

Lehtolan kodit

Oma- ja valvontasuunnitelma

Sisällys

Lehtolan kodit	1
Omavalvontasuunnitelma	1
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.....	4
3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen	4
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.....	14
3.5 Yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja asiakkaan/potilaan aseman ja oikeuksien varmistaminen..	16
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.....	20
5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi	22
5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta ja raportointi	22
5.2 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi.....	23

1. palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot

1.1 Palveluntuottajan perustiedot

- Savas-Säätiö sr
- Y-tunnus: 0816129-8 ja SOTERI-rekisteröintinumero: 1.2.246.10.8161298.10.47, 1.2.246.10.8161298.10.56
- Sepänkatu 4 A 1, 70100 KUOPIO

1.2 Palveluyksikön perustiedot

- Lehtolan kodit
- Sahalahdentie 18-20, 52700 MÄNTYHARJU, puh: 044 430 6355
- Yksikön johtaja Satu Vesalainen
puh: 044 430 6354
sähköposti: satu.vesalainen@savas.fi

1.3 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet

Lehtolan kodit tuottaa ympärivuorokautista ja yhteisöllistä asumispalvelua kehitysvammaisille henkilöille. Ympärivuorokautisessa asumisessa asiakaspaikkoja on 11 ja yhteisöllisessä asumisessa 5 asiakaspaikkaa. Kaikki asiakaspaikat ovat vakituksessa käytössä.

Ympärivuorokautisessa asumisessa on henkilökuntaa paikalla ympäri vuorokauden. Yhteisöllisessä asumisessa henkilökunta on asiakkaiden saatavilla klo 7-21. Palvelut tuotetaan Savas-Säätiön omistamassa ja ylläpitämässä kiinteistössä kahdessa erillisessä rakennuksessa. Lisäksi Lehtolan kodit tarjoaa avotyötoimintapaikan kahdelle Etelä-Savon hyvinvointialueen asiakkaalle.

Lehtolan kodit tarjoaa asiakkaille turvallisen ja viihtyisän kodin. Asiakkaat tarvitsevat ohjausta, tukea ja apua päivittäisissä toiminnoissa, perushoidossa, lääkehoidossa, psyykkisen hyvinvoinnin tukemisessa, elämänhallinnassa sekä sosiaalisissa suhteissa. Asiakkaiden ikääntymisen myötä perushoidon tarve on lisääntynyt.

Ohjaajat tukevat asiakkaita heidän yksilölliset voimavaransa huomioiden ja edistävät mahdollisimman itsenäistä elämää itsemääräämisoikeutta kunnioittaen. Asiakkaiden tuen tarve arvioidaan toimintakyvyn perusteella, ja arvioinnissa hyödynnetään RAI ID toimintakykyarviointia. Tuki suunnitellaan yhteistyössä asiakkaan, hänen läheistensä ja palvelun tilaajan kanssa.

Säätiön arvot - osallisuus, ihminen edellä ja avoimuus - näkyvät ohjaavat kaikkea toimintaa. Osallisuutta edistetään sekä asiakkaiden että lähiyhteisön näkökulmasta.

Ihminen edellä -ajattelu näkyy asiakas ja henkilöstölähtöisessä toiminnassa, ja avoimuus toteutuu organisaation rakenteissa ja arjen työssä.

Asiakkailta ja heidän läheisiltään kerätään palautetta järjestelmällisesti toiminnasta Bikva-arviointimenetelmällä joka toinen vuosi. Saatua palautetta hyödynnetään toiminnan arvoinnissa ja kehittämisessä. Lehtolan kodit tekee tiivistä yhteistyötä hyvinvointialueiden, sidosryhmien ja läheisten kanssa. Toimintaa ja palvelua arvioidaan ja kehitetään koko ajan. Laadunhallinta toteutetaan Labquality Oy:n laatujärjestelmän mukaisesti.

Asumispalvelut tuotetaan ostopalveluna. Palvelun tilaajina ovat Etelä-Savon ja Pohjois-Savon hyvinvointialueet. Kiinteistöhuolto, siivous ja lämpimät ateriat on ulkoistettu.

