

# Omavalvontasuunnitelma

KUPARISEPÄN PALVELUKOTI

## 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.....                                                                                    | <b>Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.</b> |
| 2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako .....                       | 5                                              |
| 3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat .....                                | 6                                              |
| 3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen.....                                                       | 6                                              |
| 3.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen .....                                                      | 6                                              |
| 3.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen .....                                         | 8                                              |
| 3.4 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen .... | 16                                             |
| 3.5 Yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja asiakkaan/potilaan aseman ja oikeuksien varmistaminen .      | 18                                             |
| 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 .....                                                 | 24                                             |
| 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 .....                               | 27                                             |
| Liitteet .....                                                                                      | <b>Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.</b> |

# 1. Palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot

## 1.1 Palveluntuottajan perustiedot

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

## 1.2 Palveluyksikön perustiedot

- Kuparisepän Palvelukoti / Savas-Säätiö sr
- Kuparisepänkatu 2, 78870 Varkaus
- Palvelukodin johtaja Leena Siilin 044 430 6348,  
sähköposti: [leena.siilin@savas.fi](mailto:leena.siilin@savas.fi)
- Varajohtaja Anne Laakkonen 041 730 1636,  
sähköposti: [anne.laakkonen@savas.fi](mailto:anne.laakkonen@savas.fi)  
Johtajana 21.9.2026 alkaen Leena Siilinin poissaolon ajan.
- Ohjaajat: 044 430 6349, 044 430 6350, 044 783 0035

## 1.3 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet

Kuparisepän Palvelukoti tarjoaa ympärivuorokautista asumispalvelua vammaisille henkilöille. Kuparisepän Palvelukoti tuottaa asumispalveluita Pohjois-Savon hyvinvointialueelle. Yksikössä on 14 vakituista asiakasta ja yksi paikka ed. lisäksi on suunnattu tilapäishoidon asiakkaille. Asiakkaat ovat lähinnä kotoisin Varkaudesta ja lähikunnista mm. Leppävirralta ja Jorjoisista.

Henkilökuntaa meillä on kymmenen ohjaajaa sekä yksikön johtaja.

Savas-Säätiön arvot osallisuus, ihminen edellä ja avoimuus näkyvät toiminnassamme. **Ihminen edellä** tarkoittaa, että Kuparisepän Palvelukodissa toimitaan yksittäisten asiakkaiden tarpeista ja toiveista käsin. Ohjaajan toiminta on asiakaslähtöistä, asiakasta kohdellaan tasa-arvoisesti ja asiakkaan kohtelu on oikeudenmukaista. Asiakkaille tarjotaan asumisessa ja elämisessä erilaisia vaihtoehtoja, joihin heidän on mahdollista itse valiten osallistua. Asiakkaat saavat yksilöllistä tukea ja kommunikoinnin vaihtoehtoja päätöksenteon tueksi. Toiminnan tavoitteena on, että jokaisen asiakkaan omat toiveet ja mieltymykset on selvitetty ja ne ovat jokaisen työntekijän tiedossa ja että

ne on vaivatta tarkistettavissa. Toiveiden selvittämisessä ja niiden kirjaamisessa hyödynnetään kuvia ja erilaisia muita vaihtoehtoisia kommunikointiin liittyviä apukeinoja. Jokaisen asiakkaan toiveet on kirjattu Messi- minun elämäni suunnitelmaan ja tämän mukaan on laadittu asiakkaan päivä- ja viikko-ohjelma.

**Osallisuus** tarkoittaa sitä, että mikään ei ole esteenä sille mitä kehitysvammainen asiakkaamme voi ja saa elämässään tehdä ja että hän voi osallistua erilaisiin tapahtumiin tasapuolisesti muun yhteiskunnan jäsenten tavoin tarvitsemansa avun ja tuen turvin.

Yksikön toiminta on **avointa** ja Palvelukodissa on tasavertainen ilmapiiri sekä asiakkaiden ja henkilöstön keskinäiseen vuorovaikutukseen painottunut kulttuuri. Luottamus ja aito kumppanuus rakentuu tiedon jakamiselle ja toiminnan läpinäkyväksi tekemiselle. Oikeudenmukaisuus ja tasa-arvoisuus kaikessa toiminnassamme tukee avoimuutta.

Kuparisepän Palvelukoti hankkii ostopalveluina seuraavat palvelut:

- ateriapalvelut, Menukat Oy (osittain: arkisin päivällinen, la-su lounas ja päivällinen)
- kiinteistön kunnossapito, piha-alueiden auraus ja hiekoitus, nurmikon leikkaus sekä hälytys laitteiden säännöllinen testaus, Matuvo
- jätehuolto, Keski-Savon jätehuolto
- Itc palvelut HelpDesk ITC
- nuohouspalvelut, Nokiset
- paloturvallisuuslaitteiden tarkastus / määräaikaistarkastukset, Alarm control, Alco Oy, huolto PAP Group Oy
- automattinen sammutusjärjestelmän huolto ja tarkastus A-Pipe Oy

#### 1.4. Päiväys

Versio: 5.0/ 14.8.2026, 20.8 2025

Henkilöstö on osallistunut omavalvontasuunnitelman tekemiseen.

Leena Siilin, Yksikön johtaja

## 2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako

Omavalvontasuunnitelma päivitetään vuosittain laatutyön mukaisesti. Yksikössämme se toteutuu aina elokuun aikana ja tarvittaessa useammin, jos toiminta olennaisesti muuttuisi.

Omavalvontasuunnitelman laatii Yksikön johtaja Leena Siilin yhdessä työryhmän kanssa.

Yksikön johtaja hyväksyy ja huolehtii Omavalvontasuunnitelman julkaisemisesta.

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

- Savas-Säätiön tietoturvasuunnitelma (päivitetty 24.2 2026)
- Savas-Säätiön palveluntuottajan valmiussuunnitelma (päivitetty 31.1.2023)
- Kuparisevän Palvelukodin lääkehoitosuunnitelma (päivitetty ja allekirjoitettu 18.3.2026)
- Savas-Säätiön infektioiden hallinta suunnitelma (päivitetty 9.3 2026)
- Kuparisevän Palvelukodin Pelastus- ja poistumissuunnitelma (päivitetty 27.5 2025)
- Kuparisevän Palvelukodin Elintarvikelain mukainen omavalvonta (päivitetty 16.2 2026)
- Kuparisevän Palvelukodin Siivoussuunnitelma (päivitetty 7.1 2026)
- Kuparisevän Palvelukodin Riskienhallintasuunnitelma (päivitetty 3.8 2026)
- Kuparisevän Palvelukodin Kriisienhallintaohjelma (päivitetty 25.5 2026)

Omavalvontasuunnitelma on sähköisessä muodossa yksikön laatukäsikirjassa ja tulostettuna Palvelukodin ilmoitustauluilla (2kpl.). Lisäksi omavalvontasuunnitelma julkaistaan Savas-Säätiön nettisivuilla sekä Socfinderissa. Omavalvontasuunnitelma käydään läpi ja päivitetään yhdessä henkilöstön kokouksissa, esim. henkilöstön kehittämispäivässä ja/tai kuukausikokouksessa. Henkilöstön viikkokokouksissa seurataan omavalvonnan toteutumista yhdessä laatutyöstä nousevien kehittämiskohteiden kanssa. Omavalvontasuunnitelmaa käydään läpi myös asiakkaiden kanssa yhteisökokouksissa niiltä osin ja keinoin miten selkokielellä asian voi esittää yksinkertaisesti asiakkaille.

