



PELTOLA
— 1964 —

Omavalvontasuunnitelma
Hoitokoti Peltola Oy, Vasaramäen yksikkö



Sisällys

<u>Lukijalle</u>	3
1. Palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot.....	4
1.1 Palveluntuottajan perustiedot	4
1.2 Palveluyksikön perustiedot	4
1.3 Ostopalvelujen tuottajat	4
1.4 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet	5
1.5 Omavalvontasuunnitelman päiväys	7
2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako	7
3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat	8
3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen	8
3.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen	9
3.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen	10
3.4 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen	20
3.5 Yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja asiakkaan/potilaan aseman ja oikeuksien varmistaminen	22
4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen.....	27
4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely	27
4.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta	28
4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä	29
4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano	30
5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi	30
5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta ja raportointi	30
5.2 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi	31



Lukijalle

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta astui voimaan 1.1.2024. Sen mukaan palveluntuottajan on valvottava oman ja alihankkijansa toiminnan laatua ja asianmukaisuutta sekä asiakas- ja potilasturvallisuutta. Kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunjärjestäjien sekä niiden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajien, jotka antavat palveluja useammassa kuin yhdessä palveluyksikössä, pitää laatia toiminnastaan omavalvontaohjelma. Palveluntuottajan on laadittava jokaiselle palveluyksikölleen omavalvontasuunnitelma, joka kattaa kaikki palvelut, jotka tuotetaan palveluyksikössä tai sen lukuun. Omavalvontasuunnitelman avulla varmistetaan toiminnan laatua, asianmukaisuutta ja turvallisuutta sekä seurataan asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyttä.

Sosiaali- ja terveystalouden lupa- ja valvontavirasto Valvira julkaisi 14.5.2024 määräyksen omavalvontasuunnitelman laatimisesta ja seurannasta. Määräyksessä annetaan ohjeistusta suunnitelman sisällöstä. Omavalvontasuunnitelman laajuus ja sisältö määräytyvät palveluyksikössä tuotettavien palvelujen ja toiminnan laajuuden mukaan. Sen vuoksi mallipohjaa kannattaa muokata oman palveluyksikön tarpeisiin sopivaksi. Esimerkiksi yksin työskentelevän psykoterapeutin tai fysioterapeutin omavalvontasuunnitelma on hyvin erilainen kuin ison asumispalveluyksikön tai terveyskeskuksen omavalvontasuunnitelma.

Tämä omavalvontasuunnitelma kuvaa Hoitokoti Peltola Oy:n Vasaramäen yksikön toimintaa. Vasaramäen yksikköä koskevat tiedot on kirjattu omavalvontasuunnitelmaan **oranssilla värillä**, jolla halutaan parantaa tiedon saannin esteettömyyttä ja saavutettavuutta. Yleiset tiedot omavalvontasuunnitelman sisällöstä on kirjattu **mustalla värillä**. Pohjana omavalvontasuunnitelmassa toimii Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskuksen laatima mallipohja.

Mallipohja on saatavilla: <https://asiakasjapotilasturvallisuuskeskus.fi/ammattilaisille-ja-opiskelijoille/materiaalipankki/kuvauksia-ja-toimintamalleja/omavalvontasuunnitelman-mallipohja/>

Keskeiset lähteet:

- ✓ Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 741/2023
- ✓ Sosiaali- ja terveydenhuollon valvontalain soveltaminen: Sote-valvontalain+soveltamisohje.pdf (stm.fi)
- ✓ Sosiaali- ja terveystalouden lupa- ja valvontavirasto (Valvira): Määräys sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajan palveluyksikkökohtaisen omavalvontasuunnitelman sisällöstä, laatimisesta ja seurannasta: https://www.finlex.fi/data/normit/50504/01_Valvira_maarays_1_2024.pdf
- ✓ Sosiaali- ja terveystalouden ministeriön asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026 (STM:n julkaisuja 2022:2).



1. Palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot

1.1 Palveluntuottajan perustiedot

- Palveluntuottajan nimi **Hoitokoti Peltola Oy**
- Y-tunnus ja SOTERI-rekisteröintinumero **1608832-6**
- Yhteystiedot **Mansikkatie 3-4, 20720 Turku, juha.peltonen@peltola.care**
- **Hoitokoti Peltola Oy:n konserniin kuuluvat myös alla olevat yritykset ja yksiköt. Kaikkien yksiköiden tiedot ja omavalvontasuunnitelmat ovat saatavilla Peltolan kotisivuilta www.peltola.care**
 - **Hoitokoti Peltola-Sävelkuja Oy (Koivulan yksikkö) Sävelkuja 2, Turku Y-tunnus 3108737-2 (katso "Omavalvontasuunnitelma, Koivula")**
 - **Hoitokoti Peltola-Merituuli Oy (Merituulen yksikkö) Suvilinnantie 2D 20900 Turku, Y-tunnus 3439308-4 (katso "Omavalvontasuunnitelma Merituuli")**

1.2 Palveluyksikön perustiedot

- Palveluyksikön nimi **Vasaramäen yksikkö**
- Yhteystiedot **Mansikkatie 3-4, 20720 Turku, tytti.tuppurainen@peltola.care**
- Palveluyksikön valvontalain 10 §:n 4 momentin mukaisen vastuuhenkilön tai palvelualojen vastuuhenkilöiden nimet ja yhteystiedot
Yksikön johtaja Tytti Tuppurainen, tytti.tuppurainen@peltola.care

1.3 Ostopalvelujen tuottajat

- Hygienia-, toimisto- ja käyttötarvikkeet: Forders
- Elintarvikkeet: Meira Nova Oy
- ICT-palvelut: Tietopartio Oy
- Henkilöhälytin ja vartijakutsu -palvelu: Avarn Oy
- Siivous osittain: ISS Palvelut

Hoitokoti Peltola Oy vastaa alihankintana tuotettujen palvelujen laadusta.

Miten ostopalvelujen laatu ja asiakasturvallisuus varmistetaan?

Hoitokoti Peltola kehittää hankintoja keskitetysti. Ostopalvelujen laatu ja asiakasturvallisuus huomioidaan osana palvelujen kilpailutusta ja sopimusneuvotteluja. Keskitettyjen hankintojen osalta seurantaa ja arviointia tehdään säännöllisesti, joilla varmistetaan, että ostopalvelut täyttävät hankintasopimuksissa määritellyt vaatimukset ja laatukriteerit.

Koko henkilöstö seuraa säännöllisesti alihankkijoiden toiminnan sopimuksenmukaisuutta ja laatua hoitokodin arjessa. Mahdolliset havaitut poikkeamat ilmoitetaan välittömästi hoitokodin tiimivastaavalle tai yksikön johtajalle, joka on yhteydessä alihankkijan edustajaan poikkeaman korjaamiseksi.



Johtoryhmän toimesta toimittajayhteistyön sujuvuutta ja saatuja palautteita ja reklamaatioita käsitellään säännöllisin palaveroin ostopalveluiden tuottajien kanssa, jolloin yhteistyötä voidaan kehittää edelleen sekä sovittuja vaatimuksia ja laatukriteerejä voidaan tarkentaa. Edellytämme, että alihankkija huolehtii laadunhallinnasta, seurannasta ja omavalvonnasta omassa toiminnassaan.

1.4 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet

Vasaramäen yksikön toiminta-ajatuksena on tuottaa laadukkaita asumispalveluita mielenterveyskuntoutujille. Toimintaa ohjaavat arvot, arvolupaus, visio ja missio, jotka kuvattuna alla:

Arvot:

LUOTAN

KUNNIOITAN

INNOSTUN

Peltolan arvot ohjaavat sekä kuntouttavaa työtä asukkaan kanssa että yhteistyötä eri toimijoiden kanssa. Asukkaiden lisäksi Peltolan arvojen mukaista työtä tehdään asukkaiden läheisten sekä asukkaan kuntoutumiseen liittyvien yhteistyötahojen kanssa.

Arvolupaus:

Elämänmakuista asumista ja askeleita eteenpäin

Visio:

Peltolasta kuuluu hyvää

Missio:

Mielellä on merkitystä

VASARAMÄEN TARJOAMAT PALVELUT

- 1.** Mielenterveyskuntoutujien yhteisöllinen asuminen
- 2.** Mielenterveyskuntoutujien tuettu asuminen
- 3.** Päihde- ja riippuvuus- sekä mielenterveysongelmiin vastaava sosiaalityö ja -ohjaus
- 4.** Muiden kuin lapsiperheiden ja iäkkäiden kotihoito
- 5.** Muu sosiaalihuollon palvelu: Sosiaalihuoltolain mukaiset tukipalvelut: siivous-, ateria, pyykki- ja asiointipalvelut

Palveluiden sisältö on kuvattu yksityiskohtaisesti Peltolan Kuntouttavan asumisen prosessikuvauksessa sekä Tukitoimien kuvauksessa.



Palveluita tuotetaan pääasiassa Varsinais-Suomen hyvinvointialueella (Varha). Asiakkaat ohjautuvat Vasaramäen yksiköiden palveluihin Varhan hankintatiimin ja sosiaalitoimen edustajien toimesta. Päätöksen asiakkaan sijoittamisesta tekee asiakkaan oma sosiaalityöntekijä yhteistyössä Vasaramäen esihenkilöiden kanssa. *Palvelun aloittaminen on kuvattu yksityiskohtaisesti Peltolan Kuntouttavan asumisen prosessikuvauksessa.*

Yhteisöllisen asumisen palveluita sekä kotihoidon ja sosiaaliohjauksen palveluita tuotetaan Vasaramäen yksikön tiloissa lähipalveluna. Tuetun asumisen palveluilta (sisältäen tuetun asumisen sosiaaliohjauksen) tuotetaan osittain etäpalveluina ja osittain lähipalveluna. Asiakkaiden asunnot sijaitsevat kolmessa ryhmäkodissa (Apila) sekä pienkerrostaloissa (Mansikka ja Mustikka). Tuetun asumisen asunnot sijaitsevat Turun alueella. Yhteisinä tiloina ovat avara ruokasali, asukkaiden oleskelutila, aistipuutarha sekä piha-alueet. Ohjaajat ovat paikalla ympäri vuorokauden. Ryhmäkodeissa on mahdollista saada intensiivisempää kuntoutusta ohjaajien ollessa helposti saatavilla ja läsnä asukkaiden arjessa. Asiakaspaikkoja Vasaramäessä on tällä hetkellä (elokuu 2026) varattuna 62, joista 5 tuetussa asumisessa

Vasaramäen palveluita toteuttamaan henkilökuntaan kuuluu 16 lähihoitajaa (joista 2 toimii tiimivastaavina), 3 sairaanhoitajaa (AMK), sosionomi (AMK), toimintaterapeutti (AMK), kuntohoitaja, mielenterveyshoitaja/jalkahoitaja, 2 keittiöhenkilökuntaa, siistiä, sekä 2 kiinteistöhuollon työntekijöitä ja yksikön johtaja (sairaanhoitaja AMK).