1.4 Päiväys

Omavalvontasuunnitelma: VERSIO 12/ 10.2.2026, 11/ 10.2.2025, 10/31.1.2024

Seuraava katselmointi: 10.2.2027, arkistointi 1.8 laadunhallinta

2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako

Omavalvonnan laatimisesta, toteutumisen seurannasta, päivittämisestä ja julkaisemisesta vastaa yksikön johtaja. Omavalvonnan laatimisessa ja päivittämisessä on mukana henkilökunta mahdollisuuksien mukaan. Omavalvonta on julkisesti nähtävillä yksikössä ja luettavissa henkilöstön intrassa sekä nähtävissä myös Savas-Säätiön nettisivuilla. Omavalvonta käydään läpi henkilöstön palaverissa ja jokainen kuittaa sen luetuksi. Omavalvonta kuuluu perehdytykseen ja omavalvonnan toteutumista seurataan työryhmän kokouksissa.

Omavalvontasuunnitelma päivitetään, kun toiminnassa tapahtuu muutoksia palvelun laadussa ja asiakasturvallisuudessa. Laadunhallinta seuraa myös omavalvonnan toteutumista. Omavalvontasuunnitelma arkistoidaan Savas-Säätiön arkistointiohjeiden mukaan.

Yksikön johtajalla on lain vaatima korkeakoulutasoinen tutkinto ja johtamisen erikoisammattitutkinto.

3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat

3.1 Palvelujen saatavuus ja jatkuvuus

Asiakkaan palveluun tulo perustuu palvelutarpeen arviointiin, joka tehdään yhdessä asiakkaan, hänen läheistensä, hyvinvointialueen edustajien ja yksikön kanssa. Arvioinnilla varmistetaan palvelun soveltuvuus asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin. Palvelun toteutumista arvioidaan uudelleen muutaman kuukauden kuluttua palvelun alkamisesta.

Palvelujen jatkuvuus turvataan riittävällä henkilöstömitoituksella, sijaisjärjestelyillä sekä säätiön valmius- ja jatkuvuussuunnitelmalla. Poikkeus- ja häiriötilanteita varten on laadittu erilliset toimintaohjeet.

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
Asumispalvelumuoto ei sovellu / ei pystytä vastaamaan asiakkaan tuen tarpeeseen	Mahdollinen, vähäinen vaikutus	Huolellinen ja kattava palvelutarpeen arviointi riittävän moniammatillisen tiimin kautta. Säännöllinen arviointi palveluun saapumisen jälkeen.
Palvelutoiminnan henkilöstöresurssi riittämätön eikä sen vuoksi pystytä vastaamaan asiakkaan tuentarpeisiin / sopimusten palvelukuvauksiin	Mahdollinen, kohtalainen vaikutus	Riittävä vuoropuhelu tilaajan ja asiakkaan läheisten kanssa asiakkaan tarpeista ja sen vaatimista resursseista

3.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen

3.2.1 Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi

Yksikön johtaja tiedottaa hyvinvointialueiden vammaispalvelujen työntekijöitä vapaista asiakaspaikoista yksikössä nettisivujen, somekanavien sekä socfinderin kautta. Asiakkaan palveluiden suunnitteluun osallistuu asiakas itse, hyvinvointialueen omatyöntekijä, asiakkaan halutessa hänen läheisensä sekä asiakkaan omaohjaaja / yksikön johtaja. Myös muut työntekijät ovat tietoisia palvelusuunnitelman sisällöstä ja seuraavat palvelusuunnitelmassa sovittujen asioiden toteutumista.

Terveystieteiden palvelunjärjestäjien kanssa yhteistyö ja tiedonkulku toteutuu pääsääntöisesti lääkärikäynneillä sekä puhelimitse / kirjallisena mm. hoitosuunnitelmat. Lääkäripalvelujen saatavuutta on lisännyt kuukausittain toteutuvat etälääkärin vastaanotot. Tärkeimmät yhteistyökumppanit ovat Etelä-Savon hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut.

