



# Omavalvontasuunnitelma

Kallion koti

## Sisällys

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.....	5
2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako .....	6
3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat .....	6
3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen.....	6
3.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen .....	7
3.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen .....	9
3.4 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen ....	19
3.5 Yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja asiakkaan/potilaan aseman ja oikeuksien varmistaminen .	22
4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen .....	25
4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely .....	25
4.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta .....	27
4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä .....	27
4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano .....	27
5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi.....	30
5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta ja raportointi .....	30
5.2 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi .....	30

# 1. palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot

## 1.1 Savas-Säätiö sr. perustiedot

- Savas-Säätiö sr
- Y-tunnus: 0816129-8
- SOTERI-rekisteröintinumero:1.2.246.10.8161298.10.69
- Sepänkatu 4a1, 70100 Kuopio
- puh. 017-2663200

## 1.2 Kallion koti perustiedot

- Kallion koti
- Kallionkuja 2, 74700 Kiuruvesi  
puh. 044 4306 361
- Anna-Mari Kämäräinen, yksikön johtaja  
Kallionkuja 2, 74700 Kiuruvesi  
puh. 044 4306 359  
anna-mari.kamarainen@savas.fi

## 1.3 Kallion kodin palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet

- Kehitysvammaisten henkilöiden ympärivuorokautinen palveluasuminen, 15 asiakaspaikkaa
- Kallion koti tuottaa palveluita Pohjois-Savon Hyvinvointialueella
- Kallion kodin toiminnan tarkoituksena on edistää kehitysvammaisten asumis- ja päivätoimintapalveluja Kiuruvedellä. Kallio tarjoaa ympärivuorokautista valvottua palveluasumista 15 kehitysvammaiselle henkilölle. Asiakkaat asuvat omissa vuokra-asunnoissaan ja saavat yksilöllisten tarpeidensa mukaista tukea arjessa selviytymiseen turvallisessa ja yhteisöllisessä ympäristössä.

Toiminnan tavoitteena on mahdollistaa asiakkaiden hyvä elämä ja täysivaltainen osallisuus yhteiskuntaan. Asiakkaille tarjotaan yksilöllisen elämän suunnitelman mukaista apua, tukea ja ohjausta, ja toiminta toteutetaan tiiviissä yhteistyössä asiakkaiden läheisten sekä muiden sidosryhmien kanssa.

Asiakkaiden tuen tarve vaihtelee toimintakyvyn mukaan. Asiakkaat tarvitsevat ohjausta, tukea ja perushoitoa päivittäisissä toiminnoissa, psyykkisen hyvinvoinnin

ja elämänhallinnan tukemisessa sekä vuorokausirytmien, sosiaalisten suhteiden ja vuorovaikutustaitojen vahvistamisessa. Tuen suunnittelussa ja arvioinnissa hyödynnetään toimintakykyarvioita, kuten RAI-ID:tä, Minun Elämäni - suunnitelmaa sekä tarvittaessa muita arviointimenetelmiä. Tuki suunnitellaan aina yhteistyössä asiakkaan, hänen läheistensä ja palveluntilaajan kanssa.

Kallion kodin toiminta perustuu Savas-Säätiön visioon ja arvoihin, joiden mukaisesti asiakkaan yksilölliset tarpeet ja toiveet ohjaavat kaikkea toimintaa. Asiakkaille tarjotaan erilaisia asumisen ja arjen vaihtoehtoja, joihin he voivat osallistua omien valintojensa mukaisesti. Päätöksenteon tueksi asiakkaat saavat yksilöllistä tukea sekä vaihtoehtoisia kommunikointikeinoja.

Toiminnan tavoitteena on, että jokaisen asiakkaan toiveet ja mieltymykset on selvitetty, kirjattu ja kaikkien työntekijöiden tiedossa. Toiveiden selvittämisessä hyödynnetään kuvia ja muita vaihtoehtoisen kommunikoinnin apukeinoja. Näiden pohjalta laaditaan tarvittaessa asiakkaan päivä- ja viikko-ohjelma.

Asumisen palvelut suunnitellaan yksilöllisesti. Kalliossa edistetään aktiivista, monipuolista ja rohkeaa yhteistä toimintaa asiakkaiden toiveiden ja ideoiden mukaisesti. Henkilökunnan osaamista kehitetään asiakkaiden tarpeiden mukaan, ja yhteiskunnallista kehitystä seurataan ja siihen vastataan ennakoivasti – *luomme huomista jo tänään.*

Toiminnan perustana on tasavertainen ja vuorovaikutukseen painottuva ilmapiiri. Luottamus ja aito kumppanuus asiakkaiden, läheisten ja yhteistyöverkostojen kanssa rakentuvat avoimelle tiedonjaolle ja toiminnan läpinäkyvyydelle. Oikeudenmukaisuus ja avoin yhteistyö tukevat yhteistä tavoitetta asiakkaan hyvän arjen mahdollistamisessa.

- Kallion kodille ostetaan palveluita seuraavilta palveluntuottajilta:

Kiinteistön kunnossapito ja hälytinalitteiden säännöllinen testaus – Kiuruveden kiinteistöhuolto Oy

Piha-alueiden auraus ja hiekotus – Kiuruveden kiinteistöhuolto Oy

Siivouspalvelu – ISS-palvelut Oy

Nuohous - Iisalmen nuohouspalvelu Oy

Paloilmoittimien ja sprinklerilaitteiston määräaikaistarkastukset - Alarm Control Alco Oy

Paloilmaisulaitteiston huolto – PAP Group Oy

Sprinklerilaitteiston huolto A-PIPE Oy

Sammutinhuolto – Savon palokalusto Ky

Sähkölaitteiston tarkastukset – Sähköpalvelu Juha Niskanen Oy

Turvahälytinjärjestelmä – Loihde Trust Oy

Jätehuolto – Lassila & Tikanoja  
ITC -helpdesk palvelut- ITC  
Elintarvikkeet – K-Supermarket, Kiuruvesi

#### 1.4 Päiväys

- Versio 2.0/11.5.2026, 1.0/ 21.5.2025.



Anna-Mari Kämäräinen, yksikön johtaja  
Kallion koti

## 2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako

- Kallion kodin omavalvontasuunnitelman laatimisesta, toteutumisen seurannasta, päivittämisestä ja julkaisemisesta vastaa yksikön johtaja Anna-Mari Kämäräinen. Omavalvontasuunnitelman laatimisessa ja päivittämisessä on mukana Kallion kodin työryhmä. Omavalvontasuunnitelman hyväksyy yksikön johtaja.
- Kallion kodin vastuuhenkilönä toimii yksikön johtaja. Yksikön johtajalla on 100% hallinnollinen työaika. Vastuuhenkilö johtaa ja valvoo yksikön toimintaa. Yksikön arjessa havaittuihin poikkeamiin puututaan sovittujen käytäntöjen mukaisesti.
- Kallion kodin omavalvontasuunnitelma käsitellään henkilökunnan kokouksessa vähintään kerran vuodessa sekä aina tarvittaessa tietojen tms muuttuessa. Omavalvontasuunnitelma on osa perehdyttämisohjelmaa. Ohjaajat varmistavat lukukuittauksella perehtymisensä omavalvontasuunnitelmaan.
- Omavalvontasuunnitelman päivittäminen on osa yksikön johtajan perustehtävää.
- Kallion kodin omavalvontasuunnitelma on Savas-Säätiön, yksikön nettisivuilla sähköisessä muodossa. Omavalvontasuunnitelma on myös Kallion kodin aulassa kaikkien saatavilla.
- Omavalvontasuunnitelman aiemmat versiot säilytetään yksikön laatukäsikirjassa sähköisessä muodossa.

## 3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat

### 3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen

- Kallion kodille asiakkaat tulevat hyvinvointialueen sosiaalityöntekijän kautta, mikäli Kallion kodissa on vapaita paikkoja.
- Ostopalvelu- ja alihankintatilanteissa ostetun palvelun laatua seurataan arjessa ja poikkeamista tiedotetaan palvelun tuottajaa.

