



Savolanniemen koti

Omavalvontasuunnitelma

Sisällys

| | |
|---|--|
| Omavalvontasuunnitelman mallipohja | 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 | 5 |
| 3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen..... | 5 |
| 3.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen | 5 |
| 3.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen | 7 |
| 3.4 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen | 17 |
| 3.5 Yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja asiakkaan/potilaan aseman ja oikeuksien varmistaminen . | 19 |
| 4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen | 23 |
| 4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely | 23 |
| 4.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta | 24 |
| 4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä | 25 |
| 4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano | 25 |
| 5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi..... | 26 |
| 5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta ja raportointi | 26 |
| 5.2 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi | 28 |
| Liitteet | Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty. |

1. Palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot

1.1 Palveluntuottajan perustiedot

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

1.2 Palveluyksikön perustiedot

- Savolanniemen koti
- SOTERI-rekisteröintinumero: 1.2.246.10.8161298.10.68
- Auringonkierto 6, 70820 Kuopio. Puh: 0444306331
- Anna-Mari Eskelinen, Auringonkierto 6, 70820 Kuopio. Puh: 0444306330.
Sähköposti: anna-mari.eskelinen@savas.fi

1.3 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet

Savolanniemen koti tuottaa ympärivuorokautista palveluasumista kehitysvammaisille ja autismikirjon henkilöille Pohjois-Savon hyvinvointialueella. Koti sijaitsee Kuopion Petosella, osoitteessa Auringonkierto 6. Toiminnan lähtökohtana on tarjota asiakkaille turvallinen ja viihtyisä koti sekä osallistavaa arkea. Savolanniemessä asuminen perustuu yhteisöllisyyteen, jossa huomioidaan jokaisen asiakkaan yksilölliset tarpeet. Toimimme tiiviissä yhteistyössä asiakkaiden läheisten ja muiden sidosryhmien kanssa. Asiakkaita kodissa 16. Yhdessä huoneistossa on kaksi kaksi asiakasta. Huoneisto on käytettävissä yhteisasumista toivovien asiakkaiden käyttöön. Henkilöstömäärä ja -rakenne on seuraava: 1 yksikön vastuuhenkilö, 2,50 sosiaalihuollon ammattihenkilö, 1 sairaanhoitaja, 10 lähihoitajaa, 1 palvelukotiavustaja yhteensä 15,50 työntekijää. Välittömässä asiakastyössä työntekijää, jolloin henkilöstömitoitus on 0,85

Savas säätiön arvot: ihminen *edellä*, *osallisuus ja avoimuus*. Savolanniemen kodin toiminta perustuu näihin arvoihin.

Toiveiden selvittämisessä ja kirjaamisessa hyödynnetään kuvia ja erilaisia vaihtoehtoisen kommunikoinnin apukeinoja.

Osallisuus omaan elämään alkaa arjen suunnittelusta ja etenee suurempiin päätöksiin.

Toiminta on avointa ja yksikössä on tasavertainen ilmapiiri sekä asiakkaiden, ja henkilöstön keskinäiseen vuorovaikutukseen painottunut kulttuuri. Luottamus ja aito kumppanuus rakentuu tiedon jakamiselle ja toiminnan läpinäkyväksi tekemiselle. Oikeudenmukaisuus kaikessa toiminnassamme tukee avoimuutta.

Savolanniemen kodissa asuminen suunnitellaan vastaamaan asiakkaiden yksilöllisiä tarpeita huomioiden. Asiakkaat osallistuvat aktiivisesti oman elämänsä suunnitteluun ja jokaisen itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan. Asiakkaiden kommunikointi- ja vuorovaikutustaidot huomioidaan yksilöllisesti. Jokainen asukas saa palvelua yksilöllisesti eri kommunikaatiokeinoja käyttäen.

Asumispalveluiden prosessikuvauksessa on kuvattuna toimintamalli asiakkuuden aloittamisesta aina asumisen lopettamiseen saakka. Yksityishenkilöt voivat ottaa itse tai yhdessä sosiaalityöntekijän kanssa yhteyttä kotiin asumisen tarpeen arvioimiseksi.

1.4 Päiväys

1.0/1.12.2023,2.0/19.1.2023,3.0 /19.1.2025,4.0/29.1.2025
5.0/4.6.2025/6.021.5.2026

2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako

Omavalvontasuunnitelman laatii ja päivittää yksikön johtaja Anna-Mari Eskelinen yhdessä työryhmän kanssa. Omavalvontasuunnitelma päivittäisen toiminnan työväline. Omavalvontasuunnitelmalla vahvistetaan palvelujen laatuja, asianmukaisuutta ja turvallisuutta ja asiakastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyttä. Omavalvontasuunnitelma arkistoidaan yksikön laatukäsikirjaan

Omavalvontasuunnitelma löytyy sähköisenä yksikön laatukäsikirjasta sekä yksikön ilmoitustaululta. Lisäksi omavalvontasuunnitelma julkaistaan säätiön nettisivuilla, Yksikön jokainen työntekijä perehtyy ja arvio omavalvonnan toteutumista arjessa. Uudet työntekijät ja opiskelijat perehdytetään perehdytysohjelman mukaisesti.

3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat

3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen

Kodissa toteutetaan asumispalvelua Pohjois-Savon hyvinvointialueen sopimuksen mukaisesti. Yksikön johtaja vastaa siitä, että asiakkaalle järjestettävä palvelu täyttää sille sopimuksessa asetetut vaatimukset.

Asiakkaan palvelutarpeen muuttuessa, tilanne arvioidaan yhdessä palveluntilaajan kanssa mahdollisuuksia vastata tilanteeseen mm. henkilöstön osaamista kehittämällä ja resurssointia muuttamalla (palveluluokan muutos).

Kodilla ei ole osto- tai alihankintaan liittyviä palveluita.

