyvän palvelun toteutumisen tavoitteiden mukaisesti. Erityisesti kiinnitetään huomiota, miten erityistukea tarvitseva henkilö voi toimia vuorovaikutuksessa omalla kommunikaatiotavallaan ja asiakasta tuetaan omaa elämää koskevilla päätöksillä.

Kirkonsalmen palvelukodilla on ostopalveluina:

- siivouspalvelut, ISS Palvelut Oy
- ateriapalvelut, Ravintola Iltalypsy
- kiinteistön kunnossapito, piha-alueiden auraus ja hiekoitus sekä hälytyslaitteiden säännöllinen testaus, ISS Palvelut Oy
- jätehuolto, Lassila & Tikanoja ja Ylä-Savon jätehuolto
- itc palvelut, ITC
- nuohouspalvelut, Iisalmen nuohouspalvelut Oy
- paloturvallisuuslaitteiston tarkastus/määräaikaistarkastus, Alarm control, Alco Oy, huolto PAP Group Oy
- automaattinen sammutusjärjestelmän huolto ja tarkastus A-Pipe Oy

1.4 Päiväys

Versio: 1.0/ 22.4.2025

Raisa Vinter, yksikön johtaja

2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako

Omavalvontasuunnitelma päivitetään vuosittain laatutyön mukaisesti ja aina tarvittaessa. Omavalvontasuunnitelman laatii yksikön johtaja Raisa Vinter yhdessä työryhmän kanssa. Yksikön johtaja hyväksyy ja huolehtii omavalvontasuunnitelman julkaisemisesta.

Omavalvontasuunnitelman laadinnan ja päivittämisen yhteydessä on tarkistettu myös muiden toimintaa ohjaavien suunnitelmien ajantasaisuus:

- Säätiön tietoturvasuunnitelma (päivitetty 18.2.2025)
- Säätiön palveluntuottajan valmiussuunnitelma (päivitetty 31.1.2023).
- Kirkonsalmen palvelukodin lääkehoitosuunnitelma (allekirjoitettu 20.10.2024)
- Säätiön infektioiden hallinta suunnitelma (päivitetty 29.1.2025).
- Kirkonsalmen palvelukodin pelastus- ja poistumissuunnitelma (päivitetty 3/2025)
- Elintarvikelain mukainen omavalvonta (16.1.2024)
- Riskienhallintasuunnitelma (päivitetty 11.12.2024)
- Kriisienhallintaohjelma (päivitetty 26.9.2024)
- Siivoussuunnitelma (päivitetty 1/24)

Omavalvontasuunnitelma löytyy sähköisenä yksikön laatukäsikirjasta, tulostettuna yksikön seinältä. Lisäksi omavalvontasuunnitelma julkaistaan säätiön nettisivuilla, jonka julkaisusta vastaa hallinnon assistentti, sekä Socfinder:ssä (Socfinder: vammaispalvelut työväline hyvinvointialueesi asiakasohjaukseen). Omavalvonta suunnitelma käydään läpi ja päivitetään yhdessä henkilöstön kehittämissä päivässä. Viikkopalaverissa seurataan omavalvonnan toteutumista yhdessä laatutyöstä nousevien kehittämiskohteiden kanssa. Säätiössä on laadittu perehdytysohjelma opiskelijoille ja uusille työntekijöille. Palveluasumisen perehdyttämisen

työvälineenä toimii säätiön intra. Omavalvontaa käydään läpi asiakkaiden kanssa yhteisökokouksissa ja läheisten kanssa läheisten illassa.

Omavalvontasuunnitelma päivitetään, kun toiminnassa tapahtuu muutoksia palvelun laadussa ja asiakasturvallisuudessa. Omavalvontasuunnitelmat arkistoidaan yksikön laatukäsikirjan arkistoon. Laadunhallinta seuraa myös omavalvonnan toteutumista. Omavalvontasuunnitelman laatupoikkeamat käydään läpi henkilökunnan kokouksessa ja aktiivisesti seurataan suunnitelman toteutumista. Palautteet kerätään asiakastietojärjestelmään DomaCaren yleisraportointiin, josta ne kerätään henkilökunnankokouksiin ja ne käsitellään. Kokouksessa katsotaan palautteiden jatkotoimenpiteet ja vastuuhenkilö asialle. Omavalvontasuunnitelma arkistoidaan yksikön laatukäsikirjaan.

3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat

3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen

Asiakkaat tulevat Kirkonsalmen palvelukodille hyvinvointialueen esittämänä sosiaalityöntekijän kautta, jos yksikössä on vapaita asumispaikkoja. Alihankintatilanteissa palveluntuottaja on velvollinen seuraamaan laatua ja ilmoittamaan palvelun ostajalle poikkeamista.

Palveluyksikön keskeisimpiä palveluita ja hoitoon pääsyä koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta on kuvattu Taulukossa 1.

*Taulukko 1: Palveluyksikön keskeisimpiä **palveluita ja hoitoon pääsyä** koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta*

Tunnistettu riski	Riskin arviointi (suuruus ja vaikutus)	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Työntekijöiden vaihtuvuus/sitouttaminen	Vähäinen	Esihenkilön valmennukset, osaamisen varmistaminen, säännölliset kahden vuoden välein toteutettavat työhyvinvointikartoitukset, tyhy-toiminta, perehdytys

3.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen

3.2.1 Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi

Pohjois-Savon hyvinvointialueen vammaispalveluyksikön henkilökunta laatii yhdessä asiakkaan, läheisten ja palveluyksikön kanssa hoito- ja palvelusuunnitelman, johon kirjataan asiakkaan toimintakykyyn, opiskelu-, päivä- ja työtoimintaan, asumiseen, kuntoutukseen ja apuvälineisiin liittyvät asiat ja päätökset. Hoito- ja palvelusuunnitelma tarkastetaan tarvittaessa tai määritellyn ajan välein. Myös muut ohjaajat ovat hyvin perillä palvelusuunnitelman sisällöstä. Ohjaajat seuraavat palvelusuunnitelmassa sovittujen asioiden toteutumista ja ovat tarvittaessa yhteyksissä vammaispalveluyksikköön.

Asiakkaiden hyvinvointialueiden kanssa pidettävässä palvelu- ja kuntoutusuunnitelma-palaverissa suunnitellaan ja arvioidaan yksilöllisesti asiakkaiden toimintakykyä ja kuntoutumista koskevat, sekä palveluntarvetta käsittelevät kokonaisuudet. Palveluyksiköiden, palveluasumisen ja päivätoiminnan välinen yhteistyö on asiakkaan kuntouttamisen kannalta tärkeää.

Moniammatillinen verkosto tukee asiakkaan kokonaisvaltaista elämää. Yhteistyötahoina ovat hyvinvointialueen sosiaalihuolto, terveydenhuolto ja moniammatillinen tiimi rajoitustoimien piteiden suunnitteluun ja toteutukseen.

Yhteydenpito tapahtuu pääasiallisesti henkilökohtaisin tapaamisoin ja neuvotteluoin, nettisivuinformaatiolla, puhelimitse ja sähköpostitse. Sähköpostin käytössä huomioidaan tietoturvarajoitteet (Tietosuojavaltuutetun toimiston antama ohje sähköpostin käytöstä sosiaalihuollossa 15.9.2010). Kotikunnan viranomaisiin ja muihin (viranomais-) yhteistyötahoihin käytössä on henkilökohtaiset tapaamiset, neuvottelut, puhelin ja sähköposti.

3.2.2 Valmius- ja jatkuvuudenhallinta

- Organisaaton valmius- ja jatkuvuudenhallinnasta, sekä valmius- ja jatkuvuudensuunnitelmasta vastaava Vilma Kröger
- Palveluyksikön valmius- ja jatkuvuudenhallinnasta, sekä valmius- ja jatkuvuussuunnitelmasta vastaava Raisa Vinter, yksikön johtaja p.041–7325275

Säätiössä on laadittu valmiussuunnitelma, jonka on päivittänyt isännöitsijä Petri Lievonen, puh: 0444306304. Valmiussuunnitelmaan on kuvattu johtamisen ja tiedottamisen vastuut.

Kirkonsalmen palvelukodilla valmiusvarasto on 72 tuntia kotivara, joka sisältää elintarvikkeita ja vettä sekä varavirtalähteitä.

