



Louhumäen kodit Omavalvontasuunnitelma 2024

Sisällys

1. Palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot	3
1.1 Palveluntuottajan perustiedot.....	3
1.2 Palveluyksikön perustiedot	3
1.3 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet.....	3
1.4 Päiväys.....	4
2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako	4
3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat	5
3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen.....	5
3.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen.....	5
3.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen.....	7
3.4 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen	13
3.5 Yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja asiakkaan/potilaan aseman ja oikeuksien varmistaminen .	14
4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen	18
4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely	18
4.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta.....	19
4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä	20
4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano	20
5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi.....	21
5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta ja raportointi.....	21
5.2 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi	21
Liitteet	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

1. Palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot

1.1 Palveluntuottajan perustiedot

Täytä:

- Savas-Säätiö sr.
- 0816129-8 ja SOTERI-rekisteröintinumero: 1.2.246.10.8161298.10.54
- Sepänkatu 4 A 1, 70100 Kuopio

1.2 Palveluyksikön perustiedot

- Louhumäen kodit
- Kuoppamäentie 1A, 70820 Kuopio. Puh: 044 4306322
- Marjo Korhonen, Kuoppamäentie 1A, 70820 Kuopio. Puh: 041 731 1857. Sähköposti: marjo.korhonen@savas.fi

1.3 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet

Toiminnan tarkoitus Louhumäen kodit tuottaa asumis- ja päivätoimintapalveluja (yhteisöllinen asuminen ja ympärivuorokautinen asuminen) sekä tilapäishoitoa kehitysvammaisille ja autismin kirjon henkilöille. Louhumäen kotien toiminnan lähtökohtana on tarjota asiakkaille turvallinen koti sekä mielekästä, toimintakykyä tukevaa päivä- ja vapaa-ajan toimintaa. Arjessa tuemme asiakkaiden osallisuutta oman elämän suunnittelussa. Toimimme tiiviissä yhteistyössä asiakkaiden läheisten ja muiden sidosryhmien kanssa.

Arvot Louhumäessä asuminen perustuu yhteisöllisyyteen, jossa kunnioitetaan jokaisen asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja osallisuutta yhteisön täysivaltaisena jäsenenä.

Savas-Säätiö on kirjannut strategiassaan organisaation arvoiksi *ihminen edellä, osallisuus ja avoimuus*. Louhumäen kotien toiminta perustuu näihin arvoihin.

Ihminen edellä tarkoittaa, että toimimme asiakkaiden tarpeista ja toiveista käsin. Asiakkaille tarjotaan asumisessa ja elämisessä erilaisia vaihtoehtoja, joihin heidän on mahdollista, itse valiten, osallistua. Asiakkaat saavat yksilöllistä tukea ja kommunikoinnin vaihtoehtoja päätöksenteon tueksi. Arjessa tavoitteena on tukea asiakkaitamme ilmaisemaan omia toiveita ja mieltymyksiä. Toiveiden selvittämisessä ja niiden kirjaamisessa hyödynnetään asiakkaiden yksilöllisiä kommunikointi- ja vuorovaikutuskeinoja. Jokaisen asiakkaan toiveet on kirjattu MESSI – minun elämäni suunnitelmaan ja tältä pohjalta on laadittu asiakkaan päivä- ja viikko-ohjelma.

Osallisuus näkyy toiminnassamme asiakkaiden mahdollisuutena kasvaa osallisuudessaan omaan yksilölliseen mittaansa. Varmistamme ja tuemme asiakkaitamme, että jokainen pystyy vaikuttamaan omaan elämäänsä. Henkilökunnan osaamista kehitetään asiakkaiden tarpeiden mukaan. Pysymme ajan tasalla yhteiskunnan muutoksessa ja haemme jatkuvasti uutta osaamista ja toimintamalleja, jotka tukevat ja mahdollistavat asiakkaidemme osallisuutta ja valinnan vapautta.

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.

Palveluasuminen järjestetään mahdollisimman pitkälle vastaamaan asiakkaan yksilöllisiä kuntoutustarpeita. Asiakkaan toimintakyky arvioidaan ja hänelle laaditaan palveluntoteuttamissuunnitelma = Minun elämäni suunnitelma (MESSI). Yksilöllisen ohjaamisen kautta etsitään asiakaskohtaisia toimintamalleja.

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

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

1.4 Päiväys

Omavalvontasuunnitelma päivitetty 19.12.2024, 1.0/19.12.2024

2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako

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

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

3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat

3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen

Louhumäen kodeilla on määritelty kriisinhallintasuunnitelman mukaisesti kuinka monta ohjaajaa vaaditaan työvuoroon. Jokaisessa työvuorossa on oltava vähintään yksi lääkeluvallinen työntekijä. Yövuoroissa on yksi ohjaaja ja aamu- sekä iltavuorossa on minimi ohjaajamäärä kolme (3). Jokainen ohjaa on velvollinen tekemään järjestelyjä, jotta minimi ohjaajamäärä ei alitu. Kuopion yksiköissä on käytössä kaksi (2) kiertävää ohjaajaa, joiden mahdollistama sijaisresurssi tulee aina huomioida. Louhumäen kodeilla 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
Henkilöstön saatavuus	kohtalainen	aktiivinen rekrytointi, toiminnan suunnittelu, ennakointi