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 |
|----------------------------------|--|---|
| Koulutetun henkilöstön saatavuus | suuri | aktiivinen rekrytointi, ennakointi, hyvä perehdytys |
| | | |
| | | |
| | | |

3.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen

3.2.1 Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi

Pohjois-Savon hyvinvointialueen vammaispalveluyksikön henkilökunta laatii yhdessä asiakkaan, läheisten ja kodin kanssa asiakassuunnitelman, johon kirjataan asiakkaan toimintakykyyn, opiskelu-, päivä- ja työtoimintaan, asumiseen, kuntoutukseen ja apuvälineisiin liittyvät asiat ja päätökset. Asiakassuunnitelma tarkastetaan tarvittaessa tai 2–3 vuoden välein. Asiakassuunnitelman pohjalta laaditaan palvelujen toteuttamissuunnitelma, jonka avulla seurataan sovittujen asioiden toteutumista arjessa. Asiakkaiden tavoitteiden toteutumisesta laaditaan kuuden kuukauden seuranta

sekä käsitellään messi palaverissa kerran vuodessa. Oma ohjaaja on tarvittaessa yhteyksissä vammaispalveluyksikköön. Asiakkaan toimintakyky mittarina käytetään Rai-ID arviointia.

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

3.2.2 Valmius- ja jatkuvuudenhallinta

Palveluyksikön valmius- ja jatkuvuudenhallinnasta vastaava: Anna-Mari Eskelinen, yksikön johtaja, 0444306330.

Säätiössä on laadittu valmiussuunnitelma- ja Riskienhallintasuunnitelma, jonka laatimisesta päivittämisestä vastaa Toimitusjohtaja Vilma Kröger p. 0400688211. Riskien arvioinnin ennakoivilla toimenpiteillä varaudutaan häiriötiloihin ja poikkeusoloihin. Yksikköön on laadittu kriisinhallintasuunnitelma, jossa on ennakkollisesti varauduttu häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin. Henkilöstön saatavuuteen liittyvät ohjeet löytyvät kriisinhallintasuunnitelmasta ja yksikön johtaja vastaa poikkeusoloissa resurssiin liittyvistä järjestelyistä. Turvallisuussuunnitelmat on laadittu yhdessä paloviranomaisen kanssa, joista yksikköön on tehty omat toimintaohjeet henkilöstölle sekä asiakkaille heidän kommunikaatiotapansa huomioiden.

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

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

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

| Tunnistettu riski | Riskin arviointi (suuruus ja vaikutus) | Ehkäisy- ja hallintatoimet |
|----------------------------------|---|---|
| Koulutetun henkilöstön saatavuus | Suuri riski. Yksin työskentely ei mahdollistu(yövuorot)asiakas turvallisuus(rajoitustoimenpiteet) | aktiivinen rekrytointi, ennakointi, hyvä perehdytys |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

3.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen

3.3.1 Palveluiden laadulliset edellytykset

Savolanniemen kodissa 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.

Toimintaa arvioidaan ja kehitetään vuosittain tapahtuvan itsearviointin kautta johon koko työryhmä osallistuu. Ulkoiset ja sisäiset auditoinnit toteutuvat laaditun ohjelman mukaisesti. Tärkeä osa yksikön kehittämistä on laatupoikkeamien käsittely ja tunnistaminen. Laatupoikkeamalla tarkoitetaan epäyhdenmukaisuutta laatuvaatimuksen kanssa. Laatupoikkeamia ovat esim. epäkohdat palvelussa, poikkeamat palveluprosesseissa, puutteet laiteturvallisuudessa, poikkeamat sopimuksissa, lääkehoitovirheet sekä vaara- ja vahinkotilanteet. Tietoa laatupoikkeamista tuottavat asiakaspalautekyselyt (Bikva-arvioinnit), asiakaspalautetilanteet (yhteisökokoukset, läheistenillat, läheisten bikva-arviointi), palvelun yhteydessä annetut asiakaspalautteet (sähköinen asiakastietojärjestelmä ja palautelomakkeet), henkilöstöpalautteet (henkilöstön hyvinvointikartoitukset, kehittämispäivät, yhteydenotot työsuojelutoimikuntaan), työn riskien arvioinnit, asiakkaan vaaratilanteet, muistutukset, kantelut, viranomaistarkastusten yhteydessä annetut huomautukset (ymäristö tarkastus, työsuojelutarkastukset, asiakkaita

sijoittaneiden hyvinvointialueiden tarkastukset ja terveystarkastukset), laatu- ja lääkepoikkeamat sekä infektioiden seuranta.

Itsearvionneista, sisäisistä- ja ulkoisista auditoinneista, laatu- ja palautteista nousevat yksikön kehittämiskohteet ja tavoitteet toimintasuunnitelmaan.

Tavoitteita ja niiden toteutumista seurataan kuukausittain viikkopalavereissa ja työkokouksissa. Kerran vuodessa johdonkatselmuksessa varmistetaan; strategisten tavoitteiden toteutuminen, palvelujen vaatimuksenmukaisuus, prosessien toimivuus ja suorituskyky, asiakas- ja sidosryhmätyytyväisyys, henkilöstötyytyväisyys ja työhyvinvointi, itsearviointien, sisäisten ja ulkoisten auditointien sekä aikaisempien johdonkatselmusten tulokset ja niiden johdosta tehdyt toimenpiteet, riskien käsittelyn toimenpiteiden vaikuttavuus, sisältäen riskinarviointien tulokset, tietoa vaaratilanteista, haittatapahtumista ja läheltä piti -tilanteista; lisäksi myös toimenpiteistä, jotka ovat toteutettu lisäriskien minimoimiseksi, viranomaistarkastusten tulokset, poikkeamatiedot korjaavien ja ehkäisevien toimenpiteiden tilannetiedot.

Yksikön johtaja vastaa riskienhallinnasta yhdessä työryhmän kanssa. Ennakoivaa riskien arviointia ja hallintaa tehdään säännönmukaisesti kahden vuoden välein tehtävällä organisaation – ja yksikkötason riskiarvionnilla. Riskiarviointi sisältää henkilöstö-asiakasturvallisuus-, omaisuus- ja toiminnan keskeytysriskien sekä tietoturvariskien käsittelyn sekä riksien haltuunottoimenpiteet vastuuhenkilöineen.