Arjessa käytetään sijaisia poissaolojen sijaistuksiin. Lyhyet keikkaluontoiset sijaisuudet katsotaan aina tilanteen mukaan. Säätiöllä on kiertäviä ohjaajia, jotka ovat perehdytetty yksikköön. Heitä voidaan tarpeen mukaan käyttää äkillisissä poissaoloissa. Tarvittaessa henkilöstöä voidaan siirtää toiseen yksikköön työvuoroon. Lähtökohta on taata turvallinen toiminta ja siihen riittävä resurssi. Toimintaa suunnitellaan yksikön tarpeen mukaan huomioiden asiakkaiden yksilölliset tuen tarpeet.

Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien jatkuvuutta koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta on kuvattu Taulukossa 2.

*Taulukko 2: Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien **jatkuvuutta** koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta*

Tunnistettu riski	Riskin arviointi (suuruus ja vaikutus)	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Kriittisen teknisen palvelun keskeytyminen	Vähäinen	Organisaatiotason ohjeistus kriisitilanteiden varalta, ongelmatilanteet ja niissä toiminen on otettu huomioon turvallisuussuunnitelmassa

3.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen

3.3.1 Palveluiden laadulliset edellytykset

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen on oltava laadukkaita, asiakas- ja potilaskeskeisiä, turvallisia ja asianmukaisesti toteutettuja. Katso lisää sosiaali- ja terveysministeriön (STM) asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 (STM:n julkaisuja 2022:2). Savaksella on sefitigaatti kriteeristö (SHQS-Laatujaärjestelmä), jonka pohjalta laatua ja turvallisuutta arvioidaan.

Asiakkailta kerätään järjestelmällisesti palautetta toiminnasta Bikva- arvioinnin (palautekeskustelu) avulla joka toinen vuosi. Tulosten pohjalta syntyy laatukriteereitä, joiden avulla toimintaa kehitetään ja arvioidaan jatkuvasti. Myös läheiset osallistuvat Bikva-arviointiin. Kirkonsalmen palvelukoti tekee yhteistyötä päivätoimintapaikkojen Osallisuustalo AITO:n ja Purjeen kanssa, sekä hyvinvointialueen ja sidosryhmien ja läheisten kanssa. Toimintaa ja palvelua arvioidaan ja kehitetään koko ajan. Laadunhallinta sertifioitun Qualitor Oy:n laatujärjestelmän mukaisesti. Laaduntunnustusauditoinnit toteutetaan organisaation laatiman erillisen suunnitelman mukaisesti.

Säätiön hallinto vastaa organisaation riskinhallintasuunnitelmasta ja yksikön johtaja vastaa yksikön riskienhallinnasta, yhdessä työryhmän kanssa. Yksikössä arvioidaan riskienhallintaa joka toinen vuosi. Riskienhallinnasta nousseita asioita käsitellään ja arvioidaan henkilöstön viikko- ja työkokouksissa sekä kehittämispäivissä. Laatuporttiin tulleet laatu/turvallisuus poikkeamat käsitellään jokaisessa henkilöstön kokouksessa. Poikkeama ilmoitus käydään läpi ja juurisyy määritellään. Mietitään toimenpiteitä ja määritellään henkilö, joka vastaa poikkeaman toimenpiteistä. Toimenpiteitä tarvittaessa arvioidaan seuraavassa henkilökunnan kokouksessa.

3.3.2 Toimitilat ja välineet

Kirkonsalmen palvelukoti on rakennettu vuonna 2000. Vuosien varrella palvelukotia on remontoitu sisäpinnoilta ja yksikkö on saanut uutta ilmettä mm. sauna- ja keittiöremonteilla.

Kirkonsalmen palvelukodilla on kolme ryhmäkotia; Sinikello, Kesäheinä ja Mansikka. Jokaisessa ryhmäkodissa on viisi asukashuonetta. Jokaisessa asukashuoneessa on oma wc ja suihku. Yhteisessä käytössä asukkaille on sauna- ja suihkutilat, iso olohuone/oleskeluhuone ja keittiö.

Pyykkihuoltoon käytämme omaa huonetta.

Kirkonsalmen palvelukodin tilojen toimivuutta ja terveellisyyttä seurataan arjessa. Havaitut poikkeamat ilmoitetaan kiinteistöhuoltoon ja tarvittaessa myös isännöitsijälle (Petri Lievonen). Yksikössä tehdään vuosittain riskien arviointi, jossa arvioidaan kemialliset, mikrobiologiset ja fysikaaliset riskitekijät. Siivousvälineet ja -aineet säilytetään asianmukaisesti. Siivouskaapeissa sekä aineista on käyttöturvatiedotteet.

Kiinteistöille on tehty PTS-suunnitelma, jossa pitkän tähtäimen suunnitelma kiinteistön huolloista ja remonteista. PTS-suunnitelman ylläpidosta vastaa Säätiön isännöitsijä (Petri Lievonen).

Apuvälineiden huolto tilataan Berneriltä tai apuvälinehuollosta (Servica). Apuvälineitä meiltä löytyy asukassänkyjä, suihkulavetteja ja suihkutuoleja, rollaattoreita, pyörätuoleja ja seisomatelineitä sekä polkupyöriä

3.3.3 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuoja

- Palveluyksikön asiakastietojen käsittelystä ja siihen liittyvästä ohjeistuksesta vastaa yksikön johtaja Raisa Vinter p. 041 7325275 (Asiakastietolain 7 §:n)
- Säätiön tietosuojavastaavana toimivat:
Asiantuntija Minna Heinström, 044 367 4070
Taluspäällikkö Mari Wilman, 044 430 6398

Palveluyksikön toiminnassa on otettu huomioon EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen ((EU) 2016/679) ja tietosuojalain (1050/2018) vaatimukset tietosuojaperiaatteiden sekä rekisteröidyn oikeuksien toteutumisesta. Tietosuojaperiaatteista, osoitusvelvollisuudesta, rekisteröityjen informoinnista, rekisteröidyn oikeuksista, tietosuojavastaavasta sekä tietoturvaloukkauksista löydät tietoa tietosuojavaltuutetun verkkosivuilta. - Tietosuojaperiaatteiden käytännön toteutus on kuvattu organisaation tietoturvapoliitikassa, tietoturvasuunnitelmassa, tiedonhallinnan toimintaohjeessa ja asiakastietojen laadinta- ja käsittelyohjeessa. Dokumentit ja niitä täydentävät ohjeet, esimerkiksi ohje tietoturvaloukkauksen ilmoittamisesta, ovat kaikkien työntekijöiden saatavilla organisaation laatukäsikirjassa. Saatavilla on suostumuslomakkeet erilaisiin tilanteisiin, kuten tietojen luovuttaminen ja pyytäminen, tietojen tarkastaminen ja korjaaminen tai asiakkaan valokuvaaminen ja videointi. Rekisteriseloste on asiakkaiden nähtävillä. Asiakkaiden oikeuksista omiin tietoihinsa ja asiakastietojen kirjaamisesta asiakastietojärjestelmään tiedotetaan esimerkiksi asiakkaiden yhteisökokouksissa säännöllisesti. Asiakaskirjauksia tehdään mahdollisuuksien mukaan yhdessä asiakkaiden kanssa. Jokainen työntekijä allekirjoittaa salassapito- ja käyttäjä sitoumuksen ja perehtyy siinä liitteenä olevaan tietosuojaohjeeseen. Organisaatiossa on kaksi tietosuojavastaavaa.

Henkilötietojen suojaa koskevat ohjeet ovat osa perehdytysohjelmaa. Ohjeet ovat aina henkilöstön saatavilla organisaation laatukäsikirjassa, Tiedonhallinta osiossa. Ohjeiden ajantasaisuudesta vastaavat organisaation tietosuojavastaavat

Perehdytyksen lisäksi työntekijät suorittavat organisaation tietosuojavastaavan pitämän tietosuojakoulutuksen osana kirjaamisvalmennusta. Toimintavuoden 2025 alusta alkaen organisaatiossa on otettu käyttöön Navisec -verkkokoulutuspalvelu, jonka avulla henkilöstö koulutetaan tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvissä asioissa. Tietoturvaloukkaustilanteiden varalle on tehty toimintaohje, Ohje tietoturvaloukkauksen ilmoittamisesta. Ohje on laatukäsikirjan Tiedonhallinta osiossa kaikkien työntekijöiden saatavilla ja kuuluu osaksi perehdytysohjelmaa.

Organisaatiossa on tehty Asiakastietojen laadinta- ja käsittelyohje, koskien asiakas- ja potilastietojen käsittelyä ja kirjaamista. Ohje on laatukäsikirjan tiedonhallinta osiossa kaikkien työntekijöiden saatavilla ja kuuluu osaksi perehdytysohjelmaa. Ohjeiden ajantasaisuudesta vastaavat organisaation tietosuojavastaavat.

