

2025

OMAVALVONTAOHJELMA

UUDENMAAN VAMMAISPALVELUSÄÄTIÖ SR.

UUDENMAAN VAMMAISPALVELUSÄÄTIÖ | Oikotie 7 C 2, 04400 Järvenpää
Versio 1.1/5.2.2025, Laatija: EK, Hyväksyjä: Jory

Sisällysluettelo

1.	Johdanto	2
2.	Omavalvonta Uudenmaan Vammaispalvelusäätiössä	3
2.1	Omavalvontasuunnitelmat	3
3.	Henkilöstö ja henkilöstön osaaminen	3
4.	Palvelutehtävän lainmukainen hoitaminen	4
5.	Sopimusten noudattaminen	5
6.	Palvelujen saatavuus	6
7.	Palvelujen jatkuvuus	6
8.	Palvelujen yhdenvertaisuus	7
9.	Palvelujen turvallisuus	7
9.1.	Riskienhallinta.....	7
9.2	Asiakasturvallisuus	7
9.3	Lääketurvallisuus	8
9.4	Elintarviketurvallisuus	8
9.5	Palo- ja pelastusturvallisuus	8
9.6	Laiteturvallisuus	8
9.7	Työturvallisuus ja työsuojelu.....	8
9.8	Tietosuoja ja tietoturvallisuus	9
10.	Palvelujen laatu	9
11.	Palvelujen seurantarjestelmät.....	9
11.1	Asiakaspalautteet ja asiakaskokemus.....	9
11.2	Muistutukset ja kantelut	10
11.3	RAI arvioinnit	10
11.4	Laatupoikkeamat, läheltä piti- ja vaaratapahtumat.....	10
11.4.1	Vakavat poikkeamat ja vaaratapahtumat	11
11.5	Itsearviointit.....	12
11.6	Sisäiset ja ulkoiset auditoinnit.....	12
11.7	Johdon katselmukset.....	12
11.8	Työhyvinvoinnin seuranta ja tyytyväisyys.....	13
11.9	Epäkohtailmoitukset ja havaittujen puutteiden korjaaminen	13
11.10	Muut laadun seurannan mittarit	13
11.11	Seurannan yhteenvedot	13
12.	Alihankkijoilta ostetut palvelut.....	13

1. Johdanto

Uudenmaan Vammaispalvelusäätiö tarjoaa yksilöllistä ja laadukasta ympärivuorokautista palveluasumista, päiväaikaisen toiminnan palveluja sekä järjestää loma- ja leiritoimintaa kehitysvammaisille ja autismi kirjon henkilöille Uudellamaalla. Toimintayksiköitä on kuusi, joista viisi tarjoaa ympärivuorokautista palveluasumista ja yksi päiväaikaisten toiminnan palveluja. Kehitysvammaiset ja autismi kirjon asiakkaamme voivat luottaa, että toimimme aina ammattimaisesti kunnioittaen jokaisen asiakkaan yksilöllisyyttä ja yksityisyyttä. Työskentelytapamme on asiakasta ja hänen omaisiaan kohtaan kunnioittava. Kunnioittamisen kautta vahvistamme luottamusta asiakastyöhön, verkostotyöhön ja työntekijöiden työhyvinvointiin. Itsemääräämisoikeus ja osallisuus omaa elämää koskeviin päätöksiin kuuluvat kaikille. Säätiö on toiminut vuodesta 1999.

Vuoden 2024 alusta voimaan tullut **valvontalaki** (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 741/2023) määrittelee toiminnan ja palvelujen tuottamiseen liittyvää valvontaa koskevat periaatteet sekä velvoitteet. Valvontalain mukaan sekä palvelunjärjestäjänä toimivan hyvinvointialueen että yksityisen palveluntuottajan on laadittava vastuulleen kuuluvista tehtäviä ja palveluja koskeva omavalvontaohjelma, joka tulee julkaista sähköisesti julkisessa tietoverkossa tai muulla niiden julkisuutta edistävällä tavalla (26§).

Tässä omavalvontaohjelmassa kuvataan, kuinka varmistetaan, että tuottamamme palvelut toteutetaan sopimusten ja lainsäädännön mukaisesti sekä kuvataan, miten palvelujen toteutumista, turvallisuutta ja laatua sekä yhdenvertaisuutta seurataan ja miten mahdolliset puutteet korjataan. Tavoitteeseen päästään varmistamalla hyvä johtaminen, riittävä henkilöstöresurssi, henkilöstön osaaminen sekä mahdollisimman sujuvat työkäytännöt. Onnistuminen varmistetaan palvelujen laadun ja turvallisuuden systemaattisella seurannalla ja valvonnalla sekä prosessien jatkuvalla kehittämisellä SHQS laatuohjelman mukaisesti.

Tämä omavalvontaohjelma kattaa kaikki UVPS:n palveluyksiköt. Toimintaamme ohjaavat periaatteet koskevat säätiön koko henkilöstöä.

Lain mukaan hyvinvointialueen on järjestämisvastuunsa nojalla ohjattava ja valvottava yksityisiä palveluntuottajia ja näiden alihankkijoita jatkuvasti palveluja tuottaessaan. Jos yksityinen palveluntuottaja tai tämän alihankkijan toiminnassa ilmenee mahdollisia epäkohtia tai puutteita, hyvinvointialueen on ohjattava yksityistä palveluntuottajaa tai tarvittaessa pyydettävä yksityiseltä palveluntuottajalta ja tämän alihankkijalta asiasta selvitystä asettamassaan riittävässä määräjassa. Epäkohtien tai puutteiden ilmettyä hyvinvointialueen on vaadittava niiden korjaamista asettamassaan riittävässä määräjassa. Jos on kyse asiakasturvallisuutta olennaisesti vaarantavasta epäkohdasta tai puutteesta, hyvinvointialueen on vaadittava niiden välitöntä korjaamista. (741/2023 23–25§)

Tässä omavalvontaohjelmassa määritellään, miten seuraavat asiat kokonaisuutena järjestetään ja miten niiden toteutuminen varmistetaan

- tehtävien lainmukainen hoitaminen
- tehtyjen sopimusten noudattaminen
- palvelujen saatavuus, jatkuvuus, turvallisuus, laatu ja asiakkaiden yhdenvertaisuus
- havaittujen puutteiden korjaaminen
- seurantaan perustuvien havaintojen ja niiden perusteella tehtävien toimenpiteiden käsittely

2. Omavalvonta Uudenmaan Vammaispalvelusäätiössä

Omavalvonta on organisaation sisäisen valvonnan osa-alue, joka tähtää palvelujen laadun ja palvelutalvoa vaatimusten täyttämiseen. Sisäistä valvontaa ovat lisäksi myös mm. sisäiset tarkastukset ja auditoinnit, riskienhallinta, vaatimuksenmukaisuus (mm. sopimusten valvonta ja varautuminen). Omavalvonta on palveluntuottajan itsensä toteuttamaa palvelujen järjestämiseen ja tuottamiseen liittyvää ennakkoivaa, toiminnanaikaista sekä jälkikäteen toteutettua suunnitelmallista laadunhallintaa. Omavalvonnan tavoitteena on tehdä näkyväksi säätiön strategian pohjalta laadittu toimintaympäristö, toiminnan toteuttaminen, seuranta- ja mittausmekanismit sekä toiminnan kehittäminen. Omavalvonnalla varmistetaan asiakkaiden yhdenvertaisuuden toteutuminen sekä palvelujen laatu, saatavuus sekä jatkuvuus myös poikkeus- ja häiriötilanteissa. Omavalvonta on olennainen ja kiinteä osa päivittäistä toimintaamme.

