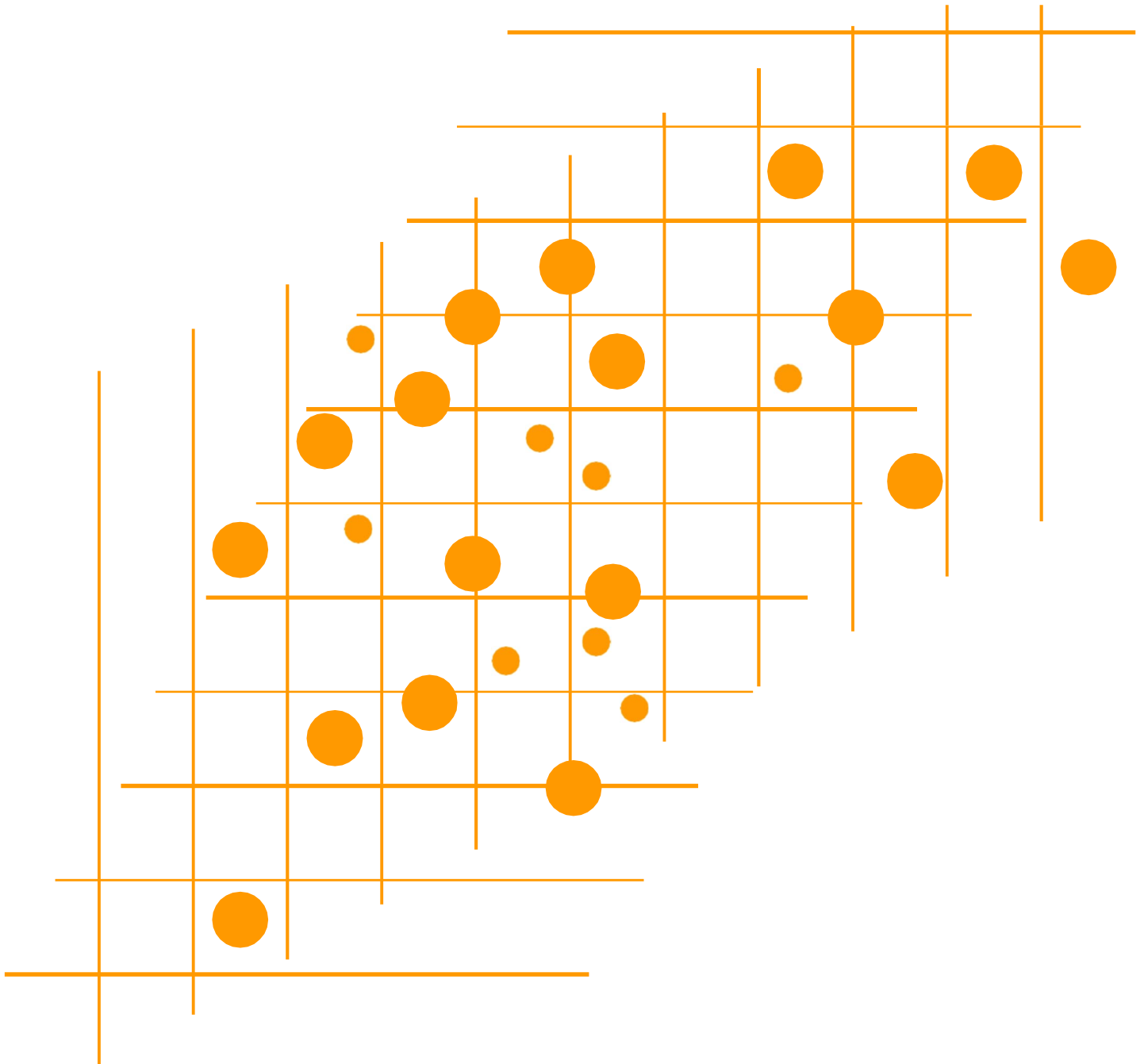




OMAVALVONTASUUNNITELMA ALVA HYVINVOINTI ASUMISPALVELUT

Alva Voimala Päivitys: 2.0, 03/2025





Palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot

1.1 Palveluntuottajan perustiedot

Palveluntuottajan nimi:

Alva Asumispalvelut Oy

Y-tunnus:

1632332-2

Yhteystiedot:

Neptunuksentie 4, 01480 Vantaa

Sijaintikunnan yhteystiedot:

Vantaan kaupungin aikuissosiaalityön
asumispalvelujen toimintayksikkö,
Kielotie 11B, 01300 VANTAA

1.2 Palveluyksikön perustiedot

Palveluyksikön nimi:

Alva Voimala

Yhteystiedot:

Vantaanpuistontie 5, 01730 Vantaa

Palveluyksikön valvontalain 10 §:n 4 momentin mukainen vastuuhenkilö:

Palvelupäällikkö Sanna Havu,
sanna.havu@alvahyvinvointi.fi
050 3495519

1.3 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet

Palvelut vastaavat niiden rekisteröintiä: kyllä

Valtakunnallisen palveluntuottajien rekisteriin annetut tiedot ovat ajantasaisia:

Kyllä. Rekisteriä päivitetään reaaliajassa

Mitkä ovat palveluyksikön tuottamat ja omavalvontasuunnitelman kattamat palvelut?

Päihdekuntoutujien asumispalvelut

Mitä palveluita tuotetaan ja mille asiakasryhmille palveluita tuotetaan?

Tuettua asumista yhteisössä

Palvelu on tarkoitettu päihdekuntoutujille, jolla voi olla myös mielenterveydellisiä haasteita.



Missä toimintayksiköissä palveluja tuotetaan? Miten niitä tuotetaan?

Palvelut tuotetaan Vantaanpuistontielle pienkerrostalossa, jossa on soluasumista ja kaksi yksiotä. Talossa on yhteisiä tiloja ja asiakkaat asuvat kahdessa eri rapussa on kuntoutumisensa vaiheen mukaisesti.

Asiakkailla on oman kuntoutussuunnitelman mukaisesti Ennalta sovittuja yksilötapaamisia sekä yhteisöllisiä ryhmiä. Asiakkailla on hyvä mahdollisuus myös kynnyksettömään tukeen

Mikä on palveluyksikön toiminta-ajatus?

Alva Asumispalveluiden toiminta-ajatuksena on tarjota asukkailleen laadukkaita, vaikuttavia ja tarpeen mukaisia asumiseen ja somaattisen sekä psyykkisen terveydentilan kuntoutumiseen/ ylläpitämiseen liittyviä palveluita

Mitkä ovat sen toimintaperiaatteet?

Asiakaspaikkoja on yhteensä 20.

Palveluja tuotetaan kilpailutusten mukaisesti hyvinvointialueille (Vantaan ja Keravan, Keski-Uudenmaan, Helsingin, Itä-Uudenmaan ja Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueet).

Palveluita ei tuoteta muille palveluntuottajille tai yksityisille henkilöille

1.4 Päiväys

Vantaalla 14.3.2025

Versio 2



2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako

Omavalvontasuunnitelman laajuus ja sisältö määräytyvät palveluysikössä tuotettavien palvelujen ja toiminnan laajuuden mukaan

Omavalvontasuunnitelma kattaa kaikki palveluysikössä tuotetut palvelut. Niihin kuuluvat palveluntuottajan omana toimintana tuottama palvelut, palveluntuottajan ostopalveluna ja alihankintana hankkimat palvelut

Omavalvontasuunnitelma on selkeä ja helposti ymmärrettävä. Se on sellaisenaan asiakkaiden ja heidän läheistensä tai edustajiensa sekä palveluysikön henkilöstön saatavilla.