Kuntouttavan asumispalvelun tavoitteena on tukea asiakasta oman elämänsä hallinnassa, tarjota sosiaalista osallisuutta sekä tukea ja harjoitella arjessa tarvittavia taitoja. Toiminnan keskiössä on asiakkaan ja omaohjaajan yhteistyö, jossa huomioidaan asiakkaan yksilölliset tarpeet. Jokaiselle asukkaalle laaditaan henkilökohtainen toteuttamissuunnitelma, tavoitteet ja keinot. Jokaiselle asiakkaalle luodaan omia tavoitteita tukeva viikko-ohjelma, jonka toteutumista arvioidaan päivittäin. Tavoitteiden toteutumista seurataan kotikäynneillä sekä arvioidaan kuukausiakatsauksissa. Mittarina asumisen taitojen arvioinnille toimii ASTA. ASTA-arvioinnissa omaohjaaja ja asiakas arvioivat yhdessä, millaisissa asioissa asiakas on omatoiminen ja millaisissa asioissa tarvitsee sanallista tai fyysistä avustamista. Palveluntarve kirjataan asiakkaan suunnitelmaan.

Asiakas saa kokonaisvaltaista tukea mm. läkehoidossa, terveyteen liittyvässä asioinnissa, terveellisessä ravitsemuksessa ja mielekkäässä arjessa ja vapaa-ajassa. Ohjaajat ovat Vasaramäessä tarvittaessa saatavilla ympäri vuorokauden.

Ryhmissä ja tapahtumissa sosiaalisia taitoja harjoitellaan sekä asiakkaita tuetaan osallistumaan mielekkäisiin vapaa-ajan toimintoihin. Asiakkaalla on mahdollisuus osallistua kuntoutus- ja päivätoimintaan oman kiinnostuksesi ja toimintakykyysi mukaisesti, esim. asiakaspalaveriin osallistumalla ja vastaamalla yksikön kyselyihin: ryhmätoimintakysely keväällä ja asiakaskysely syksyllä.



Ryhmätoiminnan lisäksi Vasaramäessä järjestetään tapahtumia, juhlia ja retkiä, ahkeruustöitä sekä vertaistoimintaa. Ahkeruustöihin kuuluu esimerkiksi pienimuotoisia siivous- ja kiinteistönhuoltotehtäviä, joista maksetaan rahallinen korvaus (ns. kannustusraha). Vertaistoiminnassa pääset osallistumaan asukkaiden järjestämään toimintaan, vertaistoiminta voi olla ryhmä- tai yksilömuotoista.

Vasaramäessä kuntouttavan toiminnan tarjonta on laadukasta ja monipuolista.

1.5 Omavalvontasuunnitelman päiväys

Omavalvontasuunnitelma on päivitetty 8/2026. Päivityksen on tehnyt yksikön johtaja Tytti Tuppurainen. Omavalvonnan seuranta tehdään neljän kuukauden välein, seuraava päivitys tarpeen mukaan 12/2026 yksikön johtajan Tytti Tuppuraisen toimesta.

2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako

Omavalvontasuunnitelma kattaa kaikki Vasaramäen yksikössä tarjottavat palvelut (*kuvattu tämän suunnitelman alussa*). Omavalvontasuunnitelma ei julkisena asiakirjana sisällä salassa pidettävää / turvaluokiteltua tietoa. Omavalvontasuunnitelman ajankohtaisin versio ja sen kehittämiskohteet ovat julkisesti saatavilla Peltolan kotisivuilla Vasaramäen yksikön kuvauksen yhteydessä. Omavalvontasuunnitelma toimii työvälineenä, joka ohjaa palveluyksikön henkilöstön käytännön työtä ja toimintaa.

Omavalvontasuunnitelman läpikäyminen on osa Vasaramäen perehdytystä. Lisäksi omavalvontasuunnitelman sisältöjä käsitellään henkilöstöpalaverissa kuukausittain. Ajankohtaisia kehittämiskohteita tai muutoksia tiedotetaan henkilöstöpalaverissa tai tarvittaessa. Viimeisin versio sekä vanhat omavalvontasuunnitelmat ovat tallessa kotisivun lisäksi Peltolan laatujärjestelmässä.

- **Yksikön johtaja:** vastaa omavalvontasuunnitelman laatimisesta **yhteistyössä henkilökunnan kanssa**. Yksikön johtaja vastaa toteutumisen seurannasta, päivittämisestä ja julkaisemisesta. Omavalvontasuunnitelman muutoksista tiedotetaan yksikön johtajan toimesta. Omavalvontasuunnitelma on kaikkien työntekijöiden saatavilla laatujärjestelmässä. Yksikön johtaja hyväksyy omavalvontasuunnitelman.
- **Tiimivastaavat** ohjaavat ja valvovat omavalvonnan toteutumista yhdessä yksikön johtajan kanssa (viikoittaiset palaverit) sekä tukevat muutosten ja kehittämiskohteiden siirtymistä osaksi päivittäistä työtä.



- **Koko Vasaramäen henkilöstö:** Vastaavat omavalvontasuunnitelman käytännön toteuttamisesta päivittäin. Suunnitelmaa arvioidaan vähintään neljän kuukauden välein henkilökunnan palaverissa ja raporteilla sekä kehittämispäivissä. Omavalvontasuunnitelman eri osa-alueita käydään läpi ja muokataan tarpeen mukaan käytäntöä paremmin vastaavaksi.
- **Asukkaat:** Omavalvonnan jatkuva arviointi mm. asukaskyselyn palautteissa sekä asukaspalaverissa keskustellen. Omavalvontasuunnitelma on asukkaiden saatavilla (M3 oleskelutila) ja siihen on lisätty väriä (oranssi) lukemisen helpottamiseksi. Omavalvontasuunnitelma löytyy myös toimintayksikön internetsivulta.
- **Läheiset:** Omavalvonnan arviointi läheisten näkökulmasta, yhteistyöt henkilökunnan kanssa sekä yhteiset tilaisuudet, joissa läheiset antavat toiminnasta suullista palautetta. Omavalvontasuunnitelma on läheisten luettavana toimintayksikön internetsivulla.
- **Yksikön johtaja vastaa omavalvonnan suunnittelusta ja seurannasta** sekä palveluntuottajan valmius- ja jatkuvuudenhallintasuunnitelma yhteistyössä palvelujohtajan ja toimitusjohtajan kanssa, nimi ja yhteystiedot: Tytti Tuppurainen, yksikön johtaja 050 3632065 tytti.tuppurainen@peltola.care
- **Työsuojelun toimintaohjelmasta, pelastussuunnitelmasta, poistumisturvallisuusselvityksestä ja tietoturvasuunnitelmasta** vastaa: palvelujohtaja/työsuojelupäällikkö Riikka Takala riikka.takala@peltola.care
- **Lääkehoitosuunnitelmasta** vastaa yksikön lääkehoidosta vastaava sairaanhoitaja yhteistyössä yksikön johtajan kanssa
- **Keittiöllä erillinen omavalvontasuunnitelma**, josta vastaa Vasaramäen oma kokki yhdessä yksikön johtajan kanssa.

3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat

3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen

- Asiakkaat ohjautuvat Vasaramäen asumisyksikköön hyvinvointialueiden palvelukoordinaattoreiden kautta. Asiakas käy tutustumiskäynnillä yksikössä, jonka jälkeen hän päättää ottaako tarjotun paikan vastaan. Asiakkaan oma sosiaalityöntekijä tekee päätöksen asiakkaan sijoittamisesta yksikköön yhteistyössä yksikön esihenkilöiden kanssa.
- Vuosittaiset Varhan tarkastuskäynnit, LVV:n tarkastukset sekä Turun kaupungin terveystarkastukset
- Vasaramäen yksikön keskeisiä palveluita ja hoitoon pääsyä koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta on kuvattu alla 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
Asiakas ei sovellu yksikköön liikkumisen apuvälineiden vuoksi (esteettömyys)	Lievä	Riittävät esitiedot asiakkaasta ja yksiköstä, yhteistyö ja yksikön tiloista tiedottaminen, asmiskokeilut
Asiakas ei sovellu yksikköön, väärä palvelumuoto	Lievä	Tutustumiskäynnit, asumiskokeilut, esitiedot
Asiakas ei sovellu yksikköön, aktiivinen jatkuva päihteiden käyttö	Kohtalainen	Tutustumiskäynnit, riittävät esitiedot, huolellinen päivittäinen kirjaaminen
Asiakkaan yksikköön siirtyminen toimintakykyyn nähden liian varhaisessa vaiheessa	Kohtalainen	Yhteistyö hoitavan tahon ja sostt. kanssa, riittävät tilanteen kartoitus ja esitiedot, yhteispalaverit
Asiakkaan väkivaltatausta	Kohtalainen	Riittävät esitiedot, henkilöstön koulutus, riskien kartoittaminen ennen muuttoa, suunnitelma miten toimitaan, jos väkivaltaista käytöstä ilmenee asumisen aikana, varoituskäytännöt

3.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen

3.2.1 Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi

- Asiakkailla on mahdollisuus muuttaa väliaikaisesti tai pysyvästi Peltolan palveluyksiköiden välillä (Vasaramäki, Koivula ja Merituuli), jos heidän toimintakyvyssä/kuntoutumisessa tapahtuu sellaisia muutoksia, että toinen yksikkö pystyy asiakkaan tarpeisiin paremmin vastaamaan.
- Asiakkaan omaa sosiaalityöntekijää tiedotetaan vähintään kerran kuukaudessa asiakkaan asioihin liittyen (kirjalliset kuukausikatsaukset). Lisäksi tiedotetaan ajankohtaisesti asiakkaan voinnissa tapahtuvat muutokset. Asiakkaan voimassa oleva toteuttamissuunnitelma sekä ASTA-arviointi toimitetaan sosiaalitoimeen päivityksen yhteydessä. Asiakassuunnitelma päivitetään tarpeen mukaan sosiaalityöntekijän toimesta, samalla varmistetaan asiakkaan saamien palveluiden ajankohtaisuus ja riittävyys.
- Asiakkaan kuntoutumiseen osallistuvat myös muut hänen hoitoonsa kuuluvat työntekijät jotka eivät työskentele Vasaramäessä (mm. lääkärit, psyk.sairaanhoitajat, toimintaterapeutit, psykoterapeutit). Heidän kanssaan tehdään säännöllistä yhteistyötä asiakkaan kuntoutumiseen liittyen asiakkaan luvalla. Yhteistyötä omaisten ja läheisten kanssa tehdään vastaavasti asiakkaan luvalla. Tietoja asiakkaasta luovutetaan vain asiakkaan luvalla