Omavalvonnan osana ovat laissa erikseen säädetyt yksikkökohtaiset omavalvontasuunnitelmat ja asiakasturvallisuussuunnitelma. Omavalvonta on kiinteä osa SHQS-laaturjärjestelmäämme. Palveluja kehitetään jatkuvasti yksikkötasolla omavalvontasuunnitelman sekä koko säätiötasolla omavalvontaohjelman toteutumisen seurannassa tehtyjen havaintojen perusteella.

Viranomaisvalvonnan tehtävänä on edistää ja varmistaa omavalvontaa sekä puuttua asioihin silloin, kun omavalvonta ei riitä. Palveluntuottajalla on vastuu toiminnan asianmukaisuudesta ja tuottamiensa palvelujen laadusta sekä asiakasturvallisuudesta. Omavalvontaa on toteutettava palveluntuottajan päivittäisessä toiminnassa, ja siihen sisältyy myös henkilöstön riittävyyden jatkuva seuranta.

2.1 Omavalvontasuunnitelmat

Omavalvontasuunnitelma on yksikön oma kirjallinen suunnitelma, jonka mukaisesti henkilökunta toteuttaa toimintaa, seuraa palvelujen laatua ja asiakasturvallisuuden toteutumista sekä kehittää omaa toimintaansa. Omavalvontasuunnitelma on laadittu palvelujohtajan, yksikön esihenkilön sekä henkilökunnan yhteistyönä. Suunnitelma päivitetään aina käytäntöjen muuttuessa kuitenkin vähintään kerran vuodessa.

Omavalvontasuunnitelmassa kuvataan lisäksi, kuinka palvelussa esiintyvät epäkohdat ja riskiä aiheuttavat tilanteet pyritään tunnistamaan, ehkäisemään ja korjaamaan. Omavalvontasuunnitelma kertoo myös sen, miten yksikössä toimitaan, kun todetaan, että palvelu ei syystä tai toisesta toteudu sille asetettujen tavoitteiden mukaisesti tai asiakasturvallisuus uhkaa vaarantua. Omavalvonta perustuu riskienhallintaan, jossa ydinprosessin mahdollisia riskejä arvioidaan laadun ja asiakasturvallisuuden näkökulmasta. Tarkoituksena on ennaltaehkäistä mahdollisten riskien toteutuminen ja reagoida havaittuihin kriittisiin työvaiheisiin. Omavalvonnan kehittämisen apuna UVPS:n toimintayksiköt käyttävät apuna Laatuportti- ja QSkala -järjestelmän itsearviointi-, riskienhallinta- ja laatuportti työkaluja.

Omavalvontasuunnitelma on julkinen asiakirja, joka on saatavilla yksikössä. Yleisten tilojen ilmoitustaululla on ohjeistettu, mistä suunnitelman saa nähtäväksi. Lisäksi yksiköiden omavalvontasuunnitelmat julkaistaan säätiön kotisivuilla osoitteessa www.uvps.fi.

3. Henkilöstö ja henkilöstön osaaminen

Säätiön asumispalveluissa ja päiväaikaisen toiminnan ohjaavassa asiakastyössä vakituksessa työsuhteessa olevan työntekijän kelpoisuusvaatimuksena on sosiaali- tai terveydenhuollon ammatillinen perustutkinto. Palveluyksiköiden esihenkilötehtäviin vaaditaan vähintään sosiaali- tai terveydenhuollon amk-tutkintoa. Henkilöstösuunnittelussa tulee varmistaa, että yksiköllä on käytössään vaadittava määrä sen tarvitsemaa osaamista. Henkilöstösuunnittelun tavoitteena on, että toimintayksikössä

työskentelee aina oikea määrä päteviä henkilöitä. Tällä hetkellä sote-alalla vallitseva vaikea työvoimapula hankaloittaa merkittävästi henkilöstömitoitukseen liittyvän vaatimuksen täyttämistä. Esihenkilöt vastaavat henkilöstömitoituksen toteutumisesta sekä määrällisesti että rakenteellisesti suunnitellessaan työvuorot viranomaisvaatimusten ja asiakassopimusten edellyttämällä tavalla sekä huomioivat rekrytointien yhteydessä yksikön vaatimukset henkilöstörakenteen osalta. Esihenkilöitä tuetaan henkilöstön saatavuudessa hallinnon osalta.

Säätiö pyrkii määrätietoisesti vaikuttamaan henkilöstön pysyvyyteen työntekijäkokemusta ja työhyvinvointia vahvistamalla. Keinoja vahvistamiseen ovat mm. erilaiset sairauspoissaolo- ja työhyvinvoinnin tukemiseen liittyvät käytännöt, monipuolisten pitovoimakeinojen käyttäminen, esihenkilötyön kehittäminen, työ- ja perhe-elämän yhteensovittamisen mahdollistavien keinojen etsiminen, laadukas perehdyttäminen sekä tarjoamalla kaikille työntekijöille mahdollisuuksia kehittää omaa osaamistaan.

Uuden työntekijän aloittaessa työsuhteessa säätiöllä, esihenkilön velvollisuus on tarkistaa vammaisten henkilöiden kanssa työskentelevien keikkalaisten, määräaikaissa työsuhteessa olevien ja uusien vakiin työtoteuttajien valittujen työntekijöiden ammatillinen pätevyys, ammattirekisteriin (Terhikki, Suosikki) kuulumisen, muut tarvittava pätevyydet (EA, lääkehoito, hygieniapassi) sekä pyytää nähtäväksi rikosrekisterilain 6 §:n 2 momentissa tarkoitettu rikosrekisteriote.

UVPS noudattaa Yksityisen sosiaalipalvelualan työehtosopimusta.

Uusien työntekijöiden perehdytyksen kokonaisuudesta vastaa ja käytännön toteutuksen suunnittelee yksikön esihenkilö. Perehdytys toteutetaan määritellyn perehdytysprosessin mukaisesti. Perehdytyksen onnistuminen arvioidaan prosessin päätteeksi kirjallisesti.

Henkilöstön osaamisen kehittämisen yhteiset painopistealueet määritellään vuosittain osana johtoryhmätyöskentelyä. Henkilöstön kehittämissuunnitelma perustuu UVPS:n strategiaan sekä toimintasuunnitelmassa määriteltyihin tavoitteisiin. Täydennyskoulutustarpeet kartoitetaan vuosittaisten kehityskeskustelujen yhteydessä. UVPS:n koulutuksen toteuttamissuunnitelmat laaditaan vuosittain.

Henkilökunnan osaamista kehitetään mm. toteuttamalla sisäistä ja ulkoista koulutusta sekä hyödyntämällä Skhole verkko-oppimisympäristössä eri aihealueisiin liittyviä täydennyskoulutuskursseja.