Päiväaikaisen toiminnan palvelut ovat muutosvaiheessa yli 65-vuotiaiden jäädessä pois päiväaikaisesta toiminnasta vammaispalvelulain muutoksen myötä sekä Mäntyharjun Savosetin lakkauttaminen ja asiakkaiden siirtyminen päiväaikaiseen toimintaan Mikkeliin.

3.2.2 Valmius- ja jatkuvuudenhallinta

Palveluyksikön valmius- ja jatkuvuudenhallinnasta sekä valmius- ja jatkuvuussuunnitelmasta vastaava: yksikön johtaja Satu Vesalainen, puh. 044 430 6354.

Säätiössä on laadittu valmiussuunnitelma, jonka on päivittänyt isännöitsijä Petri Lievonen, puh: 044 430 6304 ja hyväksynyt toimitusjohtaja Vilma Kröger puh. 0400 668 211

Valmiussuunnitelmaan on kuvattu johtamisen ja tiedottamisen vastuut. Valmiussuunnitelman mukaisesti poikkeusoloissa toimintaa supistetaan paikallisten poikkeus- ja suunnitelmien mukaisesti. Suurimpana poikkeusolona 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.

Asiakasturvallisuus on keskeinen osa yksikön toimintaa. Turvallisuutta edistetään ennakoivalla riskienhallinnalla, ajantasaisilla ohjeilla sekä henkilöstön osaamisen ylläpitämisellä.

Arjessa käytetään sijaisia työlomien sijaistuksiin. Lyhyet keikkaluontoiset sijaisuudet katsotaan aina tilanteen mukaan. Lähtökohta on taata turvallinen toiminta ja siihen riittävä resurssi huomioiden asiakkaiden yksilölliset tuen tarpeet.

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

Tunnistettu riski	Riskin arviointi (suuruus ja vaikutus)	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Rekrytointien haasteet, ei saada rekrytoitua koulutettuja työntekijöitä	Mahdollinen, kohtalainen vaikutus	Työnantajat mahdollistamat työkalut ja edellytykset rekrytointien onnistumiseen. Savas-Säätiön asiantuntija-apu rekrytoinneissa. Tarvittaessa yhteistyö tilaajaan päin
Tulipalo, vesivahinko	Mahdollinen, kohtalainen	Yksikössä on automaattinen sammutusjärjestelmä sekä paloilmoitinjärjestelmä. Säännölliset tarkastukset ja vuosihuollot, säännölliset koulutukset ja kertaukset työntekijöiden kanssa, kuuluu myös perehdytysohjelmaan.
Asiakkaan katoaminen	Mahdollinen, kohtalainen	Tarvittaessa tekninen poistumisvalvonta henkilölle, jotka eivät pysty huolehtimaan omasta turvallisuudestaan. Toimintaohjeet katoamisen varalta kaikkien tiedossa
Ympäristöstä aiheutuvat esim. kemikaali- tai kaasu vuodot (vrt. rautatie)	Mahdollinen, kohtalainen	Viranomaisten ohjeistukset

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.

Savas-Säätiön palveluiden tuottamisessa noudatetaan lakia. Lainsäädännön mukainen toiminta on varmistettu toimintaa ohjaavassa laatukäsikirjassa, joka on koko henkilöstön käytettävissä Savas-sharepointissa sekä yksikön teamsissa.

Savaksella on käytössä SHQS-laatuohjelma, joka on sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden käyttöön tarkoitettu johtamista ja prosessien jatkuvaa kehittämistä tukeva laatujohtamisen työkalu. SHQS-laatuohjelma koostuu arviointikriteeristöstä, jossa on huomioitu sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä, valtakunnallisia suosituksia ja hyviä käytäntöjä. Vuosittain tehdään kattava itsearviointi ja sisäisillä sekä ulkoisilla auditoinneilla varmistetaan kriteeristön mukainen toiminta ja sen kehittäminen.

Organisaation riskienhallintasuunnitelma päivitetään johdon toimesta joka toinen vuosi ja yksikön riskienhallintasuunnitelma joka toinen vuosi yksikön johtajan toimesta. Yksikön riskienhallintavastuu on yksikön johtajalla. Yksikön johtaja vastaa riskienhallinnasta yhdessä työryhmän kanssa. Riskienhallinnasta nousseita asioita käsitellään ja arvioidaan henkilöstön viikko- ja työkokouksissa sekä kehittämispäivissä.