Havaitut laatu- ja asiakas- ja henkilöstöturvallisuus- ja läheltä-piti tilanteet kirjataan laatuporttiin, jossa on niiden systemaattista käsittelyä ohjaava pohja. Poikkeama käsittelyssä tehdään juurianalyysi, siitä miksi tilanne on tapahtunut, korjaava toimenpide sekä toimenpiteen vaikuttavuuden seuranta ja arviointi

Riskienhallinnan tuloksia käsitteellään vuosittain yksikön johdonkatselmuksessa sekä johdonkatselmuksen yhteenvedossa.

Savas säätiölle on laadittu asiakasturvallisuussuunnitelma, jossa kuvataan kattavasti asiakasturvallisuusjärjestelmä, Suunnitelamassa turvallisuutta arvioidaan sekä fyysisen että henkisen turvallisuuden näkökulmista ja ohjeistetaan, miten toimitaan erilaisissa asiakasturvallisuuteen liittyvissä tilanteissa sekä asiakkaan turvallisuusriskien ennaltaehkäisemiseksi ja jatkotoimenpiteiden kehittämiseksi.

Kodille on laadittu palo- ja pelastussuunnitelma yhdessä palo- ja pelastusviranomaisten kanssa. Työntekijöiden sekä yhdellä asiakkaalla on käytössä turvarannekkeet, joiden hälytys tulee hälytysnappia painamalla yksikön kaikkiin puhelimiin sekä Kuopion vartiontipalveluun. Turvarannekkeet testataan kerran viikossa ja varmistetaan niiden toimivuus. Asiakasturvallisuuden kehittämiseksi painotamme laitteiden asianmukaista

käyttöä, palo- ja pelastussuunnitelman päivitystä kerran vuodessa tai tarvittaessa, poistumisharjoitusten järjestämistä vähintään kerran vuodessa, henkilökunnan säännöllinen turvakorttikoulutus ja kriisinhallintasuunnitelman päivitys tarvittaessa.

Hälytinjaestelmän huollosta ja toimintavarmuudesta vastaa Lohde Trust Oy, vikapäivystys 029 001 3040

Ammattitaitoinen henkilöstö on ensiarvoisen tärkeä asiakasturvallisuuden toteutumiselle. Asiakasturvallisuuteen liittyvät asiat sisältyvät säätiön perehdytysohjelmaan (suunnitelmaan), jolla uusi työntekijä perehtyy tehtäviinsä työsuhteen alussa. Yksikön johtaja vastaa perehdytyksen seurannasta ja toteutumisesta. Henkilöstön perehdytys dokumentoidaan sähköisesti Savaksen henkilöstöhallinta järjestelmään. Turvallisuuteen liittyviä ohjeistuksia käydään työkokouksissa.

Yksikön koulutussuunnitelmassa on vakiintuneet asiakasturvallisuuteen liittyvät koulutukset: Turvakortti, ensiapukoulutus, avekki peruskoulutukset ja kertauskoulutukset ja tarvittavat lääkehoidon koulutukset.

3.3.2 Toimitilat ja välineet

Asiakkaan henkilökohtaisen asuinhuoneen ja siihen liittyvän wc-kylpyhuoneen koko on noin keskimäärin 26m², joista kylpyhuoneen osuus on 4-6m². Osassa asuinhuoneista on myös oma apuvälinevarasto asukkaan henkilökohtaisia apuvälineitä varten. Yhteen rakennukseen sijoittuvien asuin- ja palvelutilojen yhteenlaskettu huoneistoala on 735,5m². Lisäksi tontilla sijaitsee samassa yhteydessä rakennetut kolme erillistä varasto/talouksrakennusta. Asuinpinta-ala yhteensä noin 492m² ja erilaisten palvelu- ja toimintatilojen pinta-ala 242,7m². Päärakennukseen sijoittuu lisäksi ryhmäasuntojen välissä sijaitsevat toimisto-, sauna, kodinhoito-, varasto-, siivous-, keittiö-, ruokailu- ja aula/eteistilat. Kodissa on yhteiset tilat, jotka toimivat vapaa-ajan viettotilana.

Työnriskienarviointi tehdään vuosittain. Tilojen terveydelliset olosuhteet tarkastetaan PSHVA toimesta lakisääteisesti ja käynneistä laaditaan muistiot. Myös työterveyshoitaja tekee määräajoin työpaikkakäyntejä ja laatii käynnistä muistion. Henkilöstön omat havainnot ovat myös keskeisessä roolissa terveyshaittojen tunnistamiseksi ja ennaltaehkäisemiseksi. Elintarvikehuolto sekä asumisympäristö ovat terveysviranomaisten hyväksymät. Yksikköön on laadittu terveydensuojelulain mukainen

omavalvontasuunnitelma. Yksikössä on laadittu kemikaaliluettelo

- Ympäristö terveystarkastus 7.12.2023
- Elintarvike Oiva 8.1.2026
- Palo- ja Pelastustarkastus 26.11.2024
- Työpaikka käynti/työterveyshuolto 16.1.2024
- Sisäilman mittaus 31.8.2021

Kaikista kiinteistöön liittyvistä huolloista ja määräaikaistarkastusten toteutumisesta vastaa Savas säätiön isännöitsijä yhdessä huoltoyhtiön ja vastaavien viranomaisten kanssa. Kiinteistön päivittäisistä korjaustarpeista vastaa Huolto Trio, jolle lähetetään työpyyntö sähköisesti. Käytettävien laitteiden toiminasta ja niiden huollosta vastaa Yksikön johtaja yhdessä henkilökunnan kanssa. Yksikölle on laadittu kunnossapito suunnitelma, jonka toteutumisesta vastaa yksikön johtaja ja säätiön isännöitsijä.

3.3.3 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuoja

Yksikön asiakastietojen käsittelystä ja siihen liittyvästä ohjeistuksesta vastaa yksikön johtaja Anna-Mari Eskelinen

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.

