



Louhumäen toimintakeskus omavalvontasuunnitelma

Sisällys

1. Palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot.....	3
1.1 Palveluntuottajan perustiedot	3
1.2 Palveluyksikön perustiedot.....	3
1.3 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet	3
1.4 Päiväys	4
2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako	4
3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat.....	5
3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen	5
3.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen	5
3.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen	7
3.4 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen	13
3.5 Yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja asiakkaan/potilaan aseman ja oikeuksien varmistaminen ..	15
4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen.....	18
4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely.....	18
4.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta.....	20
4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä.....	20
4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano.....	21
5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi	22
5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta ja raportointi.....	22
5.2 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi.....	22
Liitteet.....	

1. Palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot

1.1 Palveluntuottajan perustiedot

Täytä:

- Savas-Säätiö sr.
- 0816129-8 ja SOTERI-rekisteröintinumero: 1.2.246.10.8161298.10.27
- Sepänkatu 4 A 1, 70100 Kuopio

1.2 Palveluyksikön perustiedot

- Louhumäen toimintakeskus
- Kuoppamäentie 1B, 70820 Kuopio. Puh: 0444306328
- Kristiina Johansson, Kuoppamäentie 1B, 70820 Kuopio. Puh: 0444306325.
Sähköposti: Kristiina.Johansson@savas.fi

1.3 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet

Louhumäen toimintakeskus tarjoaa työ- ja päivätoimintaa kehitysvammaisille, autismin kirjon henkilöille autismituntoutuksen viitekehyksessä ratkaisu- ja voimavarakeskeisen ajattelumallin mukaisesti Pohjois-Savon hyvinvointialueella. Asiakkaita toimintakeskuksella on yhteensä 13, kahdeksan ohjaajaa sekä yksikön johtaja. Paikkoja asiakkaille haettu 10-11 ja Kielonsaarenkadulle 6. Mikäli asiakaspaikat täyttyvät ohjaajaresurssi kasvaa riippuen asiakkaiden yksilöllisistä toimintakyvyn tarpeista.

Louhumäen toimintakeskus sijaitsee Kuopion Petosella, osoitteessa Kuoppamäentie 1 B. Toukokuussa 2025 uuden palvelupisteen rekisteröinnin lupapäätös, osoitteeseen Kielonsaarenkatu 2 A. Toiminta käynnistyi 2.6.2025 ko.osoitteessa. Toiminnan lähtökohtana on asiakaslähtöisyys hyödyntäen asiakkaan voimavaroja ja motivaatiota. Toiminta suuntautuu osittain ulospäin toimintakeskuksen tiloista mm. erilaisten ulkopuolisten työtoimintojen muodossa sekä tapahtumiin osallistumalla.

Säätiön arvot: osallisuus, ihminen edellä, avoimuus näkyvät toiminnassa. Toiminnassa huomioidaan osallisuus niin omaa kuin lähiyhteisöä hyödyntäen, ihminen edellä-ajattelussa niin asiakkaat kuin henkilöstö ovat keskiössä, avoimuus kautta linjan huomioidaan organisaation rakenteissa kuin yksikössä.

Työ- ja päivätoiminta järjestetään mahdollisimman pitkälle vastaamaan asiakkaan yksilöllisiä kuntoutustarpeita. Asiakkaan toimintakyky arvioidaan ja hänelle laaditaan palveluntoteuttamissuunnitelma = Minun elämäni suunnitelma (MESSI). Yksilöllisen

ohjaamisen kautta etsitään asiakaskohtaisia toimintamalleja. Toimintakeskuksen työ- ja päivätoiminta tukee myös asiakkaan asumista ja vapaa-aikaa.