Organisaation asiakasturvallisuussuunnitelmassa kuvataan asiakasturvallisuuden osa-alueet ja toimenpiteet riskien minimoimiseksi. Savas-Säätiössä asiakasta koskevaan hoito- ja ohjaustyöhön liittyvä turvallisuus on jaettu asiakkaan hoidon, fyysisen ympäristön ja tietoturvallisuuden osa-alueisiin. Potilas- ja asiakasturvallisuuteen kuuluvat sosiaali- ja terveydenhuollon osaava henkilökunta sekä tilojen, laitteiden, tarvikkeiden ja lääkkeiden tarpeenmukaisuus ja oikea käyttö. Sosiaali- ja terveydenhuollon dokumentointi ja tiedonkulku on turvattua. Kokonaisvastuu asiakasturvallisuudesta ja sen toteutumisesta on aina yksikön johtajalla.

Asiakkailta sekä läheisiltä kerätään järjestelmällisesti palautetta toiminnasta Bikva-arvioitimenetelmän avulla joka toinen vuosi. Tulosten pohjalta syntyy laatuksiteereitä, joiden avulla toimintaa kehitetään ja arvioidaan jatkuvasti. Lehtolan kodit tekee tiivistä yhteistyötä hyvinvointialueen, sidosryhmien ja läheisten kanssa. Toimintaa ja palvelua arvioidaan ja kehitetään koko ajan.

3.3.2 Toimitilat ja välineet

Yksikkö on rakennettu asumispalveluyksiköksi ja on valmistunut 1996. Tilat ovat esteettömät ja yhdessä tasossa. Yksikkö sijaitsee Mäntyharjun taajamassa noin puolen kilometrin kävelymatkan päässä keskustasta. Yksikön ympärivuorokautisessa asumisessa on viiden ja kuuden asunnon ryhmäkodit. Kaikissa asiakashuoneissa on oma kylpyhuone / wc. Asunnot ovat yhden hengen huoneita. Yhteisöllisessä asumisessa jokaisella on oma kylpyhuone / wc sekä minikeittiö/ varaus minikeittiöön. Kaikki asunnot ovat yksiöitä. Asiakkaat ovat itse sisustaneet kotinsa läheistensä ja / tai omaohjaajansa kanssa. Ympärivuorokautisen asumisen asunnoista 4 on varustukseltaan invavarusteltuja huoneita, erillistalossa invavarusteltuja huoneita on kaksi. Asiakashuoneet ovat ainoastaan asiakkaiden henkilökohtaisessa käytössä. Sekä ympärivuorokautisen- että yhteisöllisen asumisen asiakkaiden käytössä on yhteiset ruokailu- ja oleskelutilat sekä saunat. Jokaisella asiakkaalla on mahdollisuus käyttää yhteisiä ruokailu- ja oleskelutiloja tv:n katseluun ja yhdessäoloon niin halutessaan.

Erillistalon yhteydessä on toimintatupa, jossa järjestetään viriketoimintaa resurssitilanteen mukaan ja jota käytetään myös kerhotilana. Tilassa järjestää Mäntyharjun Kansalaisopiston harrastetoimintaa, osallistujat ovat pääasiassa Lehtolan kotien asiakkaita.

Uusi asiakas muuttaa ensisijaisesti vapautuneeseen huoneeseen eli hän ei voi valita huonettaan / ryhmäkotia, johon muuttaa. Mikäli asiakashuoneiden vaihtaminen on perusteltua

ja molempien asiakkaiden edun mukaista, voidaan siitä neuvotella. Asiakkaiden läheisillä ja ystävillä on niin halutessaan mahdollisuus yöpyä joko läheisensä huoneessa tai talon toimintatuvassa.

Palveluyksikössä on koneellinen ilmastointi ja suodattimet vaihdetaan kolme kertaa vuodessa. Palveluyksikön yleisten tilojen valaistus mukaan lukien turvavalot on vaihdettu vuosina 2023–2024.