Kallion kodin 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
Palvelutoiminnan henkilöstöresursseilla ei kyetä vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin eikä sopimusten palvelukuvauksiin. Tilaajan osto-/laatukriteerit eivät vastaa asiakkaan tarpeita	Todennäköinen ja kohtalainen, edellyttää jatkuvaa seurantaa	Yhteisen käsityksen muodostaminen tilaajan ja asiakkaan läheisten kanssa asiakkaan tarpeista ja sen vaatimista resursseista, tarvittaessa palveluluokituksen tarkistaminen asiakkaan tarvitsemalle tasolle. Vaikuttaminen säätiötasolla hyvinvointialueiden kilpailutuskäytäntöihin. RAI-ID toimintakykyarviointien aktiivinen käyttö.

## 3.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen

### 3.2.1 Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi

- Kallion koti tekee yhteistyötä muiden Savas-Säätiön yksiköiden kanssa. Yhteistyötä tehdään moni eri tavoin, kuten esim. asiakasasioissa yhteydenpito puhelimitse, yksiköiden yhteiset vapaa-ajan tapahtumat ja ohjaajien vastuualuekokoukset.
- Kallion koti tekee tiivistä yhteistyötä asiakkaan läheisten, hyvinvointialueen sosiaalityöntekijöiden, sosiaaliohjaajien, terveydenhuollon asiantuntijoiden ja päivätoiminnan ohjaajien kanssa. Teemme yhteistyötä myös yksityisten palvelutuottajien kanssa, kuten terveydenhuollon lääkäriasemat, fysioterapeutit, Kiuruveden seurakunta ja henkilökohtaiset avustajat.
- Muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunjärjestäjien ja -tuottajien kanssa tehdään yhteistyötä asiakkaan asioiden vaatiessa. Yhteistyötä tehdään puhelimitse, sähköpostilla ja yhteisissä kokouksissa.

### 3.2.2 Valmius- ja jatkuvuudenhallinta

- Kallion kodin valmius- ja jatkuvuudenhallinnasta sekä valmius- ja jatkuvuussuunnitelmasta vastaa yksikön johtaja Anna-Mari Kämäräinen, puh: 044 4306 359.

- Savas-säätiöllä on säätiötason valmiussuunnitelma, jonka mukaan Kallion kodilla toimitaan. Poikkeustilanteissa noudatetaan viranomaisten antamia ohjeita.
- Kallion kodilla on väestönsuoja, joka otetaan tarvittaessa käyttöön. Väestönsuoja tarkastetaan säännöllisesti.
- Valmiusvarastona on 72 tunnin kotivara, joka sisältää elintarvikkeita, vettä ja varavirtalähteitä.
- Kallion kodilla noudatetaan säätiön sijaisohjetta. Sairastapauksissa puuttuva resurssi sijaistetaan tutuilla Kallion kodin sijaisilla tai yksikön omat ohjaajat tekevät ylityötä.

Kallion kodin 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
Avoimeksi tuleviin työpaikkoihin ei saada rekrytoitua uusia koulutettuja/osaavia työntekijöitä. Rekrytoinnissa epäonnistutaan, työntekijä ei täytä tehtävän vaatimuksia. Akuutteja sijaisuuksia ei aina saada täytettyä.	Merkittävä riski	Säätiön työntantajaimagon kehittäminen ja seuraaminen/ em. työhyvinvointikartoitukset, säätiön/työpaikkojen markkinointi oppilaitosten rekrytointitapahtumissa ja yleinen imagomarkkinointi. Uusien työntekijöiden työsopimuksissa lain mahdollistama koeaika, aikaisempien kokemusten hyödyntäminen rekrytoinneissa (sijaishakijat). Perehdytyskäytäntö. Rekrytoinnin tehostaminen ja monipuolistaminen. Henkilöstörakenteen monipuolistaminen. Opiskelijoiden ottaminen oppimisjaksoille yksikköön, heistä mahdollisia työntekijöitä tulevaisuudessa. Positiivinen viestintä arjesta somessa
Lisääntyvä henkilöstön vaihtuvuus; siirtyminen samalla alueella toisten työnantajien palvelukseen, alan vaihto. Sijaistilanne huono. Taustalla tyytymättömyys säätiön työpaikkana.	Kohtalainen	Esihenkilöiden johtamisosaamisen varmistaminen, säännölliset kerran vuodessa toteutettavat työhyvinvointikartoitukset ja siihen perustuva tyhy-toiminta, toimiva perehdytys- ja henkilöstön täydennyskoulutusjärjestelmä ja siihen liittyvä palautteen kerääminen. Kehityskeskustelukäytäntö. Palkkojen tarkastus, pito- ja vetovoiman systemaattinen kehittäminen eri keinoin säätiö- ja yksikkötasolla.

### 3.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen

#### 3.3.1 Palveluiden laadulliset edellytykset

- Laatu politiikan toteuttamiseksi Savas-Säätiössä on kehitetty koko toiminnan kattavaa systemaattista laadunhallintaa ja -arviointia vuodesta 2000 alkaen. Vuonna 2007 siirryttiin käyttämään oman toiminnan arvioinnissa SHQS- laatuohjelman mukaista kriteeristöä. Laatujärjestelmä tekee mahdolliseksi toiminnan jatkuvan arvioinnin ja kehittämisen laatu politiikan periaatteiden mukaisesti.

- Säätiön laatujärjestelmän keskeiset periaatteet esitetään laatukäsikirjassa. Lisäksi Kallion kodissa on käytössä yksikkökohtainen laatukäsikirja.
- Säätiön laadunhallintaa suunnittelee ja koordinoi laatutyöryhmä. Laatutyöryhmään kuuluvat Kallion kodista laativastaavana yksikön johtaja Anna-Mari Kämäräinen (yksikön johtajat), johtoryhmä sekä puheenjohtajana säätiön palvelujohtaja. Laatutyöryhmä kokoontuu vähintään kahdesti vuodessa keväisin ja syksyisin. Laatukokoukset ovat yleensä esihenkilöiden työkokousten yhteydessä.
- Laatupäällikön tehtäviä hoitaa palvelujohtaja. Laatupäällikkö toimii säätiössä laatuasiantuntijana ja vastaa säätiön laatujärjestelmän ylläpitämisestä ja kehittämisestä laatutyöryhmän avustamana. Jokaisessa yksikössä on nimetty laativastaava, joka koordinoi yksikön laativuotä laativuöryhmän ohjeistuksen ja linjauksen mukaisesti. Yksiköiden laativastaavana toimii yksikön johtaja.
- Laativuössä onnistuminen edellyttää säätiön laativuolitiikan mukaisesti kaikkien työntekijöiden sitoutumista toiminnan laadun kehittämiseen. Laatu on myös kaikkien työntekijöiden vastuulla.
- Toimintayksiköt suorittavat itsearviointin SHQS-kriteeristöllä vuosittain johdon määrittelemässä laajuudessa. Itsearviointi on keino tunnistaa omat vahvuudet ja kehittämialueet ja tämän perusteella parantaa toimintaa. Itsearvioinnissa peilataan omaa toimintaa ja sen laatua asetettuihin kriteereihin. Itsearvioinnit ja toiminnan muu arviointi- ja palautejärjestelmä nostavat esille yksiköiden kehittämiskohteita.
- Laativastaavat, yksikön johtajat raportoivat johdon katselmuksissa yksiköiden itsearviointien tuloksista ja kehittämiskohteista. Kehittämiskohteiden toteutumista arvioidaan yksikön kehittämispäivillä sekä vuosittain jokaiseen yksikköön toteutetuissa johdon katselmuksessa. Johdon katselmusten kohteena on yksikön kehittämiskohteiden tuomat uudistukset, yksikön itsensä nostamat asiat koko vuoden arvioinnista ja siitä nousevat huomiot. Johdon katselmuksukset koostuvat yksikön kirjallisesta raportista (yksikön toimintakertomukset) sekä johdon ja yksikön tiimin keskustelutilaisuudesta. Laatupäällikkö raportoi säätiön hallitusta johdon katselmusten pohjalta organisaation ja yksiköiden laativuön etenemisestä.
- Sisäisessä auditoinnissa arvioidaan oman organisaation palvelujärjestelmän toimivuutta ja tehokkuutta. Säätiöllä on ollut sisäisen auditointi systemaattisesti käytössä vuodesta 2005 alkaen. Toimintayksiköiden sisäiset auditoinnit toteutetaan siihen koulutetun omasta henkilöstöstä koostuvan 10 henkilön ryhmän (työparit) toimesta n. kolmen vuoden välein (huomioiden ulkoisten auditointien kohdistuminen) ennalta laaditun suunnitelman mukaisesti eri painopistealuein. Sisäisen auditoinnin suunnitelma tarkistetaan vuosittain alkuvuoden laatukokouksessa. Sisäiset auditointit laativat raportin auditoinneistaan ao. yksiköille ja säätiön johdolle. Sisäisissä auditoinneissa arvioidaan auditointien itsearviointin ja toimintayksikön palautekyselyn avulla. Kallion kodilla viimeisin sisäinen auditointi oli syyskuussa 2021.