Asiakastietojen laadinta- ja käsittelyohjeessa on kuvattu ja ohjeistettu asiakkaan tarkistusoikeus, asiakastiedon korjaaminen ja asiakirjojen luovuttaminen. Asiakkaalla tai hänen laillisella edustajallaan on oikeus pyynnöstä tarkistaa kaikki itseään tai edustamaansa henkilöä koskevat tiedot. Tällöin käytetään rekisteritietojen tarkastuspyyntölomaketta. Asiakkaan mielestä virheellisien, tarpeettomien, puutteellisten tai vanhentuneiden tietojen korjaamistapauksessa käytetään tiedonkorjaamisvaatimus-lomaketta. Asiakirjoja voidaan luovuttaa ulkopuolisille asiakkaan tai hänen laillisen edustajansa suostumuksella. Tämä todennetaan kirjallisesti Asiakkaan suostumus asiakastietojen luovuttamiseen ja pyytämiseen lomakkeella. Tietojen luovuttamisesta tehdään kirjaus asiakastietojärjestelmään. Rekisterinpitäjän päätearkistoon luovutetuista asiakirjoista otetaan kuittaus asiakirjojen luovutuslomakkeeseen.

Asiakastiedot kirjataan DomaCare asiakastietojärjestelmään. Arkistointi toteutuu Tiedonhallinnan toimintaohjeen mukaan. Väliarkistointi toteutuu organisaation omassa arkistossa. Sähköinen arkistointi asiakastietojärjestelmässä. Palvelun päätyttyä asiakkaan asiakirjat toimitetaan rekisterinpitäjälle päätearkistoitavaksi.

DomaCaren pääkäyttäjät antavat esihenkilötason tunnukset. Esihenkilöt antavat ohjaajataso- tunnukset oman yksikön työntekijöille. Tunnukset voivat olla voimassa toistaiseksi tai määräajan työsuhteen mukaisesti. Ohjelma rajaa pääsyn vain oman yksikön asiakkaiden tietoihin. Toisen yksikön asiakkaiden tietoihin pääsy ohjataan omahoitajatoiminnolla rajatusti niille työntekijöille, joilla on asiakkuussuhde asiakkaaseen.

Poikkeamat kirjataan ja käsitellään toimintayksikössä, tietosuojavastaavien toimesta ja organisaation johdossa tapauskohtaisen tarpeen mukaan. Tietosuojan toteutumista, sekä ohjeiden ja viranomaismääräysten noudattamista arvioidaan toimintayksikön johdonkatselmuksissa vuosittain ja kokouksissa tarpeen mukaan toimintavuoden aikana. Tietosuoja-asiat ovat myös osa sisäistä tarkistusta, sekä sisäistä- ja ulkoista auditointia. Asiakas- ja potilastietojen käsittelyn arviointi toimintayksikön arjessa on jatkuvaa.

3.3.4 Tietojärjestelmät ja teknologian käyttö

Järjestelmätoimittaja vastaa asiakastietojärjestelmän olennaisten vaatimusten täyttymisestä ja järjestelmän ajantasaisuudesta. DomaCare asiakastietojärjestelmä on Valviran tietojärjestelmärekisterissä. DomaCare asiakastietojärjestelmään kirjaudutaan vain organisaation työasemilta ja muilta organisaation laitteilta. Henkilöstön perehdyttäminen ja kouluttaminen järjestelmän käyttöön tapahtuu toimintayksikössä. Uusista toiminnoista järjestetään tarvittaessa järjestelmätoimittajan tai pääkäyttäjien järjestämä koulutus.

Viimeisin tietoturvasuunnitelma on laadittu helmikuussa 2024 ja se päivitetään helmikuussa 2025. Päivityksestä vastaa tietosuojavastaavat. Palveluyksiköissä sen toteutumisesta vastaa yksikön johtaja ja jokainen työntekijä omassa toiminnassaan.

Palveluntuottajana Savas käsittelee henkilötietoja rekisterinpitäjän lukuun. Rekisterinpitäjä antaa organisaatiolle Henkilötietojen käsittelyn ehdot ja teemme rekisterinpitäjälle Henkilötietojen käsittelytoimien kuvauksen. Henkilöstön osaaminen palveluyksikön toiminnassa varmistetaan koulutuksella ja perehdytyksellä.

Asiakastietojärjestelmän osalta poikkeamista ilmoitetaan järjestelmätoimittajalle ja ITC-tukeen. Tietoverkon häiriöistä ilmoitetaan ITC-tukeen. Poikkeama- ja häiriöriskit on arvioitu riskienhallintasuunnitelmassa. Poikkeama- ja häiriötilanteisiin varautuminen ja toiminta on kuvattu tietoturvasuunnitelmassa.

Uusien teknologioiden hankinta arvioidaan tapaus- ja /tai asiakaskohtaisesti organisaation johdon ja/tai asiakkaiden edustajan kanssa. Teknologioiden hankinnassa ja käyttöönotossa mukana on järjestelmätoimittaja ja ITC-tuki. Käytössä oleva laite ja sovellus voi olla myös ulkoisen palveluntarjoajan omaisuutta, esimerkiksi kommunikaattorit, jolloin laitevastuu on palveluntarjoajalla. Uusien järjestelmien kohdalla käyttökoulutus ja perehdytys sekä osaamisen ylläpito sovitaan järjestelmätoimittajan kanssa järjestelmäkohtaisesti.

Poikkeamiin varautuminen on kuvattu yksikön kriisinhallintasuunnitelmassa. Kriittiset asiakastiedot on tulostettu asiakastietojärjestelmästä. Jokaisessa toimintayksikössä on määrällisesti useampi tietokone ja puhelin, jolloin laiterikon sattuessa toiminta ei vaarantunut.

Yksilölliset tarpeet ja mahdollisten teknologioiden soveltuvuus kartoitetaan asiakaspalavereissa ja IMO-työryhmissä esimerkiksi palveluntoteuttamissuunnitelmaa tehtäessä. Asiakas voi käyttää teknologisia ratkaisuja itsenäisesti tai työntekijän tuella. Yksityisyyden suojan ja itsemääräämisoikeuden toteutuminen teknologioita käytettäessä tiedostetaan ja toteutuu arjen ratkaisujen kautta. Jos teknologian käyttö vaatii henkilötietoja tai salassa pidettäviin henkilötietoryhmiin kuuluvia tietoja (esim. terveystiedot), tai jos tietoa kerätään sovellusta tai teknologiaa käytettäessä. Asiakasta (ja tarvittaessa hänen edustajaansa) informoidaan hänen käyttämällään kommunikaatiokeinolla ja pyritään varmistamaan asiakkaan ymmärrys siitä, mitä

teknologian hyödyntäminen kulloinkin tarkoittaa tietosuojan ja yksityisyydensuojan kannalta. Teknologiaa ei käytetä, jos asiakkaan ymmärrystä ei voida varmistaa tai asiakkaan edustajalta ei saada suostumusta teknologian käyttöön.

3.3.5 Infektioiden torjunta ja yleiset hygieniakäytännöt

Savas-Säätiössä on laadittu infektioiden hallinta asiakastyössä ohjeistus, jota myös Kirkonsalmen palvelukodilla noudatetaan. Infektioiden torjunta on tärkeä osa asiakasturvallisuutta. Tavanomaiset varotoimet ovat infektioiden torjunnan perusta kaikessa ammatillisesti toteutetussa hoidossa myös asumispalveluita tarjoavissa yksiköissä. Niillä pyritään estämään mikrobien siirtyminen asiakkaasta toiseen suoraan, hoitohenkilökunnan tai ympäristöpintojen välityksellä.

Savas-Säätiön vastaava sairaanhoitaja Heidi Nykästä konsultoidaan tarvittaessa. Kirkonsalmen palvelukodilla tehdään tiivistä yhteistyötä P-S hyvinvointialueen Liikkuvan sairaalan kanssa ja tarvittaessa on sieltä saatu apua ja ohjeistusta. Käytämme myös yksityisen palveluntarjoajan Wallattoman palveluita, koska aina ei ole mahdollista saada Liikkuvaa sairaalaa paikalle.