4. Palvelutehtävän lainmukainen hoitaminen

Tuottamiemme palvelujen tulee täyttää kulloinkin voimassa olevien lakien ja viranomaismääräysten asettamat vaatimukset. Hyvinvointialueita ohjaa järjestämislaki (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021), jonka mukaan hyvinvointialueen ja yksityisen palveluntuottajan on toiminnassaan varmistettava omavalvonnalla tehtäviensä lainmukainen hoitaminen ja tekemiensä sopimusten noudattaminen. Omavalvonnalla varmistetaan, että säätiön tuottamat sosiaalipalvelut ovat sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan sellaista kuin asiakkaiden tarve edellyttää (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021 4 §, STM: Sosiaalipalvelujen saatavuus, THL: Sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuden parantaminen). Omavalvonnalla varmistetaan, että tuottamamme palvelut on kuvattu ja niiden toteutumista seurataan yhdenvertaisin perustein. Lainmukaisuuden toteutumisen seuranta toteutetaan niin omavalvonnan kuin palvelujen tilaajien ja viranomaisvalvonnan kautta saadun palautteen perusteella.

Palvelutoimintaamme ohjaavat mm. seuraavat lait ja säädökset:

- Perustuslaki 11.6.1999/731
- Hallintolaki 6.6.2003/434
- Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301
- Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 3.4.1987/380, Asetus 18.9.1987/759
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastiedon käsittelystä (2023/703)

- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812
- Vammaisten henkilöiden oikeuksista tehty YK:n yleissopimus 27/2016
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3.8.1992/734 ja Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta 30.12.2020/1201
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021)
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559 ja asetus 28.6.1994/564
- Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä 26.6.2015/817
- Laki yksityisistä sosiaalipalveluista 22.7.2011/922
- Vammaispalvelulaki 675/2023
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus yksityisistä sosiaalipalveluista 28.9.2011/1053
- Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977
- Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta (741/2023)

Tietosuoja

- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 (velvoittaa laatimaan potilasasiakirjat ja merkitsemään asiakirjoihin hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot)
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992
- Laki yksityisestä terveydenhuollosta 152/1990
- GDPR 6 artikla
- GDPR 9 artikla, EU yleisen tietosuoja-asetuksen mukaiset perusteet sille, miksi asiakkaiden henkilötietoja käsitellään (lakisääteinen velvollisuus ja/tai asiakkaan suostumus)

Ohjeet ja laatusuositukset

- Suomalaiset ravitsemussuositukset (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2019)
- Turvallinen lääkehoito -Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen (STM julkaisuja 2021:6)
- Asumisen tekoja - Laatuksiteerit asumisen arviointiin ja kehittämiseen (KVANK 14.12.2018)
- Vakavien vaaratapahtumien tutkinta (STM:n julkaisuja 2023:31.)

5. Sopimusten noudattaminen

Palvelutoimintamme perustuu UVPS:n ja hyvinvointialueiden välisiin sopimuksiin, joissa on määritelty palvelun keskeinen sisältö hintoineen. Tuottamamme palvelut toteutuvat pääasiassa julkisten hankintojen kautta joko kilpailutettujen sopimusten, suorahankintasopimusten tai maksusitoumusten perusteella. Tarjouskilpailuvaiheessa tarjouspyynnön vaatimuksista ja ehdoista on laadittu palvelukuvaus, joka määrittelee palvelun sisällön. Suorahankintasopimusten ja maksusitoumusten kanssa toimittaessa palvelun sisältö ja hintakuvaukset määritellään joko vuosittain päivitettävän **UVPS Palvelutuotteet ja hinnat** -julkaisun mukaisesti tai asiakaskohtaisesti hyvinvointialueen ja UVPS:n yhteisesti sovittavan sisällön mukaisesti. Palvelujen järjestäjä (hyvinvointialue) tekee palvelusta valituskelpoisen päätöksen asiakkaalle ja vastaa asiakkaan palvelutarpeen arvioinnista sekä asiakassuunnitelman laatimisesta.

Sopimuskausi voi olla toistaiseksi voimassa oleva tai määräaikainen. Sopimuskauden aikana tapahtuvassa sopimusten noudattamisen seurannassa käytetään useita omavalvonnan eri osa-alueita ja työkaluja. Sopimusten noudattamisesta sekä seurannasta vastaa ensisijaisesti kunkin toimintayksikön vastuuhenkilö. Sopimusten noudattamiseksi ja varmistamiseksi käymme palvelun tilaajien kanssa säännöllisesti asiakaspalavereja sekä toimitamme sovitut toiminnan seurantatiedot ja -raportit.

Palvelun sisältö ja tavoitteet kirjataan asiakkaan palvelun toteuttamissuunnitelmaan, jonka laatimisesta ja ajantasaisuudesta vastaa asiakkaan omaohjaaja toimintayksikön esihenkilön johdolla. Palvelun toteuttamissuunnitelman laadinnassa ja päivittämisessä käytetään apuna yksilökeskeisiä menetelmiä sekä RAI arviointia, jotta asiakkaan tuen tarpeet ja toiveet tulevat mahdollisimman asiakaslähtöisesti kuulluksi. Toteuttamissuunnitelma päivitetään kaksi kertaa vuodessa tai tarvittaessa useammin. Palvelun toteuttamissuunnitelman toteutumisen seurannasta vastaa omaohjaaja. Omaohjaajan tehtävänä

on tarvittaessa muistuttaa muuta työyhteisöä asiakkaan palvelun toteuttamissuunnitelman toteutumisesta. Toteuttamissuunnitelman toteutumista ja palvelun sisältöä arvioidaan myös asiakastyön päivittäiskirjausten avulla.

6. Palvelujen saatavuus

Palvelujen saatavuuden perustana on aina asiakkaan **palvelutarpeen arviointi**. Asiakkaan palvelutarve arvioidaan yhdessä asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaisensa/ läheisensä tai laillisen edustajansa kanssa. Tarvittaessa tietoja pyydetään asiakkaan muilta yhteistyötahoilta. Arvioinnin lähtökohtana on asiakkaan oma näkemys elämäänsä liittyvistä asioista. Asiakas on lähtökohtaisesti aina läsnä häntä koskevissa neuvotteluissa ja voi halutessaan pyytää läheisensä tai tukihenkilön mukaan. Palvelutarpeen selvittämisessä arvioidaan toimintakykyä, sen ylläpitämistä sekä vahvistamisen mahdollisuuksia. Toimintakyky arvioidaan fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen sekä kognitiivisen toimintakyvyn näkökulmista.

Palvelutarpeen arvioinnin tekee hyvinvointialue, joka myöntää ja järjestää asiakkaalle tarvittavat palvelut yksilöllisesti tehdyn arvioinnin perusteella. Hyvinvointialue voi joko järjestää tarvittavat palvelut itse tai hankkia palvelut ostopalveluna yksityisiltä palveluntuottajilta.

Säätiö on yksityinen palveluntuottaja, joka tuottaa palveluja kolmella hyvinvointialueella (Itä-Uudenmaan hyvinvointialue, Keski-Uudenmaan hyvinvointialue sekä Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue). Säätiön tavoitteena on tuottaa laadukkaita palveluja nykyisissä toimintayksiköissä, eikä strategiaa ei ole ollut toiminnan laajentuminen. Tuottamamme asumispalvelu on vakituista, jopa koko elämän kestävää palvelua, joten asiakaspaikkoja vapautuu suhteellisen vähän. Palvelujen saatavuuden näkökulmasta asiakas saattaa siten joutua odottamaan pitkään asiakaspaikan vapautumista.

7. Palvelujen jatkuvuus

Säätiön palvelujen asiakkaat ovat kehitysvammaisia tai autismi kirjon henkilöitä, joiden toimintakyky on monelta osin heikentynyt. Tämän vuoksi he tarvitsevat runsaasti tukea ja apua monipuolisesti arjen eri toiminnoissa. Palvelujen jatkuvuuden kannalta tuttu henkilöstö ja sen vähäinen vaihtuvuus on keskeistä asiakkaiden tuen tarpeiden tuntemisessa. Myös sijaiten käyttöön olemme kiinnittäneet huomiota siten, että yksiköissä on sijaisrinki, joten käytämme ensisijaisesti tuttuja sijaisia. Vuokratyövoimapalveluja emme lähtökohtaisesti käytä lainkaan.