- Ensimmäinen ulkoinen, laaduntunnustusauditointi toteutettiin helmikuussa 2008. Viimeksi laaduntunnustus myönnettiin uusinta-auditoinnin myötä 27.1.2026, ja se on kolme vuotta. Laaduntunnustuksen on myöntänyt Labquality Oy. Laadunhallinnassa käytetään uusittua SHQS- kriteeristöä 2.0.
- Savas-Säätiöllä on vastuu myös asiakkaiden turvallisuudesta ja palvelujen häiriöttömästä, laadukkaasta ja taloudellisesta tuottamisesta. Lisäksi säätiöllä on työnantajan vastuu omien työntekijöidensä turvallisuudesta. Riskienhallintatyön järjestämisen, toteutuksen ja seurannan yleinen vastuu säätiössä on hallituksella ja toimitusjohtajalla, jolla on myös ensisijainen vastuu liikeriskien hallinnasta. Kallion kodin vastuhenkilö vastaa palvelujohtajan koordinoimana tarvittavien turvallisuussuunnitelmien, lääkehoitosuunnitelmien ym. laatimisesta. Työsuojelupäällikkö yhdessä muun työsuojeluorganisaation kanssa vastaa työsuojelun toimintaohjelman laatimisesta ja muusta työsuojeluorganisaatiolle kuuluvasta riskienhallintatyöstä.
- Jokapäiväinen riskienhallintatyö koskee jokaista säätiön työntekijää. Työntekijän on puututtava riskeihin heti, kun ne tulevat ilmi. Ellei korjausta voi tehdä heti, siitä on ilmoitettava esihenkilölle.
- Kallion kodille on laadittu riskienhallintasuunnitelma ja se on päivitetty vuonna 2025.
- Savas-Säätiön asiakasturvallisuusprosessi ja siihen liittyvät vastuut on kuvattu kaaviossa, joka löytyy säätiön laatukäsikirjasta kohdasta palveluprosessit: turvallisuuteen liittyvät ohjeet. Kallion kodilla noudatetaan säätiön asiakasturvallisuussuunnitelmaa.
- Kallion kodin johtajalla on kokonaisvastuu asiakasturvallisuudesta ja sen toteutumisesta. Asiakasturvallisuus on jokaisen työntekijän vastuulla omassa työvuorossaan. Asiakkaiden vaaratilanteet kirjataan asiakasraporttiin ja käsitellään päivittäisraporteilla. Tarvittavat korjaavat toimenpiteet tehdään viivytyksettä. Kooste vaaratilanteista tehdään henkilökunnan kokouksiin ja johdonkatselmuksiin.
- Kallion kodilla on käytössä asiakasturvallisuusjärjestelmä. Asiakkailla on käytössään turvaranneke, jolla asiakas voi tarvittaessa hälyttää apua itselleen. Järjestelmän avulla on mahdollista toteuttaa valvottua liikkumista ja epilepsiakohtausten seuranta epilepsiahälyttimillä. Epilepsiahälytys ei ole tällä hetkellä käytössä Kallion kodilla. Asiakkaiden ja ohjaajien turvalaitteet testataan viikossa ja tarkistuksista pidetään kirjaa. Kallion kodin ohjaajien turvapainikeyhteys ulkopuoliselle vartijapalveluun testataan kerran kuukaudessa. Testauksista pidetään kirjaa. Ensiapuvälineet tarkistetaan kerran kuukaudessa ja tarkistukset dokumentoidaan tarkistuslistaan.

### 3.3.2 Toimitilat ja välineet

- Kallion kodin toimitilat on rakennettu ympärivuorokautisen asumispalvelun järjestämiseen ja ne ovat esteettömät. Asiakkaan henkilökohtaisen asuinhuoneen ja

siihen liittyvän wc-kylpyhuoneen koko on noin keskimäärin 20-32 m<sup>2</sup>, josta kylpyhuoneen osuus 4m<sup>2</sup>-6m<sup>2</sup>. Osassa asuinhuoneista on myös oma apuvälinevarasto asiakkaan henkilökohtaisia apuvälineitä varten.

- Ryhmäkoti Leivo:
  - AS1-AS2 huoneistojen pinta-alat 32,5m<sup>2</sup>.
  - AS3-AS4 huoneistojen pinta-alat 22,5m<sup>2</sup>.
  - Huoneiston AS5 pinta-ala 22,3m<sup>2</sup>.
  - Huoneet ovat asiakkaiden henkilökohtaisessa asuinkäytössä. Lisäksi edellä mainituilla huoneistoilla yhteinen olohuone- ja ruokailutila, pinta-alalta 15,7m<sup>2</sup>.
  
- Ryhmäkoti Peippo:
  - AS6 on pinta-alaltaan 22,1m<sup>2</sup>.
  - AS7 huoneiston koko 24,2m<sup>2</sup>, huoneistoon kuuluu apuvälinevarasto sekä inva-WC.
  - AS8 huoneiston koko on 21,9m<sup>2</sup>.
  - AS9 huoneiston koko 21,2m<sup>2</sup>
  - AS10 on kooltaan 23m<sup>2</sup>, tässä huoneistossa inva-WC sekä apuvälinevarasto.
  - Huoneet ovat asiakkaiden henkilökohtaisessa asuinkäytössä.
  - Ryhmäkodin asiakkaila yhteiskäytössä oleva olohuone- ja ruokailutila, 15,7m<sup>2</sup>.
  
- Ryhmäkoti Pääsky:
  - AS11 kooltaan 23m<sup>2</sup>. Huoneistossa apuvälinevarasto sekä inva-WC.
  - AS12 on pinta-alalta 21,2m<sup>2</sup>.
  - AS13 on kooltaan 24,6m<sup>2</sup>.
  - AS14 huoneiston pinta-ala on 26,8m<sup>2</sup>, huoneistossa apuvälinevarasto sekä inva-WC.
  - AS15 pinta-alaltaan 22,6m<sup>2</sup>.
  - Huoneet ovat asiakkaiden henkilökohtaisessa asuinkäytössä
  - Ryhmäkoti Pääskyssä on myös yhteiskäytössä oleva olohuone- ruokailutila, pinta-alaltaan 15,7m<sup>2</sup>.

Asiakkaat ovat kalustaneet huoneensa itse omilla henkilökohtaisilla huonekaluilla ja tavaroilla. Kallion kodin rakennusvaiheessa tulleet asiakkaat saivat esittää toiveensa oman huoneen sijainnista ryhmäkodin huoneista. Jatkossa huoneet on täytetty vapautumisen mukaan.

Yhteen rakennukseen sijoittuvien asuin- ja palvelutilojen yhteenlaskettu huoneistoala on 735,5m<sup>2</sup>. Lisäksi tontilla sijaitsee samassa yhteydessä rakennetut yksi erillinen varasto- ja talousrakennus sekä grillikota. Jokaisella asiakkaalla on henkilökohtainen ns. häkkivarasto. Grillikota on asiakkaiden yhteiskäytössä.

Asuinpinta-ala n yhteensä 727 m<sup>2</sup>. Päärakennukseen sijoittuu lisäksi ryhmäasuntojen välissä sijaitsevat toimisto-, sauna-, kodinhoito-, varasto-, siivous-, keittiö-, ruokailu- ja olohuone- sekä eteistilat. Asiakkaat ovat olleet vaikuttamassa yleisten tilojen kalustukseen. Toimistotilat ovat

henkilökunnan käytössä, lisäksi niitä käytetään tarvittaessa asiakkaiden kokousten esim. kuntoutus- tai palvelusuunnitelma palaverin pitopaikkana. Näin taataan asiakkaiden yksityisyys- ja salassapitosuoja.