Päivätoiminnan prosessikuvauksessa on kuvattuna toimintamalli asiakkuuden aloittamisesta aina päivätoiminnan lopettamiseen saakka. Yksityishenkilöt voivat ottaa itse tai yhdessä sosiaalityöntekijän kanssa yhteyttä toimintakeskukselle päivätoiminnan tarpeen arvioimiseksi. Ennen päivätoiminnan aloittamista laaditaan asiakkaalle palvelusuunnitelma yhteistyössä mm. palveluntuottajan, asiakkaan, edunvalvojan sekä päättävän sosiaaliviranomaisen kanssa. Palvelusuunnitelmassa kuvataan asiakkaalle annettava palvelu sekä voimassaoloaika.

Asiakailta kerätään järjestelmällisesti palautetta toiminnasta Bikva-arvioitimenetelmän avulla joka toinen vuosi. Tulosten pohjalta syntyy laatuksiteereitä, joiden avulla toimintaa kehitetään ja arvioidaan jatkuvasti. Myös läheiset osallistuvat Bikva-arviointiin. Louhumäen toimintakeskus tekee tiivistä yhteistyötä kuntien, sidosryhmien ja läheisten kanssa. Toimintaa ja palvelua arvioidaan ja kehitetään koko ajan. Laadunhallinta sertifioitun Qualitor Oy:n laatu järjestelmän mukaisesti. Laaduntunnustusauditoinnit toteutetaan organisaation laatiman erillisen suunnitelman mukaisesti.

1.4 Päiväys

Omavalvontasuunnitelma päivitetty 11.12.2024, 1.0/11.12.2024, 2.0/9.6.2025

2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako

Omavalvontasuunnitelma päivitetään vuosittain laatutyön mukaisesti ja aina tarvittaessa. Omavalvontasuunnitelman laatii ja päivittää yksikön johtaja Kristiina Johansson yhdessä työryhmän kanssa. Omavalvontasuunnitelma löytyy sähköisenä yksikön laatu käsikirjasta, tulostettuna omasta kansioista. Lisäksi omavalvontasuunnitelma julkaistaan säätiön nettisivuilla, jonka julkaisusta vastaa hallinnon assistentti. Omavalvonta suunnitelma käydään läpi ja päivitetään yhdessä henkilöstön kehittämisspäivässä. Viikkopalavereissa seurataan omavalvonnan toteutumista yhdessä laatutyöstä nousevien kehittämiskohteiden kanssa. Säätiössä on laadittu perehdytysohjelma opiskelijoille ja uusille työntekijöille. Toimintakeskuksen perehdyttämisen työvälineenä toimii säätiön intra.

Omavalvontasuunnitelma päivitetään, kun toiminnassa tapahtuu muutoksia palvelun laadussa ja asiakasturvallisuudessa. Laadunhallinta seuraa myös omavalvonnan toteutumista. Omavalvontasuunnitelma arkistoidaan yksikön laatukäsikirjaan.

3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat

3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen

Asiakkaille järjestetään päivätoimintaa arkisin. Jokainen työvuorossa oleva ohjaaja on vastuullinen selvittämään ja huolehtimaan asiakkaan pääsystä päivätoimintaan tekemällä tarvittavia järjestelyjä. Järjestelyt voivat olla mm. toimintoihin, resurssiin tai päivätoimintakyyteihin liittyviä järjestelyitä. Toimintakeskuksella ei ole osto- tai alihankintaan liittyviä palveluita. Päivätoiminnan kyydeistä vastaa Pohjois-Savon hyvinvointialue, arjen käytänteet tapahtuvat toimintakeskuksella annetun ohjeistuksen mukaisesti. Ohjeistus löytyy yksikön sharepointista.

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
Henkilöstön saatavuus	kohtalainen	aktiivinen rekrytointi, toiminnan suunnittelu, ennakointi

3.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen

3.2.1 Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi

Pohjois-Savon hyvinvointialueen vammaispalveluyksikön henkilökunta laatii yhdessä asiakkaan, läheisten ja toimintakeskuksen 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 2-3 vuoden välein. Toimintakeskuksen henkilökunnasta asukkaan omaohjaaja on palaverissa mukana. Myös muut ohjaajat ovat hyvin perillä palvelusuunnitelman sisällöstä. Ohjaajat seuraavat palvelusuunnitelmassa sovittujen asioiden toteutumista ja ovat tarvittaessa yhteyksissä vammaispalveluyksikköön.