Omavalvontasuunnitelma päivitetään, kun toiminnassa tapahtuu muutoksia palvelun laadussa ja asiakasturvallisuudessa. Omavalvontasuunnitelmat arkistoidaan yksikön laatukirjan arkistoon. Laadunhallinta seuraa myös omavalvonnan toteutumista. Omavalvontasuunnitelman laatupoikkeamat käydään läpi henkilökunnan viikkokokouksessa, josta kirjoitetaan muistio ja aktiivisesti seurataan suunnitelman toteutumista. Palautteet kirjataan ja kerätään DomaCaresta ja ne myös käsitellään viikkokokouksessa. Mahdolliset palautteiden jatkotoimenpiteet sovitaan ja vastuuhenkilö asian hoitamiseen. Omavalvontasuunnitelma arkistoidaan yksikön laatukäsikirjaan.

### 3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat

#### 3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen

Hyvinvointialueen sosiaalityöntekijä ilmoittaa uudesta asiakkaasta, jos yksikössämme on vapaita asuntoja. Alihankintatilanteissa palveluntuottaja on velvollinen seuraamaan laatua ja ilmoittamaan palvelun ostajalle poikkeamista.

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

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

| Tunnistettu riski                | Riskin arviointi (suuruus ja vaikutus)                                                                           | Ehkäisy- ja hallintatoimet                                                                                            |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Koulutetun henkilöstön saatavuus | Mahdollinen, kohtalainen vaikutus.<br>Yksintyöskentely ei onnistu (yövuorot) vaikuttaisi asiakasturvallisuuteen. | Aktiivinen rekrytointi, ennakointi, hyvä perehdytys. Alan Oppilaitos yhteistyö, tulevaisuuden koulutetut työntekijät. |
|                                  |                                                                                                                  |                                                                                                                       |
|                                  |                                                                                                                  |                                                                                                                       |
|                                  |                                                                                                                  |                                                                                                                       |
|                                  |                                                                                                                  |                                                                                                                       |

#### 3.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen

##### 3.2.1 Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen on oltava laadukkaita, asiakas- ja potilaskeskeisiä, turvallisia ja asianmukaisesti toteutettuja.

Savas-Säätiön palveluiden tuottamisessa noudatetaan lakia. Lainsäädännön mukainen toiminta on varmistettu toimintaamme ohjaavassa laatukäsikirjassa, joka on henkilöstön käytettävissä Savas-Säätiön Sharepointissa sekä yksikön Teamsissa.

Savas-Säätiöllä on käytössään SHQS-laatuohjelma, joka on sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden käyttöön tarkoitettu johtamista ja prosessien jatkuvaa kehittämistä tukeva laatujohtamisen työkalu. SHQS-laatuohjelma koostuu arviointikriteeristöistä, jossa on huomioitu sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä, valtakunnallisia suosituksia ja hyviä käytäntöjä. Vuosittaisen itsearvioinnin tekeminen ja sisäisen/ulkoisen auditointien tulosten perusteella varmistetaan kriteeristön mukainen toiminta ja sen kehittäminen.

Pohjois-Savon hyvinvointialueen vammaispalveluyksikön henkilökunta laatii yhdessä asiakkaan, läheisten ja palveluyksikön kanssa asiakassuunnitelman, johon kirjataan asiakkaan toimintakykyyn, päivä- ja työtoimintaan, asumiseen, kuntoutukseen ja apuvälineisiin liittyvät asiat ja päätökset. Asiakkaan palvelutarpeen määrittely on myös tärkeä asia päivittää säännöllisesti. Asiakassuunnitelma tarkastetaan tarvittaessa määritellyin aikavälein ja myös kuntoutussuunnitelmat, joita on osalla asiakkaista.

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

### 3.2.2 Valmius- ja jatkuvuudenhallinta

- Organisaation valmius- ja jatkuvuuden hallinnasta, sekä valmius- ja jatkuvuudensuunnitelmasta vastaa Savas-Säätiön toimitusjohtaja Vilma Kröger 040 066 8211.
- Palveluyksikön valmius- ja jatkuvuudenhallinnasta, sekä valmius- ja jatkuvuudensuunnitelmasta vastaa Leena Siilin, yksikön johtaja p. 044 430 6348.

Savas-Säätiössä on laadittu valmiussuunnitelma, jonka on päivittänyt isännöitsijä Petri Lievonen, p. 044 430 6304 ja vahvistanut toimitusjohtaja Vilma Kröger.

Valmiussuunnitelmaan on kuvattu johtamisen ja tiedottamisen vastuut. Valmiussuunnitelman mukaisesti poikkeusoloissa toimintaa supistetaan paikallisten poikkeus-suunnitelmien mukaisesti. Kuparisepän Palvelukodissa on varattu 72 h:n kotivara mikä sisältää elintarvikkeita, vettä ja varavirtalähteitä. Suurimpana poikkeusolona voidaan kuitenkin pitää asiakkaan katoamista tai karkaamista. Tähän on laadittu yksikössä omat toimintaohjeet. Turvallisuuksuunnitelmat on laadittu yhdessä paloviranomaisten kanssa, joista yksikköön on tehty omat toimintaohjeet henkilöstölle ja asiakkaille heidän kommunikaatiotapansa huomioiden.

Arjessa käytetään sijaisia henkilöstön työlomien sijaistuksiin. Kuparisepän Palvelukodissa on niin tuntisijaisia kuin myös ajoittain, erityisesti kesäkaudella, kuukausipalkkaisia sijaisia. Äkilliset henkilöstön poissaolot sijaistetaan tarpeen mukaan. Lähtökohta on, että turvallinen toiminta taataan 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                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rekrytointien haasteet, koulutetun työntekijöiden saatavuus. | Mahdollinen, kohtalainen.              | Savas-Säätiön näkyvyys rekry-tapahtumissa, yhteistyö oppilaitosten kanssa, opiskelijoiden vastaanottaminen käytännön harjoitteluun työpaikalle, perehdytykseen panostaminen, Laura rekry ohjelman käyttö               |
| Asiakkaan katoaminen/karkaaminen                             | Mahdollinen, kohtalainen               | Tarvittaessa tekninen poistumisvalvonta järjestelmä henkilöille, jotka eivät pysty huolehtimaan omasta turvallisuudestaan. Tägien säännöllinen testaus (asiakkaat ja henkilökunta) Securitakselle.                     |
| Tulipalo, vesivahinko                                        | Mahdollinen, kohtalainen               | Yksikössä on automaattinen sammutusjärjestelmä (Sprinkler) sekä paloilmoitin järjestelmä. Säännölliset tarkastukset ja vuosihuollot, säännölliset koulutukset ja kertaukset työntekijöille kuuluu perehdytysohjelmaan. |
| Ympäristöriskit, kemikaali- tai kaasuvuodot                  | Mahdollinen, kohtalainen               | Viranomaisten ohjeistukset.                                                                                                                                                                                            |
|                                                              |                                        |                                                                                                                                                                                                                        |

### 3.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen

#### 3.3.1 Palveluiden laadulliset edellytykset

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden on oltava laadukkaita, asiakas- ja potilaskeskeisiä, turvallisia ja asianmukaisesti toteutettuja. Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022 – 2026 (STM:n julkaisuja 2022:2) kuvaa edellä mainittuja vaateita.