Sauna on asiakkaiden käytössä ja se lämmitetään aina kun saunoja on. Kodinhoitohuone on myös asiakkaiden yhteisessä käytössä. Sieltä löytyy kaksi pyykinpesukonetta, kuivaushuone ja kuivausrumpu sekä mankelointi ja silitys mahdollisuus. Jokaisen asiakkaan pyykit käsitellään (yhdessä asiakkaan kanssa) kodinhoitohuoneessa aina tarvittaessa tai ennalta sovittuna siivous- ja pyykipäivänä. Kodinhoitohuoneen yhteydessä on lisäksi pieni varasto siivoustarvikkeita ja-aineita yms varten.

Keittiössä valmistetaan Kallion kodin ruoka. Työvuorossa olevat ohjaajat valmistavat Kallion ruuan. Yövuorolainen on voinut jo edeltävänä yönä esivalmistella tulevan päivän ruokia. Asiakkaat osallistuvat keittiötyöhön halutessaan ohjaajan ohjauksella. Lisäksi muutamat asiakkaat työskentelevät keittiövuorossa melko itsenäisesti. Ruokailut tapahtuvat ryhmäkotien olohuoneissa.

Yhteinen olohuone sekä (ent. opetuskeittiö) aistihuone sijaitsevat ryhmäkotien keskellä ja ne ovat aktiivisessa käytössä asiakkaiden keskuudessa. Asiakkaat oleskelevat olohuoneessa telkkaria katsellen, musiikkia kuunnellen, pelaillen, jutustellen jne. He viettävät siellä yhdessä aikaa. Aistihuoneen puolella asiakkaat pääasiallisesti rentoutuvat, tekevät kädentaidollisia töitä kuten piirtävät, leikkaavat, pelaavat, tekevät koritehtäviä tms. Olohuoneessa pidetään myös 1Xkuukaudessa, sunnuntaina, koko talon yhteinen yhteisökokous. Muina sunnuntai iltoina järjestetään tuvittain asiakkaiden yhteisökokoukset. Arkisin Kallion kodin olohuoneessa pidetään myös aamupäivisin toimintatuokio, kotona oleville asiakkaille (vapaa-ajan suunnitelma).

- Kallion kodissa on käytössä yksikön omia ja asiakkaiden henkilökohtaisia apuvälineitä, joita huolletaan säännöllisesti ja laitteiden toiminnassa havaittuihin poikkeamiin puututaan välittömästi. Terveysthuollon laitteista on laitekortit ja -luettelot.
- Kallion kodin tilojen toimivuutta ja terveellisyyttä seurataan arjessa. Havaitut poikkeamat ilmoitetaan kiinteistöhuoltoon ja tarvittaessa säätien isännöitsijälle. Kiinteistöihin liittyvät laatu-poikkeamat kirjataan Laatuporttiin ja käsitellään sovitun käytännön mukaisesti. Kallion kodilla tehdään vuosittain työn riskien arviointi, jossa arvioidaan kemialliset, mikrobiologiset ja fysikaaliset riskitekijät.
- Asiakkailta on mahdollisuus sulkea oman huoneen ovi tarvittaessa oman rauhan turvaamiseksi. Huoneiden ovet ovat lukossa, kun asiakkaat eivät ole paikalla. Asiakkaiden henkilökohtaisia tiloja ei käytetä muihin tarkoituksiin hänen poissa ollessa.
- Työntekijät koputtavat huoneeseen mennessään ja huoneita ei esitellä ulkopuolisille ilman asiakkaan lupaa. Työntekijät sulkevat aina oven ja ikkunan kaihtimet, tehdessään asiakkaan kanssa tarvittavia hoitotoimenpiteitä.
- Osalla asiakkaista on avain omaan huoneeseen. Asiakkaiden omaiset/läheiset/ystävät voivat vierailla ja jopa yöpyä Kalliossa läheisensä luona, hänen asunnossaan, mikäli he näin keskenään sopivat. Kallion kodilla on avoimet ovet, joka tarkoittaa, että läheiset ovat aina tervetulleita Kallion kodille vierailulle, kahville ja jutustelemaan.

- Toimitilojen ylläpitoon, huoltoon ja puutteisiin liittyvät ilmoitukset tehdään kiinteistöhuoltoon ja tarvittaessa isännöitsijälle. Terveystieteiden laitteen huollot tilataan Berner Oy:ltä tai hyvinvointialueen apuvälinehuollosta.
- Kiinteistöille on tehty PTS-suunnitelma, jossa on pitkän tähtäimen suunnitelma kiinteistön huolloista ja remonteista. PTS-suunnitelman ylläpidosta vastaa säätiön isännöitsijä.
- Henkilökunta seuraa arjessa apuvälineiden ja laitteiden kuntoa arjessa. Poikkeamiin puututaan välittömästi joko poistamalla laite käytöstä tai tilaamalla huolto tai korjaus. Koulutusta laitteiden ja apuvälineiden käytöstä järjestetään tarvittaessa. Apuvälineiden käytön perehdytys on osa perehdytysohjelmaa.
- Siivousaineet säilytetään asianmukaisesti.

### 3.3.3 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuojat

- Asiakastietolain 7 §:n mukainen johtaja, joka vastaa Kallion kodin asiakastietojen käsittelystä ja siihen liittyvästä ohjeistuksesta on yksikön johtaja Anna-Mari Kämäräinen puh.044 4306 359.
- Savas-Säätiön tietosuojavastaavat ovat Mari Willman puh. 044 4306 398 ja Minna Heinström puh. 044 3674 070 sekä Elisa Karppinen puh. 044 731 4563
- Tietosuojaperiaatteiden käytännön toteutus on kuvattu organisaation tietoturvapoliittikassa, 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 Kallion kodin eteisessä. Asiakkaiden oikeuksista omiin tietoihinsa ja asiakastietojen kirjaamisesta asiakastietojärjestelmään tiedotetaan esimerkiksi asiakkaan muuttovaiheessa sekä asiakkaiden yhteisökokouksissa säännöllisesti. Lisäksi Kallion kodissa on aktiivisesti käytössä osallistava kirjaaminen -yhdessä asiakkaan kanssa. Jokainen työntekijä allekirjoittaa salassapito- ja käyttäjä sitoumuksen ja perehtyy siinä liitteenä olevaan tietosuojaohjeeseen. Organisaatiossa on kolme 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 Nvisec -verkkokoulutuspalvelu, jonka avulla henkilöstöä koulutetaan tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvissä asioissa ympäri vuoden. 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 tarkistus oikeus, 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 tunnukset. Esihenkilöt antavat ohjaajatason tunnukset oman yksikön työntekijöille. Tunnukset voivat olla voimassa toistaiseksi tai määräajan työsuhteen mukaisesti. Ohjelma rajaa pääsyn vain oman yksikön asiakkaiden tietoihin. Toisen yksikön asiakkaiden tietoihin pääsy ohjataan omahoitajatoiminnolla rajatusti niille työntekijöille, joilla on asiakkuussuhde asiakkaaseen.
- Poikkeamat kirjataan ja käsitellään toimintayksikössä, tietosuojavastaavien toimesta ja organisaation johdossa tapauskohtaisen tarpeen mukaan. Tietosuojan toteutumista, sekä ohjeiden ja viranomaismääräysten noudattamista arvioidaan toimintayksikön johdonkatselmuksissa vuosittain ja kokouksissa tarpeen mukaan toimintavuoden aikana. Tietosuoja-asiat ovat myös osa sisäistä tarkastusta, 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 2024 ja se on päivitetty 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

- Tyypillisimmät yksikössä esiintyvät infektiot ovat erilaiset hengitystieinfektiot. Toimintaan liittyy infektioepidemian mahdollisuus.
- Infektioiden ja tarttuvien sairauksien leviäminen ennaltaehkäistään noudattamalla hygieniaohjeita. Tarvittaessa toimintaa muokataan niin, että asiakkaat ohjataan olemaan omissa tuvissa.
- Työntekijät voivat olla yhteydessä terveydenhuoltoon hoitoa vaativissa infektiotilanteissa. Hyvinvointialueella on hygieniahoitaja, johon voi olla yhteydessä infektioiden hallintaan liittyvissä kysymyksissä.
- Yksiköissä seurataan infektioita kirjaamalla tiedot asiakaskohtaisesti DomaCare-sähköiseen asiakastietojärjestelmän asiakaskertomukseen huomion laatuna 'Infektio'. Seurantatiedot merkittävistä infektiotapahtumista raportoidaan palvelujohtajalle ja nämä käsitellään vuosittain yksikön johdon katselmuksessa.
- Käsihuhteita tulee olla saatavilla siellä, missä niitä käytetään: yksikön ulko-ovella, yleisissä tiloissa, asukashuoneiden läheisyydessä ja henkilökunnan tiloissa.
- Säätiöllä on ohje infektioiden hallinnasta asiakastyössä. Ohje on saatavilla säätiön laatukäsikirjasta kohdassa palveluprosessit: terveyden huollon ohjeet: infektioiden hallinta ja seuranta.
- Henkilöstöllä on tartuntatautilain mukainen rokotussuoja.
- Yksikössä tehdään kerran vuodessa ja tarvittaessa useammin HygiCult-testit, joilla mitataan pintojen puhtaustasoa. Testitulosten pohjalta tehdään tarvittaessa korjaavia toimenpiteitä.
- Kallion kodille on laadittu siivoussuunnitelma. Ulkopuolinen siivoaja käy kolme kertaa viikossa ja työntekijät huolehtivat ylläpitosiivouksesta.
- Kallion kodilla lajitellaan jätteet kierrätykseen.

