

## Omavalvontasuunnitelma Kehitysvammatuki 57 ry / Myllykaaren kotiyhteisö ja tukiasunnot

Voimassa 27.2.2026

(Dnro V/42106/2023, 8.5.2024  
Määräys sosiaali- ja terveydenhuollon  
palveluntuottajan  
palveluyksikkökohtaisen  
omavalvontasuunnitelman sisällöstä,  
laatimisesta ja seurannasta.)

## Sisällys

1. Palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot.....	2
1.1. Palveluntuottajan perustiedot .....	2
1.2. Palveluyksikön perustiedot .....	2
1.3. Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet .....	2
2. Asiakas- ja potilasturvallisuus.....	3
2.1. Palveluiden laadulliset edellytykset .....	3
2.2. Vastuu palvelujen laadusta.....	5
2.3. Asiakkaan ja potilaan asema ja oikeudet .....	5
2.4. Muistutusten käsittelyn.....	8
2.5. Henkilöstö .....	9
2.6. Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden seuranta .....	11
2.7. Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi.....	11
2.8. Toimitilat ja välineet .....	12
2.9. Lääkinnälliset laitteet, tietojärjestelmät ja teknologian käyttö .....	13
2.10. Lääkehoitosuunnitelma .....	14
2.11. Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuoja .....	15
2.12. Säännöllisesti kerättävän ja muun palautteen huomioiminen .....	16
3. Omavalvonnan riskienhallinta .....	17
3.1. Palveluyksikön riskienhallinnan vastuut, riskien tunnistaminen ja arvioiminen .....	17
3.2. Riskienhallinnan keinot ja toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely.....	20
3.3. Riskienhallinnan seuranta, raportointi ja osaamisen varmistaminen .....	21
3.4. Ostopalvelut ja alihankinta.....	22
3.5. Valmius- ja jatkuvuudenhallinta .....	22
4. Omavalvontasuunnitelman toimeenpano, julkaiseminen, toteutumisen seuranta ja päivittäminen .....	23
4.1. Toimeenpano .....	23
4.2. Julkaiseminen, toteutumisen seuranta ja päivittäminen .....	23
5. Allekirjoitukset .....	23

# 1. Palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot

## 1.1. Palveluntuottajan perustiedot

Kehitysvammatuki 57 ry, 0201454-5  
Läntinen Brahenkatu 2, 4krs., 00510 Helsinki  
p. 0400345369

## 1.2. Palveluyksikön perustiedot

Myllykaaren kotiyhteisö ja tukiasunnot  
Kivensilmänkuja 7, 00920 Helsinki  
myllykaari@kvtuki57.fi  
040 8376408 /kotiyhteisö  
040 1688606 /tukiasunnot

Vastuhenkilö ja yhteistiedot:

Sanni Toivonen p. 044 4934615  
sanni.toivonen@kvtuki57.fi

## 1.3 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet

Yksikössä tarjottava palvelu: yhteisöllinen asuminen ja tuettu asuminen  
asukaspaikat palveluittain: 11 yhteisöllistä asumista ja 6 tuettua asumista  
hyvinvointialue: Helsinki

Asukkaana yksikössä ovat kehitysvammaiset aikuiset ihmiset, jotka tarvitsevat hyvinvointialueen ostamana asumispalvelua. Palveluun voi sisältyä hoitoa, tukea ja ohjausta. Kunkin asukkaan saama palvelu määräytyy hyvinvointialueen palvelukuvauksen ja hyvinvointialueen määrittelemän palvelun laajuuden mukaisesti. Asumispalvelua haetaan oman sosiaalityöntekijän kautta. Sijoittuminen asumiseen toteutuu hyvinvointialueen määrittelemän ryhmän (esim. SAS ryhmän) tarveharkinnan ja yhdessä tehdyn arvion perusteella. Kehitysvammatuki 57 ry on asumispalvelun osalta sopimussuhteessa hyvinvointialueeseen, joka ostaa palvelun omalle

asiakkaalleen. Asukas on vuokrasuhteessa Kehitysvammatuki 57 ry:een. Asukas maksaa lisäksi hyvinvointialueen määrittelemän ateriapalvelumaksun ja erikseen sovitun ylläpitomaksun hyvinvointialueelle. Asukas vastaa itse kaikista muista omista henkilökohtaisista menoista ja hankinnoista.

Myllykaaren kotiyhteisö tarjoaa asukkailleen kodin, jossa he saavat tarvitsemansa yksilöllisen avun ja tuen. Tavoitteena on tukea ihmisen itsenäisyyttä ja osallisuutta omaan elämään ja ympäröivään yhteiskuntaan. Yksilöllinen apu- ja tuki annetaan asukkaan itsemääräämisoikeutta kunnioittaen ja palvelun toteuttamissuunnitelmaan kirjattujen tarpeiden ja toiveiden mukaisesti. Asumispalvelu sisältää yksilöllisen avun, tuen ja ohjauksen jokapäiväiseen arkitoimintaan, kommunikointiin, vapaa-ajan ja harrastuksen suunnitteluun, ravitsemukseen, lääkehooltoon, henkilökohtaiseen hygieniaan, terveyden seurantaan, vaatehooltoon, siivoukseen, asiointiapuun, terveyden ja toimintakyvyn edistämiseen ja raha-asioiden hoitoon liittyen. Asukkaan avun ja tuen suunnittelu ja tarpeen arviointi toteutetaan yhdessä asukkaan kanssa. Asukkaan lähihenkilöiden kanssa tehdään yhteistyötä asukkaan hyväksymässä laajuudessa. Arviointia tehdään myös päivittäisten ja vuorokohtaisten kirjausten avulla.

Myllykaaren tuettu asuminen tarjoaa asumista kuudelle tukiasukkaalle. Asukkaat asuvat omassa asunnossaan Myllypuron alueella lähietäisyydellä Myllykaaren kotiyhteisöstä. Tukiasumisen palvelujen tavoitteena on tukea asukkaiden omatoimisuutta ja itsenäistä asumista sekä osallisuutta. Tukiasuntojen asukkaille suunnittelemme yksilölliset palvelut arkielämän tukeen yhdessä asukkaiden ja heidän lähihenkilöidensä kanssa. Asukkaat saavat apua ja tukea tarpeidensa mukaan omaan kotiinsa, jonka lisäksi heillä on mahdollisuus osallistua Myllykaaren kotiyhteisön yhteiseen tekemiseen sekä olla puhelin yhteyksissä ohjaajiin tai tulla yksikköön keskustelemaan ohjaajan kanssa.

## **2. Asiakas- ja potilasturvallisuus**

### **2.1. Palveluiden laadulliset edellytykset**

Laatutyö Kehitysvammatuki 57 ry:ssä perustuu SHQS-laatustandardiin. Yhdistyksen toiminta on kuvattu IMS-toimintajärjestelmässä ja laatuportissa. Toimintajärjestelmä kattaa koko järjestön toimialan organisaation, johtamisen, toiminnan periaatteet ja strategian, suunnittelun, vastuiden jakamisen, henkilöstön, resurssit, palvelut ja toimintaprosessit sekä seurannan ja kehittämisen.

Ydin- ja tukiprosesseissa on määritelty toiminnot, työvaiheet ja työohjeet. Työohjeet on kuvattu kirjallisesti. Henkilökunta on ollut mukana työohjeiden ja prosessien kuvaamisessa ja päivittää niitä tarpeiden ja toiminnan muuttuessa. Palvelu- ja toimintaprosessit vakioivat ja kehittävät toimintaa. Toiminnan ja palvelujen tasapainoiset mittarit ohjaavat tavoitteiden suunnassa. Asiakirjat ja ohjeet

varmistavat toiminnan tasoa. Toimintajärjestelmän asiakirjat ja tallenteet on tallennettu IMS-palvelimelle, jossa niitä hallinnoidaan.

Omavalvontasuunnitelma on osa yhdistyksen laadunhallintajärjestelmää. Yksikön henkilökunta osallistuu toiminnan- ja omavalvonnan suunnitteluun sekä toteuttamiseen. Toimintatapoja ja käytäntöjä kehitetään jatkuvasti asukkaiden tarpeiden mukaisesti. Asukkaiden kohdalla laatu näkyy kykynä tunnistaa, määrittää ja täyttää heidän palvelun tarpeensa. Palveluntarvetta seurataan jatkuvasti päivittäisellä seurannalla ja palvelun toteuttamissuunnitelman päivittämisen yhteydessä.