Tuottamamme palvelut ovat pitkäaikaista vakituista asumista tai päiväaikaista toimintaa, joten pyrimme turvaamaan asiakkaidemme palvelujen jatkumisen, vaikka sopimuskäytännöt hyvinvointialueiden kanssa muuttuisivatkin. Lähtökohtaisesti asumis- tai päivätoimintapaikan vaihtaminen tulee lähteä liikkeelle ainoastaan sellaisista asiakkaasta tai hänen tuen tarpeen muutoksista, joihin ei nykyisessä toimintayksikössä pystytä jostakin perustellusta syystä vastaamaan.

Säätiön tuottama asumispalvelu toteutetaan palvelukotitarkoitukseen rakennetuissa kiinteistöissä, jotka omistaa Mattilan Palvelutalo Oy. Mattilan Palvelutalo Oy on säätiön 100 % omistama kiinteistöyhtiö. Mattilan Palvelutalo Oy huolehtii kiinteistöjen kunnosta ja mahdollisista korjaustarpeista, jotta niihin ei synny korjausvelkaa. Kaikki palvelukotikiinteistöt ovat hyväkuntoisia ja ne täyttävät tilojensa osalta tämänhetkiset laatuvaatimukset. Koska säätiö omistaa Mattilan Palvelutalo Oy:n, asumispalvelujen jatkuvuus nykyisissä kiinteistöissä on varmistettu. Päiväaikaista toimintaa tarjotaan Pukkilan Pajassa, joka taas on suoraan säätiön omistama kiinteistö.

Palvelujen häiriötön jatkuvuus varmistetaan lisäksi valmiussuunnittelulla. Erilaisiin häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin varaudutaan erilaisilla ennakoivilla toimenpiteillä. Suunnitelmallisella varautumisella ja omavalvonnalla varmistetaan palvelujen asiakasturvallisuus myös erilaisissa häiriö- ja poikkeustilanteissa. UVPS on laatinut koko säätiötä koskevan **valmiussuunnitelman**. Lisäksi jokaiseen toimintayksikköön on laadittu oma **yksityiskohtainen valmiussuunnitelma** sekä **pelastus- ja poistumisturvallisuussuunnitelma**.

8. Palvelujen yhdenvertaisuus

Asiakkaiden palveluissa saama yhdenvertainen kohtelu kuuluu jokaisen työntekijän vastuulle. Varmistamme yhdenvertaisuuden toteutumista palveluissamme:

- tuemme asiakkaiden osallisuutta ja kunnioitamme erilaisuutta ikään, sukupuoleen, kansallisuuteen, kieleen, uskontoon, vakaumukseen, seksuaaliseen suuntautumiseen, poliittiseen mielipiteeseen ja muihin henkilöön liittyviin syihin katsomatta
- kohtaamme jokaisen asiakkaan yksilöllisesti ja kunnioittavasti
- vahvistamme ja tuemme asiakkaiden itsenäistä ja omatoimista suoriutumista sekä itsemääräämisoikeuden toteutumista.
- seuraamme asiakkailta ja heidän läheisiltään kerättyä palautetta, pyrimme tunnistamaan yhdenvertaisuuden toteutumiseen liittyviä kehittämiskohteita.

9. Palvelujen turvallisuus

Palvelujen turvallisuus koostuu **asiakasturvallisuudesta, työturvallisuudesta ja työsuojelusta** sekä **tietosuojasta ja tietoturvallisuudesta**. Palvelujen turvallisuuden varmistaminen lähtee liikkeelle mahdollisten riskien tunnistamisesta sekä riskienhallinnasta.

9.1. Riskienhallinta

Palvelujen turvallisuus perustuu riskienhallintaan, jonka tavoitteena on tunnistaa mahdollisia toimintaan vaikuttavia riskejä sekä ennaltaehkäistä erilaisia uhka- ja vaaratilanteita. Riskienhallinta on osa yksiköiden jokapäiväistä toimintaa. Riskiarviointia tehdään sekä yksilötasolla päivittäisessä työssä että johdon päätöksenteossa, ja se on jatkuvaa työn ja toiminnan kehittämistä. Riskienhallintaan sisältyy riskien tunnistaminen, riskin suuruuden määrittäminen (merkittävyys ja todennäköisyys) sekä mahdollisia riskejä pienentävien/ korjaavien/ ennaltaehkäisevien toimenpiteiden toteuttaminen sekä arviointi ja seuranta. Riskien arvioinnissa huomioidaan mahdollisimman kattavasti kaikki omavalvonnan osa-alueet, poikkeamat, läheltä piti- ja vaaratapahtumat sekä saadut palautteet. Johdon ja yksikön esihenkilön vastuulla on päättää, mitkä riskit ovat hyväksyttäviä ja mitä toimenpiteitä tarvitaan riskien poistamiseksi tai pienentämiseksi ja saamiseksi hyväksyttävälle tasolle.

Riskien tunnistaminen ja johdon tietoon saattaminen kuuluu koko henkilöstön vastuulle. Henkilöstön velvollisuus on toimia yhtenäisesti yhdessä sovittujen käytäntöjen mukaisesti ja osallistua omalta osaltaan turvallisuuteen liittyvien riskien tunnistamiseen ja reagointiin sekä omavalvonnan eri vaiheisiin, kuten omavalvontasuunnitelman laatimiseen, havaintojen ja poikkeamien ilmoittamiseen, turvallisuutta ja laatua parantavien toimenpiteiden toteuttamiseen sekä seurantaan.

Säätiön johtoryhmä seuraa yksiköissä tapahtuvien riskien käsittelyn, reagoinnin ja dokumentoinnin sekä korjaavien ja ennaltaehkäisevien toimenpiteiden toteutumista. Työsuojeluorganisaatio vastaa omalta osaltaan työsuojeluun liittyvien riskien/ vaaratapahtumien käsittelyn ja seurannan toteutumista.

Säätiölle on laadittu erillinen **riskienhallintasuunnitelma**. Siinä kuvataan säätiön riskienhallintaprosessia, joka koostuu erilaisten riskien tunnistamisesta, riskienhallintakeinojen määrittelystä ja kuvauksesta kuinka riskeihin varaudutaan sekä seurannasta ja kuinka toimitaan, jos vahinko tapahtuu. Riskienhallinnan tavoitteena on parantaa toimintavarmuutta, työsuojelua sekä palvelun laatua ja asiakasturvallisuutta tunnistamalla ennalta ne kriittiset ja merkittävät riskitilanteet, joissa toiminnalle, asiakas- tai työturvallisuudelle asetettujen vaatimusten ja tavoitteiden toteutuminen on tai saattaa olla vaarassa.

9.2 Asiakasturvallisuus

Omavalvonnan tarkoituksena on varmistaa, että asiakasturvallisuus toteutuu asianmukaisella ja etukäteen määritellyllä tavalla. Asiakasturvallisuus koostuu useasta osa-alueesta. Tavoitteena on, että asiakas-

kaat kokevat saamansa palvelun turvalliseksi ja laadukkaaksi. Asiakasturvallisuutta ja siihen liittyviä riskejä voidaan arvioida erillisellä asiakasturvallisuutta käsittelevällä arviointityökalulla. Säätiölle on laadittu **asiakasturvallisuussuunnitelma**, jossa kuvataan tarkemmin arjen työssä käytettävät työkäytännöt laadukkaan ja turvallisen palvelun toteutuksessa ja kehittämisessä.