### 3.3.6 Lääkehoitosuunnitelma

- Kallion kodin lääkehoidon suunnitelma on päivitetty syyskuussa 2025. Lääkäri on hyväksynyt sen 9/2025
- Lääkehoitosuunnitelman laatimisesta ja päivittämisestä vastaa yksikön johtaja Anna-Mari Kämäräinen yhdessä lääkehoidon vastuualueohjaajien sairaanhoitaja Kristiina Väisäsen ja lähihoitaja Kirsi Partasen kanssa. Yksikön johtajan puh. 044 4306 359. Lääkehoidon suunnitelman laatimisessa lääketieteellisenä asiantuntijana toimii säätiön vastaava sairaanhoitaja Heidi Nykänen. Kallion kodin lääkehoitosuunnitelma noudattaa STM:n Turvallinen lääkehoito –opasta.
- Lääkehoidon asianmukaisuudesta ja lääkehoitosuunnitelman toteutumisesta ja seurannasta vastaa Kallion kodilla yksikön johtaja yhdessä työntekijöiden kanssa.
- Lääkehoitosuunnitelmassa on kuvattu mm. miten lääkehoidon osaaminen varmistetaan, millaiset lääkelupakäytännöt yksikössä on, miten toimitaan lääkehoidon vaaratilanteessa ja miten lääkkeiden vaikutuksia seurataan.
- Lääkehoidon suunnitelman toteutumista seurataan arjessa.

### 3.3.7 Lääkinnälliset laitteet

- Kallion kodin laitevastuuhenkilönä toimii yksikön johtaja Anna-Mari Kämäräinen puh. 044 4306 359.
- Työntekijät perehdytetään lääkinällisten laitteiden käyttöön. Tarvittaessa pyydetään ulkopuolista koulutusta.
- Terveystuon laitteista on laadittu laitekortit, joissa on laitteen tiedot ja huollot.
- Lääkinällisen laitteen vaaratilanneilmoitusten tekeminen on kuvattu lääkehoidon suunnitelmassa.

Lisätietoa lääkinällisten laitteiden turvallisesta käytöstä ja vaaratilanneilmoituksista löydät seuraavista asiakirjoista:

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

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

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

Tunnistettu riski	Riskin arviointi (suuruus ja vaikutus)	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Lääkehoitoon liittyviä riskejä on tunnistettu toiminnassa ja nämä on kirjattu lääkehoidon suunnitelmaan.		
Asiakkaan lääkehoidon prosessissa tapahtuu lääkepoikkeama. Joku asiakkaan tarvitsemista lääkkeistä jää antamatta tai annetaan väärälle asiakkaalle. Henkilöstön saatavuuden haasteet lisäävät riskiä.	Kohtalainen ja mahdollinen	Organisaatio- ja yksikötason lääkehoitosuunnitelmat, jossa lääkehoidon prosessi ohjeistettu. Jatkuva lääkepoikkeamien seuranta ja arviointi. Henkilöstön lääkehoidon osaamisvaatimukset tunnistettu ja linjattu. Henkilöstön lääkehoidon osaamisen arviointi säännönmukaisesti LOVE-läkehoidon osaamiskartoituksella ja tarvittava lääkehoidon täydennyskoulutus. Vastaava sairaanhoitaja resurssi käytettävissä koko säätiön alueella. Lisäksi Kalliossa sairaanhoitaja.
Asiakkaiden käytössä olevista viallisista apuvälineistä tai niiden käyttövirheistä johtuvat tapaturmat ja hoitovirheet (pyörätuolit, sairaalasängyt, siirtolaitteet jne.). Terveystilan seurannassa käytettyjen laitteiden antamista virheellisistä tiedoista johtuva tarvittavan hoidon laiminlyönti tai hoitovirhe. Uusien palvelusopimusten myötä palveluntuottajan vastuu on kasvanut	Kohtalainen ja mahdollinen	Apuvälineiden säännösten mukaisesta huollosta ja korjauksista huolehtiminen. Henkilöstön hyvä perehdyttäminen apuvälineiden käyttöön. Läheltä piti-tilanteiden, turvallisuushavaintojen ja asiakkaiden vaaratilanteiden seuranta ja arviointi. Palvelukodin omien terveydenhuollon laitteiden huolto, mittauslaitteiden kalibrointi tai uusiminen, terveydenhuollon laiterekisteri

### 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 asiakasturvallisuuden varmistamisessa sekä palvelujen kehittämisessä.

- Kallion kodilla on yksikön johtajan lisäksi 10 vakituista ohjaajaa. Lisäksi 5 puitesopimuksella olevaa tuntisijaista.

- Säätiöllä on ohje sijaisten käytöstä. Ulkopuolisten sijaisten lisäksi Kiuruvesi-lisalmi alueella tehdään tarvittaessa yhteistyötä vaativissa resurssitilanteissa.
- Asiakkaiden määrään nähden riittävä henkilöstö varmistetaan työvuorosunnittelulla ja sijaisten käytöllä.
- Yksikön johtaja varmistaa työntekijöiden ammattioikeudet Valviran rekisteristä.
- Riittävät opinnot suorittanut opiskelija voi toimia ohjaajien määräaikaisena sijaisena, huomioiden rajoitukset yksintyöskentelyyn ja rajoitustoimenpiteiden käyttöön. Opiskelijasijaiset perehdytetään työtehtäviin perehdyttämishojelman mukaisesti.
- Uusilta työntekijöiltä ja sijaisilta pyydetään rikosrekisteriote valvontalain 28§:n mukaisesti.
- Työvuorosunnittelulla varmistetaan, että henkilöstöä on riittävästi asiakkaiden palvelutarpeeseen vastaamiseksi. Tilanteissa, joissa henkilöstöä ei ole riittävästi toimitaan säätiön sijaisohjeen mukaisesti. Kriittisissä tilanteissa Kallion kodin henkilöstö tekee ylityitä. Tilanteesta riippuen, henkilöstölle maksetaan hälyraha tai vuoronvaihtolisä.
- Rekrytointitilanteissa varmistetaan, että työntekijällä on tehtäviinsä asianmukainen koulutus, riittävä osaaminen ja ammattitaito sekä kielitaito. Uusissa työsuhteissa noudatetaan työehtosopimuksen mukaista koeaikaa.
- Työntekijöiden perehdytyksessä käytetään säätiön perehdyttämishojelmaa. Ammattitaitoa pidetään yllä erilaisin koulutuksin. Yhteistyössä työryhmän kanssa laaditaan vuosittain koulutussuunnitelma, jolla tuetaan ammattitaidon ylläpitämistä. Koulutuksissa hyödynnetään ensisijaisesti SavasAkatemiaa.
- Henkilöstön osaamisen ja työskentelyn asianmukaisuuden seuranta on jatkuvaa. Osaamisen arvioinnissa hyödynnetään C&Q-arviointityökalua, kehityskeskustelukäytäntöä ja arjen keskusteluja. Havaittuihin epäkohtiin puututaan tekemällä korjaavat toimenpiteet ja hankkimalla tarvittaessa lisäkoulutusta.
- Kallion kodin henkilöstölle toteutetaan säätiön ohjeistuksen mukaisesti Työvire-kysely vuosittain. Tulokset käsitellään henkilökunnan kokouksessa. Arjen vapaata palautetta kirjataan DomaCaren yleisraporttiin ja palautteet koostetaan henkilökunnan kokoukseen.
- Savas-säätiöllä on organisaatiotason riskien hallintasuunnitelma. Kallion kodille on laadittu tämän pohjalta oma riskienhallintasuunnitelma.
- Kallion kodilla tehdään työ riskien arviointi vuosittain Laatuporttiin. Arvioinnista nousseisiin epäkohtiin puututaan ja tehdään korjaavat toimenpiteet. Säätiöllä on työsuojelun toimintaohjelma. Perehdyttämishojelmassa työntekijä perehdytetään laitteisiin ja menetelmiin sekä turvallisiin työtapoihin. Perehdyttämistä toteutetaan myös työtehtävien muuttuessa tai kun otetaan käyttöön uusia laitteita.