Savas-Säätiöllä on sertifikaatti kriteeristö (SHQS\_Laatujärjestelmä), jonka pohjalta laatua ja turvallisuutta arvioidaan.

Asiakkailta keräämme järjestelmällisesti palautetta toiminnasta Bikva-arviointimenetelmän avulla joka toinen vuosi. Tulosten pohjalta syntyy laatukriteereitä, joiden avulla toimintaa kehitetään ja arvioidaan jatkuvasti. Myös läheiset osallistuvat Bikva-arviointiin joka toinen vuosi. Kuparisepän Palvelukoti tekee tiivistä yhteistyötä hyvinvointialueen, sidosryhmien ja läheisten kanssa. Toimintaa ja palvelua arvioidaan ja kehitetään koko ajan Laadunhallinta sertifioitun Qualitor Oy:n laatujärjestelmän mukaisesti. Laaduntunnustus auditoinnit toteutetaan organisaation laatiman erillisen suunnitelman mukaisesti.

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

### 3.3.2 Toimitilat ja välineet

Kuparisepän Palvelukoti on rakennettu v. 1999 ja valmistuttuaan aloittanut toiminnan.

Palvelukodissa on 15 asuntoa, joista viisi asuntoa on huoneistoja. Huoneistoissa on tupakeittiö, makuuhuone ja oma WC-suihkutila. Huoneistojen koko on noin 40 neliötä. Palvelukodin pienemmät asunnot (10kpl.) on varustettu makuuhuoneella ja omalla WC-suihkutilalla. Palvelukodin yhteiset tilat käsittää ruuanvalmistuskeittiön, olohuoneen, toimintatilan, pyykinhoitotilan, saunan ja asuinsolujen (Vaski, Välke ja Kiisu) yhteiset keittiö- ja oleskelutilat. Yhteen rakennukseen sijoittuvien asuin- ja palvelutilojen yhteenlaskettu huoneistoala on 830m<sup>2</sup>.

Kuparisepän Palvelukodin tilojen toimivuutta ja terveellisyttä seurataan arjessa. Havaitut poikkeamat ilmoitetaan kiinteistöhuoltoon ja tarvittaessa isännöitsijä Petri Lievoselle. Yksikössä tehdään vuosittain riskien arviointi, jossa arvioidaan kemialliset, mikrobiologiset ja fysikaaliset riskitekijät. Siivousvälineet ja -aineet säilytetään asianmukaisesti siivouskaapeissa sekä käytössä olevista aineista on käyttöturvallisuustiedotteet erilliseen kansioon koottuna. Toiminta tilojen terveydelliset olosuhteet tarkastetaan PSHVA toimesta lakisääteisesti ja käynneistä laaditaan muistiot / tarkastuskertomukset. Myös työterveyshoitaja tekee määräajoin työpaikkakäyntejä ja laati 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.

- Ympäristö terveystarkastus 4.2 2022
- Elintarvike Oiva 26.4 2024
- Palo- ja pelastustarkastus 21.2 2025
- Työpaikka käynti / työterveyshuolto 25.2 2025

Kaikista kiinteistöön liittyvistä huolloista ja määräaikaistarkastusten toteutumisesta vastaa Savas-Säätiön Isännöitsijä yhdessä huoltoyhtiön ja vastaavien viranomaisten kanssa.

Kiinteistölle on tehty PTS-suunnitelma mikä käsittää tulevat kiinteistön huolto ja remontti tarpeet. PTS-suunnitelman ylläpidosta ja toteutumisesta vastaa Savas-Säätiön Isännöitsijä Petri Lievonon ja Yksikön johtaja.

Käytettävien laitteiden toiminnasta ja niiden huollosta vastaa Yksikön johtaja yhdessä henkilöstön kanssa.

### 3.3.3 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuojat

- Palveluyksikön asiakastietojen käsittelystä ja siihen liittyvästä ohjeistuksesta vastaa yksikön johtaja Leena Siilin 044 430 6348 (Asiakastietolain 7§:n)
- Savas-Säätiön tietosuojavastaavana toimivat:  
Asiantuntija Minna Heinström 044 376 4070  
Talouspäällikkö Mari Wilman 044 430 6398

Palveluyksikön toiminnassa on otettu huomioon EU:n yleisen tietosuojasetuksen (EU 2016/679) ja tietosuojalain (1050/2018) vaatimukset tietosuojaperiaatteiden sekä rekisteröidyn oikeuksien toteutumisesta. Tietosuojaperiaatteista, osoitusvelvollisuudesta, rekisteröityjen informoinnista, rekisteröidyn oikeuksista, tietosuojavastaavasta sekä tietoturvaloukkauksista löydät tietoa tietosuojavaltuutetun verkkosivuilta.

Tietosuojaperiaatteiden käytännön toteutus on kuvattu organisaation tietoturvapoliitikassa, tietoturvasuunnitelmassa, tiedonhallinnan toimintaohjeessa ja asiakastietojen laadinta- ja käsittelyohjeessa. Dokumentit ja niitä täydentävät ohjeet, esimerkiksi ohje tietoturvaloukkauksen ilmoittamisesta, ovat kaikkien työntekijöiden saatavilla organisaation laatukäsikirjassa. Saatavilla on suostumuslomakkeet erilaisiin tilanteisiin, kuten tietojen luovuttamisen ja pyytämisen, tietojen tarkastamiseen ja korjaamiseen tai asiakkaan valokuvaamiseen ja videointiin. Rekisteriselosteet ovat kaikkien nähtävillä pääsisäänkäynnin

oven vieressä olevalla ilmoitustaululla. Asiakkaiden oikeuksista omiin tietoihinsa ja asiakastietojen kirjaamisesta asiakastietojärjestelmään tiedotetaan asiakkaita heidän omissa kokouksissaan. Asiakaskirjauksia tehdään mahdollisesti yhdessä asiakkaiden kanssa. Jokainen työntekijä allekirjoittaa salassapito- ja käyttäjä sitoumuksen ja perehtyy siinä liitteenä olevaan tietosuojaohjeeseen. Organisaatiossa on kaksi tietosuojavastaavaa.

Henkilötieto 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 laadittu toimintaohje, Ohje tietoturvaloukkausten ilmoittamisesta. Ohje on laatukäsikirjan Tiedonhallinta osiossa kaikkien työntekijöiden saatavilla ja kuuluu osaksi perehdytysohjelmaan. Navisec-koulutus toteutetaan joka vuosi verkkokoulutuksena.

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

Asiakastietojen laadinta- ja käsittelyohjeessa on kuvattu ja ohjeistettu asiakkaan tarkistusoikeus, asiakastiedon korjaaminen ja asiakirjojen luovuttaminen. Asiakkaalla tai hänen laillisella edustajallaan on oikeus pyynnöstä tarkistaa kaikki itseään tai edustamaansa henkilöä koskevat tiedot. Tällöin käytetään rekisteritietojen tarkastuspyyntölomaketta. Asiakkaan mielestä virheellisien, tarpeettomien, puutteellisten tai vanhentuneiden tietojen korjaamistapauksissa 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 tehdään tiedonhallinnan toimintaohjeen mukaan. Väliarkistointi toteutuu organisaation omassa arkistossa. Sähköinen arkistointi asiakastietojärjestelmässä. Palvelun päätyttyä asiakkaan asiakirjat toimitetaan rekisterinpitäjälle päätearkistoitavaksi.

DomaCaren pääkäyttäjät antavat esihenkilöille esihenkilötason tunnukset. Esihenkilöt antavat ohjaajataso- n 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 työasemilla ja muilla organisaation laitteilla. Henkilöstön perehdyttäminen ja kouluttaminen järjestelmän käyttöön tapahtuu toimintayksiköissä. Uusista toiminnoista järjestetään tarvittaessa järjestelmätoimittajan ja pääkäyttäjien järjestämä koulutus.

Organisaation Tietoturvasuunnitelma on päivitetty 24.2.2026, päivityksestä vastaavat tietosuojavastaavat. Palveluyksiköissä sen toteutumisesta vastaa yksikön johtaja ja jokainen työntekijä omassa toiminnassaan.

Palveluntuottajana Savas-Säätiö käsittelee henkilötietoja rekisterinpitäjän lukuun. Rekisterinpitäjä antaa organisaatiolle henkilötietojen käsittelyn ehdot ja me toimitamme rekisterinpitäjälle henkilötietojen käsittelytoimien kuvauksen. Henkilöstön osaaminen palveluyksikön toiminnassa varmistetaan koulutuksella ja perehdytyksellä.

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

Uusien teknologioiden hankinta arvioidaan tapaus- ja/tai asiakaskohtaisesti organisaation johdon ja/tai asiakkaiden edustajan kanssa. Teknologia laitteiden hankinnassa ja

käyttöön otossa mukana on järjestelmätoimittaja ja ICT-tuki. Käytössä oleva laite ja sovellus voi olla myös ulkoisen palveluntarjoajan omaisuutta, esimerkiksi asiakkaiden kommunikaattorit, jolloin laitevastuu on palveluntarjoajalla. Uusien järjestelmien kohdalla käyttökoulutus ja perehdytys sekä osaamisen ylläpito sovitaan järjestelmätoimittajan kanssa järjestelmäkohtaisesti.

Poikkeamiin varautuminen on kuvattu yksikön kriisihallintasuunnitelmassa. Kriittiset asiakastiedot on tulostettu asiakastietojärjestelmästä. Jokaisessa toimintayksikössä on määrällisesti useampi tietokone ja puhelin, jolloin laiterikon sattuessa toiminta ei vaarannu. Kameravalvonta on yksikön lääkkeiden jako tilassa.

Yksilölliset tarpeet ja mahdollisten teknologioiden soveltuvuus kartoitetaan asiakaspalavereissa ja IMO-työryhmissä esimerkiksi asiakkaan valvotun liikkumisen päätöstä arvioitaessa. Asiakas voi käyttää teknologisia ratkaisuja itsenäisesti tai työntekijän tuella. Yksityisyyden suojan ja itsemääräämisoikeuden toteutuminen teknologioita käytettäessä tiedostetaan ja toteutuu arjen ratkaisujen ja oppimisen 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. Kuparisepän Palvelukodin asiakkailla on käytössä mm. tietokoneita ja läppäreitä kommunikaation tueksi sekä usealla asiakkaalla on käytössä Äly-TV mistä on pääsy eri sovelluksiin.

### 3.3.5 Infektioiden torjunta ja yleiset hygieniakäytännöt

Savas-Säätiössä on laadittu infektioiden hallinta asiakastyössä ohjeistus (ed.päivitys 21.1 2025), jota myös Kuparisepän Palvelukodissa noudatetaan. Infektioiden torjunta on tärkeä osa asiakasturvallisuutta. Tavanomaiset varotoimet ovat infektioiden torjunnan perusta kaikessa ammatillisesti toteutetussa hoidossa myös asumispalveluita tarjoavissa yksiköissä. Niillä pyritään estämään mikrobien siirtyminen asiakkaasta toiseen suoraan, hoitohenkilökunnan tai ympäristöpintojen välityksellä.

Savas-Säätiön vastaava sairaanhoitajaa Heidi Nykästä konsultoidaan tarvittaessa ja myös HVA:n Aallon terveyskeskuksen infektiohoitajaa, tarvittaessa olemme saanut hyvin tukea, apua ja ohjeistusta eri tilanteisiin.

Henkilökunnalla on tiedossa infektioiden hallinta asiakastyössä ohjeistus ja tämä on huomioitu myös muissa vastuualueiden suunnitelmissa. Yksikössä on siivoussuunnitelma säännöllisiin tehtäviin ja ostopalveluna hankimme Yksikköön kerran vuodessa lattioiden koneellisen pesun ja ikkunoiden pesun. Asiakastyössä huomioidaan hygieniat, käsihygieniat ja suojainten käyttäminen. Ympäristön ja välineiden puhtaus sekä ruokahuollon hygieniat. Yksikössämme on käsidesit käytössä henkilökunnalle ja pääovilla vieraille. Tartuntalain 48§ mukaisesti henkilökuntaa suositellaan ottamaan ajantasaisen rokotussuoja.

Yksiköissä seurataan infektioita kirjaamalla tiedot asiakaskohtaisesti, ja niitä käydään läpi henkilökunnan kokouksissa. Seurantatiedot merkittävistä infektiotapahtumista raportoidaan Savas-Säätiön palvelujohtajalle ja tapahtumat käsitellään myös vuosittain Yksikön johdon katselmuksessa. Yksiköllä on nimetty vastuualueohjaajat puhtaanapitoon ja ruokahuoltoon. Heidän tehtävänsä on huolehtia suunnitelman päivittämisestä, tiedotuksesta ja valvonnasta omavalvonnan osalta. Näitä ohjaavat omavalvontasuunnitelman toimet.

### 3.3.6 Lääkehoitosuunnitelma

Yksikölle on laadittu STM:n mukainen lääkehoitosuunnitelma, päivitetty 18.3.2026.

Lääkehuoltosuunnitelma päivitetään vuosittain yhteistyössä Savas-Säätiön vastaavan sairaanhoitajan Heidi Nykäsen p. 0417304583, yksikön lääkevastaavan Hanna Leskisen ja yksikön johtajan Leena Siilinin toimesta. Päivitetty lääkehoitosuunnitelma lähetetään lääkärin hyväksyttäväksi. Yksikön johtaja yhdessä lääkevastaavan kanssa varmistaa lääkehoidon asianmukaisuuden ja seurannan.

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

Asiakkaiden lääkitystiedot löytyvät jokaisen asiakkaan DomaCare asiakastietojärjestelmästä. Yksiköllä on kokonaisvaltainen vastuu asiakkaiden lääkityksestä. Tarkka seuranta ja reagoiminen asiakkaiden lääkityksen toteutumiseen. Asiakkaiden niin fyysisiin kuin psyykkisiin muutoksiin reagoiminen ja yhteyden ottaminen tarvittaessa perusterveydenhuoltoon viipymättä. Lääkityksen muutoksista ja eri tapahtumista raportoidaan asiakkaan läheisille ja mahdollisesti myös työ- ja/tai päivätoiminnan

henkilöstöä. Asiakkailla käytetään ainoastaan lääkärin määräämiä (resepti) lääkkeitä ja/tai käsikauppalääkkeitä. Tarvittavat kirjaukset tehdään DomaCare asiakastietojärjestelmään.

Jokaisella asumisyksikössä työskentelevillä ohjaajilla on lupa lääkehoidon toteutukseen. Vain lääkeluvalliset ohjaajat saavat lääkekaapin avaimen työvuorossa. Avain kuitataan aina otettaessa se käyttöön ja merkitään klo-ajat minkä aikaa avain on ollut käytössä työvuoron aikana. Tietyistä vahvoista huumejohdanteisista lääkkeistä tehdään kaksoistarkastus, jossa tapahtuman kirjaa niin lääkkeen antaja kuin myös varmistaja allekirjoitus kuittauksella. Näillä seurantatiedoilla varmistetaan ja ehkäistään lääkevarkauksien tapahtumista.

Lääkehoidonsuunnitelman toteutus ja seuranta on säännönmukaista. Lääkehoitosuunnitelmassa on kuvattu mm. miten lääkkeiden tai rokotteiden haittavaikutusilmoitus tehdään palveluyksikössä sekä millaiset toimintamallit yksikössä on lääkevarkauksien varalta. Yksikössä on kameravalvonta lääkkeiden jakohuoneessa.

### 3.3.7 Lääkinnälliset laitteet

Lääkinnällisistä laitteista vastaa Yksikön johtaja Leena Siilin p. 044 430 6348.

Kupariseppän Palvelukodilla on varmistettu lääkinnällisistä laitteista annetun lain (719/2021) 4. luvun mukaisesti, että lääkinnälliset laitteet ovat asianmukaisia. Laitteista on lääkinnällistenlaitteiden laitekortit ja laitteet ovat CE-merkittyjä. Henkilökunta on perehdytetty lääkinnällisten laitteiden käyttöön. Valmistajat vastaavat siitä, että laitteiden turvallisuus ja suorituskky sekä käyttöohjeet ja merkinnät ovat vaatimusten mukaiset. Valmistajat huolehtivat laitteiden toimivuudesta ja jälkitarkastuksesta.

Yksikössä vastataan laitteiden turvallisesta ja käyttöohjeiden mukaisesta käytöstä, vaaratilanneilmoituksen tekemisestä, käyttökoulutuksen riittävydestä, laitteiden oikeasta asennuksesta ja säännöllisistä huolloista. Uuden laitteen tullessa, siitä tehdään laitekortti, perehdytetään käyttöohjeisiin sekä käyttöohjeet laitetaan saataville. Henkilökunnalle järjestetään käyttöönottokoulutus laitteen toimittajalta. Uuden työntekijän tullessa yksikköön, hänelle järjestetään perehdytys asiakkaan käytössä oleviin lääkinnällisiinlaitteisiin. Asiakkaiden henkilökohtaiset laitteet kirjataan

Lisätietoa lääkinnällisten laitteiden turvallisesta käytöstä ja vaaratilanneilmoituksista löydät seuraavista asiakirjoista:

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

Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus ja Laiteturvallisuusverkosto valmistelevat parhaillaan mallikuvausta laiteturvallisuussuunnitelman laatimiseen.

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) | Enkäisy- ja hallintatoimet                                                 |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Infektioiden leviäminen                                           | kohtalainen                            | Tartuntalain 48§<br>ajantasainen rokotussuoja,<br>puhtaanapitosuunnitelma. |
| Lääkehoidon prosessin poikkeamat                                  | kohtalainen                            | Säännöllisen<br>lääkeosaamisen arviointi<br>(Love)                         |
| DomaCare<br>asiakastietojärjestelmään<br>vaillinaiset kirjaamiset | kohtalainen                            | Kirjaamiskoulutus,<br>perehdytys.                                          |
| 9Solutions<br>hälytysjärjestelmän<br>toimimattomuus.              | vähäinen                               | Huollon ilmoitus vastaavalle<br>huoltomiehelle.                            |
|                                                                   |                                        |                                                                            |

### 3.4 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen

Riittävä ja osaava sekä palveluyksikön omavalvontaan sitoutunut henkilöstö on keskeinen tekijä palvelujen saatavuuden, laadun ja asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistamisessa sekä palvelujen kehittämisessä.

Kuparisepän Palvelukodin henkilöstöön kuuluu yksikönjohtaja ja kymmenen työntekijää, lisäksi on säännöllinen sijaistus yhden ohjaajan osa-aika eläkkeen vuoksi. Yksikön johtaja on koulutukseltaan Kehitysvammaisten ohjaaja (Sosionomi AMK), sekä yksi ohjaaja sosionomi

(AMK) sekä ohjaaja Sosiaalikasvattaja (Sosionomi AMK), tämän lisäksi on kolme kehitysvammaistenhoitajaa ja viisi lähihoitajaa.

Rekrytointia tehdään läpi vuoden riippuen yksikön tilanteesta. Soveltuvan koulutuksen lisäksi rekrytoinnissa painottuu hakijan osaaminen mm. kommunikaatio osaaminen, työhistoria. Yksikön johtaja tarkistaa ammattioikeudet Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteristä JulkiTerhikistä / JulkiSuosikista. Riittävät opinnot suorittanut opiskelija voi toimia ohjaajien määräaikaisena sijaisena huomioiden rajoitukset esim. yksintyöskentelyyn, lääkehuollon toteuttamiseen ja rajoitustoimenpiteisiin. Vakituiset vakanssit laitetaan julkiseen hakuun. 1.1 2025 alkaen on vaadittu uudelta työntekijältä rikosrekisteriote, työntekijä hankkii (tilaa) sen itse ja tuo näyttille sen Yksikön johtajalle.

Arjessa käytetään sijaisia vuosilomien ja pidempien poissaolojen sijaistamisiin. Lyhyet keikkaluontoiset sijaisuudet katsotaan aina tilanteen mukaan, joita voi olla mm. äkilliset ohjaajien sairastumiset tai asiakkaan kuntoisuuden heikkeneminen, jolloin tuen tarve on suurempi. Lähtökohta on taata turvallinen toiminta ja siihen riittävä resurssi. Toimintaa suunnitellaan yksikön tarpeen mukaan huomioiden asiakkaiden yksilölliset tuen tarpeet myös henkilöstön vuosilomien aikana.

Työvuorosuunnittelulla varmistetaan, että henkilöstö resurssointi on riittävä ja että se vastaa asiakkaiden palvelutarvetta. Henkilöstön sairauspoissaoloja seurataan ja yksikön esihenkilö puuttuu niihin tarpeen mukaan, varhaisen välittämisen mallin mukaisesti. Vuosittain yksiköt saavat neljä tuntia työaikaa sekä rahoitusta yhdessä toteuttavaan tyhytoimintaan. Lisäksi työnantaja antaa työntekijöille e-passin henkilökohtaiseen käyttöön ja järjestää pari kertaa vuodessa osittain kustannettuja yhteisiä Tyhy-matkoja halukkaille. Savas-Säätiössä on laadittu henkilöstöpoliittinen ohjelma. Vuosittain kootaan henkilöstöraportti, joka kuvaa henkilöstön voimavaroja ja kehittymistä sekä kehittämistarpeita.

Uusien työntekijöiden tai opiskelijoiden perehdytys tapahtuu Savas-Säätiön perehdytysohjelman mukaisesti. Uudelle työntekijälle tai opiskelijalle nimetään perehdytyksestä vastaava ohjaaja. Työsuhteen alkuun pyritään järjestämään 2-3 perehdytystyövuorokautta. Perehdytyksen väliarviointi pyritään suorittamaan viimeistään kuukauden jälkeen perehdytyksestä, siitä vastaa perehdytyksen vastuuhjaaja tai yksikön johtaja. Perehdytyksen loppuarvioinnin käy keskustellen yksikön johtaja.

Vuosittainen koulutussuunnitelma laaditaan henkilöstön ja asiakastyöstä lähtevistä tarpeista. Henkilöstön kehityskeskusteluissa laaditaan henkilökohtainen kehityssuunnitelma, jonka toteutumista arvioidaan seuraavassa keskustelussa. Henkilöstön osaamisen arviointi C&Q-järjestelmän avulla joka toinen vuosi. Tämän pohjalta laaditaan Savas-Säätiön osaamisen

kehittämissuunnitelma. Henkilöstöltä kerätään säännöllisesti palautetta mm. työvirekyselyllä. Tulokset käsitellään henkilökunnan kokouksissa.

Savas-Säätiöllä on laadittu organisaation tasoinen riskienhallintasuunnitelma, jonka pohjalta Kuparisepän Palvelukodilla on oma yksikkökohtainen riskienhallintasuunnitelma. Yksikössä tehdään myös vuosittain Laatuporttiin työriskien arviointi. Arvioinnista nousseet epäkohdat otetaan tarkasteluun heti ja tehdään tarvittavat toimenpiteet epäkohdan poistamiseksi. Savas-Säätiöllä on työsuojelu toimintaohjelma, perehdytykseen panostetaan niin uusien työntekijöiden kohdalla kuin myös työtehtävien muuttuessa

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

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

| Tunnistettu riski                                                                     | Riskin arviointi (suuruus ja vaikutus) | Ehkäisy- ja hallintatoimet                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Avoimeksi tulleeisiin työpaikkoihin ei saada uusia osaavia/koulutettuja työntekijöitä | kohtalainen                            | Yhteistyö alan oppilaitosten kanssa.<br>Sava-Säätiön ja Yksikön näkyvyys rekrytapahtumissa.<br>Alan opiskelijoille tarjotaan harjoittelupaikkoja.<br>Perehdytykseen panostetaan.<br>Käytetään erilaisia työntekijöiden hankintakanavia mm. MOL. Laura-ohjelma. |
|                                                                                       |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                       |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                       |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                       |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                |

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

- Savas-Säätiön IMO-ohjeistus, ohjeistus asiakkaiden itsemääräämisoikeuden vahvistamiseen ja rajoitustoimenpiteiden käyttöön laati Palvelujohtaja Sari Kokkonen p. 044 036 3506
- Asiakkaiden itsemääräämisoikeuden vahvistamiseksi laadituista suunnitelmista vastaavat yksikön johtaja Leena Siilin 044 430 6348 yhdessä asiakkaiden nimettyjen omaohjaajien kanssa, ohjaajien puh.nrot ovat 044 430 6349, 044 430 6350 ja 044 783 0035.
- Potilasasiavastaavan työmuotoina ovat asiakaskohtainen neuvonta ja ohjaus, henkilöstön ohjaus, neuvonta ja koulutukset sekä asiakkaiden / läheisten informointi esim. läheisten illat. Perusterveydenhuollon potilasasiavastaavat: puh. 044 461 0850 (maanantai – perjantai klo 9.00 – 11.30) Sähköposti: [potilasasiavastaavat@pshyvinvointialue.fi](mailto:potilasasiavastaavat@pshyvinvointialue.fi)
- Sosiaaliasiavastaavan työmuotoina säätiössä ovat asiakaskohtainen neuvonta ja ohjaus sekä henkilöstön ohjaus ja neuvonta (esim. koulutukset) ja asiakkaiden / läheisten informointi (esim. läheisten illoissa). Sosiaaliasiavastaavan puh. 044 461 0999 (maanantai – perjantai klo 9.00 – 11.30). Sähköposti: [sosiaaliasiamies@pshyvinvointialue.fi](mailto:sosiaaliasiamies@pshyvinvointialue.fi)
- Kuluttajaneuvonnan yhteystiedot sekä tiedot sitä kautta saatavista palveluista. Kuluttajaneuvonta on valtakunnallinen palvelu, josta saa tietoa kuluttajan oikeuksista ja sovitteluapua kuluttajan ja yrityksen väliseen riitaan. Kuluttajaneuvonnassa voit asioida puhelimitse soittamalla numeroon 09 5110 1200 (ma, ti, ke ja pe 9 – 12.00, to 12 - 15.00). Voit asioida myös sähköisesti: <https://asiointi.kkv.fi/asiointi/fi>
- Jos asiakas ei ole tyytyväinen saamaansa palveluun, hoitoon tai kohteluun, hän voi tehdä muistutuksen Yksikön johtaja Leena Siilinille 044 430 6348 tai Palvelujohtaja Sari Kokkoselle 044 036 3506 tai vastuussa olevalle viranhaltijalle hyvinvointialueelle tai kantelun aluehallintovirastolle. Asiakasta autetaan tarvittaessa muistutuksen tekemisessä. Muistutukset käsitellään yksikössä yksikön johtajan ja palvelujohtajan kanssa. Kirjallinen selvitys muistutuksen käsittelystä on toimitettava asiakkaalle tai hänen edustajalleen kahden viikon kuluessa muistutuksen saapumisesta. Yksikössä on asiakkaiden ja läheisten nähtävillä sosiaali- ja potilasvastaavan yhteystiedot ilmoitustaululla, joiden palvelut ovat myös asiakkaiden käytettävissä.

Kuparisepän Palvelukodin asiakkaille korostetaan heidän itsemääräämisoikeuttansa ja pyritään vahvistamaan heitä päätöksissään. Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan yksilön oikeutta määrätä omasta elämästään ja päättää hoidosta ja palvelusta.

Asiakkaiden omat mielipiteet, tahdon ilmaisut ja mielenkiinnon kohteet otetaan huomioon arjessa. Asiakkailta on mahdollisuus tehdä päätöksiä ja vaikuttaa esimerkiksi arjen sisältöön, mielekkääseen sisältörikkaaseen elämään. Yhteisökokouksessa tuodaan esille erilaisia tapahtumia, retkiä ja tilaisuuksia ja asiakkaat saavat itse päättää haluavatko osallistua. Asiakkaat voivat kertoa vuorollaan toiveruokiaan, aamu-, väli- ja iltapalatoiveitaan ja toiveet toteutetaan ajallaan.

Itsemääräämisoikeuden toteutumista kehitetään koko ajan, toimintaa arvioidaan ja suunnitellaan yhdessä asiakkaiden kanssa aina yhdessä. Palautetta toiminnasta ja toiveita kerätään asiakkailta säännöllisesti ja toimintaa muokataan sen mukaisesti. Kommunikaation merkitys palautteiden keräämisessä on erittäin tärkeässä roolissa. Ohjaajat auttavat ja tukevat asiakkaita tekemään itse päätöksiä tuoden eri vaihtoehtoja ja niiden seurauksia esille asiakkaalle sopivalla/toimivalla kommunikaatiotavalla. 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. Savas Akatemiassa on järjestetty mm. Tuetun päätöksen teon koulutusta.

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.

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

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

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

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

Kielteistä käyttäytymistä voi olla esimerkiksi:

- Sanattomat viestit (esim. eleet, ilmeet). Yhteisöstä eristäminen (esim. ei puhuta henkilölle tai kielletään muitakin puhumasta ko. henkilön kanssa, ei tervehdittä, ei kuunnella, rajoitetaan mielipiteen ilmaisua tai keskeytetään toisen puhe jatkuvasti, eristetään työskentelemään muista erillään).
- Työnteon jatkuva perusteeton arvostelu ja vaikeuttaminen (esim. jätetään henkilö tiedonvälityksen ulkopuolelle, hänen työtään mitätöidään tai arvioidaan väärin perustein, annetaan tarkoituksettomia tai osaamiseen nähden ala-arvoisia tai mahdottomia tehtäviä tai toisaalta jätetään ilman työtä).
- Työntekijän maineen tai aseman kyseenalaistaminen (levitetään väärää tietoa, puhutaan pahaa selän takana, haukutaan, nöyryytetään tai pilkataan).
- Henkilökohtaisen koskemattomuuden loukkaaminen (esim. huutaminen, suulliset ja kirjalliset uhkaukset, käsiksi käyminen, suora väkivalta tai sukupuolinen häirintä ja ahdistelu).

Häirintää ei ole:

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

Asiakkaalla on edellä kuvatun palautejärjestelmän lisäksi oikeus tehdä epäkohdaksi kokemastaan asiasta kirjallinen muistutus toimintayksikön vastuuhenkilölle. Muistutus tehdään

vapaamuotoisesti tai siihen tarkoitettulla lomakkeella, lomakkeen antaa asiakkaalle pyydettäessä yksikön henkilökunta tai kotikunnan sosiaalivastaava.

Tarvittaessa muistutuksen tekemisessä avustaa asiakasta sosiaalivastaava. Yksikön vastuuhenkilö antaa muistutuksen takia kirjallisen selvityksen asiakkaalle tai hänen edustajalleen kahden viikon kuluessa muistutuksen saapumisesta. Ellei asiakas tai hänen edustajansa ole tyytyväinen Savas-Säätiön oman palaute- ja muistutusjärjestelmään 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 yksikön johtajalle tai Savas-Säätiön toimistoon. Epäasiallisesta kohtelusta henkilöstö voi tehdä ilmoituksen Whistelblowing-kanavan kautta nimettömänä, jonka linkki löytyy Savas Intrasta.

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

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

| Tunnistettu riski                                                  | Riskin arviointi (suuruus ja vaikutus) | Ehkäisy- ja hallintatoimet                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Asiakkaiden epäasiallinen kohtelu.                                 | kohtalainen                            | - arvojen mukainen työskentely, arvokeskustelut<br>- 0-toleranssi,<br>- perehdytys,<br>- osaamisen varmistaminen                                                                                         |
| Kirjaaminen on tehty ohjeiden vastaisesti, kirjattu väärää tietoa. | kohtalainen, mahdollinen               | -ajan tasalla olevat lait ja viranomaismääräykset täyttävä ohje kirjaamisesta,<br>-tiedonkulun varmistaminen ja asioiden yhteinen suunnittelu, henkilöstön kokoukset,<br>-perehdytys,<br>-kanta-koulutus |
|                                                                    |                                        |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                    |                                        |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                    |                                        |                                                                                                                                                                                                          |

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

### 4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely

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

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

Jos työntekijä huomaa työssään epäkohtia tai ilmeisiä epäkohdan uhkia asiakkaan sosiaalihuollon toteuttamisessa, hän voi tehdä ilmoituksen. Epäkohdalla tarkoitetaan esimerkiksi asiakkaan epäasiallista kohtaamista, asiakkaan loukkaamista sanoilla, asiakasturvallisuudessa ilmeneviä puutteita, asiakkaan kaltoin kohtelua ja toimintakulttuurista johtuvia asiakkaalle vahingollisia toimia. Myös epäkohdan uhasta, joka on ilmeinen tai voi johtaa epäkohtaan, tulee ilmoittaa. (valvontalaki 29§)

Kaltoin kohtelulla tarkoitetaan fyysistä, psyykkistä tai kemiallista eli lääkkeillä aiheutettua kaltoin kohtelua. Esimerkiksi asiakasta tönittää, lyödään tai uhkaillaan, käytetään hyväksi fyysisesti tai taloudellisesti, puhutellaan epäasiallisesti ja loukkaavasti tai 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 Savas-Säätiön intrasta ja paperiversiona yksikön laatukäsikirjasta.

Ilmoitus tulee tehdä välittömästi lomakkeella yksikön johtajalle. Mikäli ilmoitus kohdistuu esimiehen toimintaan asiakkaan epäasiallisessa kohtelussa tai sen uhasta, ilmoitus tehdään palvelujohtajalle. Esihenkilö ilmoittaa asiasta Savas-Säätiön johdolle (palvelujohtajalle).

Ilmoituksen vastaanottaneen henkilön on ilmoitettava asiasta yksikön sijaintikunnan sosiaalihuollon johtavalle viranhaltijalle tai valvonnan vastuhenkilölle, mikäli hyvinvointialueelle on tämä nimetty. Yksikön johtaja vastaa siitä, että jokainen työntekijä tietää ilmoitusvelvollisuuskäytännöistä.

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

Riskienhallinnan tuloksia käsitellään vuosittain Yksikön Johdon Katselmuksessa, käsitellyistä tapahtumista tehdään yhteenveto muistioon.

Riskienhallintajärjestelmän tuottamista tuloksista määritellään tarvittaessa kehittämistoimenpiteitä yksikkö- ja organisaatiotason toimintasuunnitelmiin. Savas-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 esim. 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, korvaajien toimenpiteiden määrittely ja niiden vaikuttavuuden ja riittävyys seuranta. Yksikössä käydään läpi haastavien tilanteiden jälkeen jälkipuinti kaikkien osallisten kesken. Tapaukset dokumentoidaan asiakastietojärjestelmään, mikäli se liittyy asiakastyöhön sekä laatuporttiin. Dokumenttien pohjalta tapaukset käsitellään henkilöstön viikkokokouksissa, jossa muistioon kirjataan seuranta ja arviointi. Vaaratapahtumien tapahtuessa on myös mahdollista hakeutua työterveyshoitoon.

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

## 4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä

Kuparisepän Palvelukodin henkilöstön viikkokokouksissa käsitellään kaikki viikon aikana tapahtuneet laatupoikkeamat mikä käsittää myös epäkohtailmoitukset sekä haitta- ja vaaratapahtumailmoitukset, muistutukset ja kantelut. Kokouksesta kirjoitetaan muistio. Tapauksista kirjataan laatuporttiin tarvittavat korjaavat toimenpiteet, niiden seuranta ja vastuuhenkilö. Henkilöstö perehdytetään laatupoikkeamien tekemiseen ja kirjaamiseen. Henkilöstön kanssa käydään läpi käytössä olevat palautekanavat ja palautteet käydään läpi viikoittain henkilöstön kokouksessa.

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

#### 4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano

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

Arjessa saadaan myös suoraa palautetta niin asiakkailta kuin myös läheisiltä että johdolta ja sidosryhmiltä. Kaikki saadut palautteet kirjataan muistiin ja esitetty asia niin hyvä kuin huono palaute pyritään selvittämään heti keskustellen ja neuvotellen ja saatetaan se koko työryhmän tietouteen. Asiakkailla on oikeus saada henkilökunnalta suullinen selvitys asiasta välittömästi. Jos kaikkia tarvittavia tietoja ei ole tilanteessa saatavilla, selvitys annetaan asiakkaalle myöhemmänä esittäjälle luvattuna ajankohtana, kuitenkin viimeistään viikon kuluessa. ellei erikseen toisin sovita. Palaute ja sen johdosta suoritettavat toimenpiteet on kirjattava asiakaskohtaisessa palautteessa asiakastietojärjestelmään (huomion laatu palaute), yksilöimättömät palautteet tuodaan keskusteluun yksikön työkokouksessa. Palaute on saatettava muun työryhmän ja yksikön esihenkilön tiedoksi.

Palautteet käsitellään henkilöstön kanssa yhteisessä kokouksessa. Savas-Säätiön johto ja hallitus käsittelee myös kaikki palautteet. Esimerkiksi Bikva-arvioinnista saadun palautteen kautta syntyvät

laatukriteerit, jonka pohjalta toimintaa kehitetään. Palaute toimii näin suunnittelun apuna. Bikva-arvioinnin kautta saadaan tietoa asumiseen, päivätoimintaan 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 poikkeama tiedon kohdalla arvioidaan kulloinenkin aikataulu, jonka toteutumista 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                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Läheisyhteistyössä toiminnan kohdentaminen uusiin innostaviin asiakkaiden/läheisten kanssa yhteisiin tapahtumiin/tekemisiin huomioiden palautteet ja toiveet. | 2025      | Asiakkaiden omaohjaajat ja yksikön johtaja. | Suunnitelu ja seuranta yksikön kokouksissa. |
|                                                                                                                                                               |           |                                             |                                             |
|                                                                                                                                                               |           |                                             |                                             |
|                                                                                                                                                               |           |                                             |                                             |
|                                                                                                                                                               |           |                                             |                                             |

## 5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi

### 5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta ja raportointi

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

Riskienhallinnan luonteeseen kuuluu, ettei työ ole koskaan valmista. Yksikön henkilökunnasta jokaiselta vaaditaan sitoutumista, kykyä oppia virheistä sekä muutoksessa elämistä, jotta turvallisten ja

laadukkaiden palveluiden tarjoaminen on mahdollista. Eri ammattiryhmien asiantuntemus saadaan hyödynnetyksi ottamalla henkilöstö mukaan omavalvonnan suunnitteluun, toteuttamiseen ja kehittämiseen.

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

Laatupoikkeamien käsittely dokumentoidaan. Dokumentaatiosta tulee ilmetä poikkeamien perusteella tehdyt muutostoimenpiteet, vastuu henkilöt ja seuranta. Myös seuranta dokumentoidaan. Merkittävistä poikkeamista tiedotetaan Savas-Säätiön johtoa.

Läheltä-piti- ja tapaturmatilanteista täytetään Pohjola-työtapaturmailmoitus. 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 aikana sattuneista tapahtumista ja tarvittavia huomioita kirjataan yksikön toimintasuunnitelmaan. Asiakastyöhön liittyvät vaaratilanteet esim. haastavan käyttäytymisen tilanteet käsitellään myös asiakkaiden asiakas- ja kuntoutussuunnitelmissa. Korjaavista toimenpiteistä tiedotetaan viikkokokouksissa ja sähköisen asiakastietojärjestelmän kautta. Yhteistyötahojen tiedotus toimii tiedotteen avulla ja tarvittaessa voidaan järjestää yhteistyökokous.

Yksikössä toimitaan Savas-Säätiön toimintaohjeistuksen mukaan. Haitta- ja vaaratekijöiden arviointi tehdään vuosittain. Työsuojelutoimikunta käsittelee arvioinnit ja antaa yksikölle siitä palautteen.

## 5.2 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi

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

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

Omavalvonta raportin laadinnasta vasta Savas-Säätiön palvelujohtaja. Raportti käsitellään johtoryhmässä, hallituksessa, esihenkilötyöryhmässä ja yksikön johtajat vastaavat sen käsittelystä työryhmässä. Raportissa kuvataan omavalvonnan toteutuminen. Omavalvontaraportissa on kunkin raportointijakson käytettävissä olevat tiedot omavalvontaohjelman toteutumisesta sekä niiden pohjalta tehdyistä korjaavista ja kehitettävistä toimenpiteistä. Savas-Säätiön omavalvontaohjelman raportti julkaistaan Savas-Säätiön Sharepointissa sekä internetsivuilla.

Varkaus 20.8 2026

---

Leena Siilin  
Kuparisepän Palvelukodin johtaja  
[leena.siilin@savas.fi](mailto:leena.siilin@savas.fi)  
044 430 6348