



# Omavalvontasuunnitelma

Marjahaan koti

## Sisällys

|   |    |
|---|----|
| Omavalvontasuunnitelma .....  | 1  |
| 1. Palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot.....                             | 3  |
| 1.1 Palveluntuottajan perustiedot .....   | 3  |
| 1.2 Palveluyksikön perustiedot.....   | 3  |
| 1.3 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet .....  | 3  |
| 1.4 Päiväys .....   | 4  |
| 2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako .....                       | 5  |
| 3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat.....                                 | 5  |
| 3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen .....  | 5  |
| 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..... | 17 |
| 3.5 Yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja asiakkaan/potilaan aseman ja oikeuksien varmistaminen..      | 20 |
| 4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen.....                  | 23 |
| 4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely.....                                  | 23 |
| 4.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta .....  | 25 |
| 4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä.....  | 25 |
| 4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano.....   | 25 |
| 5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi .....   | 26 |
| 5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta ja raportointi .....                                       | 26 |
| 5.2 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi.....                                | 27 |

# 1. Palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot

## 1.1 Palveluntuottajan perustiedot

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

## 1.2 Palveluyksikön perustiedot

- Marjahaan koti
- Marjahaankierto 69, 74130 Iisalmi  
p.0444-306372
- Anu Lund, yksikön johtaja  
Marjahaankerto 69, 74130 Iisalmi  
p.0444306372  
anu.lund@savas.fi

## 1.3 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet

- Kehitysvammaisten ja autismin kirjon henkilöiden ympärivuorokautinen palveluasuminen 15 asiakaspaikkaa
- Marjahaan koti tuottaa palveluita Pohjois-Savon hyvinvointialueella
- Marjahaan kodin toiminnan tarkoituksena on tuottaa laadukasta ympärivuorokautista palveluasumista eri-ikäisille, erityistä tukea tarvitseville henkilöille seutukunnallisesti. Koti tunnetaan laadukkaasta ja kuntouttavasta työstä sekä asiakaslähtöisestä työotteesta. Marjahaan koti toimii ajan hermolla osallistuen erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden elämän laadun parantamiseen. Vahvana arvona yksikön arjessa on erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden itsemääräämisoikeuden tukeminen ja eteenpäin vieminen.

Marjahaan kodissa tuemme erityistä tukea tarvitsevan henkilön mahdollisimman itsenäistä selviytymistä, ylläpidämme ja edistämme fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä ja tuemme sosiaalisten suhteiden ylläpitämistä sekä osallisuutta yhteiskunnassa. Palvelu on päämieslähtöistä ja asiakasta kunnioittavaa sekä asiakkaan yksilölliset tarpeet huomioivaa. Asiakas saa tarvitsemansa avun ja tuen sekä ohjauksen jokapäiväisistä toimistaan selviytymiseksi. Asumispalvelu perustuu



asiakkaan hoito- ja asiakassuunnitelmaan, joka laaditaan yhteistyössä asiakkaan ja hyvinvointialueen kanssa. Marjahaan kodilla laaditaan yhdessä asiakkaan ja hänen läheisensä/verkostonsa kanssa yksilöllinen palvelujen toteuttamissuunnitelma, Messi – Minun elämäni suunnitelma, joka tarkistetaan vähintään vuoden välein tai kun asiakkaan palveluntarve muuttuu. Asiakkailla, joilla on rajoitustoimenpidepäätös, Messi tarkistetaan puolen vuoden välein.

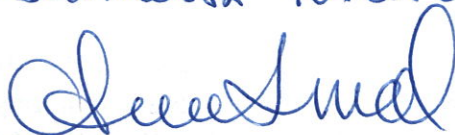
Marjahaan kodille ostetaan palveluita seuraavilta palveluntuottajilta:

Kiinteistön kunnossapito ja hälytinalaiteiden säännöllinen testaus, Kiinteistöhuolto ISS  
 Piha-alueiden auraus ja hiekotus – Kiinteistöhuolto ISS  
 Siivouspalvelu – ISS-palvelut Oy  
 Nuohous - lisälmen nuohouspalvelu Oy  
 Paloilmoittimien ja sprinklerilaitteiston määräaikaistarkastukset - Alarm Control Alco Oy  
 Paloilmalaitteiston huolto – PAP Group Oy  
 Sprinklerilaitteiston huolto A-PIPE Oy  
 Sammutinhuolto – Savon palokalusto Ky  
 Sähkölaitteiston tarkastukset – Sähköpalvelu Juha Niskanen Oy  
 Turvahälytinjärjestelmä – Lohde Trust Oy  
 Jätehuolto - Lassila & Tikanoja ja Ylä-savon jätehuolto  
 ITC -helpdesk palvelut- ITC  
 Ateriapalvelut (lounas ja päivällinen) – Ravintola Iltalypsy  
 Elintarvikkeet – S-Market lisalmi ja Prisma

#### 1.4 Päiväys

- Versio 1.0/ 10.2.2025. Käsitelty henkilökunnan kokouspäivässä 10.2.2025

lisalmissa 10.2.2025



Anu Lund

Yksikön johtaja



## 2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako

- Omavalvontasuunnitelman laatimisesta, toteutumisen seurannasta, päivittämisestä ja julkaisemisesta vastaa yksikön johtaja Anu Lund. Omavalvontasuunnitelman laatimisessa ja päivittämisessä on mukana Marjahaan kodin työryhmä. Omavalvontasuunnitelman hyväksyy yksikön johtaja.
- Yksikön vastuuhenkilönä toimii yksikön johtaja. Yksikön johtajan työaika jakautuu 80% hallintoon ja 20% asiakastyöhön. Vastuuhenkilö johtaa ja valvoo yksikön toimintaa. Yksikön arjessa havaittuihin poikkeamiin puututaan sovittujen käytäntöjen mukaisesti.
- Omavalvontasuunnitelma käsitellään henkilökunnan kokouksessa vähintään kerran vuodessa ja aina silloin kun tiedot muuttuvat. Omavalvontasuunnitelma on osa perehdyttämisohjelmaa. Ohjaajat varmistavat lukukuittauksella perehtymisensä omavalvontasuunnitelmaan.
- Omavalvontasuunnitelma on yksikön nettisivuilla sähköisessä muodossa. Omavalvontasuunnitelma on myös yksikön eteisen infolaatikossa kaikkien saatavilla.
- Omavalvontasuunnitelman päivittäminen on osa yksikön johtajan perustehtävää. Päivitetty omavalvontasuunnitelma julkaistaan viivytyksettä nettisivuilla sekä laitetaan uusi versio eteisen infolaatikkoon.
- Omavalvontasuunnitelman aiemmat versiot säilytetään yksikön laatukäsikirjassa sähköisessä muodossa.

## 3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat

### 3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen

- Marjahaan kodille asiakkaat tulevat hyvinvointialueen esittäminä sosiaalityöntekijän kautta, jos yksikössä on vapaita paikkoja.
- Ostopalvelu- ja alihankintatilanteissa ostetun palvelun laatua seurataan arjessa ja poikkeamista tiedotetaan palvelun tuottajaa.

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

## 3.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen

### 3.2.1 Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi

- Savaksen muiden yksiköiden kanssa tehdään yhteistyötä eri tavoin. Näitä ovat esimerkiksi asiakasasioissa yhteydenpito puhelimitse, yksiköiden yhteiset vapaa-ajan tapahtumat ja esimerkiksi ohjaajien vastuualuekokoukset.
- Muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunjärjestäjien ja -tuottajien kanssa tehdään yhteistyötä asiakkaan asioiden vaatiessa. Yhteistyötä tehdään puhelimitse, sähköpostilla ja yhteisissä kokouksissa. Marjahaan koti tekee yhteistyötä asiakkaan läheisten, hyvinvointialueen sosiaalityöntekijöiden, sosiaali-ohjaajien, terveydenhuollon asiantuntijoiden ja päivätoiminnan ohjaajien kanssa. Teemme yhteistyötä myös yksityisten palvelutuottajien kanssa, kuten terveydenhuollon lääkäriasemat, osallisuustalo Aito, fysioterapeutit ja henkilökohtaiset avustajat.

### 3.2.2 Valmius- ja jatkuvuudenhallinta

Täytä:

- Marjahaan kodin valmius- ja jatkuvuudenhallinnasta sekä valmius- ja jatkuvuussuunnitelmasta vastaa yksikön johtaja Anu Lund p.0444 306372
- Savas-säätiöllä on säätiötason valmiussuunnitelma, jonka mukaan Marjahaan kodilla toimitaan. Poikkeustilanteissa noudatetaan viranomaisten antamia ohjeita.



- Marjakodilla on väestönsuoja, joka otetaan tarvittaessa käyttöön. Väestönsuoja tarkastetaan säännöllisesti.
- Valmiusvarastona on 72 tunnin kotivara, joka sisältää elintarvikkeita, vettä ja varavirtalähteitä.
- Marjahaan kodilla noudatetaan säätiön sijaisohjetta. Sairastapauksissa puuttuva resurssi sijaistetaan joko säätiön kiertävien ohjaajien tai muiden sijaisten toimesta. Kriittisissä tilanteissa yksikön omat ohjaajat tekevät ylitöitä.

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

### 3.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen

#### 3.3.1 Palveluiden laadulliset edellytykset

- Laatu politiikan toteuttamiseksi Savas-Säätiössä on kehitetty koko toiminnan kattavaa systemaattista laadunhallintaa ja -arviointia vuodesta 2000 alkaen. Vuonna 2007 siirryttiin käyttämään oman toiminnan arvioinnissa SHQS- laatuohjelman mukaista kriteeristöä. Laatu järjestelmä tekee mahdolliseksi toiminnan jatkuvan arvioinnin ja kehittämisen laatu politiikan periaatteiden mukaisesti.
- Säätiön laatu järjestelmän keskeiset periaatteet esitetään laatu käsikirjassa. Lisäksi toimintayksiköissä on käytössä yksikkökohtaiset laatu käsikirjat.

- Säätiön laadunhallintaa suunnittelee ja koordinoi laatutyöryhmä. Laatutyöryhmään kuuluvat yksiköiden laatuvaastavat (yksiköiden johtajat), johtoryhmä ja puheenjohtajana säätiön palvelujohtaja. Laatutyöryhmä kokoontuu vähintään kahdesti vuodessa keväisin ja syksyisin (laatukokoukset esihenkilöiden työkokousten yhteydessä).
- Laatupäällikön tehtäviä hoitaa palvelujohtaja. Laatupäällikkö toimii säätiössä laatuasiantuntijana ja vastaa säätiön laatujärjestelmän ylläpitämisestä ja kehittämisestä laatutyöryhmän avustamana. Jokaisessa yksikössä on nimetty laatuvaastava, joka koordinoi yksikön laatuysta laatutyöryhmän ohjeistuksen ja linjauksen mukaisesti. Yksiköiden laatuvaastavana toimii yksikön johtaja.
- Laatutyössä onnistuminen edellyttää säätiön laatuolitiikan mukaisesti kaikkien työntekijöiden sitoutumista toiminnan laadun kehittämiseen. Laatu on myös kaikkien työntekijöiden vastuulla.
- Toimintayksiköt suorittavat itsearviointin SHQS-kriteeristöllä vuosittain johdon määrittelemässä laajuudessa. Itsearviointi on keino tunnistaa omat vahvuudet ja kehittämisaalueet ja tämän perusteella parantaa toimintaa. Itsearvioinnissa peilataan omaa toimintaa ja sen laatua asetettuihin kriteereihin. Itsearvioinnit ja toiminnan muu arviointi- ja palautejärjestelmä nostavat esille yksiköiden kehittämiskohteita.
- Laatuvaastavat raportoivat johdon katselmuksissa yksiköiden itsearviointien tuloksista ja kehittämiskohteista. Kehittämiskohteiden toteutumista arvioidaan yksikön kehittämispäivillä sekä vuosittain jokaiseen yksikköön toteutetuissa johdon katselmuksessa. Johdon katselmusten kohteena on yksikön kehittämiskohteiden tuomat uudistukset, yksikön itsensä nostamat asiat koko vuoden arvioinnista ja siitä nousevat huomiot. Johdon katselmuksat koostuvat yksikön kirjallisesta raportista (yksikön toimintakertomukset) sekä johdon ja yksikön tiimin keskustelutilaisuudesta. Laatupäällikkö raportoi säätiön hallitusta johdon katselmusten pohjalta organisaation ja yksiköiden laatuysta etenemisestä.
- Sisäisessä auditoinnissa arvioidaan oman organisaation palvelujärjestelmän toimivuutta ja tehokkuutta. Säätiöllä on ollut sisäisen auditointi systemaattisesti käytössä vuodesta 2005 alkaen. Toimintayksiköiden sisäiset auditoinnit toteutetaan siihen koulutetun omasta henkilöstöstä koostuvan 10 henkilön ryhmän (työparit) toimesta n. kolmen vuoden välein (huomioiden ulkoisten auditointien kohdistuminen) ennalta laaditun suunnitelman mukaisesti eri painopistealuein. Sisäisen auditoinnin suunnitelma tarkistetaan vuosittain alkuvuoden laatuysta kokouksessa. Sisäiset auditointit laativat raportin auditoinneistaan ao. yksiköille ja säätiön johdolle. Sisäisissä auditoinneissa arvioidaan auditointien itsearviointin ja toimintayksikön palautekyselyn avulla. Marjahaan kodilla viimeisin sisäinen auditointi oli lokakuussa 2024.
- Ensimmäinen ulkoinen, laaduntunnustusauditointi toteutettiin helmikuussa 2008. Viimeksi laaduntunnustus myönnettiin uusinta-auditoinnin myötä 29.5.2023, ja se on kolme vuotta. Laaduntunnustuksen on myöntänyt Labquality Oy. Vuonna 2025



toteutetaan ylläpitoauditointi. Laadunhallinnassa käytetään uusittua SHQS- kriteeristöä 2.0. Marjahaan koti on mukana ylläpitoauditoinnissa helmikuussa 2025.

- Savas-Säätiöllä vastuu myös asiakkaiden turvallisuudesta ja palvelujen häiriöttömästä, laadukkaasta ja taloudellisesta tuottamisesta. Lisäksi säätiöllä on työnantajan vastuu omien työntekijöidensä turvallisuudesta. Riskienhallintatyön järjestämisen, toteutuksen ja seurannan yleinen vastuu säätiössä on hallituksella ja toimitusjohtajalla, jolla on myös ensisijainen vastuu liikeriskien hallinnasta. Toimintayksiköiden vastuuhenkilöt vastaavat palvelujohtajan koordinoimana tarvittavien turvallisuussuunnitelmien, läikehoitosuunnitelmien ym. laatimisesta. Työsuojelupäällikkö yhdessä muun työsuojeluorganisaation kanssa vastaa työsuojelun toimintaohjelman laatimisesta ja muusta työsuojeluorganisaatiolle kuuluvasta riskienhallintatyöstä.
- Jokapäiväinen riskienhallintatyö koskee jokaista säätiön työntekijää. Työntekijän on puututtava riskeihin heti, kun ne tulevat ilmi. Ellei korjausta voi tehdä heti, siitä on ilmoitettava esimiehille.
- Marjahaan kodille on laadittu riskienhallintasuunnitelma ja se on päivitetty vuonna 2024.
- Savas-säätiön asiakasturvallisuusprosessi ja siihen liittyvät vastuut on kuvattu kaaviossa, joka löytyy säätiön laatukäsikirjasta kohdasta palveluprosessit: turvallisuuteen liittyvät ohjeet. Marjahaan kodilla noudatetaan säätiön asiakasturvallisuussuunnitelmaa.
- Yksikön johtajalla on kokonaisvastuu asiakasturvallisuudesta ja sen toteutumisesta. Asiakasturvallisuus on jokaisen työntekijän vastuulla omassa työvuorossaan. Asiakkaiden vaaratilanteet kirjataan asiakasraporttiin ja käsitellään päivittäisraporteilla. Tarvittavat korjaavat toimenpiteet tehdään viivytyksettä. Kooste vaaratilanteista tehdään henkilökunnan kokouksiin ja johdonkatselmuksiin.
- Marjahaan kodilla on käytössä asiakasturvallisuusjärjestelmä. Asiakas voi tarvitessaan saada käyttöönsä turvarannekkeen avun hälyttämistä varten. Järjestelmän avulla voidaan toteuttaa valvottua liikkumista ja epilepsiakohtausten seuranta epilepsiahälyttimillä. Turvalaitteet testataan kerran kuukaudessa ja niistä löytyy tarkistuslistat. Ensiapuvälineet tarkistetaan kerran kuukaudessa ja tarkistukset dokumentoidaan tarkistuslistaan.

### 3.3.2 Toimitilat ja välineet

- Toimitilat on rakennettu ympärivuorokautisen asumispalvelun järjestämiseen ja ne ovat esteettömät. Asiakkaan henkilökohtaisen asuinhuoneen koko on keskimäärin n. 26 m<sup>2</sup> jossa wc-kylpyhuoneen koko 4m<sup>2</sup>-6m<sup>2</sup> huoneesta riippuen. Seitsemässä asuinhuoneessa on oma apuvälinevarasto asiakkaan henkilökohtaisia apuvälineitä varten. Asiakkaat ovat kalustaneet huoneensa itse omilla henkilökohtaisilla huonekaluilla ja tavaroilla. Palvelukodin rakennusvaiheessa tulleet asiakkaat saivat



esittää toiveensa oman huoneen sijainnista ryhmäkodin huoneista. Jatkossa huoneet täytetään vapautumisen mukaan. Asiakkaat saivat vaikuttaa myös huoneiden sisustukseen valitsemalla tapetit/ seinien maalin värin. Huonevaihdoksia on tehty vuosien varrella ja nämä toteutettiin yhdessä asiakkaiden, läheisten ja työntekijöiden kanssa neuvotellen.

Niillä asiakkailla, jotka pystyvät käyttämään itse avainta, on oma henkilökohtainen avain omaan huoneeseen.

Kaikkien yhteisessä käytössä olevia tiloja ovat: Muurain-tuvan olohuone (tämän yhteydessä pieni keittiösyvennys), Hilla-tuvan olohuone, Mesimarja-tuvan olohuone. Talon keskellä on monitoimitilat, joissa myös takka. Monitoimitiloissa järjestetään mm. asiakkaiden viikkokokoukset, illanvietot ja yhteiset juhlat. Yhteisiä tiloja ovat myös koko talon yhteinen keittiö, kodinhoituhuone, kuivaushuone, siivouskomero, saunatilat (sauna, pesuhuone, pukuhuone) ja eteisaula. Pääsääntöisesti vain ohjaajien käytössä olevia tiloja ovat toimisto, hiljaisen työn tila, lääkkeenjakuhuone, yksikön johtajan toimisto sekä henkilökunnan sosiaalitilat, jonka yhteydessä on myös palvelukodin väestönsuoja. Päärakennuksen kerrosala on 891,1m<sup>2</sup> ja kokonaisala on 929,7m<sup>2</sup>. Lisäksi tontilla sijaitsee varistorakennus sekä roskakatos. Asuinhuoneiden pinta-alaa on yhteensä 374,8m<sup>2</sup>.

- Yksikössä on käytössä yksikön omia ja asiakkaiden henkilökohtaisia apuvälineitä, joita huolletaan säännöllisesti ja laitteiden toiminnassa havaittuihin poikkeamiin puututaan välittömästi. Terveydenhuollon laitteista on laitekortit ja -luettelot.
- Marjahaan tilojen toimivuutta ja terveellisyyttä seurataan arjessa. Havaitut poikkeamat ilmoitetaan kiinteistöhuoltoon ja tarvittaessa säätiön isännöitsijälle. Kiinteistöihin liittyvät laatu-poikkeamat kirjataan Laatuporttiin ja käsitellään sovitun käytännön mukaisesti. Marjahaan kodilla tehdään vuosittain työn riskien arviointi, jossa arvioidaan kemialliset, mikrobiologiset ja fysikaaliset riskitekijät.
- Asiakkailla on mahdollisuus sulkea oman huoneen ovi tarvittaessa oman rauhan turvaamiseksi. Huoneiden ovet ovat lukossa, kun asiakkaat eivät ole paikalla. Työntekijät koputtavat huoneeseen mennessään ja huoneita ei esitellä ulkopuolisille ilman asiakkaan lupaa. Marjahaan kodilla on avoimet ovet, joka tarkoittaa, että läheiset ovat aina tervetulleita Marjahakaan. Läheiset voivat myös, asiakkaan niin halutessa, yöpyä palvelukodilla. Asiakkaiden henkilökohtaisia tiloja ei käytetä muihin tarkoituksiin hänen poissa ollessa.
- Toimitilojen ylläpitoon, huoltoon ja puutteisiin liittyvät ilmoitukset tehdään kiinteistöhuoltoon ja tarvittaessa isännöitsijälle. Terveydenhuollon laitteiden huollot tilataan Berner Oy:ltä tai hyvinvointialueen apuvälinehuollosta.
- Kiinteistöille on tehty PTS-suunnitelma, jossa on pitkän tähtäimen suunnitelma kiinteistön huolloista ja remonteista. PTS-suunnitelman ylläpidosta vastaa säätiön isännöitsijä.



- Henkilökunta seuraa arjessa apuvälineiden ja laitteiden kuntoa arjessa. Poikkeamiin puututaan välittömästi joko poistamalla laite käytöstä tai tilaamalla huolto tai korjaus. Koulutusta laitteiden ja apuvälineiden käytöstä järjestetään tarvittaessa. Apuvälineiden käytön perehdytys on osa perehdytysohjelmaa.
- Siivousaineet säilytetään asianmukaisesti.

### 3.3.3 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuojaja

- Asiakastietolain 7 §:n mukainen johtaja, joka vastaa Marjahaan kodin asiakastietojen käsittelystä ja siihen liittyvästä ohjeistuksesta on yksikön johtaja Anu Lund p.0444306372.
- Savas-säätiön tietosuojavastaavat ovat talouspäällikkö Mari Willman p.0444306398 ja henkilöstöasiantuntija Minna Heinström p.0443674070
- Tietosuojaperiaatteiden käytännön toteutus on kuvattu organisaation tietoturvaliikassa, tietoturvasuunnitelmassa, tiedonhallinnan toimintaohjeessa ja asiakastietojen laadinta- ja käsittelyohjeessa. Dokumentit ja niitä täydentävät ohjeet, esimerkiksi ohje tietoturvaloukkauksen ilmoittamisesta, ovat kaikkien työntekijöiden saatavilla organisaation laatukäsikirjassa. Saatavilla on suostumuslomakkeet erilaisiin tilanteisiin, kuten tietojen luovuttaminen ja pyytäminen, tietojen tarkastaminen ja korjaaminen tai asiakkaan valokuvaaminen ja videointi. Rekisteriseloste on asiakkaiden nähtävillä. Asiakkaiden oikeuksista omiin tietoihinsa ja asiakastietojen kirjaamisesta asiakastietojärjestelmään tiedotetaan esimerkiksi asiakkaiden yhteisökokouksissa säännöllisesti. Asiakaskirjauksia tehdään mahdollisuuksien mukaan yhdessä asiakkaiden kanssa. Jokainen työntekijä allekirjoittaa salassapito- ja käyttäjä sitoumuksen ja perehtyy siinä liitteenä olevaan tietosuojaohjeeseen. Organisaatiossa on kaksi tietosuojavastaavaa.
- Henkilötietojen suojaa koskevat ohjeet ovat osa perehdytysohjelmaa. Ohjeet ovat aina henkilöstön saatavilla organisaation laatukäsikirjassa, Tiedonhallinta osiossa. Ohjeiden ajantasaisuudesta vastaavat organisaation tietosuojavastaavat.
- Perehdytyksen lisäksi työntekijät suorittavat organisaation tietosuojavastaavan pitämän tietosuojakoulutuksen osana kirjaamisvalmennusta. Toimintavuoden 2025 alusta alkaen organisaatiossa on otettu käyttöön Navisec -verkkokoulutuspalvelu, jonka avulla henkilöstö koulutetaan tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvissä asioissa. Tietoturvaloukkaustilanteiden varalle on tehty toimintaohje, Ohje tietoturvaloukkauksen ilmoittamisesta. Ohje on laatukäsikirjan Tiedonhallinta osiossa kaikkien työntekijöiden saatavilla ja kuuluu osaksi perehdytysohjelmaa.
- Organisaatiossa on tehty Asiakastietojen laadinta- ja käsittelyohje koskien asiakas- ja potilastietojen käsittelyä ja kirjaamista. Ohje on laatukäsikirjan Tiedonhallinta osiossa



kaikkien työntekijöiden saatavilla ja kuuluu osaksi perehdytysohjelmaa. Ohjeiden ajantasaisuudesta vastaavat organisaation tietosuojavastaavat.

- Asiakastietojen laadinta- ja käsittelyohjeessa on kuvattu ja ohjeistettu Asiakkaan tarkistusoikeus, Asiakastiedon korjaaminen ja Asiakirjojen luovuttaminen. Asiakkaalla tai hänen laillisella edustajallaan on oikeus pyynnöstä tarkistaa kaikki itseään tai edustamaansa henkilöä koskevat tiedot. Tällöin käytetään rekisteritietojen tarkastuspyyntölomaketta. Asiakkaan mielestä virheellisten, tarpeettomien, puutteellisten tai vanhentuneiden tietojen korjaamistapauksessa käytetään tiedonkorjaamisvaatimus-lomaketta. Asiakirjoja voidaan luovuttaa ulkopuolisille asiakkaan tai hänen laillisen edustajansa suostumuksella. Tämä todennetaan kirjallisesti Asiakkaan suostumus asiakastietojen luovuttamiseen ja pyytämiseen lomakkeella. Tietojen luovuttamisesta tehdään kirjaus asiakastietojärjestelmään. Rekisterinpitäjän päätearkistoon luovutetuista asiakirjoista otetaan kuittaus asiakirjojen luovutuslomakkeeseen.
- Asiakastiedot kirjataan DomaCare asiakastietojärjestelmään. Arkistointi toteutuu Tiedonhallinnan toimintaohjeen mukaan. Väliarkistointi toteutuu organisaation omassa arkistossa. Sähköinen arkistointi asiakastietojärjestelmässä. Palvelun päätyttyä asiakkaan asiakirjat toimitetaan rekisterinpitäjälle päätearkistoitavaksi.
- DomaCaren pääkäyttäjät antavat esihenkilötason tunnukset. Esihenkilöt antavat ohjaajatason tunnukset oman yksikön työntekijöille. Tunnukset voivat olla voimassa toistaiseksi tai määräajan työsuhteen mukaisesti. Ohjelma rajaa pääsyn vain oman yksikön asiakkaiden tietoihin. Toisen yksikön asiakkaiden tietoihin pääsy ohjataan omahoitajatoiminnolla rajatusti niille työntekijöille, joilla on asiakkuussuhde asiakkaaseen.
- Poikkeamat kirjataan ja käsitellään toimintayksikössä, tietosuojavastaavien toimesta ja organisaation johdossa tapauskohtaisen tarpeen mukaan. Tietosuojan toteutumista, sekä ohjeiden ja viranomaismääräysten noudattamista arvioidaan toimintayksikön johdonkatselmuksissa vuosittain ja kokouksissa tarpeen mukaan toimintavuoden aikana. Tietosuoja-asiat ovat myös osa sisäistä tarkistusta, sekä sisäistä- ja ulkoista auditointia. Asiakas- ja potilastietojen käsittelyn arviointi toimintayksikön arjessa on jatkuvaa.

#### 3.3.4 Tietojärjestelmät ja teknologian käyttö

- Järjestelmätoimittaja vastaa asiakastietojärjestelmän olennaisten vaatimusten täyttymisestä ja järjestelmän ajantasaisuudesta. DomaCare asiakastietojärjestelmä on Valviran tietojärjestelmärekisterissä.
- DomaCare asiakastietojärjestelmään kirjaudutaan vain organisaation työasemilta ja muilta organisaation laitteilta. Henkilöstön perehdyttäminen ja kouluttaminen



järjestelmän käyttöön tapahtuu toimintayksikössä. Uusista toiminnoista järjestetään tarvittaessa järjestelmätoimittajan tai pääkäyttäjien järjestämä koulutus.

- Viimeisin tietoturvasuunnitelma on laadittu helmikuussa 2024 ja se päivitetään helmikuussa 2025. Päivityksestä vastaa tietosuojavastaavat. Palveluyksiköissä sen toteutumisesta vastaa yksikön johtaja ja jokainen työntekijä omassa toiminnassaan.
- Palveluntuottajana Savas käsittelee henkilötietoja rekisterinpitäjän lukuun. Rekisterinpitäjä antaa organisaatiolle Henkilötietojen käsittelyn ehdot ja teemme rekisterinpitäjälle Henkilötietojen käsittelytoimien kuvauksen. Henkilöstön osaaminen palveluyksikön toiminnassa varmistetaan koulutuksella ja perehdytyksellä.
- Asiakastietojärjestelmän osalta poikkeamista ilmoitetaan järjestelmätoimittajalle ja ITC-tukeen. Tietoverkon häiriöistä ilmoitetaan ITC-tukeen. Poikkeama- ja häiriöriskit on arvioitu riskienhallintasuunnitelmassa. Poikkeama- ja häiriötilanteisiin varautuminen ja toiminta on kuvattu tietoturvasuunnitelmassa.
- Kameravalvontaa ei ole käytössä.
- Uusien teknologioiden hankinta arvioidaan tapaus- ja /tai asiakaskohtaisesti organisaation johdon ja/tai asiakkaiden edustajan kanssa. Teknologioiden hankinnassa ja käyttöönotossa mukana on järjestelmätoimittaja ja ITC-tuki. Käytössä oleva laite ja sovellus voi olla myös ulkoisen palveluntarjoajan omaisuutta, esimerkiksi kommunikaattorit, jolloin laitevastuu on palveluntarjoajalla. Uusien järjestelmien kohdalla käyttökoulutus ja perehdytys sekä osaamisen ylläpito sovitaan järjestelmätoimittajan kanssa järjestelmäkohtaisesti.
- Poikkeamiin varautuminen on kuvattu yksikön kriisinhallintasuunnitelmassa. Kriittiset asiakastiedot on tulostettu asiakastietojärjestelmästä. Jokaisessa toimintayksikössä on määrällisesti useampi tietokone ja puhelin, jolloin laiterikon sattuessa toiminta ei vaarannu.
- Yksilölliset tarpeet ja mahdollisten teknologioiden soveltuvuus kartoitetaan asiakaspalavereissa ja IMO-työryhmissä esimerkiksi palveluntoteuttamissuunnitelmaa tehtäessä. Asiakas voi käyttää teknologisia ratkaisuja itsenäisesti tai työntekijän tuella. Yksityisyyden suojan ja itsemääräämisoikeuden toteutuminen teknologioita käytettäessä tiedostetaan ja toteutuu arjen ratkaisujen kautta.
- Jos teknologian käyttö vaatii henkilötietoja tai salassa pidettäviin henkilötietoryhmiin kuuluvia tietoja (esim. terveystiedot), tai jos tietoa kerätään sovellusta tai teknologiaa käytettäessä.
- Asiakasta (ja tarvittaessa hänen edustajaansa) informoidaan hänen käyttämällään kommunikaatiokeinolla ja pyritään varmistamaan asiakkaan ymmärrys siitä, mitä teknologian hyödyntäminen kulloinkin tarkoittaa tietosuojan ja yksityisyydensuojan kannalta. Teknologiaa ei käytetä, jos asiakkaan ymmärrystä ei voida varmistaa tai asiakkaan edustajalta ei saada suostumusta teknologian käyttöön.

### 3.3.5 Infektioiden torjunta ja yleiset hygieniakäytännöt

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

### 3.3.6 Lääkehoitosuunnitelma

- Marjahaan kodin lääkehoidon suunnitelma on päivitetty tammikuussa 2025. Lääkäri on hyväksynyt sen 30.1.2025.
- Lääkehoitosuunnitelman laatimisesta ja päivittämisestä vastaa yksikön johtaja Anu Lund yhdessä lääkehoidon vastuualueohjaajien Miia Eronen ja Marju Ålander kanssa. Yksikön johtajan p. 0444306372. Lääkehoidon suunnitelman laatimisessa lääketieteellisenä asiantuntijana toimii säätiön vastaava sairaanhoitaja Heidi Nykänen. Marjahaan kodin lääkehoitosuunnitelma noudattaa STM:n Turvallinen lääkehoito – opasta.



- Lääkehoidon asianmukaisuudesta ja lääkehoitosuunnitelman toteutumisesta ja seurannasta Marjahaan kodilla yksikön johtaja.
- Lääkehoitosuunnitelmassa on kuvattu mm. miten lääkehoidon osaaminen varmistetaan, millaiset lääkelupakäytännöt yksikössä on, miten toimitaan lääkehoidon vaaratilanteessa ja miten lääkkeiden vaikutuksia seurataan.
- Lääkehoidon suunnitelman toteutumista seurataan arjessa.

### 3.3.7 Lääkinnälliset laitteet

- Marjahaan kodin laitevastuuhenkilönä toimii yksikön johtaja Anu Lund p.0444306372.
- Työntekijät perehdytetään lääkinnällisten laitteiden käyttöön. Tarvittaessa pyydetään ulkopuolista koulutusta.
- Terveystuon laitteista on laadittu laitekortit, joissa on laitteen tiedot ja huollot.
- Lääkinnällisen laitteen vaaratilanneilmoitusten tekeminen on kuvattu lääkehoidon suunnitelmassa.

Lisätietoa lääkinnällisten laitteiden turvallisesta käytöstä ja vaaratilanneilmoituksista löydät seuraavista asiakirjoista:

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

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



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

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

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

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

- Marjahaan kodilla on yksikön johtajan lisäksi 15 ohjaajaa ja 2 oppisopimusopiskelijaa sekä 2 puitesopimuksella olevaa tuntisijaista.

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



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

Taulukko 4: Palveluysikön toiminnan keskeisimpien **henkilöstön riittävyttä ja osaamista** koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta

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



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

- Marjahaan kodin asiakkaan itsemääräämisoikeuden vahvistamiseksi laadituista suunnitelmista ja ohjeista vastaa yksikön johtaja Anu Lund p.0444306372
- Savaksen toimintayksiköiden sosiaaliasiavastaavan tehtäviä hoitaa hyvinvointialueella toimiva sosiaaliasiavastaava. Sosiaaliasiavastaavan työ perustuu lakiin asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Säätiön toimintalueen sosiaaliasiavastaavien yhteystiedot on listattu tämän tiedotteen loppuun. Sosiaaliasiavastaavan tehtävänä on neuvoa ja ohjata asiakkaita sosiaalihuollon asiakaslain soveltamiseen liittyvissä asioissa, avustaa muistutuksen tekemisessä, tiedottaa asiakkaan oikeuksista, toimia asiakkaan oikeuksien edistämiseksi ja toteuttamiseksi sekä toimia asiakkaiden ja potilaiden oikeuksien edistämiseksi ja toteuttamiseksi. Säätiön sosiaaliasiavastaavaan asiakas tai hänen edustajansa voi olla yhteydessä halutessaan tietoa asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Sosiaaliasiavastaavan tehtävä on neuvoa-antava. Keskeisenä tehtävänä on asiakkaan kuuleminen ja eri vaihtoehtojen selvittäminen yhdessä asiakkaan tilanteen ratkaisemiseksi. Jos asiakas on tyytymätön saamaansa palveluun tai kohteluun, hän voi pyytää sosiaaliasiavastaavaa toimimaan sovittelijana. Asiakkaalla on myös oikeus tehdä asiasta muistutus toimintayksikön esimiehelle tai säätiön johdolle. Asiavastaava auttaa tarvittaessa muistutuksen tekemisessä. Asiavastaava ohjaa asiakasta vastaavassa tilanteessa myös muissa menettelyissä (esim. kantelu). Sosiaaliasiavastaavan työmuotoina säätiössä ovat asiakaskohtainen neuvonta ja ohjaus, henkilöstön ohjaus ja neuvonta (esim. koulutukset) ja asiakkaiden/läheisten informointi (esim. läheisten illoissa). Sosiaaliasiavastaavat ovat tavoitettavissa puhelimitse tai sähköpostilla, ja tarvittaessa yksilöllisin tapaamisin. Säätiössä sosiaaliasiavastaavatoiminnasta tiedotetaan asiakkaita ja heidän läheisiään toimintayksiköiden ilmoitustaululla ja asiakasoppaassa. Yksiköiden työntekijät kertovat tarvittaessa myös asiakkaille/läheisille sosiaaliasiavastaavan toiminnasta. Sosiaaliasiavastaava puh. 044 461 0999 (maanantai - perjantai klo 9.00–11.30. Sähköposti: [sosiaaliasiavastaava@pshyvinvointialue.fi](mailto:sosiaaliasiavastaava@pshyvinvointialue.fi)
- Säätiöllä on palaute- ja muistutusmenettelyohje säätiön laatukäsikirjassa. Muistutuksen voi toimittaa suoraan yksikön johtajalle tai säätiön johtoon. Marjahaan kodilla muistutuksen vastaanottaa yksikön johtaja Anu Lund p. 0444306372. Käsittelyn määräaika on kaksi viikkoa. Kantelut toimitetaan suoraan sosiaalihuoltoa valvovalle viranomaiselle.



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



asiakastietojärjestelmään. Asiakkaiden tavoitteiden arviointia tehdään arjen asiakaskirjaamisessa.

- Asiakkailta ja heidän läheisiltä kerätään palautetta Bikva-arvioinneilla sekä arjen keskusteluissa. Vapaa palaute kirjataan asiakastietojärjestelmään.

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

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

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

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

### 4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely

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



ilmoitusvelvollisuudesta ja lomake ilmoituksen tekoon. Nämä löytyvät säätiön laatukäsikirjasta.

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

## 4.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta

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

## 4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä

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

## 4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano

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



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

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

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

| Korjaus- tai kehittämistoimenpide  | Aikataulu  | Vastuutaho                       | Seuranta                  |
|--|------------|----------------------------------|---------------------------|
| <b>Marjahaan kodin arjen struktuurin kehittäminen</b><br>Toimenpiteet:<br>Arjen toimintamallien ja perustehtävän tarkastelu ja kehittäminen<br>Vastuualueiden päivittäminen suunnitelman mukaisesti<br>Uuden vakanssin tuoman resurssin juurruttaminen arkeen<br>Vuosikellon käyttöönotto<br>RAI-ID arviointien aikatauluttaminen<br>Ohjaajien suunniteltu työaika kirjallisiin töihin | Vuosi 2025 | Yksikön johtaja ja koko työryhmä | Henkilökunnan kokouksissa |
| <b>”Tekevä, tunteva, toimiva Marjahaka” - Viriketoiminnan kehittäminen</b><br>Toimenpiteet:<br>Viriketoimintasuunnitelman päivittäminen<br>Viriketoiminnan lisääminen arkeen<br>Viriketoiminnan kirjaaminen asiakasraporttiin<br>Viriketoiminnan materiaalien päivittäminen  | Vuosi 2025 | Yksikön johtaja ja koko työryhmä | Henkilökunnan kokouksissa |
|  |            |                                  |                           |
|  |            |                                  |                           |
|  |            |                                  |                           |

## 5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi

### 5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta ja raportointi

- Yksikössä tehdään vuosittain SHQS-kriteeristöön pohjautuva itsearviointi sekä työn riskien arviointi Laatuportissa. Palveluiden laatua ja turvallisuutta seurataan myös kirjaamalla laatupoikkeamat, työtapaturmat ja läheltä piti-tilanteet Laatuporttiin. Nämä

käsitellään henkilökunnan kokouksissa ja raportoidaan toimintakertomuksessa. Asiakkaiden vaaratilanteet kirjataan asiakasraporttiin. Poikkeamat raportoidaan toimintakertomukseen.

- Riskienhallintakeinojen toimivuus ja riittävyys varmistetaan tekemällä työn riskien arviointi ja yksikön itsearviointi vuosittain.
- Marjahaan kodille on laadittu riskien hallintasuunnitelma.

## 5.2 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi

- Omavalvontasuunnitelman toteutumista seurataan ja seurannassa havaitut puutteellisuudet korjataan viivytyksettä.
- Savas-Säätiön omavalvontaohjelman laatimisesta vastaa palvelujohtaja yhteistyössä johtoryhmän kanssa ja sen hyväksyy säätiön hallitus. Omavalvontaohjelma katselmoidaan vuosittain ja se julkaistaan sekä Savaksen laatukäsikirjassa Sharepointissa että Savaksen internetsivuilla. Omavalvontaohjelman jalkautumista palvelutoiminnan kentälle tuetaan siten, että päivitetty ohjelma käydään läpi esihenkilötyöryhmän kokouksessa ja edelleen yksikön johtaja käy sen läpi työryhmänsä kanssa. Savaksen omavalvontaohjelman raportti laaditaan neljän kuukauden välein ja julkaistaan Savaksen Sharepointissa sekä Savaksen internetsivuilla. Omavalvontaohjelman raportin laadinnasta vastaa palvelujohtaja. Raportti käsitellään johtoryhmässä, hallituksessa, esihenkilötyöryhmässä ja yksikön johtajat vastaavat sen käsittelystä työryhmissä. Raportissa on kunkin raportointijakson käytettävissä olevat tiedot omavalvontaohjelman toteutumisesta sekä niiden pohjalta tehdyistä korjaavista ja kehittävästä toimenpiteistä. Raportoitavia tietoja ovat mm: asiakaspalautejärjestelmän tulokset, laatu-poikkeamat, vaara- ja vahinkotilanteet, epäkohtailmoitukset, muistutukset, kantelut, itsearviointien, johdon katselmusten, sisäisten ja ulkoisten auditointien tulokset.