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
Asiakastyössä tarvittava osaamisvaatimus kasvaa (terveysongelmat, haastava käyttäytyminen, mielenterveyshaasteet, ikääntyminen, erityistarpeet kommunikaatiossa, jne.) Henkilöstön osaaminen ja toiminnasta/ostopalvelusopimuksista lähtevät osaamisvaatimukset eivät kohtaa. Henkilöstön saatavuusongelmien vuoksi osaamistasosta joudutaan tinkimään.	Kohtalainen ja todennäköinen	Osaamisen arvioinnit työntekijöiden kokonaisarvioinnin osana, näihin sekä erilaisiin muuttuneisiin/uusiin vaatimuksiin (lainsäädäntö, sopimusehdot ym) perustuvat vuotuiset organisaatio- ja yksikkötason koulutussuunnitelmat ja niiden toteuttaminen, lääkeluvat voimassa kolme vuotta. Yksikön sisäisen osaamisen ja perehdytyksen kehittäminen SavasAkatemiaa hyödyntäen
Avoimeksi tuleviin työpaikkoihin ei saada rekrytoitua uusia koulutettuja/osaavia työntekijöitä. Rekrytoinnissa epäonnistutaan, työntekijä ei täytä tehtävän vaatimuksia. Akuutteja sijaisuuksia ei aina saada täytettyä.	Merkittävä riski	Säätiön työntajaimagon kehittäminen ja seuraaminen/em. työhyvinvointikartoitukset, säätiön/työpaikkojen markkinointi oppilaitosten rekrytointitapahtumissa ja yleinen imagomarkkinointi. Uusien työntekijöiden työsopimuksissa lain mahdollistama koeaika, aikaisempien kokemusten hyödyntäminen rekrytoinneissa (sijaishakijat). Perehdytyskäytäntö. Rekrytoinnin tehostaminen ja monipuolistaminen. Henkilöstörakenteen monipuolistaminen. Opiskelijoiden ottaminen oppimisjaksoille yksikköön, heistä mahdollisia työntekijöitä tulevaisuudessa. Positiivinen viestintä arjesta somessa

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

- Kallion kodin asiakkaan itsemääräämisoikeuden vahvistamiseksi laaditusta suunnitelmasta ja ohjeista vastaa yksikön johtaja Anna-Mari Kämäräinen puh. 044 4306 359. Tarvittaessa Kallion kodilla laaditaan asiakkaalle henkilökohtainen itsemääräämisoikeussuunnitelma.
- Savaksen toimintayksiköiden sosiaaliasiavastaavan tehtäviä hoitaa hyvinvointialueella toimiva sosiaaliasiavastaava. Sosiaaliasiavastaavan työ perustuu lakiin asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Säätiön toiminta-alueen sosiaaliasiavastaavien yhteystiedot on listattu tämän tiedotteen loppuun. Sosiaaliasiavastaavan tehtävänä on neuvoa ja ohjata asiakkaita sosiaalihuollon asiakaslain soveltamiseen liittyvissä asioissa, avustaa muistutuksen tekemisessä, tiedottaa asiakkaan oikeuksista, toimia asiakkaan oikeuksien edistämiseksi ja toteuttamiseksi sekä toimia asiakkaiden ja potilaiden oikeuksien edistämiseksi ja toteuttamiseksi. Säätiön sosiaaliasiavastaavaan asiakas tai hänen edustajansa voi olla yhteydessä halutessaan tietoa asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Sosiaaliasiavastaavan tehtävä on neuvoa-antava. Keskeisenä tehtävänä on asiakkaan kuuleminen ja eri vaihtoehtojen selvittäminen yhdessä asiakkaan tilanteen ratkaisemiseksi. Jos asiakas on tyytymätön saamaansa palveluun tai kohteluun, hän voi pyytää sosiaaliasiavastaavaa toimimaan sovittelijana. Asiakkaalla on myös oikeus tehdä asiasta muistutus toimintayksikön esimiehelle tai säätiön johdolle. Asiavastaava auttaa tarvittaessa muistutuksen tekemisessä. Asiavastaava ohjaa asiakasta vastaavassa tilanteessa myös muissa menettelyissä (esim. kantelu). Sosiaaliasiavastaavan työmuotoina säätiössä ovat asiakaskohtainen neuvonta ja ohjaus, henkilöstön ohjaus ja neuvonta (esim. koulutukset) ja asiakkaiden/läheisten informointi (esim. läheisten illoissa). Sosiaaliasiavastaavat ovat tavoitettavissa puhelimitse tai sähköpostilla, ja tarvittaessa yksilöllisin tapaamisin. Säätiössä sosiaaliasiavastaavatoiminnasta tiedotetaan asiakkaita ja heidän läheisiään toimintayksiköiden ilmoitustaululla ja asiakasoppaassa. Yksiköiden työntekijät kertovat tarvittaessa myös asiakkaille/läheisille sosiaaliasiavastaavan toiminnasta. Sosiaaliasiavastaava puh. 044 461 0999 (maanantai - perjantai klo 9.00–11.30. Sähköposti: [sosiaaliasiavastaava@pshyvinvointialue.fi](mailto:sosiaaliasiavastaava@pshyvinvointialue.fi))
- Säätiöllä on palaute- ja muistutusmenettelyohje säätiön laatukäsikirjassa. Muistutuksen voi toimittaa suoraan yksikön johtajalle tai säätiön johtoon. Kallion kodilla muistutuksen vastaanottaa yksikön johtaja Anna-Mari Kämäräinen puh.

044 4306 359. Käsittelyn määräaika on kaksi viikkoa. Kantelut toimitetaan suoraan sosiaalihuoltoa valvovalle viranomaiselle.

- Palveluiden esteettömyys ja saavutettavuus varmistetaan suunnittelemalla toiminta asiakkaiden tarpeiden mukaisesti. Kallion koti on suunniteltu tarjoamaan kehitysvammaisten ja autismin kirjon henkilöiden ympärivuorokautista asumispalvelua.
- Asiakkaita kohdellaan yhdenvertaisesti, jokaisen henkilökohtaiset erityistuen tarpeet huomioiden. Havaittuihin epäkohtiin puututaan viivyttämättä.
- Asumispalveluprosessia toteutetaan säätiön ohjeistuksen mukaisesti. Päätökset asumispalvelusta tekee hyvinvointialueen sosiaalityöntekijä.  
Rajoitustoimenpidepäätösten oikeellisuus varmistetaan moniammatillisessa IMO-työryhmässä. Yksikössä tehtävät rajoitustoimenpidepäätökset toimitetaan tiedoksi hyvinvointialueen sosiaalityöntekijälle. Rajoitustoimenpiteiden käytön kuukausikoosteet toimitetaan, päätöksestä riippuen, asiakkaan läheiselle tai hyvinvointialueen sosiaalityöntekijälle. Kallion kodin asiakkailla ei ole tällä hetkellä rajoitustoimenpidepäätöksiä.
- Asiakas otetaan mukaan palvelujen suunnitteluun, päätöksen tekoon ja toteuttamiseen käyttämällä asiakkaan omaa kommunikaatiomenetelmää. Kallion kodilla on viikoittain asiakkaiden yhteisökokous, johon asiakkaat voivat tuoda haluamiaan yksikön toimintaan liittyviä asioita käsittelyyn. Yhteisökokouksista kirjataan pöytäkirjat.
- Jokaiselle asiakkaalle on laadittu Messi-minun elämäni suunnitelma (palvelujen toteuttamissuunnitelma). Suunnitelma päivitetään yhdessä asiakkaan kanssa vähintään kerran vuodessa. Asiakkaiden, joilla on rajoitustoimenpidepäätös, suunnitelma päivitetään puolen vuoden välein.
- Säätiöllä on käytössä ohje sosiaalihuollon henkilökunnan ilmoitusvelvollisuudesta. 1.1.2016 alkaen sosiaalihuoltolain 48 § ja 49 § velvoittavat sosiaalihuollon henkilökunnan ilmoittamaan viipymättä toiminnasta vastaavalle henkilölle, jos he huomaavat tehtävissään epäkohtia tai ilmeisiä epäkohdan uhkia asiakkaan sosiaalihuollon toteuttamisessa. Ilmoituksen vastaanottaneen henkilön on ilmoitettava asiasta kunnan sosiaalihuollon johtavalle viranhaltijalle. Ilmoitus voidaan tehdä salassapitosäännösten estämättä.
- Säätiöllä on lakiin perustuva IMO-ohje, jossa määritellään itsemääräämisoikeuden vahvistamisen periaatteet ja edellytykset rajoitustoimenpiteiden käytölle sekä konkreettiset menettelytavat. Kallion kodille on laadittu toimintasuunnitelman yhteyteen yksikön IMO-suunnitelma.
- Hyvinvointialueen työntekijä vastaa asiakassuunnitelmien ja Eho:en suunnittelusta ja päivittämisestä. Messien päivittämisestä vastaa asiakkaan oma ohjaaja.