Omavalvontasuunnitelma on osana toimintayksikön perehdytysuunnitelmaa. Perehdytysuunnitelmasta ilmenee, miten uuden työntekijän perehdytys etenee ja miten perehdyttämisen toteutumista seurataan ja arvioidaan. Työntekijöillä on vastuu siitä, että toiminnan kokonaisuus ja yksittäiset päivän toiminnot toteutuvat suunnitelmien mukaisesti ja turvallisesti. Työntekijöiden kesken on jaettu vastualueet. Työntekijöiden osaamista arvioidaan vuosittain onnistumiskeskustelussa ja koulutukset suunnitellaan henkilöstön tarpeen mukaan. Turvallisuuskoulutuksia kuten ensiapu ja alkusammutus, järjestetään säännöllisesti.

Myös ostaja-asiakkaat (hyvinvointialueet) asettavat laatuvelvoitteita palvelulle. Esim. Helsingin asettamat laatuvelvoitteet: Vammaispalvelujen asumisen ja päiväaikaisen toiminnan laatu ja osallisuuden tuki -opas (12.3.2024), Palvelunkuvauksessa (01/2025) määritellään ”Asiakkaan palvelua koskevat laatuvaatimukset”. Laatuvaatimukset käydään säännöllisesti henkilöstön kanssa läpi.

Toteutuneen palvelun laatua valvotaan myös henkilöstön tekemien asiakaskirjausten kautta. Palveluyksikön johtaja seuraa kirjauksia viikoittain. Myös hyvinvointialueet arvioivat palvelun toteutumista tutustumalla asiakaskirjauksiin. Kirjauksia ja palvelun toteuttamissuunnitelmaa käytetään myös palvelutarpeen määrittelyyn.

Asiakasturvallisuussuunnitelma sisältää toiminnan yleisen kuvauksen sekä ohjeita palveluyksiköiden johtajille ja työntekijöille. Yhteisen asiakassuunnitelman lisäksi on tehty yksikkökohtaisia suunnitelmia ja toimintaohjeita asiakasturvallisuuden edistämiseen ja huomioimiseen. Niihin yksiköihin, jossa työntekijä on työvuorossa yksin, on laadittu yksintyöskentelyn -ohje turvaamaan yllättävät ennakoimattomat tilanteet.

Kaikissa palveluyksikössä on laadittu pelastussuunnitelma ja poistumisturvallisuusselvitys. Yksikön johtaja huolehtii pelastussuunnitelman ja poistumisturvallisuusselvityksen ajantasaisuudesta ja niiden läpikäymisestä henkilöstölle. Turvallisuusjärjestelmät testataan säännöllisesti sovitusti huollon tai henkilöstön toimesta vastualueiden mukaisesti. Riskejä arvioidaan ja tunnistetaan riskienhallintajärjestelmän avulla säännöllisesti. Palveluyksikön johtaja käy läpi riskien arvioinnit, mittauksen tulokset ja palautteet henkilöstön kanssa.

Kehitysvammatuki 57 ry kerää säännöllisesti vuosittain asiakas- ja läheispalautetta. Yksiköissä toteutetaan myös hyvinvointialueiden lähettämiä tyytyväisyyskyselyjä. Työyhteisö -kysely tehdään henkilöstölle vuosittain tammi-helmikuun aikana.

Palautteen tarkoitus on työhyvinvoinnin, toiminnan, laadun ja omavalvonnan kehittäminen. Kehittämisessä oleellista on jatkuva parantaminen.

## 2.2. Vastuu palvelujen laadusta

Kehitysvammatuki 57 ry:n toimintaa ohjaavat yhdistyslaki (503/1989) ja yhdistyksen omat säännöt. Yhdistyksen korkeinta päätäntävaltaa käyttävät yhdistyksen jäsenet sääntömääräisissä yhdistyskokouksissa, joita on kaksi kertaa vuodessa. Kehitysvammatuki 57 ry:n hallintoa ja toimintaa johtaa yhdistyksen kokouksen valitsema hallitus. Hallitukseen kuuluvat puheenjohtaja ja 5–10 jäsentä. Hallituksen jäsenten toimikausi määritellään säännöissä.

Toiminnanjohtajana toimii Nina Korventaival. Johtoryhmään kuuluivat toiminnanjohtajan lisäksi palvelujohtaja Elina Raike-Ojanen, kehittämisjohtaja Mari Mononen, perheiden tuen johtaja Katja Riikonen, henkilöstö- ja asiantuntijapalveluiden johtaja Elina Vienonen, palveluyksikön johtaja Tiina Toivonen ja asiakkuus- ja laatujohtaja Anne Wallenius.

Myllykaaren kotiyhteisön vastuuhenkilönä toimii palveluyksikön johtaja Sanni Toivonen. Palveluyksikön johtaja johtaa oman palveluyksikkönsä arjen toimintaa, kehittämistyötä ja laadunhallintaa.

Palveluyksikön johtajan tulee raportoida tekemistään päätöksistä palvelujohtajalle. Lisäksi hänen tehtäviinsä kuuluu valmistella ja esitellä eteenpäin ne päätökset, jotka tehdään palvelutoiminnan johtoryhmässä. Päätösvaltuudet on määritelty Kehitysvammatuki 57 ry:n johtosäännössä.

Organisaatioon on määritelty toiminnan tiedonkulkua, laatua ja kehittämistä tukevat kokouskäytänteet.

## 2.3. Asiakkaan ja potilaan asema ja oikeudet

Kehitysvammatuki 57 ry:n on laadittu erillinen Asiakasturvallisuussuunnitelma, joka päivitetään säännöllisesti ja käydään henkilöstön kanssa yhdessä läpi. Työntekijät ovat vastuussa asiakasturvallisuuden varmistamisesta. Heidät on koulutettu ja perehdytetty työtehtäviinsä. Toimintayksiköissä on kuvattuna työprosessit, joissa on määritelty toiminnot, työvaiheet ja työohjeet. Työohjeet on kuvattu kirjallisesti. Säännöllinen kirjaaminen ja raportointi, johon liittyy valvonta, seuranta ja arviointi vahvistavat asukkaiden turvallisuuden toteutumisen.

Itsemääräämisoikeuden toteutumisen varmistamisessa ja rajoitustoimenpiteiden käytössä noudatamme lainsäädäntöä sekä hyvinvointialueiden tuottamia ohjeistuksia (mm. Helsingin kaupungin laatima IMO-käsikirja (viimeisin 12/2023) ja Sosiaali- ja

terveysministeriö (STM) taulukko liittyen rajoitustoimenpiteistä päättämiseen. Kaikki toimintamme tähtää asukkaan itsemääräämisen tukemiseen ja vahvistamiseen. Olemme perustaneet organisaation itsemääräämisasioiden käsittelyyn IMO-työryhmän. Työryhmään kuuluu työntekijöitä jokaisesta palveluyksiköstä ja heidän lisäksi palveluyksikön johtajat, palvelujohtaja, asiakkuus- ja laatujohtaja ja toiminnanjohtaja. IMO-työryhmän tarkoituksena on tarkentaa omia sisäisiä ohjeistuksia ja käytäntöjä meillä esiintyvien käytännön esimerkkien avulla. Työryhmän tarkoituksena on myös löytää itsemääräämisoikeutta edistäviä ratkaisuja haastaviin tilanteisiin. Kehitysvammatuki 57 ry on lisäksi ostanut ostopalveluna IMO asiantuntijatyöryhmän (lääkäri, psykologi, sosiaalityöntekijä) palvelut Suomen Kotilääkärit Oy:ltä. Asiantuntijatyöryhmän tehtävänä on lausuntojen antamisen lisäksi ohjata ympärivuorokautisia yksiköjä rajoitustoimenpiteiden toteuttamisessa ja seurata rajoitustoimenpiteiden toteutumista yksikössä. Myllykaaren kotiyhteisö ja tukiasunnot ovat ei-yrityksellisiä palveluita, joten rajoitustoimenpiteitä ei yksikössä ole käytössä, eikä organisaation ostama asiantuntijaryhmän palvelu kosketa tätä asumispalvelua.