Säätiön tietosuojavastaavana toimivat:

Asiantuntija Minna Heinström, 044 367 4070

Taluspäällikkö Mari Wilman, 044 430 6398

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

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

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

Asiakastietojen laadinta- ja käsittelyohjeessa on kuvattu ja ohjeistettu Asiakkaan tarkistusoikeus, Asiakastiedon korjaaminen ja Asiakirjojen luovuttaminen. Asiakkaalla tai hänen laillisella edustajallaan on oikeus pyynnöstä tarkistaa kaikki itseään tai edustamaansa henkilöä koskevat tiedot. Tällöin käytetään rekisteritietojen tarkastuspyyntölomaketta. Asiakkaan mielestä 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 tarkistusta, sekä sisäistä- ja ulkoista auditointia. Asiakas- ja potilastietojen käsittelyn arviointi toimintayksikön arjessa on jatkuvaa.

3.3.4 Tietojärjestelmät ja teknologian käyttö

Järjestelmätoimittaja vastaa asiakastietojärjestelmän olennaisten vaatimusten täyttymisestä ja järjestelmän ajantasaisuudesta. DomaCare asiakastietojärjestelmä on Valviran tietojärjestelmärekisterissä.

DomaCare asiakastietojärjestelmään kirjaudutaan vain organisaation työasemilta ja muilta organisaation laitteilta. Henkilöstön perehdyttäminen ja kouluttaminen järjestelmän käyttöön tapahtuu toimintayksikössä. Uusista toiminnoista järjestetään tarvittaessa järjestelmätoimittajan tai pääkäyttäjien järjestämä koulutus.

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

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

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

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 hygieniäkäytännöt

Säätiössä on laadittu infektioiden hallintakäytännöt ohjeistus joita myös Savolanniemen kodissa noudatetaan Henkilöstöltä vaaditaan tartuntatautilain (48 §) mukaista rokotussuojaa ja 55 §:n mukaista terveydentilan selvitystä tuberkuloosista.

Infektioiden torjunta

Tyypillisiä infektiota on hengitys tie- ja erilaiset sieni infektiot. Infektioita hallitaan hyvällä perushoidolla, sekä pienryhmätoiminnalla niin asumisessa, kuin ympäristönhuollossa. Organisaation infektioidenhallinta -asiakastyössä ohje on päivitetty tammikuussa 2025, se on kaikkien työntekijöiden saatavilla laatukäsikirjassa.

Infektiot kirjataan asiakastietojärjestelmään ja niistä tehdään seuranta kaksi kertaa vuodessa tai tarvittaessa. Infektiotilheyden lisääntyessä ryhdytään välittömästi

estäviin toimenpiteisiin.

Erilaisten pandemioiden hoidossa noudatamme viranomaistenohjeita, jotka kuvataan yksikön kriisinhallinta suunnitelmassa, joka päivitetään tarpeen mukaan.

Kodin oman hygieniayhdyshenkilö on:

Tuula Roivainen, tuula.roivainen@savas.fi, 044 430 6331.

Tarvittaessa käytössä Pohjois-Savon hyvinvointialueen hygieniahoitaja:

Anne Kosunen, Hygieniahoitaja (aluetyö)

KYS / Infektio- ja sairaalahygieniyksikkö 142021

anne.kosunen@pshyvinvointialue.fi

p. 044–717 5638

Savolanniemen kodissa on siivoussuunnitelma, josta ilmenee kodin siivouskäytännöt, vastuuhenkilöt, siivousaineet ja niiden toimittajat ja muut siivoukseen liittyvät asiat. Piha piirissä on roskakatos, josta löytyy biojäte, lehtikeräys, lasi- ja metallijäte ja sekajäteastiat. Jätekuukko huolehtii niiden tyhjennyksestä.

Tartuntavaaralliset jätteet käsitellään toimintaohjeiden mukaisesti, jotka tarkistetaan tilanne kohtaisesti.

3.3.6 Lääkehoitosuunnitelma

Savas Säätiölle on laadittu STM:n mukainen lääkehoitosuunnitelma. Savolanniemen kodilla on oma lääkehuollon suunnitelma, joka päivitetään vuosittain ja aina, muutosten tullessa. Lääkehoidon suunnitelmasta vastaavat lääkehoidon vastaava sairaanhoitaja Tuula Roivainen, puh.0444306331 ja Yksikön johtaja Anna-Mari Eskelinen puh. 0444306330 sekä organisaation vastaava sairaanhoitaja Heidi Nykänen puh.0417304583. Lääkehoidon suunnitelma on päivitetty 19.9.2025 Yksikön johtaja, sairaanhoitaja ja lääkehoidon vastuualue ohjaaja varmistaa lääkehoidon asianmukaisuuden ja seurannan. Lääkehuollon poikkeamia seurataan ja käsitellään viikoittain, joka mahdollistaa nopean puuttumisen. Lääkehuollon poikkeamista tehdään kuukausittain koosteet. Toimintakertomukseen kirjataan vuositasolla poikkeamat ja lääkehuollon kehittämisen kohteet.

Yksikössä on laadittu luparekisteri työntekijöistä, joilla on lääkärin toteama lupa.

Asiakkaiden lääkitystiedot löytyvät jokaisen asiakkaan DomaCare asiakastietojärjestelmästä. Kodilla seurataan ja reagoidaan asiakkaan psyykkisiin ja

fyysisiin muutoksiin ja tarvittaessa tiedotetaan asiasta asiakkaan läheisille ja kirjaukset tehdään DomaCare asiakastietojärjestelmään.

Mikäli havaitaan lääkkeen tai rokotteen haittavaikutuksia, voi niistä tehdä ilmoituksen Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimealle joko sähköisesti (www.fimea.fi) tai Fimean ilmoituslomakkeella

Lääkeluvallisilla ohjaajilla on avain lääkekaappiin. Avain kuitataan aina otettaessa sekä palauttaessa. Nestemäsissä sekä N-lääkkeessä tehdään kaksoistarkastus, jonka lääkkeen antaja sekä varmistaja kuittaavat allekirjoituksellaan. Lääkkeiden kulutusta seurataan kuukausittain. Näillä seurantatiedoilla varmistetaan ja ehkäistään lääkevarkauksien tapahtumista.