- Asiakkaan Messi-minun elämäni suunnitelma on kirjattu DomaCare-asiakastietojärjestelmään. Suunnitelmat arkistoituvat päivitysten yhteydessä asiakastietojärjestelmään. Asiakkaiden tavoitteiden arviointia tehdään arjen asiakaskirjaamisessa.
- Asiakkailta ja heidän läheisiltä kerätään palautetta Bikva-arvioinneilla sekä arjen keskusteluissa. Vapaa palaute kirjataan asiakastietojärjestelmään.

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 fyysistä ja psyykkistä koskemattomuutta loukataan palveluyksikössä työntekijän, toisen asiakkaan tai kolmannen osapuolen toimesta. Työntekijöiden kansainvälistyminen voi tuoda kulttuurieroja toiminnan eettisyyteen.	Kohtalainen ja mahdollinen	0-toleranssi kaikissa tapauksissa, myös ilmoittamisvelvollisuuden laiminlyönteihin. Henkilöstön osaamisen varmistaminen ja kehittäminen sekä perehdytys haastaviin asiakastilanteisiin (asiakkaiden välinen epäasiallinen kohtelu) sekä eettiseen ja arvojen mukaiseen asiakastyöhön huomioiden kulttuurierojen merkitys. Läheltä piti-tilanteiden ja asiakkaiden vaaratilanteiden seuranta ja arviointi sekä tarvittavat toimenpiteet.
Väärästä ja ohjeiden vastaisesta kirjaamisesta (väärä tieto, tiedon puuttuminen) esim. asiakkaan terveydelle tai turvallisuudelle aiheutuva häirtä, vaikutus toiminnan sujuvuuteen ja asiakkaan saamaan palvelun laatuun, jos tiedonkulku ei toimi	Kohtalainen ja mahdollinen	Ajan tasalla olevat, lain ja viranomaisten määräykset täyttävä ohje asiakastietojen kirjaamisesta, yksikön toimivat palaverikäytännöt. Tiedonkulun ja yhteistyön kehittäminen asiakkaan verkostojen välillä.  Asiakastietojärjestelmä toimii ja sitä on helppo käyttää. Kalenterimerkinnät tehdään riittävän informatiivisina. Kirjaamiskoulutukset

## 4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen

### 4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely

- Säätiöllä on ohje omavalvonnasta säätiön laatukäsikirjassa. Palvelun järjestämisvastuussa oleva hyvinvointialue ohjaa ja valvoo hankkimiansa palvelujen laatua, lainmukaisuutta sekä asiakasturvallisuuden toteutumista valvontakäynneillä. Hyvinvointialueen valvontavelvollisuus koskee myös palveluntuottajien alihankkijoiden palveluita. Hyvinvointialueen pitää varmistaa, että sille palveluja tuottavalla palveluntuottajalla on riittävät ammatilliset, toiminnalliset ja taloudelliset edellytykset huolehtia palveluiden tuottamisesta. Jos palveluntuottajan tai tämän alihankkijan toiminnassa ilmenee mahdollisia epäkohtia tai puutteita, hyvinvointialueen pitää viivytyksettä ohjata palveluntuottajaa ja tämän alihankkijaa tai tarvittaessa pyytää heiltä selvitystä asiaan. Kun epäkohtia tai puutteita ilmenee, hyvinvointialueen pitää vaatia, että ne korjataan hyvinvointialueen asettamaan määräaikaan mennessä. Jos kyse on asiakas- tai potilasturvallisuutta olennaisesti vaarantavista epäkohdista tai puutteista, hyvinvointialueen on vaadittava, että ne korjataan välittömästi. Hyvinvointialueen pitää ilmoittaa viivytyksettä valvontaviranomaiselle palveluntuottajan tai tämän alihankkijan toiminnassa ilmenevät olennaisesti asiakas- ja potilasturvallisuutta vaarantavat epäkohdat/puutteet. Palvelun keskeisimmät riskit on kirjattu omavalvontasuunnitelmaan. Omavalvontasuunnitelma on julkisesti nähtävillä.
- Valvontalaki 29§ velvoittaa yksityisen palveluntuottajan henkilöstön ilmoittamaan viipymättä palveluyksikön vastuuhenkilölle, jos he huomaavat tehtävissään tai saavat tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan tai potilaan sosiaali- tai terveydenhuollon toteuttamisessa taikka muun lainvastaisuuden. Ilmoituksen vastaanottaneen henkilön on ilmoitettava asiasta joko palveluntuottajan oman sisäisen prosessin mukaisesti tai suoraan hyvinvointialueelle. Palveluyksikön vastuuhenkilö vastaa siitä, että henkilöstö tietää ilmoitusvelvollisuuskäytännöistä. Ilmoitusvelvollisuuden toteuttamista koskevat menettelyohjeet tulee olla kirjattuna omavalvontasuunnitelmaan. Ilmoituksen tehneeseen henkilöön ei

saa kohdistaa kielteisiä toimia ilmoituksen seurauksena. Säätiöllä on käytössä ohje sosiaalihuollon henkilökunnan ilmoitusvelvollisuudesta ja lomake ilmoituksen tekoon. Nämä löytyvät säätiön laatukäsikirjasta.

- Laatuportissa on käytössä EU-säädösten mukainen väärinkäytösten ilmoituskanava, Whistleblow. Linkki ilmoitukseen on säätiön intrassa. Ilmoittaja, joka työnsä yhteydessä havaitsee tai epäilee yleisen edun vastaista toimintaa, voi ilmoittaa epäilemästään mahdollisesta väärinkäytöksestä. Säätiö saa mahdollisuuden korjata, estää tai oikaista kaikki epäasiallisuudet ja väärinkäytökset. Väärinkäytösepäilyissä rohkaisemme työntekijöitämme ottamaan ensisijaisesti yhteyttä omaan esihenkilöön tai keneen tahansa johtoryhmän jäseneseen. Jos tietoja ei voi kertoa avoimesti, voi Whistleblow-ilmoituskanavan kautta kertoa epäilyistä ja väärinkäytöksistä. Whistleblow-kanava perustuu suojattuun ja salattuun palveluun. Kanavassa ei tallennu tietoja, joiden perusteella viestin lähettänyt henkilö olisi mahdollista tunnistaa ellei itse anna yhteystietojansa. Ilmoituksia käsittelevät vain määrätyt, nimetyt henkilöt. He käynnistävät tarvittavat selvitykset, ja käsittely on luottamuksellista. Whistleblow-kanava on tarkoitettu ainoastaan väärinkäytösepäilyistä ilmoittamiseen. Ilmoituskanavaa ei ole tarkoitettu asiakaspalautteen antamiseen tai reklamointiin. Ilmoituskanava ei ole oikea kanava esimerkiksi henkilökohtaisen tyytymättömyyden ilmaisemiseen eikä siinä ilmoiteta laatupoikkeamista tai työolosuhteiden puutteista.
- Henkilöstöä on tiedotettu ilmoitusvelvollisuudesta ja käyttöön liittyvistä asioista henkilökunnan kokouksessa ja perehdyttämisohjelman aikana. Ohjeet ilmoitusvelvollisuuteen liittyen ovat Laatukäsikirjassa.
- Omavalvonnassa ilmeneviin epäkohtiin ja puutteisiin puututaan tilanteen edellyttämällä tavalla.
- Vaara- ja haittatapahtumat sekä toiminnassa todetut epäkohdat ja poikkeamat kirjataan, tilanteesta riippuen, asiakasraporttiin tai Laatuporttiin. Asiakkaiden vaaratilanteet, lääkepoikkeamat, palautteet ja toiminnan laatupoikkeamat käsitellään päivittäisraporteilla ja koostetaan henkilökunnan kokoukseen käsittelyyn sekä toimintakertomukseen. Tarvittavat korjaavat toimenpiteet tehdään viivyttämättä.

## 4.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta

- Toiminnassa todetut vakavat vaaratapahtumat otetaan käsittelyyn heti. Henkilöstö ilmoittaa vakavasta vaaratapahtumasta välittömästi yksikön johtajalle. Vakavista vaaratapahtumista tehdään selvitys ja ilmoitus säätiön johdolle ja hyvinvointialueelle viivytyksettä. Asiakasta koskeneesta vaaratapahtumasta ilmoitetaan myös läheisille. Toiminnassa arvioidaan, miten tapahtuman uusiutuminen voidaan estää. Korjaavat toimenpiteet tehdään viivytyksettä.
- Vakavien vaaratapahtumien jälkeen henkilökunnalla on mahdollisuus debriefing-istuntoon tähän koulutettujen säätiön työntekijöiden toimesta.
- Vakavasta vaaratilanteesta saatua tietoa hyödynnetään toiminnan muuttamisessa ja kehittämisessä.

## 4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä

- Epäkohtailmoitusten, muistutusten, kanteluiden ja asiakasvahinkoilmoitusten sekä haitta- ja vaaratapahtumailmoitusten käsittelyssä esiin tullutta epäkohdista tai puutteista kertovaa tietoa hyödynnetään omavalvonnan ja toiminnan laadun kehittämisessä. Tarvittavat korjaavat toimenpiteet tehdään viivytyksettä.
- Palautekanavista tiedotetaan työntekijän perehdyttämisohjelmassa sekä henkilökunnan kokouksissa.
- Kerätyt ja saadut palautteet käsitellään tarvittaessa päivittäisraportilla ja koostetaan käsittelyyn henkilökunnan kokouksiin sekä koostetaan toimintakertomukseen.
- Valvontaviranomaisen antama ohjaus ja päätökset käsitellään henkilökunnan kanssa ja sisällytetään omavalvontaan ja toiminnan laadun kehittämiseen.

## 4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano

- Laatupoikkeamien kirjaamis- ja käsittelylomake Laatuportissa ohjaa määrittelemään poikkeaman juurisyytä sekä taustatekijöitä.
- Vuoden 2025 Kallion kodin kehittämiskohteet on kirjattu toimintasuunnitelmaan ja ovat nähtävillä taulukossa 6.

- Kehittämiskohteita käsitellään henkilökunnan kokouksissa ja johdonkatselmuksissa. Raportointi kehittämiskohteista tehdään toimintakertomukseen.

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

Korjaus- tai kehittämistoimenpide	Aikataulu	Vastuutaho	Seuranta
Kallion kodin omavalvontasuunnitelma ja laadunhallinta <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Henkilöstön, asiakkaiden ja läheisten kanssa tehtävä omavalvontasuunnitelman päivitys, toteutumisen seuranta ja arviointi</i></li> </ul>	vuosi 2026	yksikön johtaja yhdessä työryhmän kanssa	kokouksissa, kehittämissä, yhteisökokouksissa, läheisten illat
Kallion kodin asiakkaiden vuorovaikutuksen tukeminen (Savas-Säätiön vuoden 2026 teema) <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Vaihtoehtoiset kommunikaatiomenetelmät</i></li> <li>• <i>Strukturointi</i></li> <li>• <i>Tuettu päätöksen teko</i></li> <li>• <i>Yhteisökokoukset</i></li> <li>• <i>Sosiaaliset suhteet, sosiaaliset taidot</i></li> <li>• <i>Kallion kodin kommunikaation laatuksiteerit</i></li> </ul>	vuosi 2026	yksikön johtaja yhdessä työryhmän kanssa	henkilöstön kokouksissa ja kehittämissä
Oma ohjaajuus <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>HYP-tuokiot</i></li> <li>• <i>RAI-ID</i></li> <li>• <i>Messi</i></li> <li>• <i>Yhteinen tekeminen</i></li> </ul>	vuosi 2026	yksikön johtaja yhdessä työryhmän kanssa	henkilöstön kokouksissa ja kehittämissä
Haastavasti käyttäytyvän asiakkaan kohtaaminen, ennakointi <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Koulutus</i></li> <li>• <i>Työnohjaus</i></li> <li>• <i>Arjen keskustelut</i></li> </ul>	vuosi 2026	yksikön johtaja yhdessä työryhmän kanssa	henkilöstön kokouksissa ja kehittämissä
Vieraanvaraisuus (Savas-Säätiön vuoden 2025 teema) jatkuu vuonna 2026	vuosi 2026	yksikön johtaja yhdessä työryhmän kanssa	henkilöstön kokouksissa ja kehittämissä

Positiivisen palautteen huomaaminen/kuuleminen ja sen kirjaaminen	vuosi 2026	yksikön johtaja yhdessä työryhmän kanssa	henkilöstön kokouksissa ja kehittämissäpäivissä
Debriefing -osaamisen lisääminen <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Koulutus</i></li> <li>• <i>aktiivinen käyttö</i></li> </ul>	vuosi 2026	yksikön johtaja	koulutus- ja -toimintasuunnitelma ja -toteuma

## 5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi

### 5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta ja raportointi

- Yksikössä tehdään vuosittain SHQS-kriteeristöön pohjautuva itsearviointi sekä työn riskien arviointi Laatuportissa. Palveluiden laatua ja turvallisuutta seurataan myös kirjaamalla laatupoikkeamat, työtapaturmat ja läheltä piti-tilanteet Laatuporttiin. Nämä käsitellään henkilökunnan kokouksissa ja raportoidaan toimintakertomuksessa. Asiakkaiden vaaratilanteet kirjataan asiakasraporttiin. Poikkeamat raportoidaan toimintakertomukseen.
- Riskienhallintakeinojen toimivuus ja riittävyys varmistetaan tekemällä työn riskien arviointi ja yksikön itsearviointi vuosittain.
- Kallion kodille on laadittu riskien hallintasuunnitelma.

### 5.2 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi

- Omavalvontasuunnitelman toteutumista seurataan ja seurannassa havaitut puutteellisuudet korjataan viivytyksettä.
- Savas-Säätiön omavalvontaohjelman laatimisesta vastaa palvelujohtaja yhteistyössä johtoryhmän kanssa ja sen hyväksyy säätiön hallitus. Omavalvontaohjelma katselmoidaan vuosittain ja se julkaistaan sekä Savaksen laatuksikirjassa Sharepointissa että Savaksen internetsivuilla. Omavalvontaohjelman jalkautumista palvelutoiminnan kentälle tuetaan siten, että päivitetty ohjelma käydään läpi esihenkilötyöryhmän kokouksessa ja edelleen yksikön johtaja käy sen läpi työryhmänsä kanssa. Savaksen omavalvontaohjelman raportti laaditaan neljän kuukauden välein ja julkaistaan Savaksen Sharepointissa sekä Savaksen internetsivuilla. Omavalvontaohjelman raportin laadinnasta vastaa palvelujohtaja. Raportti käsitellään johtoryhmässä, hallituksessa, esihenkilötyöryhmässä ja yksikön johtajat vastaavat sen

käsittelystä työryhmissä. Raportissa on kunkin raportointijakson käytettävissä olevat tiedot omavalvontaohjelman toteutumisesta sekä niiden pohjalta tehdyistä korjaavista ja kehittävästä toimenpiteistä. Raportoitavia tietoja ovat mm: asiakaspalautejärjestelmän tulokset, laatupoikkeamat, vaara- ja vahinkotilanteet, epäkohtailmoitukset, muistutukset, kantelut, itsearviointien, johdon katselmusten, sisäisten ja ulkoisten auditointien tulokset.