3.2.2 Valmius- ja jatkuvuudenhallinta

Palveluyksikön valmius- ja jatkuvuudenhallinnasta sekä valmius- ja jatkuvuussuunnitelmasta vastaavan henkilön nimi, tehtävänimike ja yhteystiedot: **Riikka Takala, palvelujohtaja 0400 22550**

- Valmius- ja jatkuvuudenhallinnasta on erilliset ohjeet, jotka löytyvät laatujärjestelmästä (esim. ”henkilöstövajeen sattuessa”, ”sähkökatko-ohjeistus”, ”palo- ja pelastussuunnitelma, Vasaramäki”). Valmius- ja jatkuvuudenhallinnan päätavoite on, että erilaisista poikkeustilanteista huolimatta yksikössä toteutuvat asiakkaiden turvallinen asuminen, ruokahuolto, lääkehoito. Yksikössä tulee aina olla paikalla joku henkilökunnasta.
- Vasaramäessä on sovittu tietty sijais- sekä hälytysrahajärjestelmä. Yksikön johtaja tekee yhteistyötä työterveyden kanssa ja tiimivastaava käy tarpeen mukaan varhaisentuen keskustelut, joka neljäs kuukausi henkilökunnan poissaoloihin liittyen.
- 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
Työtaisteluista johtuva henkilöstöressurssien puute	Kohtalainen	Yksintyöskentely- ja henkilöstövajeen sattuessa ohjeistus Johtoryhmän valmius toimia työvuoroissa
Pandemiasta johtuva henkilöstöressurssien puute	Lievä	Yhteistyö hyvinvointialueen hygienian yhdyshenkilön ja työterveyden kanssa, nopea reagointi pandemian aikana
Kausi-infektioista johtuvat henkilökunnan poissaolot	Kohtalainen	Yhteistyö työterveyden kanssa, rokotusten järjestäminen työajalla, riittävä määrä sijaisia käytettävissä
Toimintaympäristön muuttuminen: tulipalo, sähkökatko, rakennukseen liittyvä muu vaurio	Lievä	Ohjeet vaaratilanteisiin löytyvät laatujärjestelmästä, säännölliset alkusammutuskoulutukset ja pelastusharjoitukset, hätäensiapu, sähkökatkoon varautuminen
Tietotokeniikkaan liittyvät muutokset: Potilastietojärjestelmän kaatuminen	Kohtalainen	Kirjaamisen ohjeet, jotka löytyvät toimistosta It-tuki
Tietojärjestelmään kohdistuvat hyökkäykset	Lievä	It-Tuki, säännölliset päivitykset, virusturvaohjelmat, henkilöstön tietoturvaosaamisen ylläpitäminen

3.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen

3.3.1 Palveluiden laadulliset edellytykset

Kuntouttavan asumispalvelu:

- Laatuvaatimuksena on tuottaa laadukasta asumispalvelua mielenterveyskuntoutujille. Laadun varmistamiseksi asumispalveluprosessi työohjeineen ja tuotekuvauksineen on kuvattu laatujärjestelmässä (Profile). Kuntouttavan asumispalvelun prosessikuvauksessa kuvataan asiakkaan näkökulmasta asumispalvelun toteutuminen kokonaisuudessaan.



- Asiakastyytyväisyyskysely kerran vuodessa, ryhmätoimintakysely kerran vuodessa, asukaskokoukset kuukausittain ja jatkuvan palautteenannon mahdollisuus.
- Asukkaita muistutetaan toteuttamissuunnitelmien yhteydessä eli vähintään puolivuositain tiedonsaantioikeuksistaan, osallisuudesta omaan hoitoonsa ja itsemääräämisoikeudestaan.
- Palvelun laadun mittareina asiakasnäkökulmasta henkilökohtainen toteuttamissuunnitelma (tavoitteiden toteutuminen), viikko-ohjelma, hoitopäivät sekä ASTA-arviointi. Elämänlaatua mitataan toteuttamissuunnitelman yhteydessä asiakkaan itsearvioinnilla 1-10.
- Yhteistyö eri toimijoiden välillä, palautteen pyytäminen
- Palvelukokonaisuuden jatkuvuus
- Toimintakyvyn mittarit: Kevyempään palveluun siirtyminen (kuinka moni asiakas siirtyy kevyempään palvelumuotoon). Asumisen vaiheistus Peltolassa vahvimasta tukimuodosta alkaen: Ympäri vuorokautinen palveluasuminen (Koivula ja Merituuli) -> yhteisöllinen asuminen (kaikki Peltolan asumisyksiköt) -> tuettu asuminen (Vasaramäki ja Koivula) -> itsenäinen asuminen.

Henkilöstö:

- Laadun varmistamiseksi henkilöstöprosessi on kuvattu laatujärjestelmässä (Profile).
- Henkilöstörakenteen pohjana toimii Avin (LVV) rekisteröintipäätös sekä palvelusopimus hyvinvointialueen kanssa. Yksikön johtaja arvioi riittävän henkilöstömäärän laadun ja turvallisuuden takaamiseksi. Ammattioikeudet varmistetaan JulkiTerhikistä. Lähihoitajilta toivotaan osaamisalan painottumista mielenterveys- ja päihdetyön osaamisalaan.
- Yksikön johtaja huolehtii henkilöstön riittävästä koulutuksesta ja osaamisesta. Koulutussuunnitelma kuvataan vuosittain Työyhteisön kehittämissuunnitelmassa.
- Työhyvinvointi ja jaksaminen: Henkilöstön kanssa käydään kehitys/osaamiskeskustelut ja minikeskustelut vuosittain. Mittarit: Sairauspoissaolojen seuranta ja varhaisen tuen keskustelut. Työtyytyväisyyskyselyt.
- Läheltä piti ja poikkeamat: Kirjataan laatujärjestämä Profileen. Poikkeamien käsittely kuukausittain henkilökuntapalavereissa
- Työturvallisuuteen liittyvät mittarit:
 - Vaarojen ja haittojen jatkuva arviointi



- Turvallisuuskävely vuosittain
- Sisäinen auditointi kerran vuodessa

Keskeisimmät toimintaa ohjaavat lait:

- *Sosiaalihuoltolaki*
- *Sote-valvontalaki*
- *Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista*
- *Asiakastietolaki*
- *Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä*
- *Terveystieteiden huoltolaki*

Vastuut:

- Yksikön johtaja vastaa riskien hallinnasta yhdessä työsuojelutoimikunnan kanssa ja koko henkilökunnan kanssa. Yksikön jokaisella työntekijällä on vastuu turvallisuusohjeiden tuntemuksesta (perehdytysvaiheessa sekä vuotuisesti)
- Vaarojen ja haittojen jatkuva arviointi toteutetaan kuukausittain (työsuojelutoimikunnan eli työsuojeluvaltuutetun ja -päällikön johtama jatkuva prosessi)
- Poikkeamien (läheltä piti- sekä vaara- ja haittatilanteet) kirjaaminen laatujärjestelmään jokaisen työntekijän toimesta (ohjeistus ja jatkuva muistutus tiimivastaavalta ja yksikön johtajalta), syntyneiden poikkeamien käsittely henkilöstöpalavereissa kuukausittain yksikön johtajan toimesta ja ennaltaehkäisevien sekä korjaavien toimenpiteiden pohtiminen yhteisesti koko työyhteisön kesken viikkoraporteilla ja henkilöstöpalavereissa.
- Poikkeavissa tilanteissa (kuten väkivallan uhka tai välivaltatilanne) tapahtumien purku samana tai viimeistään seuraavana työpäivänä ja poikkeamaraportoinnin mukainen käsittely. Mikäli yksikön johtaja tai tiimivastaava eivät ole paikalla, tiimi purkaa tapahtuman keskenään. Purku esihenkilön kanssa seuraavana mahdollisena ajankohtana.
- Tilojen ja välineiden arviointi vuosittain sekä poikkeamista tiedottaminen koko työyhteisölle ja asukkaille yksikön johtajan toimesta.
- Henkilöstömitoituksen jatkuva seuranta yksikön johtajan toimesta, vähintään puolivuositteittain ja aina henkilöstömuutoksien tai asukkaan muuton yhteydessä.
- Turvallisuuteen liittyvää keskustelua ylläpidetään tiimivastaavan ja yksikönjohtajan sekä työsuojeluvaltuutetun toimesta.
- Asuntojen sekä yhteisten tilojen esteettömyyttä ja soveltuvuutta arvioidaan yksikön



johtajan sekä tiimivastaavan toimesta. Muu henkilökunta osallistuu ympäristön muokkaukseen (esimerkiksi havainnot toimimattomista yleisistä tiloista) ja havainnointiin (esimerkiksi kirjaukset mahdollisista kaatumisista, joilla tekemistä ympäristön ja tilojen kanssa).

Digitaaliset ja etänä annettavat palvelut:

- **Tietoturvasuunnitelma** ohjaa digitaalisten palveluiden käyttö
- Tietosuojaselosteet ulkoisilta tuottajilta (esim. ohjelmistot) saatavilla pyydettyäessä
- Asiakkaalta pyydetään aina ennen muuttoa asiakastietojen luovutus sopimus, johon asiakas määrittelee kenelle hänen tietojensa saa luovuttaa.
- Salattua sähköpostia käytetään aina asiakastietojen lähettämisessä yhteistyötahoille.
- Teams - yhteyttä käytetään etäpalavereiden pitoon tarvittaessa.
- Asiakas voi viestiä ohjaajille halutessaan puhelimen viestitoimintojen kautta.

3.3.2 Toimitilat ja välineet

- Kaikille yhteisinä tiloina ryhmäkodeissa olohuoneet, pienkerrostalot hyödyntävät toisen ryhmäkodin alakerrassa sijaitsevaa oleskelutilaa. Piha-alueet ovat kaikkien käytössä. Ruokasali käytössä ruokailuaikoina sekä toisinaan ryhmien ja tapahtumien yhteydessä.

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.

- Ilmanvaihtokanavien putsaus vuosittain taloyhtiön toimesta. Lämpötilojen sekä ilmanlaadun seuranta (mittari) ja vikailmoitukset kiinteistöhuollolle.

Toimitiloille tehty tarkastukset sekä myönnetty viranomaishyväksynät ja luvat (esim. klinisen mikrobiologian ja Säteilyturvakeskuksen myöntämät luvat) päivämäärineen. Kuvauksessa on otettava huomioon toimitilojen omavalvonnan kannalta keskeiset havainnot, jotka ovat käyneet ilmi tarkastuksissa ja hyväksynnöissä.

- **Varhan valvontakäynti 6/2025**
 - Ohjausta omavalvontasuunnitelman päivittämiseen monelta osin.
 - Ohjausta lääkehoitosuunnitelman kehittämiseen.

Toimitiloihin ja välineisiin liittyviä riskejä:

- Keittiöön pääsy, ovien jäädessä auki. Ohjaajien toimiston oven jääminen auki, jossa on asukas- sekä henkilöstötietoja.