3.3.7 Lääkinnälliset laitteet

Savolanniemen kodin laitevastuuhenkilö on yksikön johtaja Anna-Mari Eskelinen p.044-4306330

Kodissa käytettävistä lääkinnällisistä laitteista pidetään luetteloja ja laitekohtaista laitekorttia. (Kodissa on käytössä 3 seisomatelineettä, 1 verenpainemittaria, 1 uniapnealaite, 3 sairaalasänkyä, 2 nosturia, 3 pyörätuolia, 1 sähköpyörätuoli ja 1 rollaattori ja tasovaaka) Asiakkaiden henkilökohtaisten laitteiden laitekortit ovat Domacare-asiakastietojärjestelmässä. Laiteluetteloja ja -korttia pidetään niistä laitteista, joita kalibroidaan tai huolletaan, ei siis esim. silmälaseista. Ensiapuvälineistä on erillinen luettelo ja tarkastuslista, joten niistä ei pidetä laitekorttia. Terveystieteiden huollon laiteluetteloon merkitään ne yksikön terveystieteiden huollon laitteet, jotka ovat kodin omistuksessa tai lainaamia. Laiteluettelon ajantasaisuudesta vastaa yksikön johtaja.

Lääkinnällisten laitteiden käyttö ja huolto

Lääkinnällisten laitteiden käyttäminen perehdytetään uusille työntekijöille. Perehdytyksestä pidetään seuranatalomaketta.

Tarvittaessa vaativimpien lääkinnällisten laitteiden (esim. seisomatelineet, henkilönostolaitteet) käyttöönottoaiheessa voidaan tilata käyttöönottokoulutus henkilöstölle. Laitteiden käyttökoulutus ja perehdytys dokumentoidaan työntekijän

sähköiseen perehdytysohjelmaan

Lääkinnällisten laitteiden käytössä huomioida seuraavat asiat:

- laitteessa tai sen mukana on turvallisen käytön kannalta tarpeelliset merkinnät ja käyttöohjeet
- laitetta käytetään valmistajan ilmoittaman käyttötarkoituksen ja –ohjeistuksen mukaisesti
- laitetta säädetään, ylläpidetään ja huolletaan valmistajan ohjeistuksen mukaisesti ja muutoin asianmukaisesti
- käyttöpaikka soveltuu laitteen turvalliseen käyttöön
- laitteeseen kytkettynä tai välittömässä läheisyydessä olevat toiset terveydenhuollon laitteet, rakennusosat ja rakenteet, varusteet, ohjelmistot tai muut järjestelmät ja esineet eivät vaaranna laitteen suorituskykyä tai potilaan, käyttäjän tai muun henkilön terveyttä; sekä
- laitteen asentaa, huoltaa ja korjaa vain henkilö, jolla on tarvittava ammattitaito ja asiantuntemus.

Asiakkaiden henkilökohtaisten laitteiden huollosta vastaa Pohjois-Savon hyvinvointi alueen apuväline lainaamo, josta laitteet on lainassa.

Lääkinnällisten laitteiden kalibrointi

Kodissa on käytössä verenpainen mittari, jonka kalibroinnista/ vaihtamisesta vastaa lääkehuollon vastaava sairaanhoitaja Tuula Roivainen. Laitteet toimitetaan valmistajalta kalibroituna ja kunkin laitteen osalta noudatetaan laitevalmistajan kalibrointi- ja huolto-ohjetta. Jos laitteen havaitaan antavan virheellisiä tuloksia, edellisten mittaustulosten kelvollisuus arvioidaan ja ryhdytään korjaaviin toimenpiteisiin.

Mittauksissa käytettävä laite kirjataan DomaCaren asiakastietoihin mittaustulosten yhteyteen. Mittauslaite kirjataan Toimenpiteet –kohtaan Mittauslaite –sarakkeeseen. Yksikön omistuksessa olevien laitteiden kalibrointikuluista vastaa yksikkö.

Vaaratilanteista tehtävät ilmoitukset

Lääkinnällisten laitteiden vaaratilanteista ilmoittaminen on laissa säädetty velvollisuus.

Ammattimaisen käyttäjän on ilmoitettava Fimeaan ja valmistajalle/valtuutetulle edustajalle tai maahantuojalle/jakelijalle vaaratilanteista, jotka ovat johtaneet tai olisivat saattaneet johtaa potilaan, käyttäjän tai muun henkilön terveyden vaarantumiseen JA jotka johtuvat terveydenhuollon laitteen

- ominaisuuksista
- ei-toivotuista sivuvaikutuksista
- suorituskyvyn poikkeamasta tai häiriöstä
- riittämättömästä merkinnästä
- riittämättömästä tai virheellisestä käyttöohjeesta
- muusta käyttöön liittyvästä syystä

Ilmoitus tehdään sähköisellä lomakkeella: <https://www2.awanic.fi/haipro/230/julkinen/>

Fimeaan ilmoittamisen lisäksi terveydenhuollon vaaratilanteesta tulee ilmoittaa viipymättä säätiön johtoon (toimitusjohtaja tai palvelujohtaja) sekä tehdä tarvittavat Kirjaukset Laatuporttiin (työntekijän vaaratilanne) tai DomaCaren asiakaskertomukseen huomion laatuna Asiakkaan vaaratilanne

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

| Tunnistettu riski | Riskin arviointi (suuruus ja vaikutus) | Ehkäisy- ja hallintatoimet |
|--|--|---|
| Lääkehoidon prosessin poikkeamat | kohtalainen | Säännöllinen lääkeosaamisen arviointi (LoVE) |
| Ohjeiden vastainen asiakaskirjaaminen (DomaCare asiakastietojärjestelmä) | kohtalainen | Kirjaamiskoulutus, perehdytys |
| Hälytínjärjestelmän toimimattomuus | suuri | Huolto järjestelmästä vastaavalla toimijalla |
| Infektioiden leviäminen | | hyvä peru siisteys, Nopea reagointi poikkeamiin |
| | | |
| | | |