Toimitiloille tehdyt tarkastukset sekä myönnetyt viranomaishyväksynnit ja luvat päivämäärineen:

- Palotarkastus / Etelä-Savon hyvinvointialueen pelastuslaitos 13.7.2023
- Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tarkastus / Mikkelin ympäristöpalvelut 3.2.2020
- Paloilmoittimen vuosihuolto / Pap Group 27.9.2024
- Väestönsuojan tarkastus / Savon palokalusto 9.9.2025
- Väestönsuojan tiiveyskoe / Presto 2022
- Oiva-tarkastus / Mikkelin seudun ympäristöpalvelut 15.10.2024
- Elintarviketoimialan tarkastus / Mikkelin seudun ympäristöpalvelut 15.10.2024

Säätiön isännöitsijän kanssa suunnitellaan tulevien vuosien remonttitarpeet. Kiinteistöhuollosta vastaa Talohuolto Timo Partonen Oy. Kiinteistön turvallisuudesta ja välineistä huolehtii jokainen ohjaaja ja tekee tarvittavat huoltopyynnöt isännöitsijälle tai Talohuolto Partoselle. Yksikössä on laadittu kemikaaliluettelo ja on käyttöturvatiedotteet käytössä olevista aineista.

3.3.3 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuojat

Yksikön asiakastietojen käsittelystä ja siihen liittyvästä ohjeistuksesta vastaa yksikön johtaja.

Säätiön tietosuojavastaavina toimivat:

Asiantuntija Minna Heinström, 044 367 4070
Taloustalustietojen Mari Willman, 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 vuosittain.

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 virheellisten, 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 tunnuksset. Esihenkilöt antavat ohjaajatason tunnuksset oman yksikön työntekijöille. Tunnuksset 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 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.

Säätiön tietoturvasuunnitelma on päivitetty 18.2.2025. 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.

Yksikössä on henkilöturvajärjestelmä. Klo 21–07 välisenä aikana ulko-ovissa on kulunvalvonta, joka hälyttää työntekijän kännykkään oven avautuessa. Yhteisöllisen asumisen asiakkailta on henkilökohtaiset turvapuhelimet, joilla he pystyvät ottamaan yhteyden työntekijään. Turvapuhelinten käyttöä harjoitellaan / testataan asiakkaiden kanssa yhdessä kuukausittain. Hälytys tulee päiväaikaan kolmeen työntekijöiden kännykkään, yöllä yhteen. Myös ympärivuorokautisen asumisen asiakkailta on tarvittaessa käytössään turvahälytin, jolla he pystyvät hälyttämään henkilökunnan. Turva- ja kutsulaitteet testataan kuukausittain ja hälytysten toimintaa seurataan jatkuvasti (mm. ovihälytykset). Hälytinjärjestelmän huollosta ja toimintavarmuudesta vastaa Lohde Trust Oy, vikapäivystys 029 001 3040. Kameravalvontaa ei ole käytössä.

Yksikössä on laadittu kriisinhallintaohjeistus sekä laadittu palo- ja pelastussuunnitelma yhdessä palo- ja pelastusviranomaisten kanssa. Asiakasturvallisuuden kehittämiseksi painotamme laitteiden asianmukaista käyttöä, palo- ja pelastussuunnitelman päivytystä kerran vuodessa tai tarvittaessa, poistumisharjoituksien järjestämistä vähintään kerran vuodessa, henkilökunnan säännöllinen turvakorttikoulutus ja kriisinhallintasuunnitelman päivitys tarvittaessa.

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 asiakaspalaverissa 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 Lehtolan kodeilla noudatetaan. Työntekijöillä on tartuntatautilain 48 § mukainen 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, jossa on kuvattu lääkehoidon prosessi kokonaisuudessaan mm. miten lääkehoidon osaaminen varmistetaan, millaiset lääkelupakäytännöt yksikössä on, miten lääkkeiden tai rokotteiden haittavaikutusilmoitus tehdään palveluyksikössä sekä millaiset toimintamallit yksikössä on lääkevarkauksien varalta.

Yksikön lääkehoitosuunnitelma on päivitetty 15.1.2026 ja Etelä-Savon hyvinvointialueen erikoislääkäri on sen järjestelmällekirjoittanut 21.1.2026. Allekirjoituksen oikeellisuuden voi tarkistaa Eloisan kirjaamosta.