- Hallintakeinoina on ovien lukitseminen aina, kun toimistoon tai keittiöön ei jää ketään henkilökuntaan kuuluvaa. Kaikki terävien esineiden (sakset, veitset) säilytys lukitussa tilassa. Keittiön ovea pidetään ainoastaan auki silloin, kuin on ruoka-aika.
- Asiakaskäynneille mennään ennakolta tiedotettuina ajankohtina, kunnioitetaan asiakkaan yksityisyyttä käynneille mentäessä. Asiakkaan asuntoon ei mennä omilla avaimilla asiakkaan tietämättä.

Huolto:

- Huolloista ja sen puutteista vastaavat Vasaramäen tukitoimihenkilö ja kiinteistötyöntekijä sekä TVT-asuntojen taloyhtiö.
- Kiinteistöhuollolle ilmoitetaan havaituista epäkohdista mm. valaistukseen, palohälytysjärjestelmiin, lämmitykseen, ilmalaatuun ja lukkoihin liittyvissä asioissa. Kiinteistöhuolto hoitaa työt oman aikataulun mukaisesti. Kiinteistön omistajalta kysytään tarvittaessa kiinteistöön liittyvien isompien muutostöiden toteuttamista.
- Kiinteistötyöntekijä ja tukitoimihenkilö hoitavat ryhmäkotien kiinteistöihin liittyvät muut huollot, kuten astianpesukoneen/uunin, pyykinpesukoneiden huollot.

Välineet ja laitteet:

- Välineet ja laitteet tarkastetaan säännöllisesti (vähintään puolen vuoden välein). Poikkeamat ja turvallisuusriskit käsitellään kuukausittain. Henkilökuntaa muistutetaan säännöllisesti, vähintään kerran kuukaudessa läheltä piti tilanteiden ja poikkeamien teosta (jatkuva kehittämiskohde).

Toimitilat:

- Asukashuoneet tarkastetaan säännöllisesti, kotikäyntien yhteydessä. Asukkaita informoidaan paloturvallisuudesta ja huoneissa pitää olla esteetön kulku yhteisiin tiloihin. Yhteiset tilat pidetään esteettöminä sekä siisteydestä huolehditaan päivittäin.

3.3.3 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuojaja

- Tietojen käsittelystä ja tietosuojasta vastaa Riikka Takala, palvelujohtaja/tietosuojavastaava riikka.takala@peltola.care

EU:n yleinen tietosuojasetus ((EU) 2016/679) ja tietosuojalaki (1050/2018):

- Tietoturvasuunnitelmassa on kuvattu kattavasti tietojen käsittelyyn liittyvät asiat Peltolan yksiköissä.



- Tietoja käsitellään lakisääteisen tehtävän perusteella. Asiakkaita informoidaan tietojen käsittelystä selkeästi. Tietoja käytetään vain siihen tarkoitukseen, johon ne on kerätty. Kerätään vain tarpeellinen tieto palvelun tuottamiseksi. Tietosuoja-asetus on osa työsopimuksen liitteenä olevaa salassapitosopimusta.
 - Ohjeet ja käytännöt (esim. tietosuojakäytännöt, salassapito, asiakastietojen käsittely) ovat kirjallisesti dokumentoitu ja saatavilla sähköisessä muodossa Profilesta / ohjekansiosta.
- Tietosuojavastaava huolehtii, että ohjeistukset tarkistetaan ja päivitetään säännöllisesti, erityisesti lainsäädännön, toimintatapojen tai järjestelmien muuttuessa.
- Tietoturvakoulutus pidetään neljän kuukauden välein henkilökunnalle henkilökuntapalaverissa.

Henkilöstön tietosuojasaaminen:

- Tietoturva-asioita käsitellään henkilökunnan alkuperehdytyksessä sekä neljän kuukauden välein henkilökuntapalaverissa (tietosuojavastaavan info). Tietoturva poikkeamat käydään läpi joka kuukausi henkilökuntapalaverissa.
- Kirjaamisen ohjeet ja ajantasaiset asiakastietojen käsittelyä koskevat ohjeet löytyvät toimistosta tulostettuna sekä laatujärjestelmä Profilesta.
- **Vasaramäessä asukas voi katsella hänestä tehtyjä kirjauksia yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa.** Kirjauksien lukemiseen varataan rauhallinen yhteinen aika, joka sovitaan tiimivastaavan kautta. Varsinaiset tietopyynnot ja asiakirjojen luovutukset voidaan tehdä vain rekisterin pitäjän kautta eli tällöin asukkaan tulee asioida sähköisesti tai tehdä kirjallinen ja omakätisesti allekirjoitettu asiakirjapyyntö oman hyvinvointialueen kirjaamoon. Varsinais-Suomen hyvinvointialueen asiakirjahallinnon neuvonnan palvelunumero on p. 02 – 313 2989, palveluajat ma-pe klo 9 – 15.

Asiakastietojärjestelmä:

- **Asiakastietojärjestelmä on Hilikka** (*myneva.hilkka-asiakastietojärjestelmä*)
- Järjestelmään kirjataan asiakastietoja Peltolan kirjaamisohjeen mukaisesti. Asiakkaan tietoja ei erikseen arkistoida.
- Kaikki asiakkaan asiakirjat ovat sähköisessä muodossa Hilkassa eikä niitä tulostetan kansioihin. Mahdolliset paperiset esitiedot säilytetään lukollisessa kaapissa.
- Yksikön johtaja tai tiimivastaava antaa käyttöoikeudet asiakastietojärjestelmään työntekijöille työsuhteen alkaessa.
- **Käyttöoikeuksien rajataan** roolin mukaan: työntekijöillä on pääsy vain niihin tietoihin, jotka ovat tarpeen työn suorittamiseen. Työntekijälle kerrotaan, mitä tietoja hänen on oikeus tarkastella.
- Yksikön johtaja sekä tiimivastaava seuraavat kirjauksia päivittäin ja seuraavat, että laadittuja ohjeita kirjauksista sekä viranomaismääräyksiä noudatetaan.



3.3.4 Tietojärjestelmät ja teknologian käyttö

- Kaikki käytössä olevat tietojärjestelmät on kuvattu Peltolan tietoturvasuunnitelmassa
- Asiakastietojärjestelmänä käytetään Myneva.hilkka 2.0 järjestelmää, joka löytyy LVV:n Astroi tietojärjestelmärekisteristä.
- Uudet työntekijät saavat perehdytyksen tietojärjestelmän käyttöön. Koko henkilökuntaa koulutetaan tarpeen mukaan asiakastietojärjestelmän käytössä.
- Tietosuojavastaava vastaa tietoturvasuunnitelman laadinnasta ja päivittämisessä. Tietoturvasuunnitelma on laadittu 3/25.
- Rekisterinpitäjän tehtävät ja vastuut (esim. tietojen käsittelyn peruste, säilytysaika, tiedonsaantioikeudet) on määritelty kirjallisesti ja viestitty henkilöstölle.
- **Koulutus:** Henkilöstö koulutetaan tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvissä kysymyksissä.
- **Tietosuojakäytännöt:** saatavilla tietosuojaselosteet, rekisteriselosteet ja menettelyt asiakkaiden oikeuksien toteuttamiseen (esim. tarkastusoikeus, oikaisupyyntö).
- **Tietoturvakäytännöt:** Henkilötietojen tekninen suojaus (mm. salaukset, käyttöoikeudet) on asianmukaisesti toteutettu.
- **Valvonta ja auditointi:** Toimintaa valvotaan sisäisesti ja tarvittaessa ulkoisesti.
- Peltolassa on nimetty **tietoturva- ja tietosuojavastaava**, joka vastaa ilmoitusprosessin käynnistämisestä.
- Käytössä on **selkeä toimintamalli, prosessikuvaus**, joka määrittää, miten havaittu poikkeama tai häiriö käsitellään, dokumentoidaan ja ilmoitetaan.

Seuranta ja häiriöiden tunnistaminen:

- Tietojärjestelmien ja verkkojen käyttöä seurataan aktiivisesti (lokit, valvontajärjestelmät), tietoturvavastaavan ja yksikön johtajan toimesta.
- Henkilöstö on koulutettu **tunnistamaan ja ilmoittamaan poikkeamista ja uhkista**.

Ilmoittaminen viranomaisille:

- **Ilmoitus tehdään viipymättä** LVV:lle ja THL:lle, kuten laissa säädetään

Koulutus:

Huomioidaan THL:n ja LVV:n määrittelemiä vaatimuksia asiakastietojärjestelmille (Kanta-yhteensopivuus, CE-merkinnät, tietoturvavaatimukset)

Johtoryhmä sekä It- tuki (Tietopartio) arvioivat teknologian käytön mahdolliset riskit asiakasturvallisuuden ja tietosuojan näkökulmasta. Tietoturva-auditoinnit ja -selvitykset (esim. lokiseuranta, käyttäjäoikeuksien hallinta).



Käyttöoikeuksien rajaus roolin mukaan: työntekijöillä on pääsy vain niihin tietoihin, jotka ovat tarpeen työn suorittamiseen. työntekijöille järjestetään perehdytyskoulutus tietojärjestelmiin. Henkilökunnalla on käytössä It-tuki (Tietopartio)

Osaamisen ylläpito: Päivitetään koulutuksia ohjelmistopäivitysten ja muutosten myötä.

Käytön seuranta: Seurataan käyttöä ja puututaan virheellisiin toimintatapoihin (sisäiset auditoinnit tai havainnointi).

Varautuminen teknologian vikatilanteisiin ja pitkiin huoltoviiveisiin:

Teknologian vikatilanteisiin ja huoltoviiveisiin löytyy ohjeistukset laatujärjestelmä Profilesta.

Asiakkaan käyttöopastus

- Teknologian käytössä noudatetaan asiakastietolakia, tietosuoja-asetusta (GDPR) ja Hoitokoti Peltolan tietoturvakäytäntöjä. Asiakkaan tiedot käsitellään vain tarpeellisilta osin, ja käyttöoikeudet rajataan.
- Asiakkaalla on mahdollisuus saada apua teknologiassa ilmenneisiin ongelmiin henkilökunnalta.

Asiakassuostumus

- Itsemääräämisoikeuden mukaisesti asiakas voi kieltäytyä teknologian käytöstä. palveluntuottajan velvollisuus on tällöin tarjota vaihtoehtoinen toimintatapa, jos mahdollista.
- Asiakasta informoidaan aina suullisesti mitä tietoja hänestä kerätään ja mihin niitä käytetään ja luovutetaan.