Henkilökunnalla on tiedossa infektioiden hallinta asiakastyössä ohjeistus ja tämä on huomioitu myös muissa vastuualueiden suunnitelmissa. Yksikössä on siivoussuunnitelma ja ostopalveluna ylläpito siivous (ISS). Asiakastyössä huomioidaan hygienia: henkilökohtainen hygienia, käsihygienia ja suojaimet. Ympäristön ja välineiden puhtaus sekä ruokahuollon hygienia. Yksikössämme käsidesi on helposti ohjaajien saatavilla. Tartuntalain 48§ mukaisesti henkilökuntaa suositellaan ottamaan ajantasainen rokotussuoja.

Yksiköissä seurataan infektioita kirjaamalla tiedot asiakaskohtaisesti, ja niitä käydään läpi henkilökunnan kokouksissa. Seurantatiedot merkittävistä infektiotapahtumista raportoidaan palvelujohtajalle ja nämä käsitellään vuosittain yksikön johdon katselmuksessa.

Yksiköllä on nimetty vastuualueohjaajat puhtaanapitoon ja ruokahuoltoon, heidän tehtävänänsä on huolehtia suunnitelman päivittäminen, tiedotus ja valvonta omavalvonnan alueelta. Näitä ohjaavat omavalvontasuunnitelman mukaiset toimet.

3.3.6 Lääkehoitosuunnitelma

- Yksikölle on laadittu STM:n mukainen lääkehoitosuunnitelma. Kirkonsalmen palvelukodilla on oma lääkehuollon suunnitelma, joka päivitetään vuosittain ja aina, jos muutoksia tulee.

- Kirkonsalmen palvelukodin lääkehoidosta vastaa sairaanhoitaja Heidi Nykänen p.041 7304583 ja lääkehoidon suunnitelmasta päivittämisestä vastaavat sairaanhoitajan kanssa lääkehoidon vastuualuehenkilöt: ohjaaja (sairanhoitaja) Tatjaana Kankaanpää ja ohjaaja (lähihoitaja) Eero Korhonen.
- Lääkehoidon suunnitelma on päivitetty viimeksi lokakuussa 2024. Lääkäri on hyväksynyt sen 10/2024
- Yksikön johtaja, Raisa Vinter, p. 041 7325275 yhdessä lääkevastaavien kanssa varmistaa lääkehoidon asianmukaisuuden ja seurannan.

Yksikössä on laadittu luparekisteri työntekijöistä, joilla on tarvittava lääkehoidonkoulutus ja perehdytys lääkehuollon toteuttamiseen yksikössä. Työsuhteessa toistaiseksi voimassa olevan työntekijän henkilökohtaisen luvan, sekä yli kolmen kuukauden työsuhteessa oleville määräaikaisille henkilöille vahvistaa lääkäri.

Asiakkaiden lääkitystiedot löytyvät jokaisen asiakkaan DomaCare asiakastietojärjestelmästä. Kirkonsalmen palvelukodilla on asiakkaan lääkityksen kokonaisvastuu. Seurataan ja reagoidaan asiakkaan psyykkisiin ja fyysisiin muutoksiin ja tarvittaessa tiedotetaan asiasta terveydenhuoltoon ja asiakkaan läheisille. Asiakkailla käytetään ainoastaan lääkärin määräämiä (resepti tai maininta epikriisissa) lääkkeitä ja/tai käsikauppalääkkeitä. Tarvittavat kirjaukset tehdään DomaCare asiakastietojärjestelmään.

Kaikilla asuinyksikön työskentelevillä ohjaajilla on lupa lääkehoidon toteutukseen. Vain lääkeluvalliset ohjaajat saavat lääkekaapin avaimet työvuorossa. Avain kuitataan aina otettaessa sekä palauttaessa. Tietyissä lääkkeissä tehdään kaksoistarkastus, jonka lääkkeen antaja sekä varmistaja kuittaavat allekirjoituksellaan. Näillä seurantatiedoilla varmistetaan ja ehkäistään lääkevarkauksien tapahtumista.

Lääkehoidonsuunnitelman toteutus ja seuranta on säännönmukaista. Lääkehoitosuunnitelmassa on kuvattu mm. miten lääkehoidon osaaminen varmistetaan, millaiset lääkelupakäytännöt yksikössä on, miten lääkkeiden tai rokotteiden haittavaikutusilmoitus tehdään palveluyksikössä sekä millaiset toimintamallit yksikössä on lääkevarkauksien varalta.

3.3.7 Lääkinnälliset laitteet

- Lääkinnällisistä laitteista vastaa Raisa Vinter, yksikön johtaja p.041 7325275

Kirkonsalmen palvelukodilla on varmistettu lääkinnällisistä laitteista annetun lain (719/2021) 4. luvun mukaisesti, laitteista on lääkinnällisten laitteiden laitekortti ja laitteet ovat CE-merkittyjä. Henkilökunta on perehdytetty lääkinnällisten laitteiden käyttöön. Valmistajat vastaavat laitteiden turvallisuus ja suorituskky sekä käyttöohjeet ja että merkinnät ovat vaatimusten mukaiset. Valmistajat huolehtivat laitteiden toimivuudesta ja jälkitarkastuksesta.

Yksikössä vastataan laitteiden turvallisesta ja käyttöohjeiden mukaisesta käytöstä, vaaratilanneilmoituksen tekemisestä, käyttökoulutuksen riittävydestä, laitteiden oikeasta asennuksesta ja säännöllisistä huolloista. Uuden laitteen tullessa, siitä tehdään laitekortti, perehdytään käyttöohjeisiin sekä käyttöohjeet laitetaan saataville. Yksikköön järjestetään tarvittava käyttöönottokoulutus esim. laitteen toimittajalta. Uuden työntekijän tullessa taloon, hänelle järjestetään perehdytys yksilön lääkinnällisiin laitteisiin. Asiakkaiden henkilökohtaiset laitteet kirjataan myös DomaCare asiakastietojärjestelmään. Laiteluettelon, huollon ja kalibroinnin ajantasaisuudesta vastaa yksikön johtaja.

Vaaratilanteista, jotka ovat johtaneet tai olisivat saattaneet johtaa asiakkaan, käyttäjän tai muun henkilön terveyden vaarantamiseen ja jotka johtuva lääkinnällisestä laitteesta, ilmoitetaan Fimeaan ja valmisajalle/valtuutetulle edustajalle tai maahantuoajalle/ jakelijalle. Ilmoitus tehdään sähköisellä lomakkeella <https://www2.awanic.fi/haipro/230/julkinen/> Firmean ilmoittamisen lisäksi terveydenhuollon vaaratilanteista tulee tehdä ilmoitus viipymättä säätiön hallintoon (palvelujohtajalle tai toimitusjohtajalle) sekä tehdä tarvittavat kirjaukset Laatuporttiin (työntekijän vaaratilanne) tai DomaCareen asiakkaan vaaratilanne.

Lisätietoa lääkinnällisten laitteiden turvallisesta käytöstä ja vaaratilanneilmoituksista löydät seuraavista asiakirjoista:

- ✓ STM on julkaissut oppaan ”Lääkinnällisten laitteiden turvallinen käyttö – opas laiteosaamisen varmistamiseen” (STM:n julkaisuja 2024:3).
- ✓ Fimea on antanut määräyksen ”Lääkinnällisestä laitteesta tehtävä ammattimaisen käyttäjän vaaratilanneilmoitus” ja ohjeen ”Vaaratilanteessa olleen lääkinnällisen laitteen käsittely” (Fimea 1/2023).

Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien turvallisuutta ja laatua koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta on kuvattu Taulukossa 3.

*Taulukko 3: Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien **turvallisuutta ja laatua** koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta*

Tunnistettu riski	Riskin arviointi (suuruus ja vaikutus)	Ehkäisy- ja hallintatoimet
infektioiden leviäminen	kohtalainen	Tartuntatautilain 48 § ajantasainen rokotussuoja, puhtaanapitosuunnitelma
lääkehoidon prosessin poikkeamat	kohtalainen	Säännöllinen lääkeosaamisen arviointi (LoVE)
Ohjeiden vastainen asiakaskirjaaminen (DomaCare asiakastietojärjestelmä)	kohtalainen	Kirjaamiskoulutus, perehdytys
Hälytysjärjestelmän toimimattomuus	vähäinen	Huolto järjestelmästä vastaavalla toimijalla

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.

Kirkonsalmen palvelukodin henkilöstöön kuuluu 16 työntekijää, joista kaksi on oppisopimusopiskelijoita, yksikön johtaja sosionomi (AMK), yksi avustaja sekä kaksi ohjaajaa sairaanhoitaja (AMK) ja 9 lähihoitajaa ja 1 päivähoitaja.