Lääkehoitosuunnitelman laatimisesta ja päivittämisestä vastaa yksikön johtaja ja lääkehoidon vastuuhenkilö yhdessä Savas-Säätiön konsultoivan sairaanhoitaja Heidi Nykäsen (puh. 041 730 4583, heidi.nykanen@savas.fi) kanssa.

Lääkehoidon asianmukaisuudesta ja lääkehoitosuunnitelman toteutumisesta ja seurannasta yksikössä vastaa yksikön johtaja yhdessä Savas-Säätiön konsultoivan sairaanhoitajan kanssa. Yksikön johtaja yhdessä lääkevastaavien kanssa varmistaa lääkehoidon asianmukaisuuden ja seurannan.

Lehtolan kodeilla on ainoastaan asiakkaiden lääkärin määräämiä lääkkeitä.

Yksikössä on laadittu luparekisteri työntekijöistä, joilla on tarvittava lääkehoidonkoulutus ja lääkärin allekirjoittama lupa lääkehuollon toteuttamiseen yksikössä

Asiakkaiden lääkitystiedot löytyvät jokaisen asiakkaan DomaCare asiakastietojärjestelmästä. Yksikössä seurataan ja reagoidaan asiakkaan psyykkisiin ja fyysisiin muutoksiin ja tarvittaessa tiedotetaan asiasta asiakkaan läheisille ja asumisyksikköön. Kaikki lääkehuoltoa koskevat kirjaukset tehdään DomaCare asiakastietojärjestelmään.

3.3.7 Lääkinnälliset laitteet

Yksikön laitevastuuhenkilön nimi, tehtävänimike ja yhteystiedot:
yksikön johtaja Satu Vesalainen, puh. 044 430 6354, satu.vesalainen@savas.fi

Savas-Säätiöllä on laadittuna ohje lääkinnällisistä laitteista. Ohjeessa kuvataan mm. mitä ovat lääkinnälliset laitteet sosiaalihuollon yksikössä, vastuunjako lääkinnällisten laitteiden turvallisuudesta, käyttöönotosta ja huollosta sekä vaaratilanteista tehtävistä ilmoituksista.

Lääkinnällisten laitteiden käytön opastus kuuluu perehdytysohjelmaan. Savas-Säätiön omistamista laitteista on terveydenhuollon laiteluettelo sekä jokaisesta laitteesta oma laitekortti. Laitekorttiin merkitään laitteet huollot ja kalibroinnit. Asiakkaan laitteiden laitekortit ovat sähköisenä DomaCaressa

Yksikön 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	Mahdollinen, kohtalainen	Lääkehoidon suunnitelma, jossa lääkehoidon prosessi ohjeistettu. Lääkepoikkeamien seuranta ja arviointi, Henkilöstön lääkehoidon osaamisen varmistaminen Love kartoitukset sekä tarvittava lääkehoidon koulutus. Vastaavan sairaanhoitajan hyödyntäminen
Asiakaskirjaaminen ja tiedonkulku	Epätodennäköinen, kohtalainen	Ajan tasalla oleva, lain ja viranomaisten määräykset täyttävä ohjeistus asiakastietojen kirjaamisesta, toimiva tiedonkulku ja palaverikäytännöt. Kirjaamiskoulutus, perehdyttäminen
Asiakkaan tapaturmat	Mahdollinen, kohtalainen	Asiakkaiden tapaturmariskin säännöllinen arviointi ja siihen liittyvä toiminnan / tilojen kehittäminen. Kunnossa olevat, huolletut ja asianmukaiset apuvälineet
Hoidon turvallisuuteen liittyvät poikkeamat	Mahdollinen, kohtalainen	Asiakkaiden säännöllinen terveydentilan ja hoidon arviointi, asiakasta koskevien ohjeiden tarkka noudattaminen ja tiivis yhteistyö asiakkaan terveydenhuollon kanssa, infektioseuranta, riittävä hoitoalan osaaminen yksikössä

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.