3.4 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen

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

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

Arjessa käytetään sijaisia kesäloman- ja pidempien työlomien sijaistuksiin. Lyhyet keikkaluontoiset sijaisuudet katsotaan aina tilanteen mukaan. Lähtökohta on taata turvallinen toiminta ja siihen riittävä resurssi. Toimintaa suunnitellaan yksikön tarpeen mukaan huomioiden asiakkaiden yksilölliset tuen tarpeet myös henkilöstön vuosilomien aikana. Savolanniemen kodilla on käytössä keikkatyöryhmä sekä Kuopion yksiköiden kaksi kiertävää ohjaajaa käytettävänä äkillisiin poissaoloihin. Kriisinhallinta suunnitelmassa on kuvattu toimintaohje tilanteissa, joissa resurssi vaja vaikuttaa asiakasturvallisuuteen.

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

Lainsäädännön mukainen toiminta on varmistettu toimintaamme ohjaavassa laatukäsikirjassa joko on henkilöstön käytössä Savas -sharepointissa sekä yksikön laatukäsikirja teamsissa. Perekdytysohjelma kattaa laatukäsikirjan ohjeistusten läpikäynnin. Savas aketemiassa on perekdytykseen kuuluva koulutusaineisto.

Yksikössä perekdytys tapahtuu säätiön perekdytysohjelman mukaisesti. Uudelle työntekijälle tai opiskelijalle nimetään perekdytyksestä vastaava ohjaaja. Työsuhteen alkuun järjestetään 3 perekdytysvuoroa. Perekdytyksen väliarviointi pyritään suorittamaan viimeistään kolmen viikon jälkeen perekdytyksestä, siitä vastaa perekdytyksen vastuuohjaaja tai yksikön johtaja. Perekdytyksen loppuarvioinnin käy keskustellen yksikön johtaja. Yksikköön laadittu perekdytykseen oma ohjeistus, johon on kuvattu vastuut ja aikataulut.

Vuosittainen koulutussuunnitelma laaditaan henkilöstön ja asiakastyöstä lähtevistä tarpeista. Savaksen työntekijän opintopolku on pohjana koulutusten suunnittelussa,

jonka avulla varmistetaan työryhmän hyvä osaamisen taso. Kehityskeskustelut toteutetaan vuosittain.

Yksikössä pidetään yllä avointa sallivaa ilmapiiriä, jossa on lupa tehdä virheitä ja poikkeamia. Kodin fyysinen ympäristö pidetään siistinä, viihtyisänä ja turvallisena asiakkaille ja työntekijöille. Poikkeaman sattuessa käsitellään ne ohjeistusten mukaisesti ja tarvittavat toimenpiteet tehdään viiveettä.

Joka toinen vuosi toteutetaan henkilöstön bikva arviointi, jonka tulokset käydään yhdessä työkokouksessa. Tulosten pohjalta laaditaan yksikköön kehittämiskohteita, joiden toteutumista seurataan säännöllisesti. Yksikössä on toimivat viikko- ja työkokous käytännöt, jolla varmistetaan henkilöstön vaikuttamismahdollisuus omaan työhön.

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

| Tunnistettu riski | Riskin arviointi (suuruus ja vaikutus) | Ehkäisy- ja hallintatoimet |
|--------------------------|--|---|
| Henkilöstöresurssi | kohtalainen | hyvä perehdytys, selkeä työnkuva, ennakointi, henkilöstön kouluttaminen: Savaksen työntekijän opintopolku |
| pitkät sairauspoissaolot | kohtalainen | työnohjaus, koulutus, hyvä työilmapiiri, varhainen välittäminen, työterveyshuolto, |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

Asiakkaita puhutellaan ja kohdellaan kunnioittavasti ja arvostavasti. Kodissa asuvat, ovat kaikki aikuisia ja heitä kohdellaan aikuisina henkilöinä. Sosiaalialan työntekijöitä velvoittaa epäasiallisen kohtelun ilmoitusvelvollisuus. Jos kodissamme työskentelevä tai opiskeleva tai joku muu henkilö huomaa epäasiallista käytöstä asiakkaita kohtaan hänen tulee ilmoittaa huomiostaan

yksikön johtajalle. Yksikön johtaja keskustelee epäasialliseen kohteluun syyllistyneen henkilön kanssa, pyytää hänen näkemystään tilanteesta ja tekee ilmoituksen ostajataholle. Hyvän tavan mukaisesti asia keskustellaan läpi myös epäasiallista kohtelua kohdanneen asiakkaan kanssa. Asiakkaan oman tahdon mukaisesti keskusteluun otetaan myös mukaan tai asiasta kerrotaan myös hänen läheisilleen

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

Sosiaaliasiavastaava puh. 044 461 0999 (maanantai - perjantai klo 9.00–11.30).

Sähköposti: sosiaaliasiamies@pshyvinvointialue.fi

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

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

Kuluttajaneuvonnan yhteystiedot sekä tiedot sitä kautta saatavista palveluista. Kuluttajaneuvonta on valtakunnallinen palvelu, josta saa tietoa kuluttajan oikeuksista ja sovitteluapua kuluttajan ja yrityksen väliseen riitaan.

Kuluttajaneuvonnassa voit asioida puhelimitse soittamalla numeroon 09 5110 1200 (ma, ti, ke, pe klo 9–12, to 12–15) Voit asioida kuluttajaneuvonnan kanssa myös sähköisesti <https://asiointi.kkv.fi/asiointi/fi>

Kodissa korostetaan ja tuetaan asukkaiden itsemääräämisoikeutta.

Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan yksilön oikeutta määrätä omasta elämästään ja päättää hoidosta ja palveluista.