Rekrytointia tapahtuu läpi vuoden riippuen yksikön tilanteesta. Soveltuvan koulutuksen lisäksi rekrytoinnissa painottuu asiakkaiden tarpeet. Yksikön johtaja tarkistaa ammattioikeudet Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteristä JulkiTerhikistä/ JulkiSuosikista. Riittävät opinnot suorittanut opiskelija voi toimia ohjaajien määräaikaisena sijaisena huomioiden rajoitukset esim. yksityöskentelyyn ja rajoitustoimenpiteisiin. Vakituiset vakanssit laitetaan julkiseen hakuun. 1.1.2025 vammaispalveluissa olevalta uudelta työntekijältä tarkastetaan rikosrekisteriote, jonka uusi työntekijä hankkii ja tuo näyttille yksikön johtajalle.

Arjessa käytetään sijaisia kesäloman- ja pidempien poissaolojen sijaistuksiin. Lyhyet keikkaluontoiset sijaisuudet katsotaan aina tilanteen mukaan. Lähtökohta on taata turvallinen toiminta ja siihen riittävä resurssi. Toimintaa suunnitellaan yksikön tarpeen mukaan huomioiden asiakkaiden yksilölliset tuen tarpeet myös henkilöstön vuosilomien aikana.

Työvuorosuunnittelulla varmistetaan, että henkilöstöä on tarpeeksi asiakkaiden palvelutarpeisiin vastaavaksi. Sairauspoissaoloja seurataan ja yksikön esimies puuttuu niihin tarpeen mukaan, varhaisen välittämisen mallin kautta. Vuosittain yksiköt saavat neljä tuntia työaika sekä rahoitusta yhdessä toteutettavaan tyhytoimintaan. Lisäksi työnantaja antaa työntekijöille e-passin henkilökohtaiseen käyttöön. Työnantaja järjestää myös pari kertaa vuodessa osittain kustannettuja yhteisiä tyhy-matkoja halukkaille. Säätiössä on laadittu henkilöstöpoliittinen ohjelma. Vuosittain kootaan henkilöstöraportti, joka kuvaa henkilöstön voimavaroja ja kehittymistä sekä kehittämistarpeita.

Kirkonsalmen palvelukodilla perehdytys tapahtuu säätiön perehdytysohjelman mukaisesti. Uudelle työntekijälle tai opiskelijalle nimetään perehdytyksestä vastaava ohjaaja. Työsuhteen alkuun pyritään järjestämään 2–3 perehdytysvuoroa. Perehdytyksen väliarviointi pyritään suorittamaan viimeistään kuukauden jälkeen perehdytyksestä, siitä vastaa perehdytyksen vastuohjaaja tai yksikön johtaja. Perehdytyksen loppuarvioinnin käy keskustellen yksikön johtaja.

Vuosittainen koulutussuunnitelma laaditaan henkilöstön ja asiakastyöstä lähtevistä tarpeista. Vuosittaisissa kehityskeskusteluissa laaditaan henkilökohtainen kehityssuunnitelma, jonka toteutumista arvioidaan seuraavassa keskustelussa. Henkilöstön osaamisen arviointi C&Q-järjestelmän avulla joka toinen vuosi. Tämän pohjalta laaditaan Säätiön osaamisen kehityssuunnitelma. Ohjaajilta kerätään säännöllisesti palautetta mm. työvireyskyselyllä. Tulokset käsitellään henkilökunnankokouksissa.

Savas-Säätiöllä on laadittu organisaatio tasoinen riskienhallintasuunnitelma, jonka pohjalta Kirkonsalmen palvelukotiin on laadittu yksikkökohtainen riskienhallintasuunnitelma. Yksikössä tehdään työriskien arviointi vuosittain Laatuporttiin, arvioinnista nousseet epäkohtiin puututaan ja tehdään tarvittavat toimenpiteet. Säätiöllä on työsuojaus toimintaohjelma. Perehdytykseen panostetaan niin, uusien työntekijöiden kohdalla, kuin työtehtävien muuttuessa.

Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien henkilöstön riittävyyttä ja osaamista koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta on kuvattu Taulukossa 4.

Taulukko 4: Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien henkilöstön riittävyyttä ja osaamista koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta

Tunnistettu riski	Riskin arviointi (suuruus ja vaikutus)	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Avoimeksi tulleisiin työpaikkoihin ei saada uusia osaavia työntekijöitä	Vähäinen	Yhteistyö oppilaitosten kanssa, Savaksen näkyvyys rekrytapahtumissa, opiskelijoita otetaan harjoitteluun, perehdytykseen panostetaan

3.5 Yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja asiakkaan/potilaan aseman ja oikeuksien varmistaminen

- Savas-Säätiön IMO-ohjeistu, ohjeistus asiakkaiden itsemääräämisoikeuden vahvistamiseen ja rajoitustoimenpiteiden käyttöön laati palvelujohtaja Sari Kokkonen p.044 0363506
- Asiakkaiden itsemääräämisoikeuden vahvistamiseksi laadituista suunnitelmista vastaavat yksikön johtaja Raisa Vinter p041 7325275 yhdessä asiakkaiden nimettyjen omaohjaajien kanssa; puh: Kesäheinä 044–4306367, Mansikka 044–4306366, Sinikello 044-4306365
- Potilasasiavastaavan työmuotoina ovat asiakaskohtainen neuvonta ja ohjaus, henkilöstön ohjaus, neuvonta ja koulutukset sekä asiakkaiden/ läheisten informointi esimerkiksi läheisten illat. Perusterveydenhuollon potilasasiavastaavat: puh. 044 461 0850 (maanantai - perjantai klo 9.00–11.30).
Sähköposti: potilasasiavastaava@pshyvinvointialue.fi
- Sosiaaliasiavastaavan työmuotoina säätiössä ovat asiakaskohtainen neuvonta ja ohjaus, henkilöstön ohjaus ja neuvonta (esim. koulutukset) ja asiakkaiden/läheisten informointi (esim. läheisten illoissa). Sosiaaliasiavastaava puh. 044 461 0999 (maanantai - perjantai klo 9.00–11.30. Sähköposti: sosiaaliasiamies@pshyvinvointialue.fi

- Kuluttajaneuvonnan yhteystiedot sekä tiedot sitä kautta saatavista palveluista. Kuluttajaneuvonta on valtakunnallinen palvelu, josta saa tietoa kuluttajan oikeuksista ja sovitteluapua kuluttajan ja yrityksen väliseen riitaan. Kuluttajaneuvonnassa voit asioida puhelimitse soittamalla numeroon 09 5110 1200 (ma, ti, ke, pe klo 9–12, to 12–15) Voit asioida kuluttajaneuvonnan kanssa myös sähköisesti <https://asiointi.kkv.fi/asiointi/fi>
- Jos asiakas ei ole tyytyväinen saamaansa palveluun, hoitoon tai kohteluun, hän voi tehdä muistutuksen yksikön johtajalle; Raisa Vinter 041–7325275 tai palvelujohtajalle Sari Kokkonen, puh. 044-0366506 tai vastuussa olevalle viranhaltijalle hyvinvointialueelle tai kantelun aluehallintovirastolle. Asiakasta autetaan tarvittaessa muistutuksen tekemisessä. Muistutukset käsitellään yksikössä yksikön johtajan ja palvelujohtajan kanssa. Yksiköissä on asiakkaiden ja läheisten nähtävillä sosiaali- ja potilasvastaavan yhteystiedot, joiden palvelut ovat myös asiakkaiden käytettävissä. Kirjallinen selvitys selvityksen asiakkaalle tai hänen edustajalleen kahden viikon kuluessa muistutuksen saapumisesta.

Kirkonsalmen palvelukoti tarjoaa laadukasta tehostettua palveluasumista kehitysvammaisille henkilöille läpi elämänkaaren. Tavoitteenamme on tukea asiakkaita palveluprosessien mukaisesti itsenäiseen ja yksilölliseen elämään, antaa jokaiselle asiakkaalle mahdollisuus tulla kuulluksi ja ymmärretyksi sekä antaa asiakkaille mahdollisuus elää oman näköistänsä elämää turvallisessa kodissa. Kunnioitamme asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja tuemme sen vahvistamisessa.

Asiakkaiden omat mielipiteet, tahdon ilmaisut ja mielenkiinnon kohteet otetaan huomioon arjessa. Asiakkailta on mahdollisuus tehdä päätöksiä ja vaikuttaa esimerkiksi arjen sisältöön. Yhteisökokouksessa tuodaan esille erilaisia tapahtumia, retkiä ja tilaisuuksia ja asiakkaat saavat itse päättää haluavatko osallistua. Asiakkaat voivat kertoa vuorollaan toiveruokiaan, joita toteutetaan viikoittain.