9.3 Lääketurvallisuus

Yksiköissä toteutettava lääkehoito perustuu säätiön **yleiseen sekä yksiköiden lääkehoitosuunnitelmiin**. Lääkehoitosuunnitelma on olennainen osa yksikön omavalvontasuunnitelmaa. Lääkehoitosuunnitelma on keskeinen osa lääkehoidon osallistuvien työntekijöiden perehdytystä sekä lääkehoidon ja asiakasturvallisuuden varmistamista. Lääkehoitosuunnitelmissa kuvataan yksikön lääkehoitoon liittyvät riskit ja niihin varautuminen sekä lääkehoidon toteutuksen prosessi kokonaisuudessaan. Lääkehoidon toteutukseen osallistuvat vain lääkehoitoluvan saaneet työntekijät. Lääkehoitoluvan saamiseksi työntekijän tulee antaa näyttö sairaanhoitajalle, jonka jälkeen lääkäri voi hyväksyä luvan. Lääkehoitosuunnitelma pohjautuu STM:n Turvallinen lääkehoito- oppaaseen (STM: Turvallinen lääkehoito-opas 2021).

9.4 Elintarviketurvallisuus

Toimintayksiköissä käsitellään paljon elintarvikkeita ja toteutetaan ruokahuoltoa, joten myös elintarviketurvallisuus on osa asiakasturvallisuutta. Elintarvikelain (297/2021) 15§:n mukaan elintarvikealan toimijalla on oltava järjestelmä, jonka avulla toimija tunnistaa ja hallitsee toimintaansa liittyvät vaarat ja varmistaa, että toiminta täyttää elintarvikesäännöksissä asetetut vaatimukset. Kaikilla ruokahuoltoon osallistuvilla työntekijöillä tulee olla **hygieniapassi** ja kaikkiin säätiön yksiköihin on laadittu **elintarvikehygienian omavalvontasuunnitelma**, jossa kuvataan elintarvikkeisiin liittyvät riskit ja vaaratekijät sekä niihin varautuminen. Elintarvikehygienian omavalvontasuunnitelma sisältää lisäksi jätehuoltosuunnitelman. Elintarvikehygieniaan liittyvät omavalvonnan tulokset kirjataan erilliselle seurantalomakkeelle ja ne kootaan vuosittaiseen toimintakertomukseen.

9.5 Palo- ja pelastusturvallisuus

Toimitilojen turvallisuutta varmistetaan ajantasaisella pelastus- ja poistumissuunnittelulla, joka perustuu riskiarviointiin. Toimintayksiköissä tehdään säännöllisesti palotarkastukset ja välineet ovat asianmukaiset. Yksiköissä järjestetään vuosittain palo- ja poistumisturvallisuusharjoituksia, joihin osallistuvat sekä asiakkaat että henkilökunta. Toimitilojen turvallisuus varmistetaan mm. turvallisuuskävelyillä. Hälyttämiä ja turvalaitteita testataan valmistajan ohjeiden mukaisesti. Kaikissa palvelukodeissa on automaattinen sammutusjärjestelmä. EA osaaminen varmistetaan koulutuksella ja harjoituksilla. Kaikissa palvelukodeissa on defibrillaattori.

9.6 Laiteturvallisuus

Laiteturvallisuus on osa asiakasturvallisuutta. Laitteiden käyttöön perehdytetään. Lääkinnällisistä laitteista on ajantasainen laiterekisteri, jonka avulla varmistamme, että laitteet huolletaan asianmukaisesti. Yksiköissä on olemassa sekä asiakkaiden henkilökohtaisessa käytössä että yhteiskäytössä olevia apuvälineitä ja lääkinällisiä laitteita. Lääkinnällisten laitteiden käyttöön liittyvistä vaaratilanteista tulee tehdä ilmoitus Laatuporttiin, josta tiedot siirtyvät suoraan myös Fimeaan.

9.7 Työturvallisuus ja työsuojelu

Työturvallisuus ja työsuojelu on tärkeä osa henkilöstön turvallisuuden varmistamisessa. Työturvallisuus edellyttää yksiköiden toiminnan hyvää tuntemista. Työn vaarojen ja riskien arviointi tehdään suunnitelmasti muutaman vuoden välein. Se on osa omavalvontaa, jonka tavoitteena on työntekijöiden tapaturmien ja vaaratilanteiden tunnistaminen ja ennaltaehkäisy, korjaavien toimenpiteiden suunnittelu ja toteutus sekä työhyvinvoinnin tukeminen. Työsuojeluorganisaatio kokoontuu 4 kertaa vuodessa. Työsuojelun yhteistoiminta toteutuu työsuojeluorganisaation kautta. Säätiölle on laadittu työsuojeluohjelma, jota päivitetään vuosittain.

Yksiköiden työntekijöiden työturvallisuuden lisäämiseksi yksiköihin on asennettu henkilöhälytinjaerjestelmät, johon sisältyy turvarannekkeet sekä tarvittaessa kutsuttava turvapalvelu.

Yksikön esihenkilön tehtävänä on seurata työntekijöiden työkykyä ja työhyvinvointia ja tarvittaessa käydä varhaisen tuen keskusteluja ja/ tai käydä työkykykeskusteluja. Työntekijöiden työergonomiasta tulee myös huolehtia asianmukaisella tavalla. Esihenkilön tehtävänä on tarvittaessa ohjata työntekijä työterveyshuoltoon. Työterveyshuollolla on olennainen rooli työntekijän työkyvyn arvioinnissa. Säätiölle on laadittu **työyhteisön kehittämissuunnitelma** sekä **työhyvinvointisuunnitelma**.

9.8 Tietosuoja ja tietoturvallisuus

Tietosuojalla turvataan henkilötietojen käsittelyä. Tietoturva on yksi tietosuojan toteuttamisen keino, jolla suojataan tietoaineisto ja tietojärjestelmät. Asiakastiedon käsittelyssä noudatamme asiakastietolain (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastiedon käsittelystä 703/2023) periaatteita.

Työntekijät ovat allekirjoittaneet tietoturvasitoumuksen sekä salassapitositoumuksen, joilla varmistetaan, että työntekijä ymmärtää tietosuojan ja salassa pidettävän tiedon merkityksen. Tietoturvasioihin perehtyminen sisältyy kaikkien työntekijöiden perehdytysuunnitelmaan.

UVPS:n Tietoturvasuunnitelmassa kuvataan säätiön tietoturva- ja tietosuojakäytäntöjä sekä sitä, miten UVPS järjestää tietoturvaan ja -suojaan liittyvän omavalvonnan. Tietoturvasuunnitelmassa on kuvattu miten UVPS täyttää asiakastietojen ja tietojärjestelmien käsittelyyn liittyvät asiakastietolain 27§:n vaatimukset. Tietoturvasuunnitelmassa kuvataan myös käytössä olevat tietojärjestelmät, kuinka henkilöstön tietoturvaan liittyvää perehdytys toteutetaan ja kuinka tietoturvaan liittyvää osaamista ylläpidetään sekä miten säätiöllä ohjeistetaan tietoturvaliiseen asiakastiedon käsittelyyn.