Asiakkaiden itsemääräämisoikeuden vahvistamiseksi laadituista suunnitelmista vastaavat asiakkaiden nimetyt omaohjaajat; puh: 0444306331

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

Itsemääräämisoikeuden toteutumista kehitetään koko ajan. Toimintaa arvioidaan ja suunnitellaan yhdessä asiakkaiden kanssa. Palautetta toiminnasta ja toiveita kerätään

asiakkailta säännöllisesti ja toimintaa muokataan sen mukaan. Kommunikaatiolla on suuri merkitys itsemääräämisoikeuden toteutumisessa. Kodilla pyritään huomioimaan 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 kommunikaatiotavalla. Ohjaajat ottavat laajasti selvää asioista ja vaihtoehtoista, jotta asiakas voi tehdä oikeasti valintoja. Tuettua päätöksentekoa harjoitellaan asiakkaiden kanssa ja siihen kannustetaan. Ohjaajat kunnioittavat asiakkaan omia valintoja ja asiakkailla on myös oikeus tehdä ns. huonoja valintoja. Myös ohjaajien ja läheisten asenteilla on suuri merkitys. Ohjaajat saavat koulutusta itsemääräämisoikeuteen liittyvissä asioissa.

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

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

Kodin ohjaajat toteuttavat rajoitustoimenpiteitä asiakkaan päätöksen mukaisesti. Näistä rajoittamisen toimenpiteistä tehdään asianmukainen kirjaus asiakastietojärjestelmään.

Palveluntoteuttamisuunnitelma (=Messi) käydään läpi ja arvioidaan vuosittain tai tarpeen mukaan. Asiakkaiden omaohjaajat vastaavat sen ajantasaisuudesta, päivittämisestä sekä tiedottavat muuta työryhmää oleellisista asioista, koskien mm. asiakkaan tavoitteita ja seuranta. Oma ohjaajat vastaavat asiakkaiden osallisuuden toteutumisesta heitä koskevissa palavereissa. Nämä dokumentoidaan asiakastietojärjestelmään, jonne muodostetaan asiakkaiden tavoitteet sekä niiden seuranta.

Yksikössä on käytössä systemaattisena palautejärjestelmänä Bikva-asiakaslähtöinen arviointi ja kehittämismenetelmä. Se tarkoittaa ”asiakkaiden osallisuutta

laadunvarmistajana” Arvioinnin lähtökohtana asiakkaiden näkemykset ja kokemukset palvelujen laadusta. Bikva arviointi toteutetaan yksikössä joka toinen vuosi asiakkaille ja läheisille. Tulokset käsitellään yksikössä muodostaen niistä asiakkaiden ja läheisten laatukriteerit. Tavoite on, että asiakkaiden näkemykset johtavat konkreettisiin toimenpiteisiin niin yksikössä kuin organisaatiotasolla.

Asiakkaita ja läheisiä kannustetaan antamaan suoraan ja suullista palautetta. Palautteet kirjataan laatuporttiin, johon myös läheisillä ja sidosryhmillä antaa palautetta. QR-koodi löytyy yksikön ilmoitustaululta. Yksikön työkokouksissa käsitellään palautteet ja arvioidaan niiden pohjalta tehtävät toimenpiteet. Yksikön saamat palautteet käsitellään ja arvioidaan vuosittain johdonkatselmuksen koosteessa.

Asiakkaalla on edellä kuvatun palautejärjestelmän lisäksi oikeus tehdä epäkohdaksi kokemastaan asiasta kirjallinen muistutus toimintayksikön vastuuhenkilöille. Anna-Mari Eskelinen, 0444306330 tai vastuussa olevalle viranhaltijalle hyvinvointialueelle tai kantelun aluehallintovirastolle Muistutus tehdään vapaamuotoisesti tai siihen tarkoitettulla lomakkeella, jonka saa yksikön ilmoitustaululta, henkilökunnalta tai kotikunnan sosiaalivastaavalta.

Tarvittaessa muistutuksen tekemisessä avustaa sosiaalivastaava, jonka yhteystiedot ovat toimintayksikön ilmoitustaululla. Yksikön vastuuhenkilö antaa muistutuksen johdosta kirjallisen selvityksen asiakkaalle tai hänen edustajalleen kahden viikon kuluessa muistutuksen saapumisesta. Ellei asiakas tai hänen edustajansa ole tyytyväinen säätiön oman palaute- ja muistutusjärjestelmän kautta saamaansa selvitykseen ja mahdollisiin asiaa korjaaviin toimenpiteisiin, hän voi tehdä asiasta esim. sosiaalivastaavan ohjaamana tai oikeusaputoimiston avustamana kantelun toimintaa valvovalle viranomaiselle. Muistutuksen asiakas voi toimittaa joko suoraan toimintayksikön johtajalle tai säätiön toimistoon.

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 |
|---|--|----------------------------|
| henkilöstön kommunikaatio osaamisen puute | suuri | perehdytys- ja koulutus |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen

4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely

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

Jos työntekijä huomaa työssään epäkohtia tai ilmeisiä epäkohdan uhkia asiakkaan sosiaalihuollon toteuttamisessa, hän voi tehdä ilmoituksen. Epäkohdalla tarkoitetaan esimerkiksi asiakkaan epäasiallista kohtaamista, asiakkaan loukkaamista sanoilla, asiakasturvallisuudessa ilmeneviä puutteita, asiakkaan kaltoin kohtelua ja toimintakulttuurista johtuvia asiakkaalle vahingollisia toimia. Myös epäkohdan uhasta, joka on ilmeinen tai voi johtaa epäkohtaan, tulee ilmoittaa.

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

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

Ilmoitus tehdään henkilökunnan ilmoitusvelvollisuuslomakkeelle välittömästi, kun työntekijä havaitsee asiakkaaseen kohdistuvan epäkohdan tai sen uhan. Lomake löytyy sähköisenä säätiön intrasta. Ilmoitus tehdään yksikön toiminnasta vastaavalle eli yksikön johtajalle. Mikäli ilmoitus kohdistuu esimiehen toimintaan asiakkaan epäasiallisessa kohtelussa tai sen uhasta, ilmoitus tehdään palvelujohtajalle. Esimies ilmoittaa asiasta säätiön johdolle (palvelujohtaja). Ilmoituksen vastaanottaneen henkilön on ilmoitettava asiasta yksikön sijaintikunnan sosiaalihuollon johtavalle viranhaltijalle tai valvonnan vastuuhenkilölle, mikäli hyvinvointialueella on tämä nimetty.