Itsemääräämisoikeuden toteutumista kehitetään koko ajan. Toimintaa arvioidaan ja suunnitellaan yhdessä asiakkaiden kanssa. Palautetta toiminnasta ja toiveita kerätään asiakkailta säännöllisesti ja toimintaa muokataan sen mukaan. Kommunikaatiolla on suuri merkitys itsemääräämisoikeuden toteutumisessa. Kirkonsalmen palvelukodilla pyritään huomioimaan yksilöllisesti kommunikaatio- ja vuorovaikutustarpeet ja -keinot. Henkilöstöllä on kommunikaatio-osaamista ja siihen kouluttaudutaan tarpeen mukaan. Ohjaajat auttavat asiakasta tekemään itse päätöksiä tuoden eri vaihtoehtoja ja niiden seurauksia esille asukkaalle sopivalla kommunikaatiotavalla. Ohjaajat ottavat laajasti selvää asioista ja vaihtoehtoista, jotta asiakas voi tehdä oikeasti valintoja. Tuettua päätöksentekoa harjoitellaan asiakkaiden kanssa ja siihen kannustetaan. Ohjaajat kunnioittavat asiakkaan omia valintoja ja asiakkailta on myös oikeus tehdä ns. huonoja valintoja. Myös ohjaajien ja läheisten asenteilla on suuri merkitys.

Itsemääräämisoikeuskyvyllä tarkoitetaan henkilön kykyä tehdä sosiaali- ja terveydenhuoltoaan koskevia ratkaisuja, sekä asiakkaan kykyä ymmärtää käyttäytymisensä seurauksia. Alentunut itsemääräämisoikeuskyky tarkoittaa tilaa, jossa asiakas esimerkiksi sairauden tai vamman takia ei tuettunakaan kykene tekemään hoitoaan tai palveluitaan koskevia päätöksiä, eikä ymmärtämään käyttäytymisensä seurauksia. Lisäksi hän vaarantaa todennäköisesti oman tai toisen terveyttä tai turvallisuutta tai vahingoittaa merkittävästi omaisuutta.

Itsemääräämisoikeuden rajoittamista joudutaan joskus toteuttamaan äkillisissä tilanteissa. Rajoitustoimenpiteiden on oltava perusteltuja, välttämättömiä ja tarkoitukseen sopivia, jos muut lievemmat keinot eivät ole soveltuvia tai riittäviä. Rajoitustoimenpiteiden käyttö on lopetettava heti, kun se ei ole enää välttämätöntä tai jos asiakkaan turvallisuus vaarantuu. Asiakkaiden taholta tulevilla väkivalta- ja uhkatilanteissa toimintaa ohjaa erillinen rajoitus- ja turvatoimenpideohjeistus. Siinä kuvataan, miten uhka- ja väkivaltatilanteita hallitaan, kirjataan ja seurataan.

Palveluntoteuttamissuunnitelma (=Messi) käydään läpi ja arvioidaan vuosittain tai tarpeen mukaan. Asiakkaiden omaohjaajat huolehtivat Messien ajantasaisuudesta, päivittämisestä sekä tiedottavat muuta työryhmää oleellisista asioista, koskien mm. asiakkaan tavoitteita ja seuranta. Nämä dokumentoidaan asiakastietojärjestelmään, jonne muodostetaan asiakkaiden tavoitteet sekä niiden seuranta.

Savas-Säätiön yksiköissä ei hyväksytä häirintää tai epäasiallista kohtelua. Jokaisen työntekijän vastuulla on pitää asiasta huolta omalta osaltaan ja toisaalta olla sallimatta toiseenkaan työntekijään kohdistuvaa häirintää.

Työnantaja huolehtii, että häirintää ja epäasiallista käyttäytymistä ei esiinny työpaikalla. Vastuu tästä on työnantajan edustajana työryhmissä esihenkilöllä. Jokaisen työntekijän odotetaan häirintää tai epäasiallista kohtelua havaitessaan ottavan asian puheeksi oman esihenkilönsä kanssa.

Häirintänä ja epäasiallisena kohteluna pidetään kielteistä käyttäytymistä, joka on pitkään jatkuvaa ja toistuvaa. Häirintäkokemus syntyy silloin, kun kielteisen käyttäytymisen kohteeksi joutunut kokee olevansa puolustuskyvytön ja kokee ettei itse voi hallita tilannetta. Joskus kertaluontoinen tilanne voi olla niin vakava, että myös se edellyttää puuttumista asiaan.

Kielteistä käyttäytymistä voi olla esimerkiksi:

- Sanattomat viestit (esim. eleet, ilmeet). Yhteisöstä eristäminen (esim. ei puhuta henkilölle tai kielletään muitakin puhumasta ko. henkilön kanssa, ei tervehditä, ei kuunnella, rajoitetaan mielipiteen ilmaisua tai keskeytetään toisen puhe jatkuvasti, eristetään työskentelemään muista erillään).

- Työnteon jatkuva perusteeton arvostelu ja vaikeuttaminen (esim. jätetään henkilö tiedonvälityksen ulkopuolelle, hänen työtään mitätöidään tai arvioidaan väärin perustein, annetaan tarkoituksettomia tai osaamiseen nähden ala-arvoisia tai mahdottomia tehtäviä tai toisaalta jätetään ilman työtä).
- Työntekijän maineen tai aseman kyseenalaistaminen (levitetään väärää tietoa, puhutaan pahaa selän takana, haukutaan, nöyryytetään tai pilkataan).
- Henkilökohtaisen koskemattomuuden loukkaaminen (esim. huutaminen, suulliset ja kirjalliset uhkaukset, käsiksi käyminen, suora väkivalta tai sukupuolinen häirintä ja ahdistelu).

Häirintää ei ole:

- työtä ja työnjakoa koskevat asialliset päätökset ja ohjeet
- työn ja työnyhteisön ongelmien yhteinen käsittely, vaikka ne herättäisivät
- ahdistusta, epävarmuutta tai muita kielteisiä tunteita
- perusteltu huomautus tai rangaistus tai työkyvyn arviointiin ohjaus, sen jälkeen kun
- henkilön kanssa on keskusteltu asiasta

Asiakkaalla on edellä kuvatun palautejärjestelmän lisäksi oikeus tehdä epäkohdaksi kokemastaan asiasta kirjallinen muistutus toimintayksikön vastuuhenkilöille. Muistutus tehdään vapaamuotoisesti tai siihen tarkoitettulla lomakkeella, jonka saa säätiön toimintayksikön asiakaskansista, henkilökunnalta tai kotikunnan sosiaalivastaavalta. Tarvittaessa muistutuksen tekemisessä avustaa sosiaalivastaava, jonka yhteystiedot ovat ryhmäkotien ilmoitustauluilla. Toimintayksikön vastuuhenkilö antaa muistutuksen takia kirjallisen selvityksen asiakkaalle tai hänen edustajalleen kahden viikon kuluessa muistutuksen saapumisesta. Ellei asiakas tai hänen edustajansa ole tyytyväinen säätiön oman palaute- ja muistutusjärjestelmän kautta saamaansa selvitykseen ja mahdollisiin asiaa korjaaviin toimenpiteisiin, hän voi tehdä asiasta esim. sosiaalivastaavan ohjaamana tai oikeusaputoimiston avustamana kantelun toimintaa valvovalle viranomaiselle. Muistutuksen asiakas voi toimittaa joko suoraan toimintayksikön johtajalle tai säätiön toimistoon. Epäasiallisen kohtelun henkilöstö voi tehdä ilmoituksen voi Whistelblowing- kanavan kautta nimettömänä, jonka linkki löytyy Savas intrasta.

Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien yhdenvertaisuutta, osallisuutta sekä asiakkaan tai potilaan asemaa ja oikeuksia koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta on kuvattu Taulukossa 5.