Asiakkaiden kotikuntien kanssa pidettävässä palvelu- ja kuntoutuksuunnitelmapalaverissa suunnitellaan ja arvioidaan yksilöllisesti asiakkaiden toimintakykyä ja kuntoutumista koskevat sekä palveluntarvetta käsittelevät kokonaisuudet. Asiakkaat osallistuvat päivätoimintaan yksilöllisen viikko-ohjelman mukaisesti.

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

Palveluyksikön valmius- ja jatkuvuudenhallinnasta sekä valmius- ja jatkuvuussuunnitelmasta vastaava: Kristiina Johansson, yksikön johtaja, 0444306325.

Säätiössä on laadittu valmiussuunnitelma, jonka on päivittänyt isännöitsijä Petri Lievonen, puh: 0444306304. Valmiussuunnitelmaan on kuvattu johtamisen ja tiedottamisen vastuut. Toimintakeskuksella valmiussuunnitelman mukaisesti poikkeusoloissa toimintaa supistetaan paikallisten poikkeus- ja suunnitelmien mukaisesti. Suurimpana poikkeusolona toimintakeskuksella voidaan pitää asiakkaan katoamista tai karkaamista. Tähän on laadittu yksikössä omat toimintaohjeet. Turvallisuussuunnitelmat on laadittu yhdessä paloviranomaisen kanssa, joista yksikköön on tehty omat toimintaohjeet henkilöstölle sekä asiakkaille heidän kommunikaatiotapansa huomioiden.

Arjessa käytetään sijaisia työlomien sijaistuksiin. Lyhyet keikkaluontoiset sijaisuudet katsotaan aina tilanteen mukaan. Säätiöllä on kiertäviä ohjaajia, jotka ovat perehdytetty yksikköön. Heitä voidaan tarpeen mukaan käyttää äkillisissä poissaoloissa. Lisäksi toimintakeskus tekee tiivistä yhteistyötä Louhumäen kotien ja Savolanniemen kodin kanssa. 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
Henkilöstön saatavuus	kohtalainen	aktiivinen rekrytointi, ennakointi, toiminnan suunnittelu

3.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen

3.3.1 Palveluiden laadulliset edellytykset

Asiakkailta kerätään järjestelmällisesti palautetta toiminnasta Bikva-arvioitimenetelmän avulla joka toinen vuosi. Tulosten pohjalta syntyy laatukriteereitä, joiden avulla toimintaa kehitetään ja arvioidaan jatkuvasti. Myös läheiset osallistuvat Bikva-arviointiin joka toinen vuosi. Louhumäen toimintakeskus tekee tiivistä yhteistyötä hyvinvointialueen, 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.

Yksikön johtaja vastaa riskienhallinnasta yhdessä työryhmän kanssa. Yksikössä arvioidaan riskienhallintaa joka toinen vuosi. Riskienhallinnasta nousseita asioita käsitellään ja arvioidaan henkilöstön viikko- ja työkokouksissa sekä kehittämispäivissä.

3.3.2 Toimitilat ja välineet

Toimintakeskuksessa on käytössä viisi toimintahuonetta, ruokailutilat, kodinhoitotilat, opetusasunto ja saunatilat sekä kolme asiakas wc:tä. Työtoimintaa on myös K-market

Pirtinportissa, K-market Pirtissä, Petosen puistoväylällä sekä Pyörön kirjastossa. Louhumäen toimintakeskuksen henkilökunta huolehtii päivätoiminnan järjestämisen lisäksi myös Louhumäen palvelukodin ryhmäkoti Kukkulan asiakkaiden aamutoimien ohjauksesta sekä Savolanniemen palvelukodin ryhmäkoti Poukaman asiakkaiden aamutoimien ohjauksesta.