3.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen

3.2.1 Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi

Pohjois-Savon hyvinvointialueen vammaispalveluyksikön henkilökunta laatii yhdessä asiakkaan, läheisten ja kodin ohjaajien kanssa hoito- ja palvelusuunnitelman, johon kirjataan asiakkaan toimintakykyyn, opiskelu-, päivä- ja työtoimintaan, asumiseen, kuntoutukseen ja apuvälineisiin liittyvät asiat ja päätökset. Hoito- ja palvelusuunnitelma tarkastetaan tarvittaessa tai 2-3 vuoden välein. Louhumäen kotien henkilökunnasta asukkaalle omaohjaaja on palaverissa mukana. Myös muut ohjaajat ovat hyvin perillä palvelusuunnitelman sisällöstä. Ohjaajat seuraavat palvelusuunnitelmassa sovittujen asioiden toteutumista ja ovat tarvittaessa yhteyksissä vammaispalveluyksikköön.

Asiakkaiden kotikuntien kanssa pidettävässä palvelu- ja kuntoutusuunnitelmapalaverissa suunnitellaan ja arvioidaan yksilöllisesti asiakkaiden toimintakykyä ja kuntoutumista koskevat

sekä palveluntarvetta käsittelevät kokonaisuudet. Asiakkaat osallistuvat päivätoimintaan yksilöllisen viikko-ohjelman mukaisesti.

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

3.2.2 Valmius- ja jatkuvuudenhallinta

Palveluyksikön valmius- ja jatkuvuudenhallinnasta sekä valmius- ja jatkuvuussuunnitelmasta vastaava: Marjo Korhonen, yksikön johtaja, puh.041 731 1857.

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

Arjessa käytetään sijaisia työlomien sijaistuksiin. Lyhyet keikkaluontoiset sijaisuudet katsotaan aina tilanteen mukaan. Säätiöllä on kiertäviä ohjaajia, jotka ovat perehdytetty yksikköön. Heitä voidaan tarpeen mukaan käyttää äkillisissä poissaoloissa. Louhumäen kodit tekee tiivistä yhteistyötä Louhumäen toimintakeskuksen ja Savolanniemen kodin kanssa. Tarvittaessa henkilöstöä voidaan siirtää toiseen yksikköön työvuoroon. Lähtökohta on taata turvallinen toiminta ja siihen riittävä resurssi. Toimintaa suunnitellaan yksikön tarpeen mukaan huomioiden asiakkaiden yksilölliset tuen tarpeet.

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

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

Tunnistettu riski	Riskin arviointi (suuruus ja vaikutus)	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Henkilöstön saatavuus	kohtalainen	aktiivinen rekrytointi, ennakointi, toiminnan suunnittelu

3.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen

3.3.1 Palveluiden laadulliset edellytykset

Asiakkailta kerätään järjestelmällisesti palautetta toiminnasta Bikva-arvioitimenetelmän avulla joka toinen vuosi. Tulosten pohjalta syntyy laatukriteereitä, joiden avulla toimintaa kehitetään ja arvioidaan jatkuvasti. Myös läheiset osallistuvat Bikva-arviointiin joka toinen vuosi. Louhumäen kodit tekee tiivistä yhteistyötä hyvinvointialueen, sidosryhmien ja läheisten kanssa. Toimintaa ja palvelua arvioidaan ja kehitetään koko ajan. Laadunhallinta sertifioidun Qualitor Oy:n laatujärjestelmän mukaisesti. Laaduntunnustusauditoinnit toteutetaan organisaation laatiman erillisen suunnitelman mukaisesti.

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

3.3.2 Toimitilat ja välineet

Louhumäen kodeilla on yhteiskäytössä eteisaula, olohuone, kylpyhuone- ja saunatilat, pukuhuone ja asiakas wc. Yhteisöllinen asuminen voi käyttää iltaisin ja viikonloppuisin kiinteistössä sijaitsevan Louhumäen toimintakeskuksen olohuonetta.

Säätiön isännöitsijän kanssa suunnitellaan tulevien vuosien remonttitarpeet. Kiinteistön huollosta vastaa Kuopion Huoltotrio. Kiinteistön turvallisuudesta ja välineistä huolehtii jokainen ohjaaja ja tekee tarvittavat huoltopyynnöt Huoltotriolle tai isännöitsijälle.

Yksikössä on laadittu kemikaaliluettelo, jonka ajantasaisuudesta vastaavat siivousvastaavat. Kemikaalit ovat lukitussa siivouskomerossa.

3.3.3 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuojaja

Palveluyksikön asiakastietojen käsittelystä ja siihen liittyvästä ohjeistuksesta vastaa yksikön johtaja Marjo Korhonen.