Ilmoitusvelvollisuuteen liittyvä ohjeistus löytyy laatukäsikirjasta. Yksikön johtaja vastaa siitä, että jokainen työntekijä tietää ilmoitusvelvollisuuskäytännöistä. Epäasiallisen kohtelun ilmoituksen voi tehdä myös whisteling-kanavan kautta nimettömänä, jonka linkki löytyy intrasta. Avoin keskustelukuluttuuri madaltaa kynnystä tuoda esille havaitsemiaan epäkohtia.

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

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

4.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta

Asiakkaan hoito- ja ohjaustilanteisiin voi liittyä tapaturmariskiä. Tapaturmia sekä vaara- ja vahinkotilanteita voi olla syöttämis-, pesutilanteissa sekä asiakkaan nosto- ja siirtotilanteissa ja kaikissa muissakin arkisissa tilanteissa asiakkaiden arvaamattoman käyttäytymisen vuoksi.

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. Tapaukset dokumentoidaan asiakastietojärjestelmään, mikäli se liittyy asiakastyöhön sekä laatuporttiin. Dokumenttien pohjalta tapaukset käsitellään viikkokokouksissa, jossa kirjataan seuranta ja arviointi. Yksikössä käydään läpi haastavien tilanteiden jälkeen jälkipuinti kaikkien osallisten kesken. Yksikössä on kaksi Defusing ohjaajaa. Vaaratapahtumien tapahtuessa esihenkilö järjestää tarvittavat jälkipurku tilanteet myös työterveyshuollon kanssa.

4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä

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

Johdonkatselmuksessa käsitellään kooste vuoden tapahtumista ja tarvittavia huomioita kirjataan yksikön toimintasuunnitelmaan. Asiakastyöhön liittyvät vaaratilanteet esim. haastavan käyttäytymisen tilanteet käsitellään myös. Korjaavista toimenpiteistä tiedotetaan viikkokokouksissa ja sähköisen asiakastietojärjestelmän kautta. Yhteistyötahojen tiedotus toimii tilanteen mukaisesti ja tarvittaessa voidaan järjestää yhteistyöpalaveri.

4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano

Poikkeamatiedon käsittelyssä keskitytään juurisyyn löytämiseen, eli mietitään mitä tapahtui ja miksi. Tämän kautta on helpompi löytää toimenpiteitä, jolla poikkeama voidaan seuraava kerran ehkäistä. Toimiva asiakaspalautejärjestelmä varmistaa asiakasnäkökulman toteutumista ja 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 sen johdosta suoritettavat toimenpiteet on kirjattava asiakaskohtaisessa palautteessa asiakastietojärjestelmään (huomion laatuna palaute), yksilöimättömät palautteet tuodaan esille yksikön työkokouksessa. Palaute on saatettava muun työryhmän ja yksikön esimiehen tiedoksi.

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

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

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

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

| Korjaus- tai kehittämistoimenpide | Aikataulu | Vastuutaho | Seuranta |
|-----------------------------------|-----------|-------------|----------|
| Ajantasainen poikkema seuranta | 2026 | Anna-Mari.E | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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, niiden vastuutus ja seuranta. Myös seuranta dokumentoidaan. Merkittävistä poikkeamista tiedotetaan säätiön johtoa. Läheltä piti- ja tapaturmatilanteista kirjataan laatuporttiin. Palvelutiloja koskevat epäkohdat pyritään korjaamaan välittömästi henkilökunnan kanssa, tarvittaessa käytetään huoltoyhtiötä tai muuta tarvittavia asiantuntijoita. Läheltä piti -tilanteet ja tapaturmat käsitellään henkilökunnan viikkopalavereissa aina tapahtuman jälkeen. Johdonkatselmuksessa käsitellään kooste vuoden tapahtumista ja tarvittavia huomioita kirjataan yksikön toimintasuunnitelmaan. Asiakastyöhön liittyvät vaaratilanteet esim. haastavan käyttäytymisen tilanteet käsitellään myös asiakkaisten palavereissa tai tilanteen mukaan yhteyttä otetaan omaan sosiaalityöntekijään. Korjaavista toimenpiteistä tiedotetaan viikkokokouksissa ja sähköisen asiakastietojärjestelmän kautta. Yhteistyötahojen tiedotus toimii tiedotteen avulla ja tarvittaessa voidaan järjestää yhteistyöpalaveri.

Yksikössä tehdään vuosittain työn riskien arviointi, jonka pohjalta tehdään tarvittavat ennalta ehkäisevät sekä välittömät toimenpiteet. Yksikön johtaja vastaa toimenpiteiden toteutumisesta ja vaikuttavuuden seurannasta. Arvioinnin tulokset käsitellään yksikön lisäksi työsuojelutoimikunnassa. Läheltä piti- ja tapaturma tilanteet kirjataan Sharepointista löytyvän linkin kautta.

5.2 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi

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

Omavalvontaohjelman raportin laadinnasta vastaa Säätiön palvelujohtaja. Raportti käsitellään johtoryhmässä, hallituksessa, esihenkilötyöryhmässä ja yksikön johtajat vastaavat sen käsittelystä työryhmissä. Raportissa kuvataan omavalvonnan toteutuminen. Omavalvontaraportissa on kunkin raportointijakson käytävissä olevat tiedot omavalvontaohjelman toteutumisesta sekä niiden pohjalta tehdyistä korjaavista ja kehitettävistä toimenpiteistä. Savaksen omavalvontaohjelman raportti julkaistaan Savaksen Sharepointissa sekä Savaksen internetsivuilla.

Yksikön omavalvontasuunnitelman toteutumista arvioidaan säännöllisesti työkokouksissa.

Yksikön johtaja

Anna-Mari Eskelinen

p.0444306330, anna-mari.eskelinen@savas.fi