3.3.5 Infektioiden torjunta ja yleiset hygieniakäytännöt

- Erilaiset ylä- ja alahengitysteiden infektiot kirjataan ja tilastoidaan vuosittain. Käytössä on infektioiden seurantalista. Infektioita ovat esim. kuten flunssa, influenssa, muut virusperäiset taudit sekä infektiosta johtuvat oksentelu ja ripuli.
- Käsihuuhdetta löytyy yleisistä tiloista, ruokasalista sekä henkilökunnan tiloista
- Laatuvaatimuksina siivoukseen liittyvän viikko-ohjelman toteutuminen (wc-tilojen tarkistuslistat), yhteisvastuu mikäli puutteita huomataan, infektioiden seuranta ja niihin liittyvät tarkentavat ohjeistukset henkilökunnalle ja asiakkaille mahdollisimman nopeasti.
- Asumispalvelu on mahdollista toteuttaa kokonaisuudessaan asukkaan kotiin, siten ettei asukas viettä infektion aikana aikaa yhteisissä tiloissa (tartuntariskin minimointi).
- Ryhmiä ja tapahtumia perutaan tarvittaessa



- **Hoitoon liittyvällä infektiolla** tarkoitetaan infektiota, joka ilmaantuu sairaalassa tai muussa hoitopaikassa tai liittyy niissä tehtyyn toimenpiteeseen. Yleisimpiä tällaisia infektioita on keuhkokuume, virtsatieinfektio, leikkausalueen infektio, sepsis, ripuli.
- **Lääkehoidosta vastaava sairaanhoitaja toimii yksikön hygieniayhdyshenkilönä.**
 - Yksikössä on kirjalliset infektioiden torjuntaohjeet, jotka pohjautuvat THL:n ja alueellisen hyvinvointialueen ohjeisiin.
 - Ohjeet päivitetään säännöllisesti, vähintään kerran vuodessa tai aina, kun kansalliset tai alueelliset suositukset muuttuvat.
 - Päivityksistä vastaa lääkehoidosta vastaava sairaanhoitaja

Koulutus:

- Jokainen työntekijä perehdytetään infektioiden torjunnan perusasioihin työsuhteen alussa.
 - perehdytykseen sisältyvät tavanomaiset varotoimet (käsihygieniä, suojakäsineiden ja -vaatteiden käyttö, yskimishygieniä, jätteiden ja pyykin käsittely) sekä lisävarotoimet (kosketus-, pisara- ja ilmatartuntavarotoimet).
 - Henkilökunta saa säännöllistä täydennyskoulutusta, esimerkiksi vähintään kerran vuodessa tai aina, kun ohjeistuksia päivitetään (esim. epidemioiden yhteydessä).
 - Koulutusten toteutuksesta ja dokumentoinnista vastaa esihenkilö
 - Henkilöstön käytössä on aina ajantasaiset infektioiden ehkäisy- ja torjuntaohjeet, jotka pohjautuvat THL:n, hyvinvointialueen ja valtakunnallisten suositusten mukaisiin linjauksiin.
 - Ohjeet ovat helposti saatavilla sähköisesti ja paperiversioina työtiloissa.
 - Muutoksista ja päivityksistä tiedotetaan henkilökunnalle välittömästi.
- Esihenkilö, sairaanhoitaja seuraa käytännön työssä hygieniakäytäntöjen toteutumista (esim. käsihygieniä, suojainten käyttö, siivouskäytännöt, jätteiden käsittely).
- Havainnointia tehdään säännöllisesti ja myös osana päivittäistä esihenkilötyötä.
- **Poikkeamat ja kehittämistarpeet** käsitellään työpalaverissa ja korjaavat toimenpiteet toteutetaan viipymättä.
- Infektion torjuntaa koskevissa asioissa työntekijät voivat ottaa yhteyttä yksikön esihenkilöihin tai sairaanhoitajaan

Siivouksen omavalvontaohjeet: Siivousohjelma tallennettu Profileen, lisäksi yksittäisiä työohjeita esim. infektioihin, lattianpesuun ym.

3.3.6 Lääkehoitosuunnitelma

- Yksikön lääkehoitosuunnitelma on päivitetty 03/2026.



- Lääkehoitosuunnitelman laatimisesta ja päivittämisestä vastaa sairaanhoitaja Pauliina Plosila pauliina.plosila@peltola.care.
- Lääkehoidon asianmukaisuudesta ja lääkehoitosuunnitelman toteutumisesta ja seurannasta palveluyksikössä vastaavat sairaanhoitaja Pauliina Plosila ja yksikön johtaja Tytti Tuppurainen.
- Lääkehoitosuunnitelmassa on kuvattu mm. miten lääkähoidon osaaminen varmistetaan, millaiset lääkelupakäytännöt yksikössä on, miten lääkkeiden tai rokotteiden haittavaikutusilmoitus tehdään palveluyksikössä sekä millaiset toimintamallit yksikössä on lääkevarkauksien varalta.

3.3.7 Lääkinnälliset laitteet

- Lääkinnällisistä laitteista vastaavat yksikön johtaja Tytti Tuppurainen tytti.tuppurainen@peltola.care ja sairaanhoitaja Pauliina Plosila pauliina.plosila@peltola.care.
- Henkilöstön osaaminen varmistetaan perehdytysvaiheessa sekä myöhemmin koulutuksilla. Ohjeisiin pyydetään tarvittaessa lukukuittaukset
- Lääkinnällisen laitteen asentaa, huoltaa ja korjaa vain henkilö, jolla on tarvittava ammattitaito ja asiantuntemus. Sairaanhoitaja tarkistaa laitteet säännöllisesti ja tarvittaessa. Kalibrointi kalenteroitu
- Lääkinnällisen laitteen tunnistetaan yksilöllisten tunnisteen kuten sarjanumeron tai UDI-tunnisteen avulla.
- Rikkoutuneista tai viallisista laitteista kirjataan ja tiedotetaan sairaanhoidon tiimiä. Yksikön sairaanhoitaja tekee ilmoituksen rikkoontuneista tai viallisista laitteista.

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
Väkivallan uhka fyysinen	Kohtalainen	Henkilöstön koulutus, riskien minimointi (ennakointi tilanteisiin), suunnitelma miten toimitaan jos väkivaltaista käytöstä ilmenee asumisen aikana, varoituskäytännöt, huolellinen kirjaaminen
Pihan liukkaus talvella	Suuri	Hiekoitussäkkien ja lumilapioiden saatavilla olo, kiinteistötyöntekijöiden ennakkoiva toiminta
Ulkopuolinen uhka	Lievä	ovet lukkoon öisin, turvallisuus ohjeet
Lääkitysturvallisuus	Kohtalainen	Lääkepoikkeamien seuranta ja korjaustoimenpiteet, säännölliset koulutukset, lääkelupien voimassaolot
Asiakasturvallisuus	Kohtalainen	Tapaturmien seuranta, turvasuunnitelmien teko, koulutukset

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.

Henkilöstön määrä:

- Vasaramäen palveluita toteuttamaan henkilökuntaan kuuluu 16 lähihoitajaa (joista 2 toimii tiimivastaavina), 3 sairaanhoitajaa, sosionomi, toimintaterapeutti, kuntahoitaja, mielenterveyshoitaja/jalkahoitaja, 2 keittiöhenkilökuntaa, siistijä sekä 2 kiinteistöhuollon työntekijöitä ja yksikön johtaja.
- Henkilöstöä työskentelee aamu-, väli-, ilta- ja yövuorossa. Jokaiselle työvuorolle on laadittu työvuoro-ohjeet ja yksikön johtaja varmistaa listasuunnittelussa, että jokaiselle vuorolle on tekijä. Poissaolojen sattuessa tiimivastaavat tai töissä olevat työntekijät huolehtivat sijaisjärjestelyistä.
- Vakituksia lääkeluvallisia sijaisia käytetään tarpeen mukaan. Vuokratyövoimaa tai alihankintana toteutettua työvoimaa ei ole tarpeen käyttää.

Rekrytointitarve:

- Yksikön johtaja seuraa mitoituksen määrää ja huolehtii oikeasta mitoituksesta.



- Henkilöstön ammattioikeudet tarkistetaan JulkiTerhikistä/Suosikista rekrytointivaiheessa ja sen jälkeen henkilöstölistan päivityksen yhteydessä ja kerran vuodessa

Osaamisen varmistaminen:

- Henkilöstön koulutus ja osaaminen varmistetaan aina ennen työntekijän aloittamista yksikössä samoin kuin riittävä kielitaito
- Työntekijän perehdytys aloittaessa sekä jatkuva perehdytys. Ammattitaitoa pidetään yllä erilaisilla koulutuksilla, jotka suunnitellaan vuosittain.
- Esihenkilöt seuraavat henkilöstön työskentelyä ja laadun mittareita ja tarvittaessa puututaan epäkohtiin.
- Henkilöstöllä on jatkuvan palautteen mahdollisuus. Henkilökunnan osaamiskeskustelut 1 x vuodessa, työhyvinvointikysely 1x vuodessa. Raportit ja henkilökuntapalaverit 1-4x/kk. Palautetta hyödynnetään kehittämiseen.

Opiskelija työntekijänä:

- Yksikön johtaja tarkistaa opiskelijoiden opintosuoritukset. Lähihoitajaopiskelijalla tulee olla 60osp suoritettuna, jotta hän voi toimia Peltolassa sijaisena. Loppuvaiheen opiskelijalle voidaan myöntää lääkeluvat, jolloin hän suorittaa lääkenäytön sairaanhoitajalle.
 - Opiskelijan ohjaus ja valvonta on koko henkilöstön vastuulla. Vakituinen henkilöstö tiedottaa yksikön johtajaa/ tiimivastaavaa, jos ilmenee opiskelijan työskentelyssä poikkeavaa.

Riskien hallinta:

- Riskienhallintaan löytyy ohjeistukset laatujärjestelmä Profilesta. Riskitilanteita käsitellään raportilla/henkilökuntapalaverissa. Poikkeamat käsitellään kuukausittain, jolloin kerrataan, miten eri tilanteissa toimitaan.
- ”Henkilöstövajeen sattuessa” sekä ”Yksintyöskentelyohjeet” löytyvät Profile-laaturjärjestelmästä.
- Yksikön turvallisuusohjeiden tuntemus varmistetaan (perehdytysvaiheessa sekä vuotuisesti), vastuu myös jokaisella työntekijällä
- Poikkeamien (läheltä piti) kirjaaminen laatujärjestelmään jokaisen työntekijän toimesta (ohjeistus ja jatkuva muistutus tiimivastaavalta ja yksikön johtajalta), syntyneiden poikkeamien käsittely henkilöstöpalaverissa kuukausittain yksikön johtajan toimesta ja ennaltaehkäisevien sekä korjaavien toimenpiteiden pohtiminen yhteisesti koko työyhteisön kesken viikkoraporteilla ja henkilöstöpalaverissa.
- Tilojen ja välineiden arviointi vuosittain (esimiehet ja tukitoimihenkilö) sekä poikkeamista tiedottaminen koko työyhteisölle ja asukkaille yksikön johtajan toimesta.