*Taulukko 5: Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien **yhdenvertaisuutta, osallisuutta sekä asiakkaan tai potilaan asemaa ja oikeuksia** koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta*

Tunnistettu riski	Riskin arviointi (suuruus ja vaikutus)	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Asiakkaiden epäasiallinen kohtelu	kohtalainen	0-tolenranssi, arvojen mukainen työskentely, osaamisen varmistaminen
väärästä ja ohjeiden vastainen kirjaaminen (väärä tieto, tiedon puute)	Vähäinen	Ajan tasalla olevat lait ja viranomaismääräykset täyttävä ohje kirjaamisesta. Tiedonkulun varmistaminen mm. yhteiset kokoukset ja suunnittelut

4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen

4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely

Yksiköiden omavalvontasuunnitelmissa on kuvattu havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely ja raportointi. Yksikön johtaja vastaa yksikössä havaittujen puutteiden korjaamisesta annettujen ohjeistusten mukaisesti ja vakavissa poikkeamatilanteissa informoi viipymättä johtoa.

Palveluntuottajalla on velvollisuus ilmoittaa välittömästi hyvinvointialueelle ja valvontaviranomaiselle palveluntuottajan omassa tai tämän alihankkijan toiminnassa ilmenneet asiakasturvallisuutta olennaisesti vaarantaneet epäkohdat ottamalla yhteyttä kirjallisesti tai suullisesti salassapidon estämättä.

Jos työntekijä huomaa työssään epäkohtia tai ilmeisiä epäkohdan uhkia asiakkaan sosiaalihuollon toteuttamisessa, hän voi tehdä ilmoituksen. Epäkohdalla tarkoitetaan esimerkiksi asiakkaan epäasiallista kohtaamista, asiakkaan loukkaamista sanoilla, asiakasturvallisuudessa ilmeneviä puutteita, asiakkaan kaltoin kohtelua ja toimintakulttuurista

johtuvia asiakkaalle vahingollisia toimia. Myös epäkohdan uhasta, joka on ilmeinen tai voi johtaa epäkohtaan, tulee ilmoittaa. (valvontalaki 29 §)

Kaltoin kohtelulla tarkoitetaan fyysistä, psyykkistä tai kemiallista eli lääkkeillä aiheutettua kaltoin kohtelua. Esimerkiksi asiakasta tönittää, lyödään tai uhkaillaan, käytetään hyväksi fyysisesti tai taloudellisesti, puhutellaan epäasiallisesti ja loukkaavasti tahi palvelussa, asiakkaan aseman ja oikeuksien toteuttamisessa, perushoivassa ja hoidossa on vakavia puutteita.

Ilmoitus tehdään aina asiakkaaseen kohdistuvasta epäkohdasta tai sen uhasta, ei henkilökuntaan liittyvistä tilanteista. Ilmoituksen tekemisen tulee aina ensi sijassa perustua asiakkaan huolenpitoon liittyviin tarpeisiin.

Ilmoitus tehdään henkilökunnan ilmoitusvelvollisuuslomakkeelle välittömästi, kun työntekijä havaitsee asiakkaaseen kohdistuvan epäkohdan tai sen uhan. Lomake löytyy sähköisenä säätiön intrasta ja paperiversioina yksikön laatukäsikirjasta.

Ilmoitus tulee tehdä välittömästi lomakkeella yksikön toiminnasta vastaavalle eli yksikön johtajalle. Mikäli ilmoitus kohdistuu esimiehen toimintaan asiakkaan epäasiallisessa kohtelussa tai sen uhasta, ilmoitus tehdään palveluyksiköiden johtajalle tai palvelujohtajalle. Esihenkilö ilmoittaa asiasta säätiön johdolle (palvelujohtaja). Ilmoituksen vastaanottaneen henkilön on ilmoitettava asiasta yksikön sijaintikunnan sosiaalihuollon johtavalle viranhaltijalle tai valvonnan vastuushenkilölle, mikäli hyvinvointialueella on tämä nimetty. Yksikön johtaja vastaa siitä, että jokainen työntekijä tietää ilmoitusvelvollisuuskäytännöistä.

Riskienhallintaa on niin ikään poikkeamaseuranta ja läheltä piti-tilanteiden tarkka analyysi ja korjaavien toimenpiteiden seuranta. Havaitut laatupoikkeamat ja asiakas- ja henkilöstöturvallisuuden läheltä piti-tilanteet kirjataan Laatuporttiin, jossa on niiden systemaattista käsittelyä ohjaava pohja. Poikkeamakäsittelyssä tehdään juurisyyanalyysi, korjaavien toimenpiteiden määrittely ja niiden vaikuttavuuden ja riittävyyden seuranta.

Riskienhallinnan tuloksia käsitellään vuosittain yksiköiden johdon katselmuksissa sekä johdon katselmusten yhteenvedoissa. Riskienhallintajärjestelmän tuottamista tuloksista määritellään tarvittaessa kehittämistoimenpiteitä yksikkö- ja organisaatiotason toimintasuunnitelmiin. Säätiön hallituksen jokaisessa kokouksessa on riskien arviointiin liittyviä teemoja käsittelyssä.

4.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta

Asiakkaan hoito- ja ohjaustilanteisiin voi liittyä tapaturmariskiä. Tapaturmia sekä vaara- ja vahinkotilanteita voi olla syöttämis-, pesutilanteissa sekä asiakkaan nosto- ja siirtotilanteissa ja kaikissa muissakin arkisissa tilanteissa asiakkaiden arvaamattoman käyttäytymisen vuoksi. Kirkonsalmen palvelukodilla vaaratilanteita syntyy asiakastilanteissa, jolloin asiakkaalla on aggressiivista käyttäytymistä, asukkaan siirroissa (esim. sängystä pyörätuoliin) tai syöttämistilanteissa (tukehtumisvaara). Yksikössä on kriisinhallintasuunnitelma ja asiakkaille on tehty henkilökohtaisia kriisinhallintasuunnitelmia vaaratilanteiden ennakointiin.

Havaitut laatupoikkeamat ja asiakas- ja henkilöstöturvallisuuden läheltä piti-tilanteet kirjataan Laatuporttiin, jossa on niiden systemaattista käsittelyä ohjaava pohja. Poikkeamakäsittelyssä tehdään juurisyyanalyysi, korjaavien toimenpiteiden määrittely ja niiden vaikuttavuuden ja riittävyys seuranta. Yksikössä käydään läpi haastavien tilanteiden jälkeen jälkipuinti kaikkien osallisten kesken. Tapaukset dokumentoidaan asiakastietojärjestelmään, mikäli se liittyy asiakastyöhön sekä laatuporttiin. Dokumenttien pohjalta tapaukset käsitellään viikkokokouksissa, jossa kirjataan seuranta ja arviointi. Vaaratapahtumien tapahtuessa on myös mahdollista hakeutua työterveyshoitoon.

Vakavien vaaratapahtumien tutkinta: Opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille - Valto (valtioneuvosto.fi)

4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä

Kirkonsalmen palvelukodilla on henkilökunnankokous esityslistalle strukturoitu laatupoikkeamat kohta, jotka käsittävät myös epäkohtailmoitukset sekä haitta- ja vaaratapahtumailmoitukset, muistutukset ja kantelut. Tapausten takia kirjataan laatuporttiin tarvittavat korjaavat toimenpiteet, niiden seuranta ja vastuhenkilö. Henkilöstö perehdytetään laatupoikkeamien tekemiseen ja kirjaamiseen. Henkilöstön kanssa käydään läpi käytössä olevat palautekanavat ja palautteet käydään läpi henkilöstökokouksissa säännöllisesti.

Johdonkatselmuksessa käsitellään kooste vuoden tapahtumista ja tarvittavia huomioita kirjataan yksikön toimintasuunnitelmaan. Asiakastyöhön liittyvät vaaratilanteet esim. haastavan käyttäytymisen tilanteet käsitellään myös asiakkaiden palvelu- ja kuntoutussuunnitelmissa. Korjaavista toimenpiteistä tiedotetaan viikkokokouksissa ja sähköisen asiakastietojärjestelmän kautta. Toimintakertomukseen kirjataan tarvittaessa korjaavat toimenpiteet. Yhteistyötahojen tiedotus toimii tiedotteen avulla ja tarvittaessa voidaan järjestää yhteistyöpalaveri.

4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano

Säätiö on laatinut palautejärjestelmän, poikkeamatiedon kerääminen tapahtuu monikanavaisesti. Toimiva asiakaspalautejärjestelmä varmistaa asiakasnäkökulman toteutumista säätiön palvelutoiminnassa ja tukee säätiön palvelujen kehittämistä ja laadunhallintaa. Samalla se varmistaa asiakkaan oikeuksien toteutumisen sosiaalihuollon asiakaslaissa säädetyllä tavalla. Hyvä palautejärjestelmä varmistaa myös työntekijälle hänelle laissa säädetyin oikeusturvan toteutumisen. Palautetta kerätään Bikva-arvioinnin kautta asukkailta, läheisiltä, työntekijöiltä, johdolta ja sidosryhmiltä. Saatu palaute saatetaan palvelutoiminnan laadun kehittämiseksi henkilöstön tietoon.