Palveluyksikön henkilöstön määrä on 11. Ohjaajia on 11 sekä yksikön johtaja. Yksikön johtaja on koulutukseltaan sosionomi (AMK), yksi sairaanhoitaja, seitsemän lähihoitajaa, yksi

vajaamielishoitaja, kaksi kansainvälisen sairaanhoitajatutkinnon suorittanutta sairaanhoitajaa sekä yksi kansainvälinen työntekijä harjoittelijana. Voimassa olevat lääkeluvat on yhdeksällä työntekijällä.

Vakituiset vakanssit laitetaan julkiseen hakuun. Rekrytointia tapahtuu läpi vuoden riippuen yksikön tilanteesta. Ammattioikeudet tarkistetaan Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteristä JulkiTerhikistä/ JulkiSuosikista.

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 palveluyksikön tarpeen mukaan huomioiden asiakkaiden yksilölliset tuen tarpeet myös henkilöstön vuosilomien aikana.

Sairauspoissaoloja seurataan ja yksikön esihenkilö puuttuu niihin tarpeen mukaan, varhaisen välittämisen mallin kautta. Vuosittain yksiköiden työntekijät saavat neljä tuntia työaikaan 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.

Yksikössä perehdytys tapahtuu säätiön perehdytysohjelman mukaisesti. Uudelle työntekijälle tai opiskelijalle nimetään perehdytyksestä vastaava ohjaaja. Työsuhteen alkuun pyritään järjestämään perehdytysvuoroja aamu- ja iltavuoroon sekä tarvittaessa myös yövuoroon.

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

Säätiöllä on laadittuna osaamisen kehittämissuunnitelma.

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
Henkilöstöresurssin riittävyys	Todennäköinen, kohtalainen	Yhteisen käsityksen muodostaminen tilaajan kanssa asiakkaan vaatimista resursseista.

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

Asiakkaiden itsemääräämisoikeuden vahvistamiseksi laadituista suunnitelmista vastaavat asiakkaiden nimetyt omaohjaajat; puh: 044 430 6355

Sosiaaliasiavastaavan työmuotoina säätiössä ovat asiakaskohtainen neuvonta ja ohjaus, henkilöstön ohjaus ja neuvonta (esim. koulutukset) ja asiakkaiden/läheisten informointi (esim. läheisten illoissa).

Sosiaaliasiavastaava puh. 044 351 2818 (maanantai - perjantai klo 9.00–14)

Sähköposti: sosiaali.potilasasiavastaava@etelasavonha.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; Satu Vesalainen, 044 4306354 tai vastuussa olevalle viranhaltijalle hyvinvointialueelle tai kantelun aluehallintovirastolle. Asiakasta autetaan tarvittaessa muistutuksen tekemisessä. Muistutukset käsitellään palveluyksikössä yksikön johtajan ja palvelujohtajan kanssa. Palveluyksiköissä 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.

Palveluyksikössä 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. Asiakkailta on mahdollisuus tehdä päätöksiä ja vaikuttaa kodin arkeen. Yhteisökokouksessa tuodaan esille erilaisia tapahtumia, retkiä ja tilaisuuksia ja asiakkaat saavat itse päättää haluavatko osallistua.

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. Palveluyksikössä huomioidaan yksilöllisesti kommunikaatio- ja vuorovaikutustarpeet ja -keinot. Henkilöstöllä on kommunikaatio-osaamista ja siihen koulutaudutaan tarpeen mukaan. Ohjaajat auttavat asiakasta tekemään itse päätöksiä tuoden eri vaihtoehtoja ja niiden seurauksia esille asukkaalle sopivalla kommunikaatitavalla. 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. Ohjaajat saavat koulutusta itsemääräämisoikeuteen liittyvissä asioissa.

Itsemääräämisoikeuskyvylä 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.

Palvelun toteuttamissuunnitelma (=Messi) käydään läpi ja arvioidaan puolivuositain tai tarpeen mukaan. Asiakkaiden omaohjaajat huolehtivat Messien ajantasaisuudesta, päivittämisestä sekä tiedottavat muuta työryhmää oleellisista asioista, koskien mm. asiakkaan tavoitteita ja seurantaa. 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 on yksikössä esihenkilöllä. Jokaisen työntekijän odotetaan häirintää tai epäasiallista kohtelua havaitessaan ottavan asian puheeksi oman esihenkilönsä kanssa. Häirintänä ja epäasiallisena kohteluna pidetään kielteisistä 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.