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



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

Tunnistettu riski	Riskin arviointi (suuruus ja vaikutus)	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Henkilöstömitoituksen muuttuminen (sairauslomat)	Kohtalainen	Varhaisentuen malli Työterveys, oma sijaispooli
Osaamisen puutteet	Lievä	Sisäiset ja ulkoiset koulutukset
Perehdytys	Lievä	Perehdytysuunnitelma
Henkilöstön vaihtuvuus	Kohtalainen	Henkilöstön huomiointi, säännölliset kokoukset, kehittämispäivät
Henkilöstön kuormitus ja jaksaminen	Kohtalainen	Työterveys, kehityskeskustelut, johtamisen kehittäminen, säännöllinen palautteen pyytäminen

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

- Vasaramäen asiakkaan tai potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamiseksi laadituista suunnitelmista ja ohjeista vastaa yksikön johtaja Tytti Tuppurainen 050 3632065 tytti.tuppurainen@peltola.care
- Alueen sosiaaliasiavastaavan tehtävät ja yhteystiedot
 - Asiakas voi ottaa yhteyttä sosiaaliasiavastaavaan, jos on tyytymätön sosiaalihuollon tai varhaiskasvatuksen palveluun tai kohteluun.
 - Sosiaaliasiavastaava neuvoa asiakkaita asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (sosiaalihuollon asiakaslaki) ja varhaiskasvatuslain soveltamiseen liittyvissä asioissa. Sosiaaliasiavastaava neuvoa ja tarvittaessa avustaa asiakasta tai asiakkaan laillista edustajaa, omaista tai muuta läheistä sosiaalihuollon asiakaslain tai varhaiskasvatuslain mukaisen muistutuksen tekemisessä.
 - Sosiaaliasiavastaavan tehtävänä on myös neuvoa, miten kantelu oikaisuvaatimus, valitus, vahingonkorvausvaatimus tai muu asiakkaan sosiaalihuollon tai varhaiskasvatuksen oikeusturvaan liittyvä asia voidaan panna vireille toimivaltaisessa viranomaisessa.
 - Sosiaaliasiavastaava on puolueeton henkilö, joka neuvoa, miten asiakas voi toimia. Sosiaaliasiavastaava ei tee päätöksiä tai myönnä etuuksia. Sosiaaliasiavastaavan toimivaltaan ei sisälly Kelan etuuksiin, työttömyysturvaan, eläkkeisiin tai edunvalvontaan liittyvät asiat.
 - Sosiaaliasiavastaavatoimintaa ohjaa laki potilasasiavastaavista ja sosiaaliasiavastaavista (739/2023).
 - Sosiaaliasiavastaavan tavoittaa puhelimitse puhelinaikana. Puhelimeen vastaa vuorossa oleva sosiaaliasiavastaava. Varhan Sosiaaliasiavastaavien puhelinaika: ma-pe klo 10-12 ja 13-15 Puhelin: 02 313 2399



- Yhteydenottopyynnön voi lähettää myös sähköpostilla tietoturallinen sähköposti <https://www.suomi.fi/viestit> tai sosiaaliasiavastaava@varha.fi
- Alueen potilasasiavastaavan tehtävät ja yhteystiedot
Sosiaali- ja potilasasiavastaavien toiminnasta vastaa se hyvinvointialue, minkä alueella palvelua tuotetaan.
 - Jos asiakas on tyytymätön terveydenhuollon palveluun, hoitoon tai kohteluun, hän voi olla yhteydessä potilasasiavastaavaan.
 - Potilasasiavastaava neuvoa potilaita potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (potilaslain) soveltamiseen liittyvissä asioissa. Potilasasiavastaava neuvoa ja tarvittaessa avustaa potilasta tai potilaan laillista edustajaa, omaista tai muuta läheistä terveydenhuoltoa koskevan muistutuksen tekemisessä.
 - Potilasasiavastaavan tehtävänä on myös neuvoa, miten esimerkiksi:
 - kantelu
 - oikaisuvaatimus
 - valitus
 - vahingonkorvausvaatimus
 - potilas- tai lääkevahinkoa koskeva korvausvaatimus
 - muu potilaan terveydenhuollon oikeusturvaan liittyvä asia voidaan panna vireille toimivaltaisessa viranomaisessa.
 - Varhan Potilasasiavastaavien puhelinaika: ma-pe klo 8-15.30 Puhelin: 02 313 2399 tai sähköposti potilasasiavastaava@varha.fi
- Kuluttajaneuvonnan yhteystiedot ja palvelut (esim. palvelusetelillä tuotetuissa palveluissa yksityinen palveluntuottaja ja asiakas ovat keskenään sopimuskumppaneita).

Kuluttajaneuvonnan yhteystiedot: 09 5110 1200 verkkolomake osoitteessa kkv.fi.

- Muistutusten käsittelystä vastaava henkilö, tehtävänimike ja yhteystiedot, muistutusten käsittelyn määräaika
 - Yksikön johtaja Tytti Tuppurainen 050 3632065 tytti.tuppurainen@peltola.care, muistutukset käsitellään yksikön poikkeamaohjeistusten mukaisesti, käsittelyn määräaika on yleensä alle 1kk

Yhdenvertaisuus:

Kaikki asiakkaat voivat käyttää palveluja yhdenvertaisesti – riippumatta iästä, toimintakyvystä, kielestä, taloudellisesta asemasta, kulttuurisesta taustasta tai muista henkilökohtaisista tekijöistä. Palvelut suunnitellaan ja toteutetaan niin, että **niihin on fyysisesti, tiedollisesti ja sosiaalisesti helppo päästä**, ja että jokainen asiakas saa tarvitsemansa tuen ilman syrjintää tai esteitä.



- Asiakkailta kerätään palautetta ja sitä hyödynnetään palveluiden parantamiseksi
- **Lainsäädännön noudattaminen:**
Toiminta perustuu yhdenvertaisuuslakiin, tasa-arvolakiin ja potilaslakiin, jotka kieltävät kaikenlaisen syrjinnän esimerkiksi iän, sukupuolen, etnisen taustan, kielen, uskonnon, vammaisuuden, seksuaalisen suuntautumisen tai sosiaalisen aseman perusteella.
- **Yhdenvertaiset palveluperiaatteet:**
Kaikkia asiakkaita kohdellaan samalla kunnioituksella ja heidän tarpeensa huomioidaan yksilöllisesti. Palveluja tarjotaan samoilla perusteilla kaikille, ja mahdolliset erityistarpeet huomioidaan (esim. tulkkauspalvelut, esteettömyys, kulttuurisensitiivisyys).
- **Avoin ja kunnioittava vuorovaikutus:**
Työntekijät kuuntelevat asiakkaan mielipiteitä ja toiveita sekä viestivät selkeästi ja ymmärrettävästi. Syrjivää tai vähättelevää kielenkäyttöä ei hyväksytä.
- **Seuranta ja palaute:**
Yhdenvertaisuuden toteutumista arvioidaan asiakaspalautteen, havaintojen ja raportoinnin avulla. Havaittuihin epäkohtiin puututaan välittömästi.
- **Eettiset periaatteet:**
Jokainen asiakas nähdään arvokkaana yksilönä, jolla on oikeus saada hoitoa ja palveluja turvallisessa ja luottamuksellisessa ympäristössä.

Palveluprosessien ja päätöksenteon oikeellisuus varmistetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa selkeiden säädösten, eettisten periaatteiden ja valvontakäytäntöjen avulla. Keskeisiä tapoja varmistaa oikeellisuus ovat:

- **Lainsäädännön ja ohjeistusten noudattaminen:**
Kaikki päätökset perustuvat voimassa olevaan lainsäädäntöön (esim. sosiaalihuoltolaki, hallintolaki, potilaslaki, itsemääräämisoikeuslaki) ja viranomaisien antamiin määräyksiin. Päätöksenteossa käytetään ajantasaisia ohjeita ja organisaation sisäisiä toimintamalleja.
- **Asiakaskohtainen harkinta ja dokumentointi:**
Jokainen päätös perustellaan yksilöllisesti asiakkaan tilanteen mukaan. Kaikki vaiheet kirjataan huolellisesti asiakastietoihin, jotta prosessi on jälkikäteen todennettavissa ja läpinäkyvä.
- **Päätösten valituskelpoisuus ja muutoksenhaku:**
Asiakkaalle annetaan aina kirjallinen päätös, josta käy ilmi perustelut ja muutoksenhakuohjeet. Tämä turvaa asiakkaan oikeusturvan ja mahdollisuuden hakea oikaisua.
- **Ammatillinen osaaminen ja moniammatillinen yhteistyö:**
Päätöksiä tekevät pätevät ammattilaiset, jotka tuntevat lainsäädännön ja eettiset periaatteet. Moniammatillinen työskentely auttaa arvioimaan päätösten vaikutuksia eri näkökulmista ja vähentää virheratkaisujen riskiä.
- **Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen:**
Jos asiakkaan itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan, se tehdään vain välttämättömissä tilanteissa, lain sallimissa rajoissa ja aina kirjallisesti perustellen. Rajoitusten käyttö dokumentoidaan ja arvioidaan jälkikäteen.



- **Valvonta ja laadunvarmistus:**
Organisaatio seuraa säännöllisesti päätöksenteon laatua, oikeellisuutta ja lainmukaisuutta sisäisen valvonnan, auditointien ja ulkopuolisten tarkastusten avulla.
- **Avoimuus ja asiakkaan osallistaminen:**
Asiakasta kuullaan ennen päätöksen tekemistä, ja hänen näkemyksensä otetaan huomioon. Tämä lisää päätösten oikeudenmukaisuutta ja luottamusta prosessiin.

Asiakkaan **tiedonsaantioikeuden ja osallisuuden varmistaminen** on keskeinen osa laadukasta, asiakaslähtöistä toimintaa:

- **Selkeä ja ymmärrettävä viestintä:**
Asiakkaalle annetaan kaikki häntä koskevat tiedot ymmärrettävässä muodossa – suullisesti ja kirjallisesti. Tarvittaessa käytetään selkokieltä, tulkkauspalvelua tai muuta viestintätukea (esim. kuvakommunikaatiota).
- **Avoin tiedonsaantioikeus:**
Asiakkaalla on oikeus nähdä omat asiakastietonsa ja saada niistä kopiot. Hänelle kerrotaan, mitä tietoja kerätään, mihin niitä käytetään ja kuka niihin voi perehtyä.
- **Osallistuminen suunnitteluun ja päätöksentekoon:**
Palveluja suunnitellaan yhdessä asiakkaan kanssa. Hänen mielipiteensä, toiveensa ja voimavaransa otetaan huomioon palvelusuunnitelmaa ja päätöksiä laadittaessa.
- **Yhteistyö ja neuvonta:**
Ammattilaiset tarjoavat riittävästi tietoa eri vaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista, jotta asiakas voi tehdä tietoon perustuvia valintoja. Asiakkaalle kerrotaan hänen oikeuksistaan ja mahdollisuuksistaan vaikuttaa omaan hoitoonsa tai palveluunsa.
- **Osallisuuden tukeminen erityistilanteissa:**
Jos asiakkaalla on rajoituksia ymmärtämisessä, päätöksenteossa tai viestinnässä, hänen tukeaan lisätään (esim. tukihenkilö, edunvalvoja, läheiset). Näin varmistetaan, että hän voi silti osallistua itseään koskeviin päätöksiin.
- **Palautteen ja arvioinnin mahdollisuus:**
Asiakkailta kerätään palautetta, jota hyödynnetään palvelujen kehittämisessä. Myös palautteen antamiseen tarjotaan helposti saavutettavia kanavia.
- **Luottamuksellinen ja kunnioittava kohtaaminen:**
Osallisuus vahvistuu, kun asiakas kokee tulevansa kuulluksi ja arvostetuksi. Vasaramäen henkilökunnan tehtävä on luoda turvallinen ilmapiiri, jossa asiakkaan ääni todella vaikuttaa.