Kesällä 2025 uuden palvelupisteen toiminta alkoi osoitteessa Kielonsaarenkatu 2, joka käsittää keittiön, yhden ison toimintahuoneen sekä yhden sermillä jaetun huoneen. Tilassa on ohjaajien wc- tila sekä asiakkaiden wc-tila. Lisäksi tiloissa on siivouskomero. Työntekijät jakautuvat aamulla niin, että neljä ohjaajaa aloittaa Louhumäessä, yksi Kielonsaarenkadulla ja neljä asumisyksiköissä.

Säätiön isännöitsijän kanssa suunnitellaan tulevien vuosien remonttitarpeet. Kiinteistön huollosta vastaa Kuopion Huoltotrio, Kielonsaarenkadulla kiinteistöstä vastaa Niiralan Kulma. Kiinteistön turvallisuudesta ja välineistä huolehtii jokainen ohjaaja ja tekee tarvittavat huoltopyynnot Huoltotriolle tai isännöitsijälle. Yksikössä on laadittu kemikaaliluettelo, jonka ajantasaisuudesta vastaavat siivousvastaavat. Kemikaalit ovat lukitussa siivouskomerossa.

3.3.3 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuoja

Palveluyksikön asiakastietojen käsittelystä ja siihen liittyvästä ohjeistuksesta vastaa yksikön johtaja Kristiina Johansson.

Säätiön tietosuojavastaavana toimivat:

Asiantuntija Minna Heinström, 044 367 4070
Taloustalallikkö Mari Wilman, 044 430 6398

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 ohjaajatasoisen 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 omahoitaja-toiminnolla 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 täytymisestä 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 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.

Kameravalvontaa ei ole käytössä.

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 vaarannu.

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

Säätiössä on laadittu infektioiden hallintakäytännöt, joita myös Louhumäen toimintakeskuksessa noudatetaan. Tartuntatautilain 48 § mukaisesti henkilökuntaa suositellaan ottamaan ajantasainen rokotussuoja.

Yksiköllä on nimetty omavalvontavastaavat puhtaanapitoon ja ruokahuoltoon, joiden tehtävänä 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. Louhumäen toimintakeskuksella on oma lääkehuollon suunnitelma, joka päivitetään vuosittain ja aina, jos muutoksia tulee. Lääkehoidon suunnitelmasta vastaavat lääkehoidon vastuualuehenkilöt: ohjaajat Reetta Jolkkonen ja Pauliina Puranen, puh: 0444306328. Lääkehoidon suunnitelma on päivitetty 9.6.2025. Yksikön johtaja, Kristiina Johansson, puh: 0444306325 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 vahvistaa lääkäri, sekä yli kolmen kuukauden työsuhteessa oleville määräaikaikaisille henkilöille.

Asiakkaiden lääkitystiedot löytyvät jokaisen asiakkaan DomaCare asiakastietojärjestelmästä. Toimintakeskuksella seurataan ja reagoidaan asiakkaan psyykkisiin ja fyysisiin muutoksiin ja tarvittaessa tiedotetaan asiasta asiakkaan läheisille ja asumisyksikköön. Tarvittavat kirjaukset tehdään DomaCare asiakastietojärjestelmään.

Kaikilla toimintakeskuksella 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.

3.3.7 Lääkinnälliset laitteet

Toimintakeskuksella ei ole käytössä lääkinnällisiä laitteita.

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
Lääkehoidon prosessin poikkeamat	vähäinen	Säännöllinen lääkeosaamisen arviointi (LoVE)
Ohjeiden vastainen asiakaskirjaaminen (DomaCare asiakastietojärjestelmä)	kohtalainen	Kirjaamiskoulutus, perehdytys
Hälytínjärjestelmän toimimattomuus	vähäinen	Huolto järjestelmästä vastaavalla toimijalla
Infektioiden leviäminen	kohtalainen	Tartuntatautilain 48 § ajantasainen rokotussuoja, puhtaanapitosuunnitelma

3.4 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen

Louhumäen toimintakeskuksen henkilöstöön kuuluu yhdeksän työntekijää, joista yksi toimii esihenkilönä (yksikön johtaja); yksikön johtaja (sosionomi AMK, yhteisöpedagogi AMK) sekä kahdeksan ohjaajaa (toimintaterapeutti (AMK), sosionomi (AMK) ja kuusi lähihoitajaa.