Asiakkaalla on edellä kuvatun palautejärjestelmän lisäksi oikeus tehdä epäkohdaksi kokemastaan asiasta kirjallinen muistutus yksikön esihenkilölle. Muistutus tehdään vapaamuotoisesti tai siihen tarkoitettulla lomakkeella, jonka saa Savas-Säätiön henkilökunnalta tai kotikunnan sosiaaliasiavastaavalta. Tarvittaessa muistutuksen tekemisessä avustaa sosiaaliasiavastaava, jonka yhteystiedot löytyvät palveluyksikön ilmoitustaululta. Yksikön esihenkilö 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. sosiaaliasiavastaavan ohjaamana tai oikeusaputoimiston avustamana kantelun toimintaa valvovalle viranomaiselle. Muistutuksen asiakas voi toimittaa joko suoraan yksikön johtajalle tai Savas-Säätiön toimistoon. Epäasiallisen kohtelun ilmoituksen voi tehdä myös whistleblowing-kanavan kautta nimettömänä, jonka linkki löytyy intrasta.

Yksikön 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	mahdollinen, kohtalainen	0-toleranssi, arvojen mukainen työskentely, osaamisen varmistaminen

4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen

4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely

Yksikön omavalvontasuunnitelmassa 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.

Kaltoinkohtelulla 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 paperiversioina yksikön laatukäsikirjasta.

Ilmoitus tulee tehdä välittömästi lomakkeella palveluyksikön toiminnasta vastaavalle eli yksikön johtajalle. Mikäli ilmoitus kohdistuu yksikön johtajan toimintaan asiakkaan epäasiallisessa kohtelussa tai sen uhasta, ilmoitus tehdään palvelujohtajalle. Yksikön johtaja 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 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.

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 käsitellyssä.

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

Yksikössä on strukturoitu henkilöstön viikkokokouspohjaan laatupoikkeamat, jotka käsittävät myös epäkohtailmoitukset sekä haitta- ja vaaratapahtumailmoitukset, muistutukset ja kantelut. 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 säädetyt 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 suoritettut toimenpiteet on kirjattava asiakaskohtaisessa palautteessa asiakastietojärjestelmään (huomion laatu palaute), yksilöimättömät palautteet tuodaan esille yksikön työkokouksessa. Palaute on saatettava muun työryhmän ja yksikön johtajan 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, ilmapiiiristä, 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 sekä viime kädessä 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
Työryhmän yhteisten pelisääntöjen laatiminen	12/2026 mennessä	yksikön johtaja	yksikön johtaja
Muistikka-arviointien laatiminen asiakkaille	12/2026 mennessä	asiakkaiden omaohjaajat	yksikön johtaja

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.

Yksikössä 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, vastuut toimenpiteistä 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.

Yksikössä toimimme säätiössä yhdessä laadittujen toimintaohjeistuksien mukaan. Työn riskien arviointi tehdään vuosittain. Työsuojelutoimikunta käsittelee arvioinnit ja antaa yksikölle niistä palautteen. Läheltä piti- ja tapaturmatilanteista täytetään Pohjola-lomake.

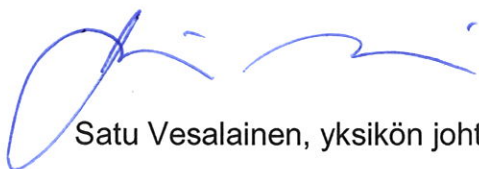
5.2 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi

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. Savas-Säätiön omavalvontaohjelma on julkaistu Savas-Säätiön internetsivuilla.

Omavalvontaohjelman raportin laadinnasta vastaa Savas-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. Savas-Säätiön omavalvontaohjelman raportti julkaistaan Savas-Säätiön Sharepointissa sekä Savas-Säätiön internetsivuilla.

Lehtolan kodit



Satu Vesalainen, yksikön johtaja