Jokainen Vasaramäessä työskentelevä on velvollinen puuttumaan havaittuun epäasialliseen kohteluun, joko asukkaiden väliseen tai henkilökunnan ja asukkaan väliseen. Puuttuminen tapahtuu useimmiten keskustelemalla, tarvittaessa keskusteluun voi osallistua yksikön johtaja. Asukkaita tiedotetaan palautteen antamisen mahdollisuudesta sekä asukaspalavereissa että ilmoitustaululla. Omaohjaajat avustavat asiakasta palautteenannossa. Myös vuosittaisessa asukaskyselyssä selvitetään asiakkaan kokemaa asiallista kohtelua ja annetaan mahdollisuus kirjalliseen vapaaseen palautteeseen



Asiakkaalle kerrotaan, miten hän voi tehdä **muistutuksen, kantelun, oikaisupyynnön tai valituksen**, ja mihin viranomaiseen ne osoitetaan (esim. sosiaaliasiavastaava, hyvinvointialue, LVV). Asiakkaalle tiedotetaan, että hän voi ottaa yhteyttä **sosiaaliasiavastaavaan**, jotka neuvovat maksutta oikeusturvakeinojen käytössä ja auttavat tarvittaessa muistutusten tai valitusten tekemisessä.

Asiakkailla on itsemääräämisoikeus liittyen arjen askareisiin ja vapaa-ajan viettoon. Asiakkaiden vuokraamat huoneistot Vasaramäessä ovat heidän yksityisessä käytössään, ohjaajat tulevat asunnolle avaimilla ainoastaan, mikäli epäillään sairaskohtausta tai käynti sovittu etukäteen asiakkaan kanssa (*esim. herättämään aamulääkkeille*). Asiakas voi sisustaa huoneistonsa omannäköiseksi. Aukasta ohjataan asunnon ylläpitosiivoukseen hänen omista lähtökohdistaan.

Toteuttamissuunnitelma tehdään vuosittain, päivitetään/arvioidaan puolivuositin sekä seurataan tavoitteiden etenemistä jatkuvasti viikoittaisilla kotikäynneillä.

Asiakaskysely toteutetaan vuosittain (syksyllä) ja ryhmätoimintakysely vuosittain (kevällä). Lisäksi asukkailla on mahdollisuus antaa suullista palautetta kuukausittaisessa asukaspalaverissa sekä kirjallista palautetta (myös anonyymisti). Asiakkailla on oikeus tehdä muistutus yksikön johtajalle yksikön toiminnasta. Yksikön johtaja vastaa palautteisiin ja muistutuksiin kuukauden kuluessa. Muistutuksista lähetetään tiedot myös palvelun tilaajalle yksikön johtajan toimesta. Omaiset voivat antaa palautetta sähköpostitse, puhelimitse tai asiakkaan luvalla voidaan järjestää keskusteluja yhdessä omaisen kanssa. Oiva-raportti on nähtävillä ruokailutilassa.

Palvelun laatuun tai saamaansa kohteluun tyytymättömällä asiakkaalla on oikeus tehdä muistutus toimintayksikön vastuuhenkilölle tai johtavalle viranhaltijalle. Muistutuksen voi tehdä tarvittaessa myös hänen laillinen edustajansa, omainen tai läheinen. Muistutuksen vastaanottajan on käsiteltävä asia ja annettava siihen kirjallinen, perusteltu vastaus kohtuullisessa ajassa.

Muistutuksen vastaanottaja: Tytti Tuppurainen, yksikön johtaja, tytti.tuppurainen@peltola.care

Saaduista kanteluista/muistutuksista/potilasvahinkoilmoituksista tiedotetaan henkilöstöä ja asiakkaita yleisellä tasolla. Muistutus /kantelu käsitellään poikkeamamenettelyllä, eli kirjataan muistutukseen/kanteluun: *poikkeaman kuvaus, korjaavat toimenpiteet, seurantasuunnitelma sekä vaikuttavuuden arviointi*. Kaikki poikkeamat tiedotetaan myös palvelun tilaajille sähköpostitse sekä kirjallisesti toimintakertomuksessa. Tavoiteaika muistutusten/kantelun käsittelylle on yksi kuukausi (välittömät toimenpiteet vaativat muistutukset käsitellään välittömästi).



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
Asiakkaat ei tiedä oikeuksistaan eikä osaa antaa palautetta	Kohtalainen	Asiakas otetaan mukaan hoidon suunnitteluun, selkeä palautekanava (palautelaatikko, suullinen palaute, asukaskyselyt)
Asiakkaiden äänen kuulumattomuus päätöksenteossa, palautteen keräämättömyys, osallistumismahdollisuuksien puute palvelujen suunnittelussa.	Lievä	Asiakas otetaan mukaan hoidon suunnitteluun Asukastyytyväisyyskysely vuosittain
Asiakkaiden eriarvoinen kohtelu	Lievä	Esihenkilöt seuraavat asukaskirjauksia ja muuta asukastyötä
Tietosuoja	Lievä/kohtalainen	Tietosuojasuunnitelma, salassapitosopimus, tietosuojapapereiden huolellinen käsittely

4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen

4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely

- Palveluntilaajaan ollaan yhteydessä esimerkiksi asiakkaan voinnin ja palvelutarpeen muutosten yhteydessä
- Palveluntuottaja (yleensä yksikön johtaja) ilmoittaa viipymättä palvelun järjestäjälle (hyvinvointialue) ja valvontaviranomaiselle (LVV) kaikista sellaisista epäkohdista ja puutteista, jotka voivat vaarantaa asiakkaiden turvallisuuden, oikeudet tai palvelun laadun
- Jokaisella työntekijällä on velvollisuus raportoida epäkohdista antamalla suullista palautetta tai tekemällä poikkeamaraportin yksikön laatu järjestelmään Profileen. Tästä velvollisuudesta muistutetaan kuukausittaisessa henkilöstöpalaverissa. Esihenkilön tehtävä on tehdä kirjallinen ilmoitus viranomaisille.
- Omavalvonnassa havaitut epäkohdat ja puutteet käsitellään viipymättä. Esihenkilö arvioi tilanteen vakavuuden ja päättää tarvittavista välittömistä turvaavista toimista. Jokaiselle epäkohdalle määritellään korjaavat toimenpiteet, vastuuhenkilö ja aikataulu. Korjausten etenemistä seurataan henkilökuntapalaverissa.
- Yksikössä on käytössä kirjallinen ilmoitusmenettely, läheltä piti sekä poikkeamien varalle.



- Epäkohtailmoitukset tehdään laatujärjestelmään, jossa työntekijä kirjaa ensin tapahtuneen ja tehdyt välittömät toimenpiteet. Esihenkilö täyttää seurantasuunnitelman ja vaikuttavuuden arvioinnin.

4.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta

Vakava vaaratapahtuma tarkoittaa tilannetta, jossa asiakkaan tai henkilökunnan **terveys, turvallisuus, oikeudet tai asema vaarantuvat merkittävästi** joko toteutuneen haitan tai vakavan läheltä piti -tilanteen seurauksena.

- Fyysisen terveyden vaara: esimerkiksi vakava lääkitysvirhe, joka aiheuttaa tai olisi voinut aiheuttaa hengenvaaran tai merkittävän terveydellisen haitan.
- Psyykkisen turvallisuuden vaara: asiakkaan itsemääräämisoikeuden tai perusoikeuksien vakava loukkaus (esim. rajoitustoimenpiteiden väärinkäyttö).
- Sosiaalinen/hoidollinen seuraus: palvelun laiminlyönti, joka johtaa vakavaan vahinkoon, kuten hoidon viivästymiseen kriittisesti.
- Tietosuoja ja luottamuksellisuus: merkittävä henkilötietojen tai terveystietojen vuotaminen, joka voi aiheuttaa asiakkaalle haittaa.

Vaaratapahtumaan liittyy toistuvuus ja järjestelmällisyys: kyseessä ei ole satunnainen virhe, vaan puute, joka voi koskettaa useita asiakkaita tai liittyy yksikön rakenteisiin/prosesseihin.

Vasaramäessä kaikki vaaratapahtumat kirjataan heti niiden havaitsemisen jälkeen. Esihenkilö tai vastuuhenkilö arvioi tapahtuman vakavuuden määritellen, edellyttääkö se tarkempaa tutkintaa. Haattatapahtuman raportointiin on laadittu ohjeet laatujärjestelmään.

Vakavaksi luokiteltu tapahtuma käsitellään yksityiskohtaisesti ja määritellään korjaavat toimenpiteet, nimetään vastuuhenkilöt.

Välittömät toimenpiteet:

- asiakkaan tai potilaan turvallisuuden varmistaminen heti.

Raportointi:

- kirjataan omavalvontajärjestelmään
- ilmoitetaan yksikön vastuuhenkilölle ja johdolle
- tarvittaessa ilmoitus viranomaiselle (LVV) ja Varhan valvontakeskukseen

Analysointi:

- miksi tapahtuma pääsi syntymään (esim. henkilöstön osaaminen, ohjeiden puutteet, resurssit).

Korjaavat toimet:

- sovitaan konkreettiset toimenpiteet, vastuuhenkilöt ja aikataulu.

Seuranta ja oppiminen:

- arvioidaan toteutuneet muutokset ja jaetaan opit henkilöstölle → pyritään estämään vastaava tapahtuma jatkossa.



- Yksikössä korostetaan, että virheistä ja poikkeamista raportoidaan **ei-syyllistävässä hengessä**, oppimisen ja toiminnan kehittämisen näkökulmasta. Tarkoitus on löytää syyt järjestelmästä, ei etsiä yksittäisiä syyllisiä.
 - Poikkeamat, haittatapahtumat ja läheltä piti -tilanteet käsitellään avoimesti ja rakenteellisesti. Tilanteet käydään läpi esimerkiksi purku- tai jälkipuintikeskusteluissa, joissa painotetaan kuuntelemista, tukea ja kokemuksesta oppimista.
 - Vasaramäessä on määritelty selkeästi, kuka vastaa tutkinnan tulosten käsittelystä (yksikön johtaja), toimenpiteiden suunnittelusta ja niiden seurannasta. Tulokset käsitellään johdon, esihenkilöiden ja tiimien tasolla.
 - Tutkinnan keskeiset havainnot ja suositukset käsitellään yhteisissä tilaisuuksissa (esim. tiimipalavereissa, henkilökuntapalavereissa). Tieto jaetaan niin, että henkilöstö ymmärtää, mitä tapahtui, miksi ja mitä voidaan tehdä paremmin.

4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä

Kaikki ilmoitukset käsitellään ohjeiden mukaisesti. Tiedot kirjataan ja analysoidaan luotettavasti Profile laatujärjestelmään, jotta saadaan kokonaiskuva riskeistä ja toistuvista ongelmista.

Ilmoituksia käsitellään avoimesti ja rakentavasti, ilman syyllistämistä. Tarkoituksena on tunnistaa **järjestelmätason juurisyyt**, ei etsiä yksittäisiä syyllisiä. Tämä vahvistaa henkilöstön halua raportoida ja kehittää toimintaa. Ilmoituksista kerätty tieto analysoidaan säännöllisesti. Toistuvat puutteet, riskit ja poikkeamat tunnistetaan, ja niistä johdetaan kehittämistoimenpiteitä. Näin omavalvonta perustuu todelliseen, ajantasaiseen tietoon.

Kaikki muistutukset, kantelut ja potilasvahinkoilmoitukset käsitellään asianmukaisesti, dokumentoidaan ja analysoidaan. Käsittelyprosessi noudattaa lakisäätteisiä määräaikoja ja organisaation sisäisiä ohjeita.

Henkilöstön kanssa käydään säännöllisesti läpi käytössä olevat palautekanavat henkilökuntapalavereissa, omavalvontasuunnitelman päivityksen yhteydessä (4kk välein)



Palautetta hyödynnetään yksikön toimintatapojen ja laadun kehittämisessä. Jatkuvan palautteen mahdollisuuden perusteella, palautteet nostetaan viikoittain henkilökunnan yhteiseen palaveriin.

Esihenkilöt seuraavat aktiivisesti valvontaviranomaisten (esim. Lupa- ja valvontavirasto, hyvinvointialue) päätöksiä, määräyksiä ja ohjeita. Kaikki saatu ohjaus ja palaute kirjataan ja käsitellään viipymättä.

4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano

- Jokainen poikkeama käsitellään yksikön määrittelemän menettelyn mukaisesti. Vakavammat tapaukset tutkitaan perusteellisesti.
- Joka kuukausi käydään henkilökuntapalavereissa poikkeamat sekä tietoturvaan liittyvät asiat lävitse. Näiden perusteella tehdään mahdolliset korjaavat toimenpiteet. Työntekijöitä kannustetaan tekemään poikkeamia, jotta turvallisuutta ja laatua voidaan parantaa.
- Havaintojen ja poikkeamien kirjaus tekee näkyväksi sen mihin asioihin on syytä kiinnittää huomiota (esim. työntekijöiden koulutus), taikka tehdä välittämättömiä toimenpiteitä esimerkiksi turvallisuuden parantamiseksi.
- Kehittämistoimet kirjataan laatujärjestelmä Profileen
- Yksikön johtaja / työsuojelutoimikunta vastaavat käsittelyn aikataulusta ja toteutuksesta. Aikataulu riippuu siitä, millainen kehittämistoimenpide on. Tarvittaessa siihen vastaan heti, mutta vähintään asia käsitellään 1-2 vko kuluessa ja tehdään suunnitelma kehittämistoimenpiteen aikataulusta ja toteuttamisesta.

+Keskeisimmät korjaus- ja kehittämistoimenpiteet sekä niiden aikataulu, vastuutaho ja seuranta on kuvattu Liitteessä 1.

5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi

5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta ja raportointi

- Asukastyytyväisyyskysely (1 x vuodessa)
- Henkilöstön työtyytyväisyyskysely (1 x vuodessa)
- Ryhmätoimintakysely (1 x vuodessa)
- Turvallisuuskävely yksikössä (1 x vuodessa)



- Vaarojen ja haittojen jatkuva arviointi
- Auditointi kerran vuodessa
- Poikkeamien läpi käyminen joka kuukausi henkilökuntapalaverissa ja tarvittavien toimenpiteiden tekeminen
- Tietoturvaepöikeamien läpikäyminen kuukausittain henkilökuntapalaverissa ja tarvittavien toimenpiteiden tekeminen
- Jatkuvan palautteen antamisen mahdollisuus (sanallisesti vuorossa olevalle henkilökunnalle, kirjallisesti ja nimettömästi palautelaatikko)

Yksikön johtajalle tai tiimivastaavalle raportoidaan heti, jos huomataan laadussa taikka turvallisuudessa poikkeavaa. Riskienhallinnan ennakointi mahdollisuuksien mukaan, joka kuukausi henkilökuntapalaverissa, viikoittain tiimiraportilla sekä henkilökunnan riittävä koulutus (työyhteisön kehittämissuunnitelma)

Poikkeamien ja palautteiden perusteella keskustelua ja seurantaä henkilökunnan yhteisissä palaverissa kuukausittain sekä tiimipalaverissa viikoittain. Lisäksi johtoryhmän palaverissa kerran viikossa. Riskien hallinnan toteutumisesta raportoidaan yksikön johtajalle sekä työsuojelutoimikunnalle vähintään kerran kuussa.

5.2 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi

- Omavalvontasuunnitelman toteutumiseen ja seurantaan osallistuu koko henkilökunta ja havaituista puutteista tulee raportoida yksikön johtajaa, joka toimii yhdessä tiimivastaavien ja koko henkilöstön kanssa havaittujen puutteiden korjaamiseksi.
- Johtoryhmän toimesta varmistetaan kuukausittaisissa palaverissa, että omavalvontasuunnitelman seurannasta tehdään selvitys ja varmistetaan, että muutokset julkaistaan Peltolan kotisivulla vähintään neljän kuukauden välein.



OMAAVALVONTASUUNNITEMAN KEHITTÄMISTOIMENPITEET



Keskeisimpien kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano

Korjaus- tai kehittämistoimenpide	Aikataulu	Toteuttava taho	Vastaava taho	Seuranta	Toimenpiteet seuranjaksolla 5-7/26
Kehittämistoimenpiteenä erityistä huomiota aletaan kiinnittämään lääkehoidosta kieltäytymiseen ja mahdollisuuksiin vaikuttaa näihin tilanteisiin yksilöllisesti.	8-12/2026	Sairaanhoitajat, ohjaajat	Lääkehoidosta vastaava sairaanhoitaja	kuukausittain	Poikkeamia kirjattu 4-7/2026 62kpl, joista 24 koski lääkehoitoa. Kaikki poikkeamat toimenpiteineen käytiin läpi ja kirjattiin Henkilöstöpalaverissa tai viikkoraporteilla. Lääkelistoja selkeytettiin ja yhdenmukaistettiin. Henkilökunnasta johtuvat lääkepoikkeamat ovat vähentyneet edelliseen tarkastelujaksoon verrattuna. Asukkaista johtuvat poikkeamat hieman kasvaneet
Asukasruokailussa ei enää tarjota kuorellisia grillimakkaraita tai appelsiinia isoina lohkoina tai kokonaisena tukehtumisvaaran vuoksi	6/2026 alkaen	Kokki, kaikki ruokahuoltoa toteuttava henkilöstö	Yksikön johtaja	jatkuva	Sovittu ja ohjeistettu kesäkuun viikkoraporteilla ja henkilökuntakokouksessa 6.8.2026



Paloturvallisuus. Yksiöasukkaiden asuntojen palokuorma tarkistetaan 1 x kk, joka kuukauden ensimmäinen viikko. Tarkastuksessa kiinnitetään huomiota palokuormaan mm. keittiön liesien päältä ja yleiseen paloturvallisuuteen liittyen, esim parveketupakointiin. Tarkastus kirjataan tehdyksi turvallisuushuomiona Hilkkään jokaisen asukkaan kohdalle.	7/2026- 9/2026	Omaohjaajat	Tiimivastaavat raportoivat yksikön johtajalle	joka kuukausi	Ohjeistus käyty läpi viikkoraporteilla, asukaskokouksessa 3.8.2026 ja henkilökuntapalaverissa 6.8.2026
Ensiapuvalmiuden ylläpitäminen	syksy 2026	ulkopuolinen koulutus	Työsuojelupäällikkö	10/2026	Suunniteltu hätäensiapukoulutus koko henkilökunnalle lokakuussa

HOITOKOTI PELTOLA OY Vasaramäen yksikkö

Työhyvinvoinnin kehittäminen	koko vuosi	Koko henkilöstö	Tiimivastaavat	“Peltolan pulssi”kysely 2-3 krt / vuosi, Elon työhyvinvointikysely syksy 2026	Työhyvinvointikyselyn kautta nousseet henkilökunnan valitsemat teemat ovat olleet osa kuukausittaisia henkilöstökokouksia. Ensimmäinen ”Peltolan pulssi” kysely toteutettiin 5/2026. Molemmipuoliseen palautteen antamiseen teemoitetut osaamiskeskustelut aloitettiin 3/26.. Syyskuusta alkaen ryhmätyönohjausta tarjotaan kerran kuukaudessa ja myös
------------------------------	------------	-----------------	----------------	---	--



					vapaalta on mahdollisuus osallistua ja se on työaika. Tulossa työsuojelutarkastus ja siihen liittyvä henkilöstökysely.
Johtamisen kehittäminen	koko vuosi	Koko henkilöstö	Yksikön johtaja	“Peltolan pulssi”kysely 2-3 krt / vuosi, Elon työhyvinvointikysely syksy 2026	Henkilöstölle järjestettiin kysely hyvään johtamiseen liittyen (2/26) ja kyselyn pohjalta toimintayksikköön laadittiin johtamisen teesit (3/26). Henkilöstön osallisuutta päätöksen tekoon on lisätty yhteisissä palaverissa ja tätä tuodaan näkyviin muistoissa. Ensimmäinen toimintayksikön arvoista johdettu johtamisen palautekysely toteutettu 5/26. Työntekijät ovat saaneet osallistua uusien työvuorokäytäntöjen arviointiin kyselyn kautta 7/26

Omavalvontasuunnitelman toteutumiseen ja seurantaan osallistuu koko henkilökunta ja havaituista puutteista tulee raportoida yksikön johtajaa, joka toimii yhdessä tiimivastaavien ja koko henkilöstön kanssa havaittujen puutteiden korjaamiseksi.



Johtoryhmän toimesta varmistetaan kuukausittaisissa palavereissa, että omavalvontasuunnitelman seurannasta tehdään selvitys ja varmistetaan, että muutokset julkaistaan Peltolan kotisivulla vähintään neljän kuukauden välein.

Seuraava omavalvonnan kehittämiskohteiden tarkistus ja päivitys joulukuussa 2026