Rekrytointia tapahtuu läpi vuoden riippuen yksikön tilanteesta. Soveltuvan koulutuksen lisäksi rekrytoinnissa painottuu asiakkaiden tarpeet mm. kommunikaatiossa sekä autismikuntoutus. Ammattioikeudet tarkistetaan Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteristä JulkiTerhikistä/ JulkiSuosikista.

Vakituiset vakanssit laitetaan julkiseen hakuun. 1.1.2025 alkaen vammaispalveluissa olevalta uudelta työntekijältä tarkastetaan rikosrekisteriote, jonka uusi työntekijä hankkii ja tuo näytille yksikön johtajalle.

Arjessa käytetään sijaisia kesäloman- ja pidempien työlomien 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.

Sairauspoissaoloja seurataan ja yksiön esimies puuttuu niihin tarpeen mukaan, varhaisen välittämisen mallin kautta. Vuosittain yksiköt saavat neljä tuntia työaikaa 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.

Toimintakeskuksessa perehdytys tapahtuu säätiön perehdytysohjelman mukaisesti. Uudelle työntekijälle tai opiskelijalle nimetään perehdytyksestä vastaava ohjaaja. Työsuhteen alkuun pyritään järjestämään 3 perehdytysvuoroa. Perehdytyksen väliarviointi pyritään suorittamaan viimeistään kolmen viikon jälkeen perehdytyksestä, siitä vastaa perehdytyksen vastuuohjaaja tai yksikön johtaja. Perehdytyksen loppuarvioinnin käy keskustellen toimintakeskuksen johtaja.

Vuosittainen koulutussuunnitelma laaditaan henkilöstön ja asiakastyöstä lähtevistä tarpeista. Vuosittaisissa kehityskeskusteluissa laaditaan henkilökohtainen kehittämissuunnitelma, jonka toteutumista arvioidaan seuraavassa keskustelussa.

Henkilöstön osaamisen arviointi C&Q-järjestelmän avulla joka toinen vuosi. Tämän pohjalta laaditaan Säätiön osaamisen kehittämissuunnitelma.

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

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

Tunnistettu riski	Riskin arviointi (suuruus ja vaikutus)	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Henkilöstöresurssi	kohtalainen	Palvelutoiminnan suunnittelu, asiakkaiden tarpeita vastaava koulutus, työnohjaus, konsultaatio

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

Asiakkaiden itsemääräämisoikeuden vahvistamiseksi laadituista suunnitelmista vastaavat asiakkaiden nimetyt omaohjaajat; puh: 0444306328.

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

Potilasasiavastaavan työmuotoina ovat asiakaskohtainen neuvonta ja ohjaus, henkilöstön ohjaus, neuvonta ja koulutukset sekä asiakkaiden/ läheisten informointi esimerkiksi läheisten illat.

Potilasasiavastaava, kunnat: puh. 044 461 0850 (maanantai - perjantai klo 9.00-11.30).

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; Kristiina Johansson, 0444306325 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.

Toimintakeskuksessa korostetaan ja pyritään vahvistamaan asukkaiden itsemääräämisoikeutta. Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan yksilön oikeutta määrätä omasta elämästään ja päättää hoidosta ja palveluista.

Asiakkaiden omat mielipiteet, tahdon ilmaisut ja mielenkiinnon kohteet otetaan huomioon arjessa. Asiakkailla on mahdollisuus tehdä päätöksiä ja vaikuttaa esimerkiksi päivätoiminnan 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. Toimintakeskuksella 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 asiakkailla on myös oikeus tehdä ns. huonoja valintoja. Myös ohjaajien ja läheisten asenteilla on suuri merkitys. Ohjaajat saavat koulutusta itsemääräämisoikeuteen liittyvissä asioissa.