Säätiön tietosuojavastaavana toimivat:

Asiantuntija Minna Heinström, 044 367 4070

Taluspäällikkö Mari Wilman, 044 430 6398

Asiakastietojen kirjaamiseen käytetään DomaCare –sähköistä asiakastietojärjestelmää, jota asiakastyötä tekevät työntekijät ja käyttävät henkilökohtaisilla käyttäjäoikeuksillaan. Käyttäjäoikeudet myöntää yksikön johtaja. Käyttäjäoikeuksien saajan on allekirjoitettava ennen siihen tarvittavien tunnusten luovuttamista kirjallinen käyttäjäsitoumus. Asiakastietojärjestelmää käytetään vain omilla henkilökohtaisilla tunnuksilla.

Asiakastietojen käsittelystä ja salassapitosäännöksistä on ohjeistettu säätiön työntekijöitä mm. luomalla tietoturvasuunnitelma, ohjeistus asiakastietojen laadintaan ja tietosuojaohje ja salassapito- ja käyttäjäsitoumus. Asiakasta informoidaan henkilötietojen käsittelystä lomakkeella. Lisäksi Minun Elämäni Suunnitelma (MESSI) sisältää Asiakkaan asema ja oikeudet – muistilistan, jossa varmistetaan asiakkaalle informointi rekisteriselosteesta ja siihen kuuluvista asiakirjoista, asiakastietojen kirjaamisesta DomaCare- järjestelmään, valokuvakuvaus- ja kuvamateriaalin, videointi ja videointimateriaalin käyttösuostumuksesta. Lomakkeita on selkokielistetty ja tarvittaessa esimerkiksi kuvitetaan.

Asiakastietojen käsittelyyn liittyvä ohjeistus on sisällytetty säätiön perehdytysohjelmaan, johon liittyy perehdytysohjelman toteutuksen seuranta. Tietosuojavastaavat opastavat henkilöstöä tietosuojaan ja asiakirjahallintoon liittyvissä asioissa. Tietosuojavastaavat järjestävät henkilöstölle tarpeen mukaisesti koulutusta tietosuojasta. Tietosuojasuunnitelma on henkilöstön saatavilla intrassa, jonne se myös päivitetään. Päivityksistä tiedotetaan henkilöstön viikkokokouksissa. Palvelun aikana asiakkaan asiakirjat säilytetään DomaCare- sähköisessä asiakastietojärjestelmässä ja toimintayksikössä säätiön tiedonhallintasuunnitelman mukaisesti. Kahta vuotta vanhemmat paperiset asiakasasiakirjat siirretään säätiön päätearkistoon palvelun aikanakin.

Palvelun päätyttyä asiakkaan asiakirjat siirretään asiakkaan kotikunnan sopimuksen mukaisesti päätearkistoivaksi joko asiakkaan kotikuntaan tai säätiön päätearkistoon, Vuorikatu 26 A, Kuopio

Rekisteri- ja tietosuojaseloste löytyvät yksikön ilmoitustaululta.

Asiakkaalla tai hänen laillisella edustajallaan on oikeus pyynnöstä saada nähdä kaikki itseään tai edustamaansa henkilöä koskevat tiedot. Tällöin käytetään rekisteritietojen tarkastuspyyntölomaketta. Asiakkaalla /laillisella edustajalla on oikeus pyynnöstä saada jäljennökset säätiön toimintayksikön asiakirjoista. Muualta tahoilta tulleista asiakirjoista asiakkaalle ei anneta jäljennöksiä, vaan hänet ohjataan hakemaan jäljennökset ko. yksiköstä. Asiakkaalla on kuitenkin oikeus nähdä nämä asiakirjat. Asiakas on oikeutettu saamaan kerran vuodessa pyynnöstään asiakirjoista jäljennökset maksutta. Poikkeuksellisesti tietojen antamisesta voidaan kieltäytyä, jos tiedon antamisesta saattaisi aiheutua vakavaa vaaraa asiakkaan terveydelle tai hoidolle taikka jonkun muun oikeuksille. Käytä tällöin kieltäytymistodistusta tarkastusoikeuden toteuttamisesta. Asiakkaalla on oikeus saattaa asia tietosuojavaltuutetun käsiteltäväksi. Asiakkaalla on oikeus pyynnöstä saada viivytyksettä lokirekisterin perusteella maksutta tieto siitä, kuka on käyttänyt häntä koskevia tietoja ja mikä on ollut käytön peruste.

Virheellinen tieto tulee oma-aloitteisesti korjata ja estää tällaisen tiedon levittäminen. Virheellinen tieto tulee oikaista, poistaa tai täydentää. Tiedon korjaamisesta tulee ilmoittaa sille, jolta tieto on saatu tai jolle se on luovutettu. Sähköiseen asiakasjärjestelmässä tiedon korjaamisoikeus on yksikön esihenkilöllä, (ml. varajohtaja). Alkuperäinen merkintä jää muutoksen jälkeen ei-aktiivisena merkintänä järjestelmää. Korjauksen peruste tulee merkitä asiakirjoihin. Korjauksen tekijän nimi, asema, korjauspäivämäärä ja korjauksen peruste tulee merkitä myös paperipohjaisiin asiakirjoihin. Kun asiakirjoista poistetaan tarpeeton tieto, tulee asiakirjoihin tehdä merkintä sen tekijästä ja poistamisajankohdasta. Asiakkaalla ja hänen edustajallaan on oikeus vaatia itseään koskevien asiakastietojen korjaamista, jos ne ovat hänen mielestään virheellisiä, tarpeettomia, puutteellisia tai vanhentuneita. Tällöin käytetään tiedonkorjaamisvaatimus-lomaketta. Mikäli asiakkaan vaatimusta tiedon korjaamisesta ei hyväksytä, hänelle annetaan kieltäytymistodistus. Asiakas voi saattaa asian tietosuojavaltuutetun käsiteltäväksi.