10. Palvelujen laatu

Laadunhallinta ovat tärkeä ja merkittävä osa yksiköiden jokapäiväistä toimintaa. Käytössämme on **SHQS laatuohjelma** (Social and Health Quality Service), joka tarjoaa organisaatiolle viitekehyksen ja työkalut laatutyölle sekä toiminnan jatkuvalla kehittämiselle. Laatuohjelma auttaa laadunhallinnan ja jatkuvan kehittämisen juurtumista jokapäiväiseen työhön. Sen avulla osallistetaan aktiivisesti koko henkilöstö mukaan kehittämistyöhön. SHQS tukee johtamistoimintaa kaikilla tasoilla. Säätiöllä on ollut käytössä SHQS laatuohjelma vuodesta 2016 lähtien. Ensimmäisen kerran palvelumme saivat SHQS laaduntunnustuksen vuonna 2017. Vuonna 2023 Labquality Oy on myöntänyt SHQS-laaduntunnustuksen säätiölle kolmannen kerran. Laaduntunnustus kattaa säätiön kaikki palveluyksiköt. Laaduntunnustus on voimassa 7.12.2026 asti. Laaduntunnustus on voimassa aina kolme vuotta kerrallaan, mutta voimassaolo edellyttää vuosittaisia ulkoisia ylläpitoauditointeja. Ulkoisen auditoinnin lisäksi toteutetaan vuosittain sisäisiä auditointeja ja johdon katselmuksia sekä yksiköiden omaa toimintaa arvioidaan henkilökunnan toimesta itsearvioinnein.

SHQS laatuohjelman mukaisesta toiminnasta vastaa laatujohtaja (palvelujohtaja). Palvelujohtaja johtaa ja koordinoi SHQS laatuohjelman mukaista laatutyötä koko säätiössä. Lisäksi palvelujohtaja vastaa vuosikellon mukaisten arviointityökalujen organisoinnista (itsearvioinnit, sisäiset ja ulkoiset arvioinnit, johdon katselmukset) sekä seuraa ja ohjaa kehittämistehtävien etenemistä. Lisäksi kaikkiin yksiköihin on nimetty 1–2 laatuvaastavaa, joiden tehtävänä on koordinoida oman toimintayksikön SHQS laatuohjelmaa ja seurata kehittämistehtävien etenemistä sekä koordinoida yksikön itsearviointien toteuttamista.

11. Palvelujen seurantaerjestelmät

11.1 Asiakaspalautteet ja asiakaskokemus

Asiakailta ja heidän läheisiltään kerätään palautetta useilla eri tavoilla. Yksiköissä järjestetään säännöllisesti **asukaskokouksia**, joissa käsitellään mm. yksikön sisäisiä asioita, tehdään ehdotuksia ja annetaan

palautetta sekä suunnitellaan yhteistä toimintaa. Asiakkaiden ja heidän läheistensä toivotaan antavan myös välitöntä suullista tai kirjallista palautetta toimintayksikön henkilökunnalle. Spontaaniala palautetta voi antaa milloin tahansa. Palautteen vastaanottaja kirjaa palautteen Laatuporttiin. Myös positiivinen palaute kirjataan. Palautteet käsitellään henkilöstöpalavereissa.

Lisäksi säätiön palveluissa oleville asiakkaille toteutetaan vuosittain syys-lokakuussa **asiakaskokemuskysely**. Kyselyssä on huomioitu asiakasryhmän puheen ja ymmärryksen haasteet, joten kysely toteutetaan joko tekstimuotona tai kuvin. Tarvittaessa työntekijä avustaa lomakkeen täyttämässä. Lisäksi asiakkaiden omaisille/ läheisille toteutetaan asiakaskokemuskysely, jonka vastaamisperiaatteena on se mielikuva, mikä omaisilla on palvelun sisällöstä, palvelun onnistumisesta ja laadusta.

Molemmat kyselyt koostetaan yhteenvedoksi, jonka palvelujohtaja käy läpi yksikön esihenkilön kanssa, esihenkilöiden kanssa yhteisesti sekä säätiön johtoryhmässä. Tämän jälkeen kooste käydään läpi yksikön muun henkilöstön kanssa. Asiakaskokemuskyselyn tärkeimmistä tuloksista tiedotetaan omaisia/ läheisiä joko läheistenilloissa tai läheiskirjeessä. Tulosten perusteella määritellään asiakastyötä koskevat tavoitteet seuraavalle vuodelle.

11.2 Muistutukset ja kantelut

Mikäli asiakas on tyytymätön saamaansa palveluun, laatuun tai saamaansa kohteluun, hän tai hänen läheisensä voi tehdä muistutuksen palveluyksikön esihenkilölle, palvelujohtajalle tai sosiaalihuollon johtavalle viranhaltijalle tai kantelun aluehallintoviranomaiselle. Asiakasta tulee auttaa muistutuksen tekemisessä. Muistutukset käsitellään viipymättä asianosaisten kanssa, jonka yhteydessä sovitaan mahdolliset korjaavat/ ennaltaehkäisevät toimenpiteet sekä muut johtopäätökset. Muistutukset käsitellään toimintayksikössä. Toimintayksikön esihenkilö tiedottaa tehdystä muistutuksesta tai kantelusta palvelujohtajaa.

11.3 RAI arvioinnit

RAI arviointityökalu on tarkoitettu asumisen asiakkaiden toimintakyvyn ja palveluntarpeen määrittämiseen. RAI tietoa hyödynnetään asiakkaan palvelun toteuttamisen suunnittelussa, yksikön toiminnan kehittämässä ja lähijohtamisessa, omavalvonnassa sekä organisaation toiminnan kehittämässä. RAI arviointi tehdään asiakkaille kaksi kertaa vuodessa etukäteen suunnitellun aikataulun ja ohjeistuksen mukaisesti. RAI arviointien tulokset huomioidaan, kun määritellään asiakaskohtaisia tavoitteita ja tuen tarpeita toteuttamissuunnitelmaa päivitettäessä.

11.4 Laatupoikkeamat, läheltä piti- ja vaaratapahtumat

Työntekijän velvollisuus on havainnoida työympäristöään ja tunnistaessaan poikkeavat tapahtumat tehdä välittömät toimenpiteet vaaratilanteen ehkäisemiseksi. Lisäksi työntekijän velvollisuus on kirjata havaitsemansa laatupoikkeamat sekä läheltäpiti- ja vaaratilanteet Laatuportti- järjestelmään. Kirjaaminen tehdään viipymättä tapahtuman jälkeen.

Poikkeama on sovitusta poikkeava tapahtuma, joka voi johtaa vaaratapahtumaan. Poikkeamat voivat liittyä esimerkiksi asiakkaan saamaan palveluun tai asiakasturvallisuuteen, tietoturvaan, paloturvallisuuteen, työturvallisuuteen, toimitilaturvallisuuteen tai ympäristöturvallisuuteen. Poikkeama voi olla mikä tahansa sovitusta asiasta poikkeaminen esimerkiksi palvelu ei täytä sovittuja vaatimuksia tai palvelussa on ilmennyt puutteita. Vaatimuksina ovat lainsäädäntö, yleiset alan suositukset, viranomaisvaatimukset tai säätiön omat linjaukset ja toimintaohjeet. Poikkeama voi johtua tekemisestä, tekemättä jättämisestä ja vaikka tiedonkulun pettämisestä. Ilmoituksen tekijä selvittää kirjallisesti tapahtuman taustat, analysoi tapahtunutta etsien tapahtuneelle juurisyyn/-t ja myötävaikuttavat tekijät sekä ehdottaa mahdolliset korjaavat toimenpiteet.