Arjessa saadaan myös suoraa palautetta asiakkailta, läheisiltä, johdolta ja sidosryhmiltä. Esitetty epäkohta pyritään selvittämään heti keskustellen ja neuvotellen. Asiakkaalla on oikeus saada henkilökunnalta suullinen selvitys asiasta välittömästi. Jos kaikkia tarvittavia tietoja ei ole tilanteessa saatavilla, selvitys annetaan myöhempänä esittäjälle luvattuna ajankohtana, kuitenkin viimeistään viikon kuluessa, ellei erikseen toisin sovita. Palaute ja sen johdosta suoritettavat toimenpiteet on kirjattava asiakaskohtaisessa palautteessa asiakastietojärjestelmään (huomion laatuuna palaute), yksilöimättömät palautteet tuodaan esille yksikön työkokouksessa. Palaute on saatettava muun työryhmän ja yksikön esimiehen tiedoksi.

Palautteet käsitellään henkilöstön kanssa. Säätiön johto ja hallitus käsittelee myös kaikki palautteet. Esimerkiksi Bikva-arvioinnista saadun palautteen kautta syntyvät laatukriteerit, jonka pohjalta toimintaa kehitetään. Palaute toimii suunnittelun apuna. Bikva-arvioinnin kautta saadaan tietoa asumiseen ja päivätoimintaan liittyvistä asioista, ilmapiiristä, hoidon ja huolenpidon laadusta, henkilöstön koulutuksesta, terveysasioista ym. Asiakkailta kerätään palautetta jatkuvasti arjessa ja kirjataan asiakastietojärjestelmään. Palautteet käydään läpi henkilöstön työkokouksissa.

Poikkeamatiedon kehittämistoimenpiteestä vastaa kulloisenkin poikkeamatiedon vastuuhenkilö, loppu viimein yksikön johtaja. Jokaisen poikkeamatiedon kohdalla arvioidaan kulloinenkin aikataulu, jota seuraa vastuuhenkilö. Kehittämistoimet kirjataan laatuporttiin, toimintasuunnitelmaan ja -kertomukseen.

Keskeisimmät korjaus- ja kehittämistoimenpiteet sekä niiden aikataulu, vastuutaho ja seuranta on kuvattu Taulukossa 6.

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

Korjaus- tai kehittämistoimenpide	Aika- taulu	Vastuutaho	Seuranta
Läheisyhteistyö	2025	asiakkaiden omat ohjaajat ja yksikön johtaja	henkilöstön kokouksissa
Tiedonkulku	2025	henkilökun- ta/ yksikön johtaja	henkilöstön kokouksissa

5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi

5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta ja raportointi

Yksikön omavalvonta perustuu riskienhallintaan, jossa palveluun liittyviä riskejä ja mahdollisia epäkohtia huomioidaan monipuolisesti. Riskit voivat aiheutua esimerkiksi fyysisestä toimintaympäristöstä (kynnykset, vaikeakäyttöiset laitteet), toimintatavoista, asiakkaista tai henkilökunnasta. Usein riskit ovat monien virhetoimintojen summa. Riskienhallinnan edellytyksenä on, että työyhteisössä on avoin ja turvallinen ilmapiiri, jossa sekä henkilöstö että asiakkaat ja heidän omaisensa uskaltavat tuoda esille laatuun ja asiakasturvallisuuteen liittyviä epäkohtia.

Riskienhallinnan luonteeseen kuuluu, ettei työ ole koskaan valmista. Koko yksikön henkilökunnalta vaaditaan sitoutumista, kykyä oppia virheistä sekä muutoksessa elämistä, jotta turvallisten ja laadukkaiden palveluiden tarjoaminen on mahdollista. Eri ammattiryhmien asiantuntemus saadaan hyödynnetyksi ottamalla henkilöstö mukaan omavalvonnan suunnitteluun, toteuttamiseen ja kehittämiseen.

Yksiköissä noudatetaan organisaation ohjeita nimenomaisen laatupoikkeaman käsittelyssä ja toimitaan niiden mukaisesti. Laatupoikkeamat käsitellään niiden ilmetessä tapauskohtaisesti ja viiveettä toimintatilanteeseen liitettynä asianosaisten ja yksikön työryhmän kanssa. Korjausta /muutosta vaativat toimenpiteet tilanteen korjaamiseksi tai vastaavan tilanteen ehkäisemiseksi tehdään viiveettä.

Laatupoikkeamien käsittely tulee dokumentoida. Dokumentaatiosta tulee ilmetä poikkeamien perusteella tehdyt muutostoimenpiteet, niiden vastuutus ja seuranta. Myös seuranta dokumentoidaan. Merkittävistä poikkeamista tiedotetaan säätiön johtoa.

Läheltä piti- ja tapaturmatilanteista täytetään Pohjola-lomake. Palvelutiloja koskevat epäkohdat pyritään korjaamaan välittömästi henkilökunnan kanssa, tarvittaessa käytetään huoltoyhtiötä tai muuta tarvittavia asiantuntijoita. Läheltä piti -tilanteet ja tapaturmat käsitellään henkilökunnan viikkopalavereissa aina tapahtuman jälkeen. Johdonkatselmuksessa käsitellään kooste vuoden tapahtumista ja tarvittavia huomioita kirjataan yksikön toimintasuunnitelmaan. Asiakastyöhön liittyvät vaaratilanteet esim. haastavan käyttäytymisen tilanteet käsitellään myös asiakkaiden palvelu- ja kuntoutussuunnitelmissa. Korjaavista toimenpiteistä tiedotetaan viikkokokouksissa ja sähköisen asiakastietojärjestelmän kautta. Yhteistyötahojen tiedotus toimii tiedotteen avulla ja tarvittaessa voidaan järjestää yhteistyöpalaveri.

Kirkonsalmen palvelukodilla toimimme säätiössä yhdessä laadittujen toimintaohjeistuksien mukaan. Haitta- ja vaaratekijöiden arviointi tehdään vuosittain. Työsuojelutoimikunta käsittelee arvioinnit ja antaa yksikölle niistä palautteen. Läheltä piti- ja tapaturmatilanteista täytetään Pohjola-lomake.

5.2 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi

Palvelutiloja koskevat epäkohdat pyritään korjaamaan välittömästi henkilökunnan kanssa, tarvittaessa käytetään huoltoyhtiötä tai muuta tarvittavia asiantuntijoita. Läheltä piti -tilanteet ja tapaturmat käsitellään henkilökunnan viikkopalavereissa aina tapahtuman jälkeen. Johdonkatselmuksessa käsitellään kooste vuoden tapahtumista ja tarvittavia huomioita kirjataan yksikön toimintasuunnitelmaan. Asiakastyöhön liittyvät vaaratilanteet esim. haastavan käyttäytymisen tilanteet käsitellään myös asiakkaiden palvelu- ja kuntoutussuunnitelmissa. Korjaavista toimenpiteistä tiedotetaan viikkosuunnittelussa ja sähköisen asiakastietojärjestelmän kautta. Yhteistyötahojen tiedotus toimii tiedotteen avulla ja tarvittaessa voidaan järjestää yhteistyöpalaveri.

Omavalvonnalla varmistetaan asiakkaiden yhdenvertaisuus sekä palvelujen saatavuus, jatkuvuus, turvallisuus ja laatu. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta (finlex.fi) velvoittaa palveluntuottajia raportoimaan julkisesti, miten omavalvontaohjelmassa kuvatut asiat toteutuvat. Omavalvontaohjelman toteutumisesta raportoidaan neljän kuukauden välein. Savaksen omavalvontaohjelma on julkaistu Savaksen internetsivuilla.

Omavalvontaohjelman raportin laadinnasta vastaa Säätiön palvelujohtaja. Raportti käsitellään johtoryhmässä, hallituksessa, esihenkilötyöryhmässä ja yksikön johtajat vastaavat sen käsittelystä työryhmissä. Raportissa kuvataan omavalvonnan toteutuminen. Omavalvontaraportissa on kunkin raportointijakson käytettävissä olevat tiedot

omavalvontaohjelman toteutumisesta sekä niiden pohjalta tehdyistä korjaavista ja kehitettävistä toimenpiteistä. Savaksen omavalvontaohjelman raportti julkaistaan Savaksen Sharepointissa sekä Savaksen internetsivuilla.