Itsemääräämisoikeuskyvylä tarkoitetaan henkilön kykyä tehdä sosiaali- ja terveydenhuoltoon 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 tulevissa väkivalta- ja uhkatilanteissa toimintaa ohjaa erillinen rajoitus- ja turvatoimenpideohjeistus. Siinä kuvataan, miten uhka- ja väkivaltatilanteita hallitaan, kirjataan ja seurataan.

Toimintakeskuksen ohjaajat toteuttavat aamutoimissa rajoitustoimenpiteitä sovitusti ympärivuorokautisessa asumisessa olevien henkilöiden kohdalla. Näistä rajoittamisen toimenpiteistä tehdään asianmukainen kirjaus toimintakeskuksen asiakastietojärjestelmään.

Palveluntoteuttamisuunnitelma (=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 esimiehillä. Jokaisen työntekijän odotetaan häirintää tai epäasiallista kohtelua havaitessaan ottavan asian puheeksi oman esimiehensä 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 väärä tietoja, puhutaan pahaa)
- selän takana, haukutaan, nöyryytetään tai pilkataan)
- henkilökohtaisen koskemattomuuden loukkaaminen (esim. huutaminen, suulliset ja kirjalliset uhkaukset, käsiksi käyminen, suora väkivalta tai sukupuoli 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 asiakaskansiosta, henkilökunnalta tai kotikunnan sosiaalivastaavalta. Tarvittaessa muistutuksen tekemisessä avustaa sosiaalivastaava, jonka yhteystiedot ovat

toimintayksikön ilmoitustaululla. Toimintayksikön vastuuhenkilö antaa muistutuksen johdosta 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 ilmoituksen voi tehdä myös whistleblowing- kanavan kautta nimettömänä, jonka linkki löytyy 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
Asiakkaan epäasiallinen kohtelu	kohtalainen	0-tolenranssi, arvojen mukainen työskentely, osaamisen varmistaminen

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.

Kaltoin kohtelulla tarkoitetaan fyysistä, psyykkistä tai kemiallista eli lääkkeillä aiheutettua kaltoin kohtelua. Esimerkiksi asiakasta tönitään, 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 paperiversioida 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. Esimies ilmoittaa asiasta säätiön johdolle (palvelujohtaja). Ilmoituksen vastaanottaneen henkilön on ilmoitettava asiasta yksikön sijaintikunnan sosiaalihuollon johtavalle viranhaltijalle tai valvonnan vastuuhenkilölle, 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 laatu-poikkeamat 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.

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. 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.

4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä

Toimintakeskuksella on strukturoitu henkilöstön viikkokokouspohjaan laatupoikkeamat, jotka käsittävät myös epäkohtailmoitukset sekä haitta- ja vaaratapahtumailmoitukset, muistutukset ja kantelut. Tapausten johdosta kirjataan laatuporttiin tarvittavat korjaavat toimenpiteet, niiden seuranta ja vastuuhenkilö. Henkilöstö perehdytetään laatupoikkeamien tekemiseen ja kirjaamiseen.

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 myöhempanä esittäjälle luvattuna ajankohtana, kuitenkin viimeistään viikon kuluessa, ellei erikseen toisin sovita. Palaute ja sen johdosta suoritettavat toimenpiteet on kirjattava asiakaskohtaisessa palautteessa asiakastietojärjestelmään (huomion laatuna 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	Aikataulu	Vastuutaho	Seuranta
Asiakaskirjaamisen tehostaminen, dokumentaatio	aloitettu 12/2024 valmis 31.12.2025	Kristiina Johansson+ työryhmä	henkilöstö n kokoukset , johdonkat selmus
Työryhmäkokousten kehittäminen sisällöllisesti	aloitus heti, valmis 31.12.2025	Kristiina Johansson + työryhmä	henkilöstö n kokoukset , johdonkat selmus

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 viikkopalaverissa 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.

Toimintakeskuksessa 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 viikkopalaverissa 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.

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.



Kristiina Johansson, yksikön johtaja

Louhumäen toimintakeskus