Poikkeaman kirjaa sen havainnoinut työntekijä. Poikkeama voi liittyä mihin tahansa palvelun osaan tai sisältöön, toimintatapoihin tai -järjestelmiin.

Kun poikkeama on kirjattu Laatuporttiin, se käsitellään Laatuportissa ja henkilöstöpalavereissa yksikön vastuuhenkilön tai hänen valtuuttaman työntekijän johdolla. Poikkeamat käsitellään mahdollisimman pian ja vähintään kahden kuukauden sisällä tapahtumasta. Poikkeaman osalta tulee käydä läpi mitä tapahtui ja miksi. Poikkeamailmoituksia käytetään perustana toiminnan kehittämisessä. Kun poikkeama havaitaan, tulee varmistaa, että mahdolliselta jatkovahingolta vältytään. Tämä voi tarkoittaa esim. tulipalon sammuttamista, vamman ensihoitoa tai väkivaltaisen asiakkaan rajoittamista.

Työturvallisuuteen ja asiakasturvallisuuteen liittyvät ilmoitukset (läheltä piti sekä uhka- ja vaaratilanteet sekä tapaturmat) kirjataan Laatuporttiin samaan tapaan kuin poikkeamat ja ne käsitellään yhdessä työntekijöiden kanssa henkilöstöpalavereissa, jossa sovitaan myös toimenpiteistä vastaavanlaisen tapahtuman ennaltaehkäisemiseksi. Lisäksi työturvallisuuteen liittyvät poikkeamat käsitellään työsuojelutoimikunnassa neljä kertaa vuodessa. Asiakasturvallisuuteen liittyviä ilmoituksia seurataan säätiön johdoryhmässä.

Työtapaturman sattuessa tapahtumasta laaditaan lisäksi vahinkoilmoitus vakuutusyhtiölle. Ilmoittaminen tehdään vakuutusyhtiön verkkopalvelussa.

Poikkeamailmoituksen voi tehdä nimellä tai nimettömänä.

11.4.1 Vakavat poikkeamat ja vaaratapahtumat

Vakavat poikkeamat voivat liittyä esim. ihmishenkeä uhkaaviin tai vakaviin seurauksiin, henkilövahinkoihin tai muihin vakaviin riskeihin, joista aiheutuu suurta vaaraa joko asiakkaalle, työntekijälle, rakennuksille tai toiminnalle. Asiakkaalle aiheutuvaksi vakavaksi vaaraksi katsotaan kuolemaan johtanut, henkeä uhannut, sairaalahoidon aloittamiseen tai jatkamiseen, pysyvää tai merkittävään vammaan, toimintaesteisyyteen tai -kyvyttömyyteen johtanut tilanne. Tapahtuman tutkinta voi olla tiivis, jolloin yksittäisen vaaratapahtuma tutkitaan tiiviisti lyhyessä ajassa 1-2 henkilön toimesta sisältäen tapahtumassa mukana olleiden henkilöiden haastattelut ja muun tarpeellisen tietojen keräämisen, johtopäätökset sekä korjaavat/ ennaltaehkäisevät toimenpiteet. Laajemmassa tutkinnassa vaaratapahtuman tutkintaan osallistuu useampi henkilö, jotka vastaavat tutkinnan suorittamisesta. Vakavien poikkeamien tai vaaratapahtumien sattuessa käynnistetään aina laaja selvitysprosessi, jossa arvioidaan laajemmin tapahtunutta sekä tehdään tarvittavat erilliset selvitykset. Vakavasta poikkeamasta informoidaan suoraan toimitusjohtajalle/ palvelujohtajalle, joka arvioi tarvittavat jatkotoimenpiteet. Vakavan poikkeaman selvitys tehdään poikkeaman kannalta keskeisten henkilöiden kanssa. Tapahtuman kulku käydään yksityiskohtaisesti läpi, tehdään juurisyyanalyysi sekä sovitaan mahdolliset jatkotoimenpiteet, korjaavat toimenpiteet tai ennaltaehkäisevät toimenpiteet. Vaaratapahtuman tutkimisen laajuus riippuu vaaratapahtuman luonteesta.

Vakavan poikkeamat - prosessi

1. Turvallisuuden varmistaminen
2. Tapahtuman käsittely asianosaisten kanssa
3. Työntekijöiden tuen järjestäminen tarvittaessa
4. Tapahtumasta ilmoittaminen: Esihenkilö ilmoittaa viipymättä työsuojeluun liittyvistä vakavista poikkeamista työsuojelupäällikölle ja muista tapahtumista toimitusjohtajalle ja/ tai palvelujohtajalle.
5. Päätös etenemisestä: Työsuojelupäällikkö tai toimitusjohtaja/ palvelujohtaja ohjeistaa kuinka asiaa lähdetään selvittämään ja mitä tietoja kerätään. Esihenkilö vastaa selvittelytyön toteutuksesta.
6. Tapahtumien kulku kuvataan kirjallisesti mahdollisimman yksityiskohtaisesti (Tieto tapahtumasta ja esiselitys)
7. Esiselityksen perusteella päätetään mahdollisen tutkinnan laajuuden käynnistämisestä. Toimenpiteet ja vastuuhenkilöt nimetään ja tutkinta aikataulutetaan.
8. Tapahtuman kulun kuvaaminen ja juurisyy selvittäminen: Arvioidaan riskitekijät ja tapahtuneeseen vaikuttavat tekijät.

9. Johtopäätökset: Käsitellään tapahtuneen kannalta keskeisten henkilöiden kanssa.
10. Korjaavat ja ennaltaehkäisevät toimenpiteet: Määritellään korjaavat ja ennaltaehkäisevät toimenpiteet, vastuut ja aikataulu. Sovitaan seurannasta.
11. Tapahtumasta ja johtopäätöksestä viestiminen (viranomaisille, omaisille, työyhteisölle yms.).

(Lähde: Vakavien vaaratapahtumien tutkinta STM:n julkaisuja 2023:31.)

11.5 Itsearviointit

Itsearviointi on säätiön työntekijöiden itsensä suorittama, kattava ja järjestelmällinen oman toiminnan vahvuuksien ja kehittämiskohteiden arviointi sovittujen kriteereiden (SHQS-arviointikriteeristö 2.0:2023) avulla. Itsearviointien tavoitteena on tuoda näkyväksi organisaation vahvuudet ja kehittämiskohteet. Itsearviointi palvelee laadunhallinnan suuntautumista oleellisiin asioihin ja antaa pohjaa vuosisuunnittelulle.

Itsearviointi tehdään vuosittain ennalta suunnitellussa laajuudessaan ennen sisäistä ja ulkoista auditointia. Itsearviointi toteutetaan koko kriteeristön osalta aina ennen laaduntunnustuksen uusintaauditointia. Muina vuosina johtoryhmä linjaa itsearviointien laajuuden ja määrittelee arvioitavat kriteerit. Arviointi toteutetaan Labquality Oy:n määrittelemällä laadunhallintajärjestelmällä.

Itsearviointien tulosten perusteella määritellään tarvittavat kehittämistehtävät. Kehittämistehtäville määritellään toimenpiteet, aikataulut sekä vastuhenkilöt.