Ennen palvelun aloitusta palveluntarve arvioidaan hyvinvointialueen kanssa yhteistyössä. Asukkaan ja hänen luvallaan läheisten kanssa laaditaan palvelun toteuttamissuunnitelma, johon kirjataan tärkeät ja tarvittavat tiedot palvelun toteuttamiseksi. Palvelun toteuttamissuunnitelmaan tulee yhdessä sovitut tavoitteet, jotka tukevat asukkaan psyykkistä, sosiaalista ja fyysistä hyvinvointia. Toteuttamissuunnitelmaa päivitetään tarvittaessa ja hyvinvointialueiden palvelunkuvausten mukaisesti. Päivitys tapahtuu kuitenkin vähintään kerran vuodessa. Suunnitelman liitteeksi laaditaan yhdessä asukkaan kanssa IMO-liite, mihin kirjataan asukkaan itsenäisen suoriutumisen ja itsemääräämisoikeuden tukemisen toimenpiteet, jotka ennaltaehkäisevät mahdollisia haastavia tilanteita. IMO-liite päivitetään kahdesti vuodessa.

Palvelujen toteuttamissuunnitelman tueksi käytetään esimerkiksi Toimi -toimintakykyarviointia tai Asta -asumisen toimintojen arviointia. Ne päivitetään vuosittain.

Jokaiselle asukkaalle nimetään omaohjaaja, jonka tehtäviin kuuluu huolehtia palveluun sisältyvien asioiden toteutumisesta ja organisoimisesta yhdessä työryhmän kanssa. Omaohjaaja huolehtii palveluun kuuluvien suunnitelmien ajantasaisuudesta.

### **Palveluntuottajan ja henkilökunnan ilmoitusvelvollisuus**

Sosiaali- ja terveydenhuollossa astuu voimaan vuoden 2024 alussa uusi valvontalaki. Uudessa valvontalaissa (§ 29) säädetään palveluntuottajan ja henkilöstön ilmoitusvelvollisuudesta. Sosiaalihuollon henkilöstöön kuuluvan on ilmoitettava viipymättä palveluyksikön vastuuhenkilölle, jos hän huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan asiakkaan sosiaalihuollon toteuttamisessa. Salassapitovelvollisuus ei estä ilmoitusvelvollisuutta.

Palveluntuottajalla Kehitysvammatuki 57 ry:n on velvollisuus ilmoittaa salassapitosäännösten estämättä hyvinvointialueen ostopalveluyksikköön, ja valvontaviranomaiselle omassa toiminnassa ilmenneet asiakas- ja potilasturvallisuutta olennaisesti vaarantavat epäkohdat. Lisäksi Kehitysvammatuki 57 ry:n on ilmoitettava hyvinvointialueelle ja valvontaviranomaiselle asiakas- ja potilasturvallisuutta vakavasti vaarantaneet tapahtumat, vahingot tai vaaratilanteet sekä muut sellaiset puutteet, joita Kehitysvammatuki 57 ry ei ole kyennyt tai ei kykene korjaamaan omavalvonnallisin toimin.

Hyvinvointialueen ja Kehitysvammatuki 57 ry:n henkilöstöön kuuluvan tai vastaavissa tehtävissä toimeksiantosuhteessa tai alihankkijana toimivan henkilön on ilmoitettava viipymättä salassapitosäännösten estämättä Kehitysvammatuki 57 ry:n palveluyksikön vastuuhenkilölle tai muulle toiminnan valvonnasta vastaavalle henkilölle, jos hän tehtävissään huomaa tai saa tietoonsa: epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan sosiaalihuollon toteuttamisessa tai muun lainvastaisuuden.

Ilmoituksen vastaanottaneen henkilön on ilmoitettava asiasta hyvinvointialueen ostopalveluyksikölle tai Kehitysvammatuki 57 ry:lle. Hyvinvointialueen, Kehitysvammatuki 57 ry:n ja vastuuhenkilön on ryhdyttävä toimenpiteisiin epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan taikka muun lainvastaisuuden korjaamiseksi. Ilmoitus voidaan tehdä salassapitosäännösten estämättä.

Ilmoituksen vastaanottaneen henkilön on ilmoitettava ja ilmoituksen tehnyt henkilö voi ilmoittaa asiasta salassapitosäännösten estämättä valvontaviranomaiselle, jos epäkohtaa tai ilmeisen epäkohdan uhkaa tai muuta lainvastaisuutta ei korjata viivytyksettä.

Lain mukaisesta ilmoitusvelvollisuudesta tiedotetaan henkilöstöä perehdytyksen yhteydessä ja omavalvontasuunnitelmaa päivitettäessä vuosittain.

### **Sosiaali- ja potilasasiavastaava**

Jos asiakas tai potilas on tyytymätön saamaansa palveluun, hoitoon tai kohteluun, tai tarvitsee neuvoja oikeuksistaan sosiaali- ja terveydenhuollossa voi hän olla yhteydessä sosiaali- ja potilasasiavastaava. Ajantasaiset yhteystiedot sosiaali- ja potilasasiavastaavalle löytyvät yksikön ilmoitustaululta asukkaiden ja omaisten saatavilla. Sosiaali- ja potilasasiavastaavaan voivat olla yhteydessä myös asiakkaiden ja potilaiden omaiset ja muut läheiset, kuntalaiset sekä asiakkaiden ja potilaiden asioissa toimivat yhteistyötahot.

### **Helsinki**

Neuvonta puh. 09 3104 3355  
ma ja to klo 9–11.00



Suojattua sähköpostia voi lähettää sosiaali- ja potilasasiavastaavalle [sotepe.potilasasiavastaava@hel.fi](mailto:sotepe.potilasasiavastaava@hel.fi)

Yhdistyksen verkkosivuilla on linkki ”Ilmoita epäkohdista”. Whistleblowing eli pelin poikki viheltäminen tarkoittaa epäeettisen toiminnan, väärinkäytöksen tai laittomuuden, tai sen epäilyn esille nostamista. Ilmoituskanavan kautta kaikki organisaation jäsenet ja myös ulkoiset sidosryhmät voivat ilmoittaa väärinkäytösepäilystään. Ilmoituksen voi tehdä nimettömästi. Kehitysvammatuki 57 ry:n toiminnanjohtaja, palvelujohtaja, asiakkuus- ja laatujohtaja, sekä talouskoordinaattori käsittelee palautteet. He käynnistävät tarvittavat selvitykset. Käsittely on luottamuksellista.

Olemme Kehitysvammatuki 57 ry:ssä yhdessä vastuussa siitä, että kaikilla osallistujilla on hyvä ja turvallinen olo kaikessa toiminnassa. Olemme luoneet kaikkia koskevat turvallisemman tilan periaatteet. Turvallisempi tila tarkoittaa, että jokainen voi olla osa yhteisöä omana itsenään ilman pelkoa syrjinnästä, vähättelystä tai kiusaamisesta. Turvallisemmassa tilassa jokainen uskaltaa kertoa näkemyksensä, huomioi toisia ja saa tukea häiritsevään käytökseen puuttumisessa. Jokainen on tervetullut sellaisena kuin on.

## 2.4. Muistutusten käsittelyn

### Hyvinvointialueen tekemät huomautukset ja reklamaatiot

Hyvinvointialue lähettää palvelua koskevat huomautukset Kehitysvammatuki 57 ry:lle kirjallisesti kohtuullisessa ajassa. Kehitysvammatuki 57 ry on viipymättä kirjallisesti ilmoitettava hyvinvointialueelle, että se on vastaanottanut huomautuksen. Kehitysvammatuki 57 ry:n on aloitettava korjaavat toimenpiteet välittömästi. Kehitysvammatuki 57 ry:n on annettava vastine hyvinvointialueelle viipymättä, mutta viimeistään neljäntoista (14) päivän sisällä huomautuksen vastaanottamisesta. Vastineessa tulee yksilöidä korjaavat toimenpiteet. Toimenpiteiden tulee olla asianmukaisia virheen vakavuuteen nähden. Hyvinvointialue hyväksyy tai hylkää kirjallisesti Kehitysvammatuki 57 ry:n esityksen virheen korjaamisesta ja sen aikataulusta.