Omavalvontasuunnitelma ei julkisena asiakirjana sisällä salassa pidettävää / turvaluokiteltua tietoa.

Omavalvontasuunnitelma esittelee toiminnan tiivistetysti ja kertoo mistä lisätietoa on saatavilla. Suunnitelma käsitellään palveluysikön henkilöstön kanssa. Ajantasainen omavalvontasuunnitelma on henkilöstön tiedossa ja saatavilla kaiken aikaa.

Omavalvontasuunnitelman muutoksista tiedotetaan henkilöstöä.

Palveluntuottajalla ja palveluysikön henkilöstöllä on velvollisuus toimia omavalvontasuunnitelman mukaisesti ja seurata aktiivisesti suunnitelman toteutumista.

Omavalvontasuunnitelmaa laadittaessa ja päivitettäessä on otettu huomioon palautetieto, joka on saatu palveluysikön palveluja saavilta asiakkailta, heidän omaisiltaan ja läheisiltään sekä palveluysikön henkilöstöltä. Tämä kattaa sekä säännöllisesti kerättävän että muuten saadun palautetiedon.

Omavalvontasuunnitelman päivittämisessä on huomioitu palveluissa, niiden laadussa ja asiakas- ja potilasturvallisuudessa tapahtuvat muutokset.

Omavalvontasuunnitelman laadinnan ja päivittämisen yhteydessä on tarkistettu myös muiden toimintaa ohjaavien suunnitelmien ajantasaisuus: esim. lain edellyttämä palveluysikköä koskeva lääkehoitosuunnitelma ja tietoturvasuunnitelma sekä



palveluntuottajan valmius- ja jatkuvuudenhallintasuunnitelma sekä mahdolliset muut erityislainsäädännön edellyttämät suunnitelmat ja tarvittaessa laadittavat suunnitelmat.

Laki velvoittaa kiinteistön omistajaa omatoimiseen varautumiseen. Pelastussuunnitelma on **lakisääteinen** ja se laaditaan rakennuksen asukkaita ja käyttäjiä varten.

Tiloissa, joissa asuvien toiminta- tai liikuntakyky on tavanomaista heikompi, on toiminnanharjoittajan laadittava poistumisturvallisuusselvitys.

Niina Pulkkinen, toimitusjohtaja, varmistaa, että omavalvontatyöskentely toteutetaan organisaatiossa, suunnitelmat on laadittu laadukkaasti ja jalkautettu organisaatioon. Sanna Havu, Palvelupäällikkö vastaa omavalvontasuunnitelman laatimisesta yhdessä työryhmän kanssa ja toiminnan omavalvontasuunnitelman mukaisuudesta.

Yksikötasolla omavalvontasuunnitelman toimeenpanosta vastaa

- 1-2 ohjaajaa asukasmäärästä riippuen (mitoitus 0,1), lähihoitaja-kokemusasiantuntija ja sosionomi
- lääkehoidosta vastaava sairaanhoitaja on yhteinen Alva Asumispalveluiden toisen toimipaikan kanssa (50 % työsuhteessa)

Omavalvontasuunnitelma säilytetään Sharepoint pilvipalvelussa yksikkökohtaisessa kansiossa sekä printattuna yhteisen tilan ilmoitustaululla. Sen päivitys käsitellään tiimipalaverissa sekä asiakkaiden yhteisöpalaverissa. Omavalvontasuunnitelma on yhdenmukainen muiden toimipaikassa olevien ohjeiden kanssa.

Omavalvontasuunnitelma päivitetään vuosikellon mukaisesti tai tarpeen mukaan. Päivityksistä tiedotetaan tiimipalaverissa ja ajantasainen omavalvontasuunnitelma ja sen eri versiot säilytetään, on aina pilvipalvelussa. Omavalvontasuunnitelma on osana perehdytysohjelmaa.

Julkisesti omavalvontasuunnitelma on nähtävillä Alva Asumispalveluiden kotisivuilla osoitteessa www.alavhyvinvointi.fi

3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat

3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen

Kirjallisia palautteita kerätään kerran vuodessa kyselyllä asiakkailta ja tilaaja-asiakkailta. Asiakkaita ja omaisia kehoitetaan aktiivisesti antamaan palautetta palvelun toteutukseen liittyvissä asioissa. Palautetta voi antaa myös www.alvahyvinvointi.fi -sivujen kautta. Palautteet käsitellään säännöllisesti työntekijöiden tiimipalaverissa. Palaverissa sovitaan korjaavat ja ennaltaehkäisevät toimenpiteet tai prosessimuutokset. Sovittujen toimenpiteiden toteutumista seurataan säännöllisesti yksikön esimiesten toimesta.

Miten palveluntuottaja käytännössä varmistaa palveluyksikön omavalvonnan riskienhallinnan toteutumisen ostopalvelu- ja alihankintatilanteissa?

Palveluita valittaessa palveluntuottajia koskee samat vaateet kuin vakituista henkilökuntaakin valittaessa. Kriittisiä hankintoja tehdessä käytetään tunnettuja mutta oman toiminnan kokoluokkaan soveltuvia yhteistyökumppaneita. Ostopalvelun tuottajat ovat mukana yhteisessä riskienhallinta analyysissä

Miten tuottaja huolehtii ja vastaa alihankkijan tuottaman palvelun laadusta sekä asiakas- ja potilasturvallisuudesta?

Ostopalvelu tuottajat perehdytetään samalla tavoin kuin oma henkilökunta. Heidän kanssaan käydään aktiivista keskustelua ja kokonaisuutta arvioidaan kaksi kertaa vuodessa.

Palveluiden tuottajien toimintaa ja käytäntöjä seurataan arjessa samalla tavalla kuin oman henkilökunnankin

3.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen

3.2.1 Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi

Miten yhteistyö ja tiedonkulku asiakkaan palvelukokonaisuuteen kuuluvien muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunjärjestäjien ja -tuottajien kanssa varmistetaan? Minkä tahojen kanssa palveluyksikkö muun muassa tekee monialaista yhteistyötä.

Yleisimmin yhteistyötä tehdään sosiaalitoimen, päihdepoliklinikoiden ja perusterveydenhuollon sekä eri päihdekuntoutuspaikkojen kanssa.

Alva Asumispalvelut pyrkii omalta osalta aktiiviseen ja avoimeen yhteistyöhön asiakkaan tarpeiden ja toiveiden mukaisesti. Asiakkaalle haetaan hänen kuntoutustansa tukevaa

verkostoitumista myös paikoista, joihin hän voi tukeutua myös tuen keventyessä ja hänen siirtyessä itsenäiseen asumiseen

3.2.2 Valmius- ja jatkuvuudenhallinta

Palveluyksikön valmius- ja jatkuvuudenhallinnasta sekä valmius- ja jatkuvuussuunnitelmasta vastaavan henkilön nimi, tehtävänimike ja yhteystiedot
Niina Pulkkinen, toimitusjohtaja niina.pulkkinen@alvahyvinvointi.fi 0504790050

Mitä valmiudella ja jatkuvuudenhallinnalla tarkoitetaan palveluysikkötasolla? Miten näiden toimivuus varmistetaan?

Yksikössä pystytään toimittamaan turvavallista ja ylläpitävää toimintaa myös poikkeavissa olosuhteissa

Miten palveluntuottaja varmistaa, että asiakas saa hänelle sovitun palvelun, esimerkiksi palveluyksikön henkilöstön sairastumistilanteissa.

Kts. Taulukko 2

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 riittävyys (epidemia tilanne)	Kohtalainen / suuri	Sijaisrinki, ennalta sovitut joustotoimenpiteet, esimiestyö
Asiakas määrän romahtaminen	Kohtalainen	Jatkuvasti tehtävä kumppanuustyö, joustavuus, ennakointi, luovat sopeuttamistoimet

3.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen

3.3.1 Palveluiden laadulliset edellytykset

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen on oltava laadukkaita, asiakas- ja potilaskeskeisiä, turvallisia ja asianmukaisesti toteutettuja. Katso lisää sosiaali- ja terveysministeriön (STM) asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 (STM:n julkaisuja 2022:2).

Mitkä ovat palveluntuottajan palveluyksikön palveluille asettamat laatuvaatimukset ja laadunhallinnan toteuttamistavat?

Laatuvaatimukset tulevat tilaaja-asiakkailta sopimuksissa ja palvelukuvauksissa. Nämä asiakirjat ovat julkisia ja saatavilla esim. hyvinvointialueiden palveluista.

Palveluntuottajina sitoudumme niiden toteuttamiseen ja mm. niihin liittyvät suunnitelmat kuvaavat toimintatapojamme yksityiskohtaisemmin.

Tilaaja-asiakkaat tekevät säännöllisesti Valvonta- ja ohjauskäyntejä yksikköön

Kuka vastaa palveluyksikön toimintojen riskienhallinnasta ja miten riskienhallinta on organisoitu?

Sanna Havu, palvelupäällikkö sanna.havu@alvahyvinvointi.fi

Niina Pulkkinen, toimitusjohtaja niina.pulkkinen@alvahyvinvointi.fi

Miten palveluyksikön palveluiden asiakas- ja potilasturvallisuus varmistetaan konkreettisesti? Millaisia menettelytapoja varmistamisessa käytetään (esim. tunnistaminen, tarkistuslistat tms.)?

Henkilökunnan ja asiakkaiden perehdyttämisellä on suuri merkitys asiakkaiden turvallisuuden ja tasapuolisen kohtelun varmistamisessa.

Tietosuojasuunnitelma ja lääkehoitosuunnitelma sisältää yksityiskohtaisemmat kuvaukset toimintatavoista.

3.3.2 Toimitilat ja välineet

Toiminnassa käytettävät toimitilat. Näihin kuuluvat toimintaympäristö sekä välineet ja niiden turvallisuus, turvallinen käyttö ja soveltuvuus tarkoitukseensa. Toimitilojen asianmukaisuutta arvioitaessa on otettava huomioon myös muut mahdolliset vaatimukset, jotka tulevat palvelualakohtaisesta lainsäädännöstä.



Yksikön tilojen terveellisyys. Terveellisyyteen vaikuttavat sekä kemialliset ja mikrobiologiset epäpuhtaudet että fysikaaliset olosuhteet. Näihin kuuluvat muun muassa sisäilman lämpötila ja kosteus, melu (ääniolosuhteet), ilmanvaihto (ilmanlaatu), säteily ja valaistus.

Mitkä ovat toimitilojen ja välineiden käyttöön liittyvät riskit? Näihin kuuluvat asiakkaan ja potilaan yksityisyyden suoja sekä sen hallintakeinot.

Henkilökohtaiseen tieturvatyöskentelyyn tulee kiinnittää huomiota. Yksityisyydensuoja kalvot koneella, salasanojen käyttötilanteet, äänen käyttö tietosuasioita sisältäviä asioita käsiteltäessä.

Mitkä ovat toimitilojen ylläpitoa, huoltoa sekä puutteita koskevia ilmoituksia ja tiedonkulkua koskevat menettelyt?

Kiinteistön omistaa Vantaan kaupunki ja sen huollosta vastaa Vantti Oy josta kiinteistölle on nimetty huoltomies.

Tila- ja turvallisuussuunnitelma kuvailee yksityiskohtaisesti toimitapoja

Mitkä ovat palvelutoimintaan käytettävän kiinteistön pitkäjänteistä ylläpitoa koskevat toimintamallit, resurssit ja suunnitelmat? (Esimerkiksi kiinteistön omistajan ja käyttäjän välinen vastuunjakotaulukko voidaan liittää osaksi omavalvontasuunnitelmaa.)

Kiinteistö on vuokrakiinteistö ja siitä on tehty vastuunjakotaulukko omistajan puolelta. Lisäksi asuntojen ja huoneiden vuokrasopimuksissa noudatetaan huoneenvuokralakia.

Miten varmistetaan, että palveluyksikössä ei ole käytössä välineitä, jotka ovat epäasianmukaisia, palveluihin nähden soveltumattomia tai muodostavat turvallisuusriskin? Kuvauksesta on selvittävä, miten välineiden huolto ja niiden käytön vaatima koulutus on järjestetty.

Vastuualueiden hoitajat vastaavat omista alueistaan ja esimiehet kokonaisuudesta sekä valvonnan toteutumisesta. Vuosittain tehdään riskianalyysi jossa eri osa-alueet käydään läpi kokonaisuutena

Miten varmistetaan asumiseen tarkoitettujen toimitilojen ja toimintaympäristöjen turvallisuus esim. kuluttajakemikaalien turvallinen säilytys ja lukitukset.

Tiedottamisella ja ohjeistamisella. Asiakkaat asuvat yhteisössä. Kuluttajakemikaaleja on käytössä rajatusti ja niitä saa lisää tarvittaessa henkilökunnalta.



3.3.3 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuoja

Asiakastietolain 7 §:n mukainen johtaja, joka vastaa palveluyksikön asiakastietojen käsittelystä ja siihen liittyvästä ohjeistuksesta:

Toimitusjohtaja Niina Pulkkinen, niina.pulkkinen@alvahyvinvointi.fi 050 4790050

Miten palveluyksikön toiminnassa on otettu huomioon EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen ((EU) 2016/679) ja tietosuojalain (1050/2018) vaatimukset tietosuojaperiaatteiden sekä rekisteröidyn oikeuksien toteutumisesta?

Yksikköön on laadittu tietoturvasuunnitelma, jossa on kuvattu yksityiskohtaisesti tietosuojaperiaatteet.

Miten varmistetaan, että palveluyksikön henkilökunnan tiedossa ja käytössä on ajantasaiset henkilötietojen suojaa koskevat ohjeet.

Tietosuojaa ja sen velvoitteita käsitellään henkilökunnan kanssa viikkopalavereissa kertauksena ja uuden tiedon välittämiseksi.

Miten varmistetaan henkilöstön tietosuojaosaaminen? Miten varmistetaan, että henkilöstö tietää, miten toimia mahdollisissa tietoturvaloukkaustilanteissa?

Ohjeistus on olemassa videona ja kirjallisena ja tietoturvasuunnitelma on osa perehdytystä. Päivitetyt versiot tulee kuitata luetuksi.

Miten varmistetaan, että palveluyksikön henkilökunnan tiedossa ja käytössä on ajantasaiset asiakas- ja potilastietojen käsittelyä ja kirjaamista koskevat ohjeet?

Kirjaamista käsitellään tiimipalavereissa ja henkilökunta on saanut koulutusta kirjaamiseen. Henkilökunta lukee tietoturvasuunnitelman ja kuittaa sen luetuksi, lisäksi viikkopalavereissa tehdään tärkeimmät nostot kertauksena vuosikellon mukaan.

Miten menetellään, kun asiakas tai potilas haluaa tarkastaa ja tarvittaessa korjata omat tietonsa? Miten menetellään, kun tietoja on tarpeen luovuttaa sivulliselle esim. palveluntuottajalle tai viranomaiselle?

Asiakkaan on koska tahansa hänen pyytäessä mahdollista saada omat tietonsa luettavaksi. Tiedot otetaan asiakastietojärjestelmästä tulosteena ja se voidaan joko lähettää asiakkaalle salattuna sähköpostina tai asiakkaan niin halutessa tulostaa hänelle (ei suositella). Tiedot antaa yksikön vastuuhenkilö, joka tekee myös merkinnän tarkastusoikeiden käyttämisestä asiakastietojärjestelmään.



Asiakkaan tietoja voidaan luovuttaa vain yksilöidyllä suostumuksella rekisteriselosteen mukaisesti hoitoa varten toiselle sosiaali- ja terveydenhuollon toimijalle tai terveydenhuollon ammattihenkilölle. Asiakkaat saavat palvelun hyvinvointialueen toimeksiantosopimuksella, jolloin rekisterinpitäjänä toimii hva. Tällöin hva päättää kaikesta tietojen luovutuksesta, myös silloin kun siihen on lakisääteinen perusta.

Mihin järjestelmiin asiakas- ja potilastietoja kirjataan? Miten tietojen arkistointi hoidetaan?

DomaCare, toimittajana Invian Oy.

Arkistoitavat tiedot toimitetaan palveluntuottajille heidän ohjeidensa mukaisesti ja tämän jälkeen tiedot poistetaan DomaCaresta lopullisesti.

Miten asiakas- ja potilastietojärjestelmien käyttöoikeuksia hallitaan? Miten varmistetaan, että kullakin työntekijällä on pääsy vain omissa työtehtävissään tarvitsemiinsa tietoihin?

Pääkäyttäjä Niina Pulkkinen hallinnoi käyttöoikeuksia, jotka on määritelty työntekijän työnkuvan mukaan.

Miten tietosuojan toteutumista seurataan? Miten varmistetaan, että palveluyksikössä noudatetaan tietosuojan ja asiakas- ja potilastietojen käsittelyyn liittyvää lainsäädäntöä? Miten varmistetaan, että yksikölle laadittuja ohjeita ja viranomaismääräyksiä noudatetaan?

Arjen työnjohdossa muistutetaan aktiivisesti tietoturvakäytänteistä.

Tietoturvasuunnitelmassa on tarkka protokollakuvaus.

3.3.4 Tietojärjestelmät ja teknologian käyttö

Miten varmistetaan, että palveluyksikössä käytetään olennaiset vaatimukset täyttäviä asiakastietolain mukaisia tietojärjestelmiä? Niiden tulee vastata käyttötarkoitukseltaan palveluntuottajan toimintaa ja niiden tietojen tulee löytyä Valviran tietojärjestelmärekisteristä.

It- kumppani Datakuja Oy vastaa siitä, että käytössä on vaatimusten mukaiset tietojärjestelmät.



Miten huolehditaan asiakastietolain mukaisten tietojärjestelmien käytön asianmukaisuudesta, henkilöstön kouluttamisesta niiden käyttöön ja jatkuvasta käyttöön liittyvän osaamisen varmistamisesta palveluyksikössä?

Järjestelmien käyttöön saa kynnyksetöntä tukea Datakuja Oy:stä. Yksikön sisällä saa tukea ja neuvoja pääkäyttäjältä. Asiaa käsitellään tiimipalaverissa ja perehdytyksessä tutustutaan tietoturvasuunnitelmaan.

Lisätietoa tietoturvasuunnitelmassa.

Milloin asiakastietolain mukainen tietoturvasuunnitelma on laadittu ja päivitetty? Kuka palveluyksikössä vastaa sen toteutumisesta?

Laadittu 14.8.2023, päivitys 04/2025, vastuhenkilö Niina Pulkkinen yhdessä Datakuja Oy:n kanssa.

Miten huolehditaan rekisterinpitäjän oikeuksien ja vastuiden toteutumisesta palveluyksikön toiminnassa? Miten tästä huolehditaan ostopalvelu- ja alihankintatilanteissa?

Asia kuvattu rekisterinpito- ja arkistointiselosteessa ja rekisteriselosteessa.

Miten huolehditaan asiakastietolain 90 §:n mukaisesta velvollisuudesta ilmoittaa tietojärjestelmän olennaisten vaatimusten poikkeamista ja tietoverkkoihin kohdistuvista tietoturvallisuuden häiriöistä sekä tarpeenmukaisista omavalvonnallisista toimista koko poikkeaman ja häiriötilanteen keston ajan?

IT-yhteistyökumppani Datakuja Oy seuraa ja huolehtii tietoverkkoihin kohdistuvista poikkeamista ja häiriötilanteista, tarkempi tekninen kuvaus löytyy tietoturvasuunnitelmasta.

Miten käytännössä varmistetaan palveluissa hyödynnettävän teknologian soveltuvuus, asianmukaisuus ja turvallisuus tarjottaviin palveluihin nähden? Miten varmistetaan henkilöstön käyttöopastus?

IT-yhteistyökumppani Datakuja Oy vastaa tarkoituksenmukaisten palveluiden ja laitteiden tarjoamisesta ja toimittamisesta. He huolehtivat myös käyttöopastuksesta ja antavat kynnyksetöntä tukea laitteiden ja ohjelmien käytössä.

Miten palveluyksikössä on varauduttu teknologian vikatilanteisiin ja pitkiin huoltoviiveisiin?

Yksikössä käytössä useampi tietokone ja kriittiset dokumentit löytyvät paperisina asiakirjoina. Asiakastietojärjestelmä toimii tietokoneissa ja mobiililaitteissa.

Miten huomioidaan asiakkaan tai potilaan yksilölliset tarpeet, arvioidaan teknologian soveltuvuus asiakkaalle tai potilaalle sekä varmistetaan yksityisyyden suojan ja itsemääräämisoikeuden toteutuminen hyödynnettäessä teknologiaa palvelujen tuottamisessa?

Asiakkailla on halutessaan mahdollisuus käyttää asiakastietokonetta omien asioidensa hoitoon. Yksikössä ei käytetä teknologiaa tapaamisten toteuttamiseen vaan kaikki tapaamiset tapahtuvat kasvotusten.

Milloin teknologian käyttöön pyydetään asiakkaan tai potilaan suostumus?

Asiakkaan muuttaessa yksikköön tai ensimmäisellä tapaamiskerralla.

Miten asiakasta tai potilasta informoidaan teknologian hyödyntämisen yhteydessä siitä, mitä tietoja hänestä kerätään sekä mihin niitä kerätään, käytetään ja luovutetaan?

Yksiköllä on henkilötietolain mukainen rekisteriseloste ja siitä keskustellaan ensimmäisillä tapaamiskerroilla

3.3.5 Infektioiden torjunta ja yleiset hygieniakäytännöt

Mitkä ovat tyypillisimmät yksikön toimintaan liittyvät infektiot? Liittyykö toimintaan infektioepidemian mahdollisuus?

Flunssa kausi on aina yhteisöllisessä toiminnassa riski. Henkilökohtaisen ja käsihygienian ohjeita käydään läpi tehostetusti aina flunssakausien alkaessa.

Miten infektioiden ja tarttuvien sairauksien leviäminen palveluyksikössä ennaltaehkäistään?

Asiakkaat ovat tarttuvien sairauksia sairastaessaan kotihoidossa, ei yhteisissä tiloissa.

Onko käsihuuhdetta helposti saatavilla?

Kyllä

Onko yksikössä hygieniayhdyshenkilö, joka välittää tietoa ja tukee yksikön infektiorjunnan toteutumista?

Tarvittaessa tehtävä hoitaa sairaanhoitaja

Miten varmistetaan, että palveluyksikön henkilökunnan tiedossa ja käytössä on ajantasaiset infektioiden torjuntaohjeet?

Ohjeet ovat lääkehoitosuunnitelmassa, joka on osa jokaisen perehdytystä. Tarvittaessa ohjeet käydään myös läpi ns. hoitajatunnilla tiimipalaverin yhteydessä

Miten hygieniaohteiden noudattamista ja infektio- ja torjunnan toteutumista seurataan?

Arjen seurannalla, poikkeamaraporttien käsittelyssä ja esim. HygiGult -testeillä

Mihin työntekijät voivat ottaa yhteyttä mahdollisissa infektioiden torjuntaa koskevissa kysymyksissä?

Sairaanhoitajaan tai perusterveydenhuollon infektiohoitajaan.

Miten yksikön puhtaus- ja siisteys turvataan? (Tähän kuuluu esimerkiksi ajantasainen siivoussuunnitelma tai palvelusopimus.) Miten jätehuolto ja vaarallisten jätteiden käsittely toteutetaan? Erityistä huomiota kuvauksessa on kiinnitettävä tartuntavaarallisiin jätteisiin liittyviin käytäntöihin.

Yksikössä on puhtaanapitosuunnitelma ja jätehoitosuunnitelma.

Lääkkeet palautetaan apteekkiin lääkehoitosuunnitelman kuvauksen mukaisesti

3.3.6 Lääkehoitosuunnitelma

Milloin palveluyksikön lääkehoitosuunnitelma on laadittu tai milloin se on päivitetty?

Lääkehoitosuunnitelma on päivitetty 03/2025

Lääkehoitosuunnitelman laatimisesta ja päivittämisestä vastaava henkilö, tehtävänimike ja yhteystiedot

Sairaanhoitaja minna.hyry@alvahyvinvointi.fi 0504082975

Lääkehoidon asianmukaisuudesta ja lääkehoitosuunnitelman toteutumisesta ja seurannasta palveluyksikössä vastaavan henkilön nimi ja yhteystiedot

Sairaanhoitaja minna.hyry@alvahyvinvointi.fi 0504082975

Miten lääkehoitosuunnitelman toteutumista seurataan?

Asianmukaisilla seurantalistoilla ja poikkeamaraportoinnin seurannalla

Tarkemmat yksityiskohdat on kuvattu lääkehoitosuunnitelmassa. Mm. miten lääkehoidon osaaminen varmistetaan, millaiset lääkelupakäytännöt yksikössä on, miten lääkkeiden tai rokotteiden haittavaikutusilmoitus tehdään palveluyksikössä sekä millaiset toimintamallit yksikössä on lääkevarkauksien varalta.

Lääkehoitosuunnitelma noudattaa STM:n Turvallinen lääkehoito –opasta.



3.3.7 Lääkinnälliset laitteet

Vastuuhenkilön nimi, tehtävänimike ja yhteystiedot

Sairaanhoitaja minna.hyry@alvahyvinvointi.fi 0504082975

Miten varmistetaan lääkinnällisistä laitteista annetun lain (719/2021) 4. luvun mukaisten velvoitteiden noudattaminen?

- Miten lääkinnällisten laitteiden käytön osaaminen varmistetaan?
 - *Erillisellä lääkehoidon perehdytyksellä*
- Miten varmistetaan, että lääkinnälliset laitteet säädetään, ylläpidetään ja huolletaan valmistajan ohjeistuksen mukaisesti ja muutoin asianmukaisesti?
 - *Ovat osa vastaavan sairaanhoitajan tehtävää*
- Miten lääkinnällisten laitteiden jäljitettävyyden varmistetaan?
 - *Laitteita on vain yksi per yksikkö, tai ne on nimetty tietylle asiakkaalle nimellä*
- Miten lääkinnällisten laitteiden vaaratilanneilmoitus tehdään palveluyksikössä?
 - *Poikkeamaraportilla*

Lisätietoa lääkinnällisten laitteiden turvallisesta käytöstä ja vaaratilanneilmoituksista löytyy seuraavista asiakirjoista:

- STM on julkaissut oppaan "Lääkinnällisten laitteiden turvallinen käyttö – opas laiteosaamisen varmistamiseen" (STM:n julkaisu 2024:3).
- Fimea on antanut määräyksen "Lääkinnällisestä laitteesta tehtävä ammattimaisen käyttäjän vaaratilanneilmoitus" ja ohjeen "Vaaratilanteessa olleen 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
Uhkaavan asiakkaan kanssa työskentely	mahdollinen/ ennakoimaton	Koulutus, ennakoiminen, turvallisuus osaaminen
Lääketurvallisuus	mahdollinen	Tarkat ohjeistukset, perehdytys ja koulutus Rauhallinen työskentelytila Selkeät tiedonkulun ohjeet

3.4 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen

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

Palveluyksikön henkilöstön määrä, rakenne ja sijaisten käytön periaatteet. Kuvauksesta tulee käydä ilmi, kuinka paljon vuokrattua työvoimaa tai toiselta palveluntuottajalta alihankittua työvoimaa käytetään täydentämään palveluntuottajan omaa henkilöstöä.

Työsuhteessa:

- 1 ohjaaja (mitoituksella 0,1) lähihoitaja-kokemusasiantuntija
- lääkehoidosta vastaava sairaanhoitaja 50% työaika

Lisäksi palvelupäällikkö, joka jakaa työaikansa toisen yksikön kanssa

Miten palveluyksikön vastuuhenkilöt varmistavat kaikissa tilanteissa, että sosiaali- ja terveyspalvelujen antamiseen on palvelujen tarpeeseen sekä asiakkaiden tai potilaiden määrään nähden riittävä henkilöstö?

Hankkimalla sijaisen, järjestelemällä oman henkilökunnan työvuoroja tai äärimmäisessä tilanteessa tekemällä esimies voimin tarvittavan vuoron.

Miten varmistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattioikeudet?

Rekrytointi tilanteessa tarkistetaan Suosikki/Terhikki rekisteri numerot

Miten laillistetun sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilön tehtävissä tilapäisesti toimivien opiskelijoiden oikeus työskennellä varmistetaan?

Opintorekisteri otteella ja ohjatuilla perehdytysvuoroilla

Miten opiskelijoiden ohjaus, johto ja valvonta toteutetaan käytännössä?

Opiskelijalla on nimetty ohjaaja, jonka kanssa hän pääsääntöisesti työskentelee. Opiskelija ei ole koskaan yksin yksikössä

Mitkä ovat konkreettiset toimintamallit henkilöstön riittävyyden varmistamiseksi sekä asiakkaiden palvelutarpeeseen vastaamiseksi? Mitkä ovat toimintamallit niitä tilanteita varten, kun henkilöstöä ei ole riittävästi? Henkilöstön riittävyyden seurannan ja varmistamisen on katettava kaikki palveluyksikössä ja sen lukuun tuotettavat palvelut.

Toimipaikassa on sekä tiettyä henkilöstö mitoitusta vaativia palveluita että palveluita, joihin ei mitoitusta ole määritetty. Sijaisia käytetään tarpeen mukaan

Tarvittaessa myös esimiehet tekevät asiakasohjaustyötä

Miten varmistetaan, että palvelun tuottamiseen osallistuvalla henkilöstöllä on työtehtäviinsä asianmukainen koulutus, riittävä osaaminen ja ammattitaito sekä kielitaito?

Vakituinen henkilökunta on koulutettuja ja rekisteröityjä sote alan ammattilaisia. Sijaisina toimii myös opiskelijoita. He työskentelevät tehtävissä, jotka vastaavat heidän pätevyys tasoon

Kaikki henkilökunnasta puhuvat suomea. Henkilökunnasta löytyy myös englannin ja ruotsin kielen taitoisia



Miten huolehditaan henkilöstön riittävästä perehdyttämisestä ja ammattitaidon ylläpitämisestä? Miten huolehditaan siitä, että henkilöstö osallistuu riittävästi ammatilliseen täydennyskoulutukseen?

Perehdytyksen toteutumista seurataan check listalla ja palvelupääällikkö pitää yllä koulutuksen seuranta listaa.

Miten henkilöstön osaamista ja työskentelyn asianmukaisuutta seurataan toiminnan aikana? Miten havaittuihin epäkohtiin puututaan?

Yksikössä on aktiivinen esimiestyöskentely. Vuosittain on kehityskeskustelut. Epäkohtiin puututaan kahdenkeskisillä keskusteluilla. Myös tiimipalaverissa sekä työnohjauksissa otetaan yhteisesti asioita keskusteluun

Miten palveluyksikön henkilöstöltä kerätään säännöllisesti palautetta? Miten tätä palautetta käsitellään palveluyksikössä?

Vuosittain on työterveyshuollon järjestämä henkilöstötyytyväisyys keskustelu. Myös säännölliset tiimipalaverit, kuukausikeskustelut ja työnohjaukset ovat avoimia kanavia nostaa asioita esille.

Miten varmistetaan henkilöstön riskienhallinnan osaaminen? Miten varmistetaan henkilöstön ohjeiden mukainen toiminta niissä tilanteissa, joissa riski on toteutunut?

Riskienhallinta analyysit tehdään suunnitellusti ja niihin osallistuu henkilökunta. Ne riskien arvioinnit, jotka on tehty pienemmällä ryhmällä, käsitellään yhteisesti tiimipalaverissa. Erilaiset toiminnan turvallisuutta ja muita riski alttiita toimia käsittelevät suunnitelmat käsitellään perehdytyksessä sekä niiden päivittyessä tiimipalaverissa

Miten riskienhallinnassa on otettu huomioon muun muassa työturvallisuuslain (738/2002) mukaiset työnantajan velvoitteet, joilla voi olla vaikutusta palveluyksikön asiakas- ja potilasturvallisuuteen?

Kohdat käsitellään yhdessä tiimipalaverissa ja henkilökunta voi näin esittää oman näkemyksensä asiasta

Lisätietoja löydät esim. Työturvallisuuskeskuksen ja työsuojelun verkkosivuilta.

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
Rekrytinnit	vaihteleva/ vaikuttava	Ennakoiminen, hyvä TA maine, hyvät verkostot
Riittävän monipuolinen koulutussuunnitelma	pieni/ vaikuttava	Ennakoiminen, verkostoituminen, monipuolisuus

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

Palveluyksikön asiakkaan tai potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamiseksi laadituista suunnitelmista ja ohjeista vastaava henkilö, tehtävänimike ja yhteystiedot

Sanna Havu, palvelupäällikkö sanna.havu@alvahyvinvointi.fi 050 3495519

Alueen potilasasiavastaavan tehtävät ja yhteystiedot

Sosiaali- ja potilasasiavastaavien toiminnasta vastaa se hyvinvointialue, minkä alueella palvelua tuotetaan.

Potilaan sekä sosiaalihuollon ja varhaiskasvatuksen asiakkaan oikeuksien ja oikeusturvan toteutumisen edistämiseksi sosiaali- ja terveydenhuollossa nimetään potilasasiavastaavia ja sosiaaliasiavastaavia (Laki potilasasiavastaavista ja sosiaaliasiavastaavista 739/2023 1 §).

Potilas- ja sosiaalivastaavien tehtävänä on muun muassa neuvoa potilaita, asiakkaita ja heidän läheisiään, tarvittaessa avustaa heitä muistutuksen teossa ja tiedottaa oikeuksista. Lisäksi potilas- ja sosiaaliasiavastaavien tulee seurata potilaiden ja asiakkaiden oikeuksien ja aseman kehitystä ja laatia siitä vuosittain selvitys toiminnan järjestäjälle.

Hyvinvointialueet ja Helsingin kaupunki järjestävät potilas- tai sosiaaliasiavastaavien toiminnan julkisessa ja yksityisessä sosiaali- ja terveydenhuollossa, työterveyshuollossa sekä varhaiskasvatuksessa. HUS-yhtymä järjestää potilasasiavastaavien toiminnan järjestämässään ja tuottamassaan terveydenhuollossa.



Sosiaali- ja potilasasiavastaava

Clarissa Kinnunen (toiminnan vastuuhenkilö)
Satu Laaksonen

Puh. 0941910230

Sosiaali- ja potilasasiavastaavien puhelinajat:

- Maanantaisin ja tiistaisin 12.00–15.00
- Keskiviikkoisin ja torstaisin 9.00–11.00

Miten varmistetaan asiakkaiden yhdenvertaisuus ja syrjimättömyys? Miten varmistetaan asiakkaan tiedonsaantioikeus ja osallisuus, jotta hänellä on tosiasiallinen mahdollisuus osallistua palveluun koskevaan suunnitteluun, päätöksentekoon ja toteuttamiseen?

Asiakkaiden asiallisen kohtelun lähtökohtana on, että asumisyksikössä on vain koulutettua, ammattitaitoista henkilökuntaa. Toiminnan laatua ja sisältöä valvoo palvelupäällikkö ja siitä vastaa arjessa vastaava ohjaaja, joka tukee henkilökuntaa päivittäin työnsuorittamisessa ja asiakkaiden asioiden hoidossa ja kohtelussa. Yksityiskohtaisempaa tietoa löytyy yksikölle laaditusta asiallisen ja yhdenvertaisen kohtelun suunnitelmasta.

Epäasiallisen kohtelun tilanteissa pyritään asiat aina ratkaisemaan ensisijaisesti keskustelemalla. Asiasta tiedotetaan myös tarvittaessa lähettävää tahoa/ palvelun tilaajaa. Mikäli asia ei ratkea toimintayksikössä keskustelemalla, pyritään se ratkaisemaan verkostossa.

Epäasiallisesta kohtelusta, haittatapahtumasta tai vaaratilanteesta kirjataan poikkeamaraportti, joka käsitellään myös työryhmässä. Itse tilanteessa suoritetaan korjaavat ja ehkäisevät toimenpiteet. Poikkeaman käsitellyn yhteydessä käsitellään mahdollinen tarve muuttaa toimintatapoja ja -prosesseja, jotta vastaavilta poikkeamilta vältytään jatkossa.

Yksikössä on nähtävillä sosiaaliasiavastaavan yhteystiedot, johon asiakkaat voivat olla yhteydessä, mikäli kokevat tarpeelliseksi.

Miten varmistetaan palveluprosessien ja päätöksenteon oikeellisuus?

Hyvällä perehdytyksellä, palveluprosessien jatkuvalla käsittelyllä ja keskusteluilla yhteisissä foorumeissa. Kuuntelemalla ja osallistamalla asiakkaita ja huomioimalla asiakkaiden itsemääräämisoikeus

Miten varmistetaan asiakkaan tai potilaan kielellisten oikeuksien toteutuminen?

Tarvittaessa käytetään tulkkia

Miten varmistetaan asiakkaan tai potilaan informointi hänen käytettävissään olevista oikeusturvakeinoista?

Yksikön seinällä on sosiaaliasia vastaavan tiedot ja niistä annetaan asiakkaalle tietoa hänen niitä tarvitessa. Asiakkaille kerrotaan heidän oikeuksistaan ja mahdollisuuksistaan

Miten varmistetaan asiakkaiden tai potilaiden itsemääräämisoikeuden toteutuminen? Mitkä ovat asiakkaan tai potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamista koskevat periaatteet? Mitkä ovat rajoitusten konkreettiset menettelytavat? Tarkista asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamiseksi laaditut suunnitelmat ja ohjeet.

Yksikön toiminta perustuu asiakkaan itsemääräämisoikeuteen. Tavoitteena on, että asiakkaat saavat rakentaa henkilökunnan tuella yksilöllisen ja omannäköisen elämän, jossa asiakkaiden yksityisyyttä kunnioitetaan. Tämä koskee myös asukkaita itseään, toimintayksikössä jokaisen asukkaan tulee kunnioittaa toisten asukkaiden yksityisyyttä.

Yksityisyyden, häiriöttömän ja turvallisen asumisen perustaksi asumisyksikköön on laadittu säännöt, joita jokaisen asukkaan tulee noudattaa.

Mitkä ovat asiakkaan tai potilaan lakisäateisten palvelua koskevien suunnitelmien laadinnan ja päivittämisen menettelytavat? Suunnitelmilla tarkoitetaan esimerkiksi asiakas-, palvelu- tai hoitosuunnitelmia.

Suunnitelmat tehdään aina yhteistyössä asiakkaiden kanssa. Ne ovat kirjattuina asiakkaan DomaCare tietoihin ja ne päivitetään tilaaja-asiakkaan ohjeiden mukaisesti. Asiakkaille annetaan suunnitelmista heidän omat versionsa heidän niin halutessa.

Miten varmistetaan, että palveluyksikön henkilökunta toimii asiakkaalle laadittavien suunnitelmien mukaisesti? Miten suunnitelmien toteutumista ja päivittämistä seurataan?

Suunnitelmat toimivat asiakkaiden kanssa tehtävän kuntouttavan työn perustana ja X. Suunnitelmiin kirjattujen tavoitteiden toteutumista seurataan ulkoisesti raportoinnin ja verkostotapaamisten yhteydessä.

Miten palveluyksikön palveluja saavilta asiakkailta tai potilailta sekä heidän omaisiltaan ja läheisiltään kerätään säännöllisesti palautetta?

Asiakaspalautteella vuosittain, palaute laatikolla, avoimilla keskusteluilla

Mitkä ovat muistutusten käsittelyä koskevat menettelytavat? Miten varmistetaan, että muistutukset käsitellään asianmukaisesti? Mitkä ovat kanteluiden käsittelyä koskevat menettelytavat? Miten varmistetaan, että kantelut käsitellään asianmukaisesti? Mitkä ovat potilasvahinkoilmoitusten käsittelyä koskevat menettelytavat? Miten varmistetaan, että ilmoitukset käsitellään asianmukaisesti?

Toimintaa koskevat muistutukset, kantelu- ja muut valvontapäätökset käsitellään välittömästi toimintayksikön esimiehen ja yrityksen johdon toimesta. Suoritetaan arvio, vaatiiko tilanne välittömiä korjaavia toimia. Mikäli tilanteessa tai muistutusten tai päätösten sisällössä on jotain sellaista, mikä vaatii johdolta lisäselvityksiä tai tarkennuksia, jotta korjaaviin toimiin yrityksen sisällä voidaan ryhtyä, yrityksen johto hankkii kaiken tarvittavan informaation ja asiantuntemuksen käyttöönsä.

Toimipaikassa asia käsitellään viimeistään seuraavassa tiimipalaverissa

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 sitoutumattomuus itseään koskeviin asioihin	mahdollinen / suuri	Keskustelut, motivointi, perustelut, selvittäminen mitä mahdollisia seuraamuksia voi seurata, toisien vaihtoehtojen selvittäminen
Asiakas puhuu vain kieltä jonka ymmärtämiseen tarvitaan aina tulkki	Mahdollinen / suuri	Käytetään teknisiä apuvälineitä, selvitetään mahdollisia kielitaito linkkejä esim ystävistä, käytetään tulkkia

4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen

4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely

Miten palveluntuottaja raportoi keskeisimmät riskit palvelun järjestäjälle/tilaajalle vuorovaikutteisen yhteistyön menettelyissä?

Tiedottamalla puhelimitse tai sähköpostilla tapahtuneesta ja sen käsittelystä sekä mahdollisista korjaavista muutoksista

Miten palveluntuottaja ilmoittaa omassa tai alihankkijan toiminnassa ilmenevistä epäkohdista ja puutteista palvelunjärjestäjälle ja valvontaviranomaiselle valvontalain 29 § mukaan?

Tiedottamalla puhelimitse tai sähköpostilla tapahtuneesta ja sen käsittelystä sekä mahdollisista korjaavista muutoksista

Miten henkilöstö ilmoittaa palveluyksikön vastuuhenkilölle palveluyksikön toiminnassa ilmenevistä epäkohdista, niiden uhasta tai muusta lainvastaisuudesta valvontalain 29 § mukaan?

Tulemalla suoraan keskusteluun, kirjaamalla tilanne tiimiin tuotaviin asioihin, poikkeamaraportilla

Miten palveluntuottaja tiedottaa henkilöstöä ilmoitusvelvollisuudesta ja sen käyttöön liittyvistä asioista?

Tiimipalaverissa ja/tai yhteisellä sähköpostilla

Miten varmistetaan, että omavalvonnassa ilmeneviin epäkohtiin ja puutteisiin puututaan tilanteen edellyttämällä tavalla?

Avoimella keskustelulla ja asioiden esiin nostamisella. Poikkeamaraporttien käsittelyllä

Millaiset ovat vaara- ja hättätapahtumien sekä epäkohtien ja poikkeamien ilmoitusmenettelyt ja raportointikäytännöt? Onko asiakkaalla, omaisella/läheisellä mahdollisuus tehdä vaara- ja hättätapahtumailmoitus?

Kaikki poikkeamat käsitellään esimiehen johdolla tiimipalaverissa mahdollisimman pian tapahtuman jälkeen. Samalla sovitaan, mitä korjaavia ja ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä tapaukseen liittyen tehdään. Jos havaitaan, että toimintaprosessia on syytä muuttaa tapahtuman takia, tehdään päätös tästä ja informoidaan tästä koko henkilökuntaa, kirjataan muutos yksikön menettelyohjeisiin. Yksikön esimies tiedottaa asiasta myös omaa esimiestään.

Asiakkaat, omaiset, yms yhteistyökumppanit voivat antaa palautetta esim. verkkosivujemme palautelomakkeen kautta.

Millainen on epäkohta-, haitta- ja vaaratapahtumien käsittelyn ja niistä oppimisen prosessi?

Kaikki poikkeamat käsitellään esimiehen johdolla tiimipalaverissa mahdollisimman pian tapahtuman jälkeen. Samalla sovitaan, mitä korjaavia ja ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä tapaukseen liittyen tehdään. Jos havaitaan, että toimintaprosessia on syytä muuttaa tapahtuman takia, tehdään päätös tästä ja informoidaan tästä koko henkilökuntaa, kirjataan muutos yksikön menettelyohjeisiin. Yksikön päällikkö tiedottaa asiasta myös esimiestään.

Puolivuositain jokaisen yksikön poikkeamista laaditaan yhteenveto. Yhteenveto toimitetaan yksikön esimiehelle käsiteltäväksi tiimipalaverissa tai kehittämisspäivässä. Samalla analysoidaan poikkeamien laatua, korjaavia ja ehkäiseviä toimenpiteitä ja niiden toimivuutta yhteenvetona. Analyysin osana mietitään, ovatko toimet olleet pidemmällä tähtäimellä riittäviä ja onko syytä tarkastella/ muuttaa toiminnan prosesseja.

4.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta

Miten palveluyksikössä tunnistetaan vakavat vaaratapahtumat, jotka vaativat tarkempaa tutkimusta?

Poikkeamaraportin käsittelyssä arvioidaan tapahtuman vaarallisuus

Miten on sovittu meneteltävän, kun vakava vaaratapahtuma tunnistetaan?

Henkilö, joka huomaa tapahtuman tekee ensimmäisen vaiheen korjaavat toimenpiteet ja ehkäisee mahdollisen vaaratilanteen sekä kirjaa poikkeamaraportin. Tarvittaessa asiaa käsitellään erikseen sovittavassa palaverissa tai viimeistään seuraavassa tiimipalaverissa

Millainen on vakavien vaaratapahtumien tutkintaprosessi?

Esimies ja johto käy tapahtuman läpi askel askeleelta kaikkien asianomaisten kanssa sekä tiimi palaverissa. Tapahtuman perusteella tehdään arvio ohjeistusten tai toimintatapojen muutostarpeesta ja laitetaan toimeen tarpeelliset toimintaa ohjaavat toimenpiteet

Miten varmistetaan syyllistämätön kulttuuri ja henkilöstön tuki mahdollisissa selvitys- ja tutkintatilanteissa, esim. debriefing ja Oheiskärsijä (Second victim) -toimintamalli?

Pienessä työyhteisössä tapahtumat ja niihin osallistuvat henkilöt ovat selvillä. Yhteinen keskustelu käydään niin kuin tapahtumassa olisi voinut olla osallisena kuka tahansa

Miten varmistetaan, että tutkinnasta saatu tieto hyödynnetään palveluiden kehittämisessä?

Asiaan palataan sovittun aikataulun mukaisesti ja arvioidaan ovat tehdyt toimenpiteet olleet riittäviä

[Vakavien vaaratapahtumien tutkinta: Opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille - Valto \(valtioneuvosto.fi\)](https://valtioneuvosto.fi)

4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä

Miten epäkohtailmoitusten sekä haitta- ja vaaratapahtumailmoitusten käsittelyssä mahdollisesti esiin tullutta epäkohdista tai puutteista kertovaa tietoa hyödynnetään omavalvonnan ja toiminnan laadun kehittämisessä? Miten muistutuksissa, kanteluissa ja potilasvahinkoilmoituksissa mahdollisesti ilmi tulleet epäkohdat tai puutteet otetaan huomioon toiminnassa ja sen kehittämisessä

Miten varmistetaan, että henkilöstö on tietoinen käytössä olevista palautekanavista?

Ne on kerrottu perehdytyksessä ja info materiaali on aina henkilökunnan nähtävissä sekä paperina että sähköisessä muodossa

Miten säännöllisesti kerättyä ja muuten saatua palautetta hyödynnetään omavalvonnan ja toiminnan laadun kehittämisessä? Palautteisiin kuuluvat esimerkiksi reklamaatiot.

Korjaavat toimenpiteet tehdään heti ja niiden seuranta jatketaan sovitusti. Suunnitelmia päivitettäessä jakson raportteihin ja analyyseihin palataan

Miten valvontaviranomaisten antama ohjaus ja päätökset huomioidaan omavalvonnan ja toiminnan laadun kehittämisessä?

Annetut ohjeet ja kehotukset muokkaavat toimintaa ja uudet toimivat mallit muokkautuvat käytänteiksi

4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano

Miten poikkeamien syitä ja taustatekijöitä on selvitetty?

Käymällä tilanne juurisyyn asti läpi, käyttäen esim. viisi kertaa miksi -mallia, haastatteleamalla ja keskustelemalla

Mihin kehittämistoimenpiteisiin palveluyksikössä on ryhdytty tai ryhdytään?

Esim. kirjaamiskäytäntöjen muokkaamiseen, jotta ne vastaavat tulevaa Kanta -yhteistyötä ja tukevat paremmin kuntoutussuunnitelman tavoitteiden toteutumisen näkymistä

Miksi edellä mainittujen kehittämistoimenpiteiden arvioidaan parantavan toiminnan laatua ja turvallisuutta?

Tukee arjen toimintaa, selkeyttää ja helpottaa raportointia

Mihin kehittämistoimet kirjataan?

Tiimimuistioihin



Kuka vastaa mistäkin kehittämistoimenpiteestä ja millä aikataululla?

Ohjauksesta vastaava ohjaaja ja toteutuksesta omaohjaajat

Osa kehityksestä on jatkuvaa ja osa elää sovittujen aikataulujen mukaan

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
Asukasmäärän kasvattaminen	Jatkuva	Palvelupäällikkö	Toimitusjohtaja
Uusien asiakkaiden myötä yhteisön vakiintuminen	Talvi 2024-25	VS ohjaaja omaohjaajat	Palvelupäällikkö



5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi

5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta ja raportointi

Millä menetelmillä ja millä mittareilla palveluiden laatua ja turvallisuutta seurataan?

Seurannalla, haastatteluilla, tulosten mitattavuudella

Miten, kenelle ja kuinka usein laadun ja turvallisuuden seurannasta raportoidaan?

Omalle organisaatiolle ja johdolle puolivuositain. Tilaaja-asiakkaalle vähintään vuosittain

Miten riskienhallintakeinojen toimivuus ja riittävyys varmistetaan?

Seurannalla ja jatkuvalla kehittämisellä

Miten, kenelle ja kuinka usein riskienhallinnan toteutumisen arvioinnista raportoidaan?

Omalle organisaatiolle ja johdolle puolivuositain. Tilaaja-asiakkaalle vähintään vuosittain

5.2 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi

Miten varmistetaan, että omavalvontasuunnitelman toteutumista seurataan ja seurannassa havaitut puutteellisuudet korjataan?

Suunnitelman toteutuminen näkyy arjessa ja sen toimivuudessa. Kehitys on jatkuvaa

Miten varmistetaan, että seurannasta tehdään selvitys? Miten varmistetaan, että selvityksen perusteella tehtävät muutokset julkaistaan vähintään neljän kuukauden välein?

Vuosikellolla.