11.6 Sisäiset ja ulkoiset auditoinnit

Säätiöllä toteutetaan vuosittain sekä **sisäisiä että ulkoisia auditointeja**. Auditoinneilla läpikäytävät osat vaihtelevat vuosittain. Auditoinneissa arvioidaan yksiköiden vahvuuksia, kehitystarpeita sekä poikkeamia suhteessa SHQS 2.0:2023 standardin mukaisiin vaatimuksiin, laadittuihin toimintaohjeisiin sekä erilaisiin lainsäädännöllisiin ja viranomaisvelvoitteisiin. Sisäisenä auditoinnina voi toimia säätiön oma työntekijä, joka on saanut koulutuksen sisäisenä auditoinnina toimimiseen sekä tuntee toimintaympäristön ja säätiön toimintaohjeet. Ulkoisena auditoinnina toimii Labquality Oy:n hyväksymä ja organisaatiosta riippumaton toiminnan auditoinnista. Sisäiset ja ulkoiset auditoinnit toteutetaan samojen periaatteiden mukaisesti sillä erotuksella, että sisäisten auditointien painotukset painottuvat enemmän sisäisten prosessien toteutumiseen ja ohjeistusten mukaisen toiminnan arviointiin.

Auditointitapahtumassa auditoinnista kirjaa huomiot sekä havainnot raporttiin sekä antaa mahdollisia parannusehdotuksia, lisänäyttöpöytä ja nimeää vahvuuksia. Auditoinneilla varmistetaan SHQS 2.0:2023 standardin asettamat vaatimukset toiminnalle. Sisäiset ja ulkoiset auditoinnit suunnitellaan keväisin kolmen vuoden periodeissa. Auditointisuunnitelma hyväksytään säätiön johtoryhmässä. Sisäisten auditointien painopisteistä ilmoitetaan yksiköille ennakoon ja samalla laadunhallintajärjestelmään avataan tapahtuman valmistelu.

11.7 Johdon katselmuks

Johdon katselmuks toteutetaan kerran vuodessa kaikkiin yksiköihin säätiön johdon (toimitusjohtaja ja palvelujohtaja) toimesta. Johdon katselmuksissa yksikön/ prosessin toimivuutta tarkastellaan omavalvontasuunnitelmien ja SHQS laadunhallintajärjestelmän kriteerien näkökulmasta. Johdon katselmuksissa arvioidaan omavalvontasuunnitelmien toteutumista, toimivuutta sekä laatupolitiikan ja tavoitteiden toteutumista. Johdon katselmuksen sisällöstä on etukäteen laadittu asialista, joka käydään katselmuksissa läpi. Katselmuksista laaditaan kirjalliset raportit havaintoineen, tarvittavine vahvuuksineen ja kehittämissuosituksineen. Johdon katselmuksista laaditaan yhteenveto kehittämissuosituksineen säätiön johtoryhmälle.

11.8 Työhyvinvoinnin seuranta ja työtyytyväisyys

Säätiöllä tehdään vuosittain henkilöstön työhyvinvointia ja työilmapiiriä selvittävä **henkilöstökysely**. Kyselystä tehdään koko säätiötä koskeva sekä jokaista yksikköä erikseen koskeva yhteenveto, joka käsitellään säätiön johtoryhmässä sekä esihenkilöiden kanssa. Tämän jälkeen tulokset analysoidaan, käydään läpi työyhteisöissä ja määritellään seuraavan toimintavuoden tavoitteet ja muut tarvittavat toimenpiteet.

11.9 Epäkohtailmoitukset ja havaittujen puutteiden korjaaminen

Toimintayksikön henkilökunnan velvollisuutena on ilmoittaa viipymättä toiminnasta vastaavalle henkilölle, jos he huomaavat tehtävissään epäkohtia tai ilmeisiä epäkohdan uhkia asiakkaan sosiaalihuollon toteuttamisessa. Havaitessaan työssä tai toiminnassa epäkohdan, läheltä piti-tilanteen tai vaaratilanteen, tulee havainnosta keskustella viivytyksettä oman esihenkilön kanssa. Ilmoitus läheltä piti-tilanteesta, vaaratilanteesta tai poikkeamasta tehdään Laatuporttiin.

Palveluntuottajan on valvontalain (741/2023) 29 §:n mukaan ilmoitettava välittömästi palvelunjärjestäjälle ja valvontaviranomaiselle palveluntuottajan omassa tai tämän alihankkijan toiminnassa ilmenneet asiakasturvallisuutta olennaisesti vaarantavat epäkohdat sekä asiakasturvallisuutta vakavasti vaarantaneet tapahtumat, vahingot ja vaaratilanteet sekä muut sellaiset puutteet, joita palveluntuottaja ei ole kyennyt eikä kykene korjaamaan omavalvonnallisin toimin. Ilmoitus voidaan tehdä salassapitosäännösten estämättä.

Havaittujen puutteiden korjaaminen

Yksikön esihenkilön tulee tehdä välittömästi tarvittavat selvitykset ja toimenpiteet epäkohdan tai sen uhan poistamiseksi. Palvelujen turvallisuudessa tai laadussa havaittujen puutteiden korjaamisesta vastaa toimintayksikön esihenkilö. Toimintayksikkö kuvaa poikkeamailmoitusten käsittelyprosessissa havaittujen puutteiden korjaamis- ja ennaltaehkäisymenettelyn. Yksikön esihenkilön tulee käsitellä ilmoitus henkilöstöpalaverissa ja varmistaa, että henkilökunta on tietoinen sovitusta ennaltaehkäisevästä tai korjaavasta toimintatavasta.

11.10 Muut laadun seurannan mittarit

Myös erilaisia asiakastietojärjestelmästä saatavia tietoja seurataan. Tällaisia ovat esim. asiakaskohtaiset vapaa-ajan toiminnan seurannat kuten (ulkoilujen ja vapaa-ajan toimintojen toteutuminen), terveydentilan seurannat sekä yhteydenpito läheisin. Myös palvelu- ja hoitosuunnitelmien päivittämisen toteutumista seurataan. Seurannasta vastaa yksikön esihenkilö.

11.11 Seurannan yhteenvedot

Omaavolontaan liittyvistä tuloksista, havainnoista, poikkeamista, uhka- ja vaaratapahtumista sekä niihin liittyvät toimenpiteet kerätään vuosittain erilaisiksi yhteenvedoksi. Keskeiset omaavolontasuunnitelman toteutumisen seurantaan perustuvat havainnot kootaan yhteen yksikön vuosittaiseen toimintakeromukseen tai niistä tehdään muutoin asiakasohainen koosteita. Koosteet käsitellään säätiön hallituksen, johtoryhmän ja/tai esihenkilöiden kanssa. Seurannan tuloksista ja palautteesta saatu tieto huomioidaan yksikön seuraavan vuoden vuosisuunnittelussa. Toiminnan vuosikohtaiset tavoitteet on kuvattu yksikön omaavolontasuunnitelmassa.

12. Alihankkijoilta ostetut palvelut

Palveluntuottaja vastaa alihankintana tuotettujen palvelujen laadusta. Palveluyksikön alihankintana ostettavat palvelut on kuvattu toimintayksikön omaavolontasuunnitelmassa. Mikäli alihankintana hankittavassa palvelussa ilmenee epäkohtia tai puutteita, alihankkijaa ohjataan tai tarvittaessa pyydetään selvitys. Epäkohtien ja puutteiden korjaamiselle asetetaan määräaika. Jos on kyse asiakasturvallisuutta olennaisesti vaarantavasta epäkohdasta tai puutteesta, tulee se korjata välittömästi.