Kehitysvammatuki 57 ry:n tulee dokumentoida kaikki vastaanottamansa huomautukset siten, että ne voidaan eritellä yksityiskohtaisesti.

Hyvinvointialue lähettää palvelua koskevat reklamaatiot Kehitysvammatuki 57 ry:lle kirjallisesti kohtuullisessa ajassa. Kehitysvammatuki 57 ry:n on ilmoitettava kirjallisesti hyvinvointialueelle reklamaation vastaanottamisesta ja antaa vastineen viimeistään 14 päivän kuluttua reklamaation vastaanottamisesta, ellei pakottavassa lainsäädännössä tai reklamaatiossa ole määritelty lyhyempää reagointi-aikaa. Vastaus reklamaatioon toimitetaan hyvinvointialueen reklamaatiossa ilmoitetulla tavalla. Reklamaatiossa kootaan yhteen toistuvat hyvinvointialueen ja asiakkaan tekemät

huomautukset ja palautteet, joita ei ole sovitusti korjattu, eikä palvelu ole palautunut sopimuksen mukaiseksi.

### **Asiakasreklamaatiot**

Kehitysvammatuki 57 ry kirjaa asiakkailta tulleet negatiiviset palautteet sekä reklamaatiot ja käsittelee ne välittömästi. Kehitysvammatuki 57 ry:n on ilmoitettava välittömästi kirjallisesti hyvinvointialueelle heidän asiakkaallensa vaaraa tai vahinkoa aiheuttaneista tilanteista valvontalain 29 §:n mukaisesti sekä saapuneista reklamaatioista.

Kehitysvammatuki 57 ry ohjaa asiakkaiden tekemät valitukset, muistutukset ja kantelut kulloinkin voimassa olevan yksikön sosiaaliasiavastaavalle (laki potilasasiavastaavista ja sosiaaliasiavastaavista (739/2023) ja hyvinvointialueelle.

Kehitysvammatuki 57 ry:n yksilöi kirjallisesti toimenpiteet, joihin se ryhtyy reklamoidun virheen korjaamiseksi aikatauluineen. Toimenpiteiden tulee olla asianmukaisia virheen vakavuuteen nähden. Hyvinvointialue hyväksyy tai hylkää kirjallisesti Kehitysvammatuki 57 ry:n esityksen virheen korjaamisesta.

Kehitysvammatuki 57 ry dokumentoi kaikki vastaanottamansa asiakaspalautteet ja -reklamaatiot siten, että ne voidaan eritellä yksityiskohtaisesti.

## **2.5. Henkilöstö**

Palveluyksikössä työskentelevien henkilöstö määrä ja rakenne:

4 kpl ohjaustyössä  
1 kpl tukipalveluissa  
1 kpl hallinto

Työtehtävän vaatimukset ja tehtäväkuva määrittelevät, mitä koulutusta, erityisosaamista ja työkokemusta työntekijältä edellytetään. Terveystieteen ammattihenkilöiden kelpoisuudet tarkistetaan Valviran Terhikistä ja sosiaalihuollon kelpoisuudet Suosikista. Iäkkäiden ja vammaisten henkilöiden kanssa työskenteleviltä tarkistetaan rikosrekisteriote (valvontalaki 741/2023 §28). Palveluyksiköiden johtajien vastuulla on näiden asioiden tarkistaminen ja ne kirjataan uuden työntekijän rekrytoinnin yhteydessä yhteystietolomakkeeseen erikseen määriteltyyn kohtaan. Rekrytoinnin yhteydessä todennetaan myös uuden työntekijän henkilöllisyys.

Organisaatiossa ylläpidetään omaa sijaisrinkiä. Omia sijaisia käyttämällä haluamme varmistaa asiakastyön laatua. Tutut sijaiset on perehdytetty ja he tuntevat organisaation, yksikön arvot ja toimintatavat. Palveluyksikön johtaja haastattelee, rekrytoi ja hyväksyy yksikössä käytettävät sijaiset. Sijaisena toimii sote-alan

ammattilaisia, opiskelijoita tai muutoin työtehtävään sopivaksi katsottuja henkilöitä. Vuokratyövoimaa tarjoavia yrityksiä ei käytetä sijaisten rekrytointiin.

Palveluyksikön johtajan vastuulla on perehdyttää perehdytys suunnitelman mukaisesti jokainen työntekijä Kehitysvammatuki 57 ry:n arvoihin, strategiaan ja toimintasuunnitelmiin. Palveluyksikön johtaja varmistaa ja käy läpi jokaisen työntekijän kanssa tehtävään liittyvän tehtäväkuvan. Palveluyksikön johtaja käy vuosittain jokaisen työntekijän kanssa onnistumiskeskustelun ja osaamiskartoituksen.

Tehtäväkohtainen perehdytys alkaa heti työsuhteen alkaessa perehdytys suunnitelman mukaisesti. Palveluyksikön johtaja, tehtävään valtuutetut yksikön työntekijät ja perehdytettävä työntekijä ovat yhdessä vastuussa perehdytyksen asianmukaisesta toteutumisesta.

Työnantaja huolehtii henkilöstönsä riittävästä koulutuksesta, jotta osaaminen vastaa asukkaiden tarpeita, kelpoisuusehdot täyttyvät ja osaaminen kehittyy. Henkilöstön omat tarpeet ja toiveet koulutuksista kerätään vuosittaisissa onnistumiskeskusteluissa. Yksiköiden koulutustarpeet arvioidaan sekä yksiköiden omissa palaverissa että palvelutoiminnan tiimissä (PATU), jossa tehdään vuosittain henkilöstö- ja koulutussuunnitelma huomioiden myös työnantajan täydennyskoulutusvelvollisuus. Koulutussuunnitelmassa huomioidaan ensisijaisesti työnantajaa velvoittava koulutus (esim. ensiapu- palo- ja turvallisuuskoulutus sekä työsuojelukoulutus). Koulutussuunnitelmien toteutumista seurataan johtoryhmässä.

Koulutuksen järjestämisessä suositetaan yhteisen koulutuksen ostamista, joka mahdollistaa useamman osallistumisen koulutuksiin. Henkilökunnalla on mahdollisuus hakea myös yksittäisiin koulutuksiin, jotka hyväksytään erikseen. Toteutuneita koulutuksia seurataan IMS-toimintajärjestelmässä. Henkilöstön osaaminen kehittyy ennen kaikkea työssä oppimisen kautta. Työssä oppimista edistää työntekijöiden mahdollisuus vaikuttaa oman työnsä sisältöön. Koulutuksen lisäksi työssä kehittymisen ja -jaksamisen tueksi työntekijällä on mahdollisuus osallistua oman työyksikkönsä työnohjaukseen.

Henkilökunnan osaamisen kehittämiseksi ja lisäämiseksi kannustetaan osallistumaan erilaisiin koulutushankkeisiin.

Vuosittain pidetään henkilökunnan yhteinen henkilöstöpäivä, jossa suunnitellaan ja kehitetään koko organisaation asioita yhdessä. Yhteisten tilaisuuksien tavoitteena on mahdollistaa henkilöstön osallisuus organisaation kehitys- ja muutostyössä. Tärkeää on myös yhteisöllisyyden vahvistaminen ja muiden työn tuntemisen lisääminen.

Työterveyshuollon kanssa on laadittu Aktiivisen tuen -malli henkilöstön työssä jaksamisen tueksi. Mallissa määritellään puheeksi ottoon liittyvät käytänteet. Palveluyksikön johtajan vastuulla on järjestää tarvittaessa työntekijän kanssa aktiivisen tuen keskustelu. Organisaatiossa on käytössä päihdeohjelma, joka sisältää hoitoonohjausjärjestelmän.

Kehitysvammatuki 57 ry työnantajana edellyttää työpaikalla normaalia hyvää käytöstä eikä hyväksy minkäänlaista huonoa kohtelua, kiusaamista, sukupuolista häirintää tai ahdistelua tai työsyrrjintää. Organisaatiolle on laadittu tasa-arvosuunnitelma.