Toimintayksiköiden asiakasasiakirjat ovat salassa pidettäviä, eikä niitä saa luovuttaa ulkopuoliselle. Asiakirjoja voidaan luovuttaa ulkopuolisille asiakkaan tai hänen laillisen edustajansa suostumuksella. Tietojen luovuttaja on vastuussa siitä, että tiedot on luovutettu lain mukaan. Vain säätiön toimintayksikön omia tietoja voi luovuttaa, ei muualta hankittuja tietoja. Asiakasasiakirjoihin tulee tehdä merkinnät tietojen luovuttamisesta (mitä luovutettu, milloin, kenelle, kuka luovutti ja mihin luovutus perustui – asiakkaan kirjalliseen, suulliseen tai asiayhteydestä ilmenevään suostumukseen tai lakiin, myös asiakkaan mahdollisesta kieltäytymisestä tietojen luovutukseen on tehtävä merkintä)

Terveystietojen luovuttaminen (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista) Terveydentilatietoja ei saa ilman asiakkaan tai hänen laillisen edustajansa kirjallista suostumusta luovuttaa sivulliselle.

Suullisella suostumuksella voidaan asiakkaan tutkimuksen ja hoidon järjestämiseksi tarpeellisia terveydentilatietoja luovuttaa terveydenhuollon toimintayksikölle tai terveydenhuollon ammattihenkilölle. Akuutissa, henkeä uhkaavassa tilanteessa terveydentilatietoja voi luovuttaa terveydenhuollon yksiköille ilman asiakkaan nimenomaista suostumusta, jos sitä ei ole saatavissa.

Sosiaalihuollon tietojen luovuttaminen (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista) Tietoja saa luovuttaa asiakkaan tai hänen laillisen edustajansa suostumuksella. Tietoja, jotka ovat välttämättömiä asiakkaan hoidon, huollon tai koulutuksen tarpeen selvittämiseksi, järjestämiseksi tai toteuttamiseksi taikka toimeentulon edellytysten turvaamiseksi saa antaa ilman asiakkaan suostumusta (ks. edellytykset sosiaalihuollon asiakaslaki 17-18§). Asiakkaan asioissa tehdyt yhteydenpidot kirjataan asiakaskertomukseen. Kirjauksesta tulee ilmetä, keneen on oltu yhteydessä ja missä asiassa sekä mitä asiakkaan asioita on käsitelty.

3.3.4 Tietojärjestelmät ja teknologian käyttö

Louhumäen kodeilla on laadittu kriisinhallintaohjeistus sekä laadittu palo- ja pelastussuunnitelma yhdessä palo- ja pelastusviranomaisten kanssa. Yksikössä on käytössä turvarannekkeet, joiden hälytys tulee hälytysnappia kaikkiin yksikön ohjaajien puhelimiin. Turvarannekkeet testataan joka kuukausi ja varmistetaan niiden toimivuus. Asiakasturvallisuuden kehittämiseksi painotamme laitteiden asianmukaista käyttöä, palo- ja pelastussuunnitelman päivytystä kerran vuodessa tai tarvittaessa, poistumisharjoitusten järjestämistä vähintään kerran vuodessa, henkilökunnan säännöllinen turvakorttikoulutus ja kriisinhallintasuunnitelman päivitys tarvittaessa.

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

Säätiössä on käytössä asiakastietojärjestelmänä DomaCare. Asiakastietojärjestelmään perehdytys on kuvattu perehdytysohjelmassa. Työasemalle kirjaudutaan henkilökohtaisella käyttäjätunnuksella ja salasananalla. DomaCare asiakastietojärjestelmään kirjaudutaan henkilökohtaisella käyttäjätunnuksella ja salasananalla. Työntekijöiden käyttöoikeudet DomaCare-asiakastietojärjestelmässä on rajattu omaan kotiyksikköön, jossa työntekijällä on asiakkuussuhteen kautta asiakastietojen käyttöoikeus kaikkiin asiakkaisiin. Palvelutoiminnassa saattaa kuitenkin olla tilanteita, joissa työntekijällä on asiakkuussuhde oman kotiyksikkönsä asiakkaiden lisäksi toisen yksikön asiakkaisiin. Tyypillisesti tällaisia tilanteita ovat, kun asiakas on sekä säätiön palvelukodin että toimintakeskuksen asiakas tai työntekijä tekee usein työvuoroja muussa, kuin kotiyksikössään. Näissä tilanteissa työntekijän käyttöoikeudet DomaCaressa on laajennettu oman työyksikön lisäksi myös edellä tarkoitettuun toiseen yksikköön joustavan asiakastyön mahdollistamiseksi. Säätiön asiakastietojen

tietosuojavastaava suorittaa asiakastietojärjestelmän lokiseurantaa satunnaisotannalla vähintään kaksi kertaa vuodessa.

Tietoturvasuunnitelma on laadittu 23.2.2024 Säätiön tietoturvavastaavien toimesta. Käytännöstä, toteutuksesta ja tiedotuksesta vastaa yksikön johtaja.

Asiakastietojen käsittelyn, tietojärjestelmien käytön sekä tietosuojan ja tietoturvan toteuttamisen koulutuksissa, ohjeistuksissa ja seurannassa toimitaan seuraavasti: Tiedonhallinnan, tietosuojan ja tietoturvan dokumentit, ohjeet ja lomakkeet ovat kaikkien säätiön työntekijöiden käytettävissä SharePointin laatukäsikirjassa, tiedonhallinta -osiossa. Kaikki säätiön työntekijät osallistuvat Kirjaamisvalmennukseen, jossa käsitellään kirjaamiseen liittyvien asioiden lisäksi tietosuojan ja tietoturvan toteuttamiseen liittyviä yleisiä, sekä Savas-Säätiön käytänteitä ja ohjeita. Vuosittain päivitettävällä ja toimintayksiköissä läpikäytävällä tietoturvasuunnitelmalla, sekä muilla tiedonhallinnan dokumenteilla ja ohjeilla kehitetään ja varmistetaan asiakastietojen käsittelyn

Yksikössä ei ole kameravalvontaa.

Järjestelmän asennus- ja konfigurointivaiheessa noudatetaan tietoturvan kannalta yleisesti hyviä suosituksia ja järjestelmätoimittajan ohjeita. Tähän kuuluu mm. oletustunnusten muuttaminen / poistaminen käytöstä ja yleinen tietoturvan koventaminen käytössä olevien metodein. Palvelinten tietoturvapäivitysten asentaminen on järjestetty erillisen ylläpitojärjestelmän kautta. Järjestelmän avulla tietoturvapäivitysten asentaminen on automatisoitu kriittisten päivitysten osalta. Käytössä olevista järjestelmistä ei ole olemassa erillistä testiympäristöä, mutta tuotantoympäristö varmistetaan aina ennen muutosten toteuttamista. Mikäli muutosten jälkeen ympäristössä havaitaan poikkeama, tilanteessa toimitaan palautumissuunnitelman mukaan.

3.3.5 Infektioiden torjunta ja yleiset hygieniakäytännöt

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

Yksiköllä on nimetty omavalvontavastaavat puhtaanapitoon ja ruokahuoltoon, joiden tehtävänä on huolehtia suunnitelman päivittäminen, tiedotus ja valvonta omavalvonnan alueelta. Näitä ohjaavat omavalvontasuunnitelman mukaiset toimet.

3.3.6 Lääkehoitosuunnitelma

Yksikölle on laadittu STM:n mukainen lääkehoitosuunnitelma. Louhumäen tkodeilla on oma lääkehuollon suunnitelma, joka päivitetään vuosittain ja aina, jos muutoksia tulee. Lääkehoidon suunnitelmasta vastaavat lääkehoidon vastuualuehenkilöt: ohjaajat Tuija Rönkkö, Päivi Tirkkonen ja Piia Korhonen, puh: 0444306322. Lääkehoidon suunnitelma on päivitetty 15.12.2024. Yksikön johtaja, Marjo Korhonen, puh: 041 731 1857 yhdessä lääkevastaavien sekä säätiön vastaavan sairaanhoitajan Heidi Nykäsen kanssa varmistaa lääkehoidon asianmukaisuuden ja seurannan.

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

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

Kaikilla yksikössä vakituisesti tai pitkäaikaisesti työskentelevillä ohjaajilla on lupa lääkehoidon toteutukseen. Vain lääkeluvalliset ohjaajat saavat lääkekaapin avaimet työvuorossa. Avain kuitataan aina otettaessa sekä palauttaessa. Tietyissä lääkkeissä tehdään kaksoistarkastus, jonka lääkkeen antaja sekä varmistaja kuittaavat allekirjoituksellaan. Näillä seurantatiedoilla varmistetaan ja ehkäistään lääkevarkauksien tapahtumista.

3.3.7 Lääkinnälliset laitteet

Louhumäen kotien omistuksessa olevia lääkinnällisiä laitteita ovat: verenpainemittari, otsa- ja korvakuumemittari, 2 x Floorbed sänky sekä henkilönostin. Floorbed -sänkyjen ja henkilönostimen vuositarkastuksista sekä huollosta vastaa Haltija Oy/Berner Oy. Muiden lääkinnällisten laitteiden hoito/huoltovastuu on lääkevastaavilla.

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

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

Tunnistettu riski	Riskin arviointi (suuruus ja vaikutus)	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Lääkehoidon prosessin poikkeamat	vähäinen	Säännöllinen lääkeosaamisen arviointi (LoVE)
Ohjeiden vastainen asiakaskirjaaminen (DomaCare asiakastietojärjestelmä)	kohtalainen	Kirjaamiskoulutus, perehdytys
Hälytintjärjestelmän toimimattomuus	vähäinen	Huolto järjestelmästä vastaavalla toimijalla
Infektioiden leviäminen	kohtalainen	Tartuntatautilain 48 § ajantasainen rokotussuoja, puhtaanapitosuunnitelma

3.4 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen

Louhumäen kotien henkilöstöön kuuluu 17 työntekijää, joista yksi toimii esihenkilönä (yksikön johtaja); yksikön johtaja (sosionomi AMK), palvelukotiaavustaja (laitoshuoltaja) sekä 15 ohjaajaa (13 lähihoitaja, 2 sosionomi AMK).

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

Vakituiset vakanssit laitetaan julkiseen hakuun. 1.1.2025 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.

Sairauspoissaoloja seurataan ja yksikön esimies puuttuu niihin tarpeen mukaan, varhaisen välittämisen mallin kautta. Vuosittain yksiköt saavat neljä tuntia työaikaa sekä rahoitusta yhdessä toteutettavaan tyhytoimintaan. Lisäksi työnantaja Savas-Säätiö sr 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.

Louhumäen kodeilla perehdytys tapahtuu säätiön perehdytysohjelman mukaisesti. Uudelle työntekijälle tai opiskelijalle nimetään perehdytyksestä vastaavat ohjaajat. Työsuhteen alkuun järjestetään 3 perehdytysvuorokautta, jolloin uutta työntekijää ei lasketa vuorovahvuuteen. Perehdytyksen väliarviointi pyritään suorittamaan viimeistään kolmen viikon jälkeen perehdytyksestä, siitä vastaa perehdytyksen vastuuohjaaja tai yksikön johtaja. Perehdytyksen loppuarvioinnin käy keskustellen yksikön johtaja.

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

Henkilöstön osaamisen arviointi C&Q- järjestelmän avulla joka toinen vuosi. Tämän pohjalta laaditaan Säätiön osaamisen kehittämissuunnitelma. C&Q -järjestelmä otetaan käyttöön yksikössä huhtikuussa 2025.

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
Henkilöstöresurssi	kohtalainen	Palvelutoiminnan suunnittelu, asiakkaiden tarpeita vastaava koulutus, työnohjaus, konsultaatio

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

Asiakkaiden itsemääräämisoikeuden vahvistamiseksi laadituista suunnitelmista vastaavat asiakkaiden nimetyt omaohjaajat.

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

Sosiaaliasiavastaava puh. 044 461 0999 (maanantai - perjantai klo 9.00-11.30. Sähköposti: sosiaaliasiamies@pshyvinvointialue.fi)

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

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

Kuluttajaneuvonnan yhteystiedot sekä tiedot sitä kautta saatavista palveluista. Kuluttajaneuvonta on valtakunnallinen palvelu, josta saa tietoa kuluttajan oikeuksista ja sovitteluapua kuluttajan ja yrityksen väliseen riitaan. Kuluttajaneuvonnassa voit asioida puhelimitse soittamalla numeroon 09 5110 1200 (ma, ti, ke, pe klo 9–12, to 12–15) Voit asioida kuluttajaneuvonnan kanssa myös sähköisesti <https://asiointi.kkv.fi/asiointi/fi>

Jos asiakas ei ole tyytyväinen saamaansa palveluun, hoitoon tai kohteluun, hän voi tehdä muistutuksen yksikön johtajalle; Marjo Korhonen, 041 731 1857 tai vastuussa olevalle viranhaltijalle hyvinvointialueelle tai kantelun aluehallintovirastolle. Asiakasta autetaan tarvittaessa muistutuksen tekemisessä. Muistutukset käsitellään yksikössä yksikön johtajan ja palvelujohtajan kanssa. Yksiköissä on asiakkaiden ja läheisten nähtävillä sosiaali- ja potilasvastaavan yhteystiedot, joiden palvelut ovat myös asiakkaiden käytettävissä. Kirjallinen selvitys selvityksen asiakkaalle tai hänen edustajalleen kahden viikon kuluessa muistutuksen saapumisesta.

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

Asiakkaiden omat mielipiteet, tahdon ilmaisut ja mielenkiinnon kohteet otetaan huomioon arjessa. Asiakkailla on mahdollisuus tehdä päätöksiä ja vaikuttaa esimerkiksi päivätoiminnan ja vapaa-ajan sisältöön. Yhteisökokouksessa tuodaan esille erilaisia tapahtumia, retkiä ja tilaisuuksia ja asiakkaat saavat itse päättää haluavatko osallistua. Menoista voidaan myös informoida asiakkaan niin halutessa esim. henkilökohtaista vapaa-ajan avustajaa. Asiakkaat voivat kertoa vuorollaan yhteisökokouksessa 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. Louhumäen kodeilla pyritään huomioimaan yksilöllisesti kommunikaatio- ja vuorovaikutustarpeet ja -keinot. Henkilöstöllä on tarvittavaa kommunikaatio-osaamista ja siihen koulutaudutaan tarpeen mukaan. Ohjaajat auttavat asiakasta tekemään itse päätöksiä tuoden eri vaihtoehtoja (tuettu päätöksen teko) 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 asiakkailta on myös oikeus tehdä ns. huonoja valintoja. Myös ohjaajien ja läheisten asenteilla on suuri merkitys. Ohjaajat saavat koulutusta itsemääräämisoikeuteen liittyvissä asioissa.

Itsemääräämisoikeuskäytännöllä tarkoitetaan henkilön kykyä tehdä sosiaali- ja terveydenhuoltoon koskevia ratkaisuja sekä asiakkaan kykyä ymmärtää käyttäytymisensä seurauksia. Alentunut itsemääräämisoikeuskäytännöllä tarkoitetaan 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.

Louhumäen kotien ohjaajat toteuttavat rajoitustoimenpiteitä sovitusti ympärivuorokautisessa asumisessa olevien henkilöiden kohdalla. Näistä rajoittamisen toimenpiteistä tehdään asianmukainen kirjaus asiakastietojärjestelmään.

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

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

- Työnantaja huolehtii, että häirintää ja epäasiallista käyttäytymistä ei esiinny työpaikalla. Vastuu tästä on työnantajan edustajana työryhmissä esimiehillä. Jokaisen työntekijän

odotetaan häirintää tai epäasiallista kohtelua havaitessaan ottavan asian puheeksi oman esimiehensä kanssa.

- Häirintänä ja epäasiallisena kohteluna pidetään kielteistä käyttäytymistä, joka on pitkään jatkuvaa ja toistuvaa. Häirintäkokemus syntyy silloin, kun kielteisen käyttäytymisen kohteeksi joutunut kokee olevansa puolustuskyvytön ja kokee ettei itse voi hallita tilannetta. Joskus kertaluontoinen tilanne voi olla niin vakava, että myös se edellyttää puuttumista asiaan.
- Kielteistä käyttäytymistä voi olla esimerkiksi:
 - sanattomat viestit (esim. eleet, ilmeet)
 - yhteisöstä eristäminen (esim. ei puhuta henkilölle tai kielletään muitakin puhumasta ko.henkilön kanssa, ei tervehditä, ei kuunnella, rajoitetaan mielipiteen ilmaisua tai keskeytetään toisen puhe jatkuvasti, eristetään työskentelemään muista erillään)
 - työnteon jatkuva perusteeton arvostelu ja vaikeuttaminen (esim. jätetään henkilö tiedonvälityksen ulkopuolelle, hänen työtään mitätöidään tai arvioidaan väärin perustein, annetaan tarkoituksettomia tai osaamiseen nähden ala-arvoisia tai mahdottomia tehtäviä tai toisaalta jätetään ilman työtä)
 - työntekijän maineen tai aseman kyseenalaistaminen (levitetään väriä tietoja, 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 työyhteisön ongelmien yhteinen käsittely, vaikka ne herättäisivät
 - ahdistusta, epävarmuutta tai muita kielteisiä tunteita
 - perusteltu huomautus tai rangaistus tai työkyvyn arviointiin ohjaus, sen jälkeen kun
 - henkilön kanssa on keskusteltu asiasta

Asiakkaalla on edellä kuvatun palautejärjestelmän lisäksi oikeus tehdä epäkohdaksi kokemastaan asiasta kirjallinen muistutus toimintayksikön vastuuhenkilöille. Muistutus tehdään vapaamuotoisesti tai siihen tarkoitettulla lomakkeella, jonka saa säätiön toimintayksikön asiakaskansiosta, henkilökunnalta tai kotikunnan sosiaalivastaavalta. Tarvittaessa muistutuksen tekemisessä avustaa sosiaalivastaava, jonka yhteystiedot ovat toimintayksikön ilmoitustaululla. Toimintayksikön vastuuhenkilö antaa muistutuksen johdosta kirjallisen selvityksen asiakkaalle tai hänen edustajalleen kahden viikon kuluessa muistutuksen saapumisesta. Ellei asiakas tai hänen edustajansa ole tyytyväinen säätiön oman palaute- ja muistutusjärjestelmän kautta saamaansa selvitykseen ja mahdollisiin asiaa korjaaviin toimenpiteisiin, hän voi tehdä asiasta esim. sosiaalivastaavan ohjaamana tai oikeusaputoimiston avustamana kantelun toimintaa valvovalle viranomaiselle. Muistutuksen asiakas voi toimittaa joko suoraan toimintayksikön johtajalle tai säätiön toimistoon.

Epäasiallisen kohtelun ilmoituksen voi tehdä myös Whistleblow- kanavan kautta nimettömänä, jonka linkki löytyy intrasta.

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

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

Tunnistettu riski	Riskin arviointi (suuruus ja vaikutus)	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Asiakkaan epäasiallinen kohtelu	kohtalainen	0-toleranssi, arvojen mukainen työskentely, osaamisen varmistaminen

4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen

4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely

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

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

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

Kaltoin kohtelulla tarkoitetaan fyysistä, psyykkistä tai kemiallista eli lääkkeillä aiheutettua kaltoin kohtelua. Esimerkiksi asiakasta tönitään, lyödään tai uhkaillaan, käytetään hyväksi fyysisesti tai

taloudellisesti, puhutellaan epäasiallisesti ja loukkaavasti 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 säätiön intrasta ja paperiversioina yksikön laatukäsikirjasta.

Ilmoitus tulee tehdä välittömästi lomakkeella yksikön toiminnasta vastaavalle eli yksikön johtajalle. Mikäli ilmoitus kohdistuu esimiehen toimintaan asiakkaan epäasiallisessa kohtelussa tai sen uhasta, ilmoitus tehdään palveluyksiköiden johtajalle tai palvelujohtajalle. Esimies ilmoittaa asiasta säätiön johdolle (palvelujohtaja). Ilmoituksen vastaanottaneen henkilön on ilmoitettava asiasta yksikön sijaintikunnan sosiaalihuollon johtavalle viranhaltijalle tai valvonnan vastuuhenkilölle, mikäli hyvinvointialueella on tämä nimetty.

Yksikön johtaja vastaa siitä, että jokainen työntekijä tietää ilmoitusvelvollisuuskäytännöistä.

Riskienhallintaa on niin ikään poikkeamaseuranta ja läheltä piti-tilanteiden tarkka analyysi ja korjaavien toimenpiteiden seuranta. Havaitut 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 riittävyden 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 riittävyden seuranta. Yksikössä käydään läpi haastavien tilanteiden jälkeen jälkipuinti kaikkien osallisten kesken. Tapaukset dokumentoidaan asiakastietojärjestelmään, mikäli se liittyy asiakastyöhön sekä laatuporttiin. Dokumenttien pohjalta tapaukset käsitellään

viikkokokouksissa, jossa kirjataan seuranta ja arviointi. Vaaratapahtumien tapahtuessa on myös mahdollista hakeutua työterveyshoitoon.

4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä

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

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

4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano

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

Arjessa saadaan myös suoraa palautetta asukkailta, 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 päivätoimintaan liittyvistä asioista, ilmapiiristä, hoidon ja huolenpidon laadusta, henkilöstön koulutuksesta, terveysasioista ym. Asukkailta kerätään

palautetta jatkuvasti arjessa ja kirjataan asiakastietojärjestelmään. Palautteet käydään läpi henkilöstön työkokouksissa.

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

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

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

Korjaus- tai kehittämistoimenpide	Aikataulu	Vastuutaho	Seuranta
Asiakaskirjaamisen tehostaminen, dokumentaatio	aloitus heti, valmis 31.12.2025	Marjo Korhonen +työryhmä	henkilöstö n kokoukset, johdonkats elmus
Sidosryhmäkyselyn toteuttaminen	2025	Marjo Korhonen	Kokoukset johdonkats elmus

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 hyödynnettyksi ottamalla henkilöstö mukaan omavalvonnan suunnitteluun, toteuttamiseen ja kehittämiseen.

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

Laatupoikkeamien käsittely tulee dokumentoida. Dokumentaatiosta tulee ilmetä poikkeamien perusteella tehdyt muutostoimenpiteet sekä niiden vastuhenkilö ja seuranta. Myös seuranta dokumentoidaan. Merkittävistä poikkeamista tiedotetaan säätiön johtoa.

Läheltä piti- ja tapaturmatilanteista täytetään Pohjola-lomake. Palvelutiloja koskevat epäkohdat pyritään korjaamaan välittömästi henkilökunnan kanssa, tarvittaessa käytetään huoltoyhtiötä tai muuta tarvittavia asiantuntijoita. Läheltä piti -tilanteet ja tapaturmat käsitellään henkilökunnan viikkopalavereissa aina tapahtuman jälkeen. Johdonkatselmuksessa käsitellään kooste vuoden tapahtumista ja tarvittavia huomioita kirjataan yksikön toimintasuunnitelmaan. Asiakastyöhön liittyvät vaaratilanteet esim. haastavan käyttäytymisen tilanteet käsitellään myös asiakkaiden palvelu- ja kuntoutussuunnitelmissa. Korjaavista toimenpiteistä tiedotetaan viikkokokouksissa ja sähköisen asiakastietojärjestelmän kautta. Yhteistyötahojen tiedotus toimii tiedotteen avulla ja tarvittaessa voidaan järjestää yhteistyöpalaveri.

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

5.2 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi

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

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

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

Marjo Korhonen, yksikön johtaja

Louhumäen kodit

Savas-Säätiö sr

Oma-ohjelman raportin laadinnasta vastaa Säätiön palvelujohtaja. Raportti käsitellään johtoryhmässä, hallituksessa, esihenkilötyöryhmässä ja yksikön johtajat vastaavat sen käsittelystä työryhmissä. Raportissa kuvataan oma-ohjelman toteutuminen. Oma-ohjelman raportissa on kunkin raportointijakson käytettävissä olevat tiedot oma-ohjelman toteutumisesta sekä niiden pohjalta tehdyistä korjaavista ja kehitettävistä toimenpiteistä. Savaksen oma-ohjelman raportti julkaistaan Savaksen Sharepointissa sekä Savaksen internetsivuilla.



Marjo Korhonen, yksikön johtaja

Louhumäen kodit

Savas-Säätiö sr