## **2.6. Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden seuranta**

Henkilöstösuunnittelun tavoitteena on, että palveluyksikössä työskentelee aina oikea määrä sopivia henkilöitä oikeissa tehtävissä. Henkilöstösuunnittelulla varmistetaan, että yksiköllä on käytössään sopiva määrä sen tarvitsemaa osaamista sekä ennakoidaan henkilöstön kehittämistarvetta ja -kustannuksia.

Palveluyksiköiden johtaja vastaa yksikkönsä resurssoinnista määrällisesti ja rakenteellisesti. Hän varmistaa rekrytointien yhteydessä riittävän ammattitaidon ja pätevyyden sekä suunnittelee työvuorot lainsäädännön ja sopimusten edellyttämällä tavalla. Toteutunut henkilöstömitoitus näkyy työvuoro-ohjelmassa.

Palveluyksikön johtaja yhdessä palvelujohtajan kanssa seuraa asukkaiden palvelutarpeen ja henkilöstön työmäärän välistä suhdetta. Apuna arvioinnissa käytetään palvelun toteuttamissuunnitelmia ja päivittäiskirjauksia. Palveluyksikön johtaja vastaa siitä, että yksikössä toteutuu luvan ja asiakkaiden palvelutarpeen mukainen henkilöstömitoitus. Sijaisuudet suunnitellaan ja sovitaan etukäteen, mikäli mahdollista. Suunniteltuja ja äkillisiä sijaisia hankitaan omasta sijaisringistä ja tarvittaessa myös omien työntekijöiden on mahdollisuus tehdä lisä- / ylitöitä.

## **2.7. Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi**

Asukkaiden päivittäiskirjaus tehdään Hilikka-asiakastietojärjestelmään. Sosiaalityöntekijän pyynnöstä tiedot tarvittaessa tulostetaan ja lähetetään sosiaalityöntekijälle. Sosiaalityöntekijälle lähetetään myös kerran vuodessa kutsu palvelun toteuttamissuunnitelma palaveriin. Tähän palaveriin kutsutaan tarpeen ja asukkaan toiveen mukaisesti myös muuta verkostoa. Osallistumme kutsusta erilaisiin asukkaan verkostokokouksiin, kuten kuntoutussuunnitelmapalaveriin.

Arkipäiväinen yhteydenpito asumisen ja työ- ja päiväaikaistoiminnan välillä tapahtuu keskustellen tai/ja mulla yhdessä sovitulla tavalla. Viestinnässä huomioidaan salassapitovelvollisuus.

Asukkaan/toimijan lähtiessään sairaalahoitoon Hilikka-asiakastietojärjestelmästä tulostetaan mukaan "SH-lähetä", johon tulostuu hoitoa varten tärkeät ja tarvittavat tiedot. Lähtökohtaisesti terveydenhuollon suunnitellulle käynnille lähtee aina mukaan

työntekijä. Terveysthuollon päivystyskäynnille työntekijä lähtee mukaan tarvittaessa ja mahdollisuuksien mukaan.

## 2.8. Toimitilat ja välineet

Tilat ovat suunniteltu esteettömiksi ja ovat riittävän tilavia asukkaan apuvälineille ja avustamiselle. Ulko-ovissa on sähköinen oviautomaattikka, jota asukas voi tarvittaessa käyttää. Palveluyksiköissä on asukkaille yhteisiä oleskelutiloja ja Kehitysvammatuki 57 ry kalustaa ja huolehtii tilojen viihtyisyydestä, sisustuksesta sekä siisteydestä.

Kotiyhteisöissä kodit ovat tyypiltään pääsääntöisesti ryhmämuotoisia, asukkailla on käytössä oma huone, kylpyhuone ja yhteistilat (olohuone, khh, keittiö). Yksikön asukkaiden käytössä on myös saunatilat ja yhteinen kodinhoituhuone. Tukiasumisessa kodit ovat yksittäisiä asuntoja normaalissa asuntokannassa. Palveluyksiköissä on henkilöstölle varattuna omat toimisto- ja sosiaalitilat. Toimistotilat ovat lukittuja ja niihin on varattu lukittu kaappi asukastiedoille ja tarvittaessa kassakaappi asukkaiden rahavaroille.

Toimitiloille suoritetaan säännöllisiä tarkastuksia liittyen tilojen turvallisuuteen ja soveltuvuuteen toimintaa:

AVI:n tarkastus (rekisteröinnin yhteydessä): 13.2.2015

Työterveyshuollon työpaikkaselvitys: 16.2.2022

Hyvinvointialueen valvontakäynti (tms. tarkastus): 12.6.2024

Palotarkastus: 19.12. 2022

Terveysthuollon valvontasuunnitelman mukainen tarkastus: -

Ympäristön suojelu, elintarvikevalvonta: -

Yksikölle on laadittu yksityiskohtainen siivoussuunnitelma.

Puhtaanapidon tavoitteena on luoda kotiyhteisön asukkaille viihtyisä, hygieeninen ja turvallinen asuinympäristö. Tavoitteena on varmistaa sovitulla ohjeilla, aikataulutuksella ja tarpeenmukaisilla välineillä yksikön puhtaus ja terveellisyys.

Pesuaineiden käyttöturvallisuustiedotteet ovat luettavissa kotiyhteisöjen siivouskomoissa. Siivousvälineitä säilytetään lukitussa siivouskomerossa.

Yhdistyksen hallituksen nimeämä kiinteistötoimikunta kokoontuu säännöllisesti sopimaan toimitiloihin liittyvistä korjaustarpeista. Toimikunnassa myös arvioidaan kiinteistöjen korjaustarpeen kiireellisyys. Isännöitsijä päivittää kunnostustarvekartoitusta säännöllisesti ja tarpeen mukaan.

Kiinteistön huollosta vastaa huoltoyhtiö (yhteistiedot löytyvät yksikön ilmoitustaululta) yhteistyössä kiinteistön isännöitsijän kanssa. Palveluyksikön johtaja tiedottaa huoltoa kiinteistöön liittyvistä huoltotarpeista ja puutteista sähköpostitse (tai kiireellisissä tapauksissa soittaen).

Yhdistykselle on laadittu ympäristöohjelma. Ympäristöohjelman tarkoituksena on tehostaa toimintaa, keventää ympäristökuormitusta ja lisätä sekä työntekijöiden että asiakkaiden ympäristötietoisuutta. Toimintaan tuodaan ympäristöystävällisiä toimintamalleja suunnitelmallisella ja järjestelmällisellä ympäristöohjelmalla. Yksikköön on laadittu erillisiä kirjallisia ohjeistuksia henkilökunnan käyttöön liittyen jätteiden käsittelyyn ja kierrätykseen. Ongelmajätteiden hävittämisestä huolehditaan ongelmajätteistä olevien ohjeiden mukaisesti. Lääkejätteiden säilytys ja hävitys on ohjeistettu yksikön lääkehoidon oppaassa.

## 2.9. Lääkinnälliset laitteet, tietojärjestelmät ja teknologian käyttö

Terveydenhuollon laitteella ja tarvikkeella tarkoitetaan instrumenttia, laitteistoa, välinettä, ohjelmistoa, materiaalia tai muuta yksinään tai yhdistelmänä käytettävää laitetta tai tarviketta sekä sen asianmukaiseen toimintaan tarvittavaa ohjelmistoa, jonka sen valmistaja on tarkoittanut käytettäväksi ihmisen /sairauden diagnosointiin, ehkäisyyn, tarkkailuun, hoitoon tai lievitykseen/ vamman tai vajavuuden diagnosointiin, tarkkailuun, hoitoon, lievitykseen tai kompensointiin / anatomian tai fysiologisen toiminnon tutkimiseen, korvaamiseen tai muunteluun; tai hedelmöitymisen säätelyyn. (<https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210720>)

Palveluyksikön johtaja toimii ammattimaisen käyttäjän vastuuhenkilönä ([https://www.fimea.fi/laakinnalliset\\_laitteet/vaatumukset-ammattimaisille-kayttajille/ammattimaisen-kayttajan-vastuuhenkilö](https://www.fimea.fi/laakinnalliset_laitteet/vaatumukset-ammattimaisille-kayttajille/ammattimaisen-kayttajan-vastuuhenkilö)). Hän vastaa, että tiedot toimintayksikön käytössä olevista terveydenhuollon laitteista tai tarvikkeista on kirjattu yksikön terveydenhuollon laiterekisteriin. Lisäksi hän huolehtii, että laitteiden käytön opastus on osa perehdytystä ja, että laitetta käytetään, huolletaan ja säilytetään käyttötarkoituksen mukaisesti.

Laitteiden käytön yhteydessä syntyneistä vaaratilanteista tehdään IMS ilmoitus. Ammattimaisen käyttäjän on ilmoitettava Fimeaan ja valmistajalle/valtuutetulle edustajalle tai maahantuojalle/jakelijalle vaaratilanteista, jotka ovat johtaneet tai olisivat saattaneet johtaa potilaan, käyttäjän tai muun henkilön terveyden vaarantumiseen JA jotka johtuvat terveydenhuollon laitteen ominaisuuksista / ei-toivotuista sivuvaikutuksista /suorituskyvyn poikkeamasta tai häiriöstä / riittämättömästä merkinnästä /riittämättömästä tai virheellisestä käyttöohjeesta / muusta käyttöön liittyvästä syystä. [https://www.fimea.fi/laakinnalliset\\_laitteet/vaatumukset-ammattimaisille-kayttajille/vaaratilanteista-ilmoittaminen](https://www.fimea.fi/laakinnalliset_laitteet/vaatumukset-ammattimaisille-kayttajille/vaaratilanteista-ilmoittaminen) Ilmoittamisesta on vastuussa palveluyksikön johtaja.

Lääkinnällisten laitteiden käyttäjän vaaratilanneilmoitus tehdään Fimealle lomakkeella: <https://www2.awanic.fi/haipro/230/julkinen/>. Aukkailla on käytössään myös omia henkilökohtaisia terveydenhuollon laitteita ja tarvikkeita. Nämä on merkitty

kunkin asukkaan tietoihin Hilikka-asiakastietojärjestelmään. Tämän tiedon päivittämisestä vastaa kunkin asukkaan omaohjaaja.

Kehitysvammatuki 57 ry ylläpitää toimintansa edellyttämiä rekistereitä, jotka sisältävät henkilötietoja. Kerättäviä tietoja käytetään vain siihen tarkoitukseen tai sen toiminnan kehittämiseen, joihin ne on kerätty. Tietoja säilytetään luottamuksellisesti ja suojatusti eikä niitä luovuteta ulkopuolisille tahoille.

Asukkaiden päivittäisten tietojen käsittelyyn ja keräämiseen on käytössä HILKKA asiakastietojärjestelmä. Rekisterinpitäjänä toimii hyvinvointialue.

Noudatamme asiakastietojen käsittelyssä lakia ja Helsingin kaupungin ohjetta asiakastietojen käsittelyssä. Asiakastietojen käsittely Kehitysvammatuki 57 ry:ssä on kirjattu tietoturvaohjeeseen ja tietoturvan omavalvontasuunnitelmaan. Henkilöstön perehdytykseen kuuluu tietoturvakoulutus.

Hilikka-asiakastietojärjestelmä on suljettu järjestelmä, jota käyttävät vain Kehitysvammatuki 57 ry:n työntekijät. Palveluyksiköiden johtajat ja palvelujohtaja hallinnoivat HILKKA asiakastietojärjestelmän käyttöoikeuksia. Yksikön asukkaiden tietoihin on ainoastaan pääsy kyseisen yksiköiden työntekijöillä. Palveluyksikön johtajat seuraavat asiakaskirjauksia säännöllisesti viikoittain. Palvelujohtaja seuraa asiakastietojärjestelmän lokitietoja kuukausittain satunnaisotanta menetelmällä. Asiakaskirjauksien ja niihin liittyvien lokitietojen seurannalla on tarkoitus varmistaa, että asiakastietojen hallinta on niihin kuuluvilla henkilöillä ja kirjaukset ovat asianmukaisia.

Kehitysvammatuki 57 ry ostaa it-tukipalvelut ja it-tuen ICT- Elmo Oy:ltä. ICT- Elmo Oy huolehtii myös henkilötietoja käsittelevien ohjelmien. Ohjelmien päivitykset hoidetaan myös pääsääntöisesti ICT Elmon Oy:n kautta. Osittain päivitykset tulevat suoraan ohjelman toimittajalta (esim. IMS, Työvuorovelho). Toimittajien kanssa on tehty tietoturvasopimukset (GDPR).

## 2.10. Lääkehoitosuunnitelma

Yksikön lääkehoidosta on tehty STM:N mukainen ”Turvallinen lääkehoitosuunnitelma”. Siinä on määritelty vastuut ja oikeudet.

Palveluyksikön johtaja on vastuussa suunnitelman ajantasaisuudesta. Suunnitelman päivitys tapahtuu yhteistyössä yksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaavan sairaanhoitajan ja yksikön henkilöstön kanssa. Lääkehoitosuunnitelman hyväksyy ProEdu Oy. Kehitysvammatuki 57 ry:llä on sopimus ProEdu Oy:n kanssa lääkäripalvelusta lääkelupien ja lääkehoitosuunnitelmien hyväksynnästä. Viimeisin lääkehoitosuunnitelma on päivitetty 21.10.2024.

Palveluyksikön johtaja kantaa kokonaisvastuun turvallisen lääkehoidon toteutumisesta ja edellytyksistä yksikössä. Sosiaali- ja terveydenhuollon työyksiköissä tulee olla nimettyinä sairaanhoitaja, joka vastaa lääkehoidon

toteuttamisen kokonaisuudesta. Lääkehoidon toteuttamisesta vastaavana ammattihenkilönä toimii Laura Tolppanen (tiimikoordinaattori ja sairaanhoitaja).

Yksikössä säilytetään vain asukkaiden omia lääkkeitä eikä yksikössä ole rajattua lääkevarastoa.

## 2.11. Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuoja

Kehitysvammatuki 57 ry:ssä noudatetaan seuraavia yleisiä tietoturvakäytäntöjä ja tehdään tietoturvallisuus-, tietosuoja-, riskienhallinta- ja asiakastietojen käsittelyn omavalvontatyötä seuraavien dokumenttien mukaisesti: tietoturvasuunnitelma, tietosuoja- ja tietoturvaohje, eri toimintojen tietosuojaselosteet henkilötietojen käsittelystä.

Tietojen käsittelyssä sekä tietosuojan ja tietoturvallisuuden toteuttamisessa seurataan ja noudatetaan seuraavia viranomaisten ohjeita ja määräyksiä: hyvinvointialueiden kanssa tehdyt yhteistyösopimukset ja niihin liittyvät määräykset ja ohjeistukset, THL:n ajantasaiset ohjeet, Avin ja Valviran määräykset ja lisäksi viranomaisten määräyksiä seurataan aktiivisesti ja osallistutaan järjestettyihin koulutuksiin.

Asiakastietojen käsittelyn, tietojärjestelmien käytön sekä tietosuojan ja tietoturvallisuuden toteuttamisen koulutuksissa, ohjeistuksissa ja seurannassa toimitaan seuraavasti:

- uudet työntekijät tutustuvat perehdytyksen yhteydessä yhdistyksen tietoturvasuunnitelmaan ja tietosuojaohjeeseen
- eri tietojärjestelmillä on pääkäyttäjät, jotka huolehtivat siitä, että ko. ohjelmien käyttäjät ovat myös tietoisia ohjelmiin liittyvistä tietoturva-asioista
- työntekijät saavat tietoturvaan liittyvää koulutusta ja lisäkoulutusta hankitaan tarpeen mukaan,
- uusiin ohjelmiin hankitaan tarpeellinen koulutus ohjelman toimittajan kautta
- organisaatio ylläpitää koulutusrekisteriä käydyistä koulutuksista
- asiakkaat saavat tiedon asiakastietojen käsittelystä tutustuessaan tietosuojaselosteisiin verkkosivuilla ja yksiköiden ilmoitustaululla.

Havaittujen tai toteutuneiden tietoturva- tai tietosuojauhkien tai ongelmien hallinta

- jos asiakastietoja käsittelevissä järjestelmissä todetaan ohjelmavirheitä, ilmoitetaan niistä välittömästi ohjelman toimittajalle
- potilasturvallisuuden aiheuttavissa tilanteissa tehdään asianmukaiset ilmoitukset Valviralle



- uhkien ja ongelmien hallinnasta vastaa yhdistyksen tietosuojatiimi
- yhdistyksen eri toimintojen tietosuojaselosteissa on mainittu yhteyshenkilöt, jotka käsittelevät tietoturva- ja tietosuojauhkia
- rekisteritietosuojaselosteet löytyvät yhdistyksen nettisivuilta: [www.kvtuki57.fi/yhdistys/tervetuloa-toimintaan/tietosuojaselosteet](http://www.kvtuki57.fi/yhdistys/tervetuloa-toimintaan/tietosuojaselosteet).

Henkilökunnan on noudatettava vaitiolovelvollisuutta ja salassapitoa koskevia säännöksiä. Työsuhteen alkaessa allekirjoitetaan työsopimus, jonka kohdassa 'Salassapito' on maininta salassapitovelvollisuudesta, joka jatkuu myös työsuhteen päätyttyä.

Tietosuojatiimiin kuuluvat palvelujohtaja Elina Raike-Ojanen, asiakkuus- ja laatujohtaja Anne Wallenius, kehittämisjohtaja Mari Mononen, henkilöstö- ja asiantuntijapalveluiden johtaja Elina Vienonen ja viestintäkoordinaattori Mikko Apell. Tietosuojatiimin tehtävänä on seurata säännöllisesti (kokoukset noin kerran Kehitysvammatuki 57 ry:n tietoturvan ja -suojan toteutumisesta, seurata henkilötietojen käsittelyä yhdistyksessä, laatia asiaa koskevia ohjeistuksia ja neuvoa työntekijöitä. Tietosuojasta vastaavat henkilöt ovat yhteyshenkilöitä tietosuojaviranomaisiin nähden.

Tietosuojaan liittyviä yhteystietoja:

Kehitysvammatuki 57 ry vastaava johtaja:  
toiminnanjohtaja Nina Korventaival, p. 0408353763, [nina.korventaival@kvtuki57.fi](mailto:nina.korventaival@kvtuki57.fi)

Kehitysvammatuki 57 ry tietosuojavastaava:  
palvelujohtaja Elina Raike-Ojanen, p. 0400676721, [elina.raike-ojanen@kvtuki57.fi](mailto:elina.raike-ojanen@kvtuki57.fi)

## 2.12. Säännöllisesti kerättävän ja muun palautteen huomioiminen

Palvelutoiminnassa arvioinnin ja kerättävän palautteen kohteina ovat palvelun laatu ja yhteistyön sujuvuus. Arviointiaineistoa ja palautteita kerätään läpi vuoden. Toteutamme myös hyvinvointialueen palautetyytyväisyyskyselyt palvelukuvausten mukaisesti.

Palautetta ja arviointia asukkailta ja heidän läheisiltään kerätään vuosittain. Palautteen ja arvioinnin keruussa huomioidaan asukkaiden erilaiset valmiudet antavat palautetta. Arviointimenetelminä käytetään esimerkiksi lomakkeita, Webropol -kyselyjä, kuvia ja haastatteluita. Palautteen antamiseen tarjotaan tarvittaessa tukea.

Arviointia kirjataan myös arjessa säännöllisissä asukaskokouksissa. Kokouksista kirjoitetaan muistiot. Arkipäivän palautetta asukkailta tai heidän läheisiltään kirjataan

Hilkka asiakastietojärjestelmään. Palautteet käydään läpi säännöllisesti henkilökunnan kokouksissa ja palvelutoiminnan johtoryhmässä.

Työnantaja toteuttaa yhteistyössä ELO:n kanssa työhyvinvointikyselyn vuosittain. Palveluyksikön johtaja pitää onnistumiskeskustelut työntekijöiden kanssa vähintään kerran vuodessa. Osaamisen kartoitus -lomake täytetään tai päivitetään onnistumiskeskustelun yhteydessä.

Työsuhteen päättyessä työntekijälle annetaan lähtökyselylomake, jonka pohjalta käydään lähtökeskustelu.

Tukipalvelujen ostopalvelujen kanssa pidetään säännöllisesti yhteistyökokouksia, jossa palautetta annetaan puolin ja toisin. Palautteet kerätään yhdistyksen yhteiseen sopimuksienseuranta järjestelmään.

Harjoittelijalle nimetään vastuunohjaaja, joka vastaanottaa harjoittelijalta palautetta.

Palvelutoimintaan kohdistuu myös ulkoisia arviointeja. SHQS-laatuohjelma edellyttää koko yhdistyksen toiminnan auditointia vuosittain. Lisäksi jokaiseen palvelutoiminnan yksikköön kohdistetaan sisäinen auditointi kerran kahdessa vuodessa.

Hyvinvointialueet tekevät palveluyksiköihin tarkastus-, valvonta- ja ohjauskäyntejä säännöllisesti oman aikataulunsa mukaan. Käyntien jälkeen saadaan raportti, jonka mukaan palvelua korjataan ja kehitetään. Työterveydenhuolto tekee säännölliset työsuojeluun liittyvät tarkastukset. Myös muut viranomaiset tekevät säännöllisiä tarkastuksia yksiköihin esim. palotarkastus, terveystarkastus, AVI:n tarkastukset. Tarkastuksista saadaan pöytäkirja ja mahdolliset korjaus ja kehittämissuositukset.

### **3. Omavalvonnan riskienhallinta**

#### **3.1. Palveluyksikön riskienhallinnan vastuut, riskien tunnistaminen ja arvioiminen**

Riskienhallinnan tavoitteena on turvata toiminnan jatkuvuus ja henkilöstön sekä asukkaan hyvinvointi. Riskienhallinnalla tarkoitetaan kaikkea toimintaa riskien ja niistä aiheutuvien vahinkojen ennaltaehkäisyksi vähentämiseksi. Riskienhallinta on tilanteiden arviointia, suunnittelua ja käytännön tekoja, johon osallistuu kukin henkilöstön jäsen omassa roolissaan. Riskienhallinta koostuu useista yhdistyksen ohjeistuksista ja riskit ja niihin varautuminen on osa kaikkea yhdistyksen toteuttamaa toimintaa.

Riskien hallinnan suunnittelussa mietitään, miten vahingot voidaan välttää tai niiden seurauksia vähentää. Tapaturmavaaroja voidaan välttää esimerkiksi turvallisemmilla työtavoilla, huolehtimalla toimintaympäristön kunnosta, toimivuudesta ja

turvallisuudesta. Kaikkia riskejä ei voida kuitenkaan poistaa ja riskienhallintatoimet aloitetaan todennäköisimmiksi arvioiduista asioista. Riskien hallinnan suunnittelussa analysoidaan ja hyödynnetään aikaisempia uhka- ja vaaratilanteita, joiden avulla vaara- ja uhkatilanteiden syntymiseen voidaan vaikuttaa.

Uhka- ja vaaratilanteiden sekä vähältä piti -tilanteiden raportointi ja käsittely on oleellinen osa riskinhallinnan suunnittelua. Vastuu riskinhallintaan liittyvän tiedon hyödyntämisessä riskinhallinnan suunnittelussa on työnantajalla, mutta jokaisella työntekijällä on vastuu tiedon saattamisesta yhdistyksen johdon tietoon. Yksikkökohtaiset riskiarvioinnit tehdään palvelutoiminnan yksiköissä. Yksikkökohtaisesta riskinarvioinnista ja sen ajantasaisuudesta vastaa palveluyksikön johtaja. Jokaisella työntekijällä on velvollisuus reagoida tilanteeseen, jossa havaitsee puutteita ja saattaa asia johdon tietoon.

Yhdistyksessä toimii työsuojeluorganisaatio, johon kuuluu työsuojelupäällikkö, työsuojeluvaltuutettu, varavaltuutettu ja 4 työsuojelutoimikunnan jäsentä. Työsuojeluorganisaatio kokoontuu säännöllisesti ja laatii vuosittain työsuojelun toimintaohjelman ja toteuttamissuunnitelman.

Tietoturvatiimi vastaa tietoturvariskien hallinnasta.

Yhdistyksen johdon tehtävänä on vastata siitä, että omavalvonnan ohjeistus toteutuu ja palveluyksikönjohtaja vastaa omavalvonnan ajantasaisuudesta. Työnantaja vastaa kokonaisuudessaan siitä, että toiminnassa noudatetaan lainsäädäntöä sekä muita virallisohteita.

## Myllykaaren kotiyhteisön riskit ja niihin liittyvät toimet

Tunnistettu riski	Riskin arviointi (suuruus ja vaikutus)	Ehkäisy- ja hallintatoimet
Tulipalo	epätodennäköinen, vaikutus kohtalainen (sprinkleri)	Sprinklerijärjestelmä asennettu Myllykaareen v. 2021, alkusammutuskalusto AS1 -koulutukset, turvallisuuskulttuuri, turvallisuuskävelyt, palotarkastukset
Sähkövika	epätodennäköinen, vaikutus kohtalainen	vialliset laitteet hävitetään/korjataan, asukkaiden neuvonta ja opastus sähkölaitteiden kanssa
Ulkopuolinen tunkeutuja	mahdollinen, kohtalainen	addsecuren hätäkutsu, lukitut ovet, securitaksen vartiointiliike taloyhtiössä valaistu piha, asukkaiden opastus tuntemattomille oven avaamisesta
Asukkaan eksyminen/katoaminen	mahdollinen, vähäinen vaikutus	toimintaohjeet, yhteiset sopimukset (esim. puhelimen mukana pitämisestä), asukkaan toimintakyvyn säännöllinen arviointi
Tartuntataudit/epidemiat	mahdollinen, kohtalainen vaikutus	toimintaohjeet, suojavälineitä on saatavilla, rokotteet
Lääkepoikkeamat	mahdollinen, kohtalainen vaikutus	toimintaohjeet, lääkehoitosuunnitelma, sairaanhoitajan havainnot prosessista,
Tietoturvapoikkeamat	epätodennäköinen, vaikutus kohtalainen	tietoturvaohjeet, tietoturvasuunnitelma, tietoturvakoulutukset
Haastavat tilanteet	mahdollinen, vähäinen vaikutus	ennakointi, asukkaiden IMO -suunnitelmat, yhteiset toimintatavat
Tapaturmat, kaatumiset	mahdollinen, kohtalainen vaikutus	apuvälineet, ergonomiset työotteet, siivoussuunnitelma

### 3.2. Riskienhallinnan keinot ja toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely

Riskejä arvioidaan ja tunnistetaan riskienhallintajärjestelmän avulla säännöllisesti. Palveluyksikön johtaja käy läpi riskien arvioinnit, mittauksen tulokset ja palautteet henkilöstön kanssa.

Kehitysvammatuki 57 ry:n toimintaan on laadittu riskienhallinta suunnitelma. Organisaation riskit ovat kuvattuna IMS-toiminnanhallintajärjestelmän riskit -osioon. Turvallisuussuunnittelu perustuu lainsäädäntöön ja sen perustana on sisäisten ja ulkoisten uhkien ja vaaratilanteiden kartoittaminen (Pelastuslaki 379/2011). Yksiköissä vuosittain tarkistetaan palo- ja pelastussuunnitelma, joka sisältää paloturvallisuusohjeet ja poistumis-turvallisuusselvityksen (pelastuslaki 379/2011 pykälä 8). Henkilökunnalle järjestetään pelastusalan ammattilaisten vetämiä paloturvallisuuskoulutuksia ja – harjoituksia. Toimintayksikössä järjestetään vuosittain turvallisuuskävely palveluyksikön johtajan vetämänä, jossa käydään kertauksena läpi yksikön turvallisuuteen keskeisesti liittyvät asiat. Turvallisuuskävelyn yhteydessä kartoitetaan yhdessä riskejä toimintaympäristössä. Yhdistyksessä on käytössä Sosiaali- ja terveysministeriön työsuojeluosaston laatima riskien arviointimenetelmä (Työsuojeluoppaita ja -ohjeita 14). Riskien kartoitukseen osallistuu koko henkilökunta palveluyksikön johtajan johdolla. Kartoitus tehdään vuosittain. Riskikartoitus tehdään henkisestä kuormittumisesta, kemiallisista ja biologisista vaaratekijöistä, ergonomiasta, tapaturman vaaroista ja fysikaalisista vaaratekijöistä. Riskikartoituksessa arvioidaan erilaisten vaara- ja riskitekijöiden todennäköisyyttä työpaikalla sekä mahdollisten seurausten merkittävyyttä. Kartoituksessa todettujen riskien hallitsemiseksi ja vähentämiseksi ryhdytään välittömästi ennaltaehkäiseviin toimenpiteisiin. Turvallisuustason ylläpitäminen ja parantaminen vaatii jatkuvaa toiminnan seuraamista ja kehittämistä. Tapaturma- ja onnettomuusriskejä hallitsemme suunnittelemalla toimintatavat ja palveluprosessit niin, että vaaran tai vahingon todennäköisyys on minimoitu. Uusien työntekijöiden riittävästä perehdyttämisestä huolehditaan noudattamalla perehdytysohjetta.

Vaara- ja uhkatilanteista sekä lääkepoikkeamista tehdään IMS-ilmoitus. Palveluyksikön johtaja tuo ilmoitukset henkilöstöpalaveriin yhteisesti käsiteltäväksi. Tavoitteena on yhdessä oppia ja löytää turvallisuutta edistäviä ja riskejä vähentäviä toimintatapoja. Myös läheltä piti- tapahtumista tehdään ilmoitus. Palveluyksikön johtajan lisäksi työsuojelutoimikunta seuraa vaara- ja uhkatilanne sekä lääkepoikkeama ilmoituksia ja tarvittaessa edellyttää korjaavia toimenpiteitä.

Valvovien viranomaisten selvityspyyntöihin vastataan aina viiveettä. Saadun ohjauksen tai päätösten perusteella tehdään välittömästi tarvittavat muutokset ohjeistuksiin ja/tai käytännön toimintaan. Selvityspyynnöt, saatu ohjaus ja neuvonta

käsitellään myös aina palvelutoiminnan johtoryhmässä, jotta asia voidaan huomioida kaikissa palvelutoiminnan yksiköissä.

### **3.3. Riskienhallinnan seuranta, raportointi ja osaamisen varmistaminen**

Turvallisuussuunnittelu perustuu lainsäädäntöön ja sen perustana on sisäisten ja ulkoisten uhkien ja vaaratilanteiden kartoittaminen (Pelastuslaki 379/2011). Yksikön palo- ja pelastussuunnitelma paloturvallisuusohjeineen päivitetään vuosittain. Henkilökunnalle järjestetään yhteinen paloturvallisuuskoulutus ja -harjoitukset säännöllisesti.

Yhdistyksessä on käytössä Sosiaali- ja terveysministeriön työsuojeluosaston laatima riskien arviointimenetelmä (työsuojeluoppaita ja -ohjeita 14). Riskien kartoitukseen osallistuu koko henkilökunta. Kartoitus tehdään vuosittain. Riskikartoitus tehdään henkisestä kuormittumisesta, kemiallisista ja biologisista vaaratekijöistä, psykososiaalisista, ergonomiasta, tapaturman vaaroista ja fyysikaalisista vaaratekijöistä. Riskikartoituksessa arvioidaan erilaisten vaara- ja riskitekijöiden todennäköisyyttä työpaikalla sekä mahdollisten seurausten merkittävyyttä. Kartoituksessa todettujen riskien hallitsemiseksi ja vähentämiseksi ryhdytään ennalta ehkäiseviin toimenpiteisiin. Turvallisuustason ylläpitäminen ja parantaminen vaatii jatkuvaa toiminnan seuraamista ja kehittämistä. Tapaturma- ja onnettomuusriskejä hallitsemme suunnittelemalla toimintatavat ja palveluprosessit niin, että vaaran tai vahingon todennäköisyys on minimoitu. Uusien työntekijöiden riittävästä perehdyttämisestä huolehditaan noudattamalla perehdytysohjetta. Koko yhdistyksen riskienhallintasuunnitelma löytyy IMS-järjestelmästä.

Työntekijät kirjaavat uhka- ja vaaratilanteet IMS-toimintajärjestelmässä olevaan raporttiin, joka menee sekä palveluyksikön johtajalle että palvelujohtajalle. Uhka ja vaaratilanne -raportit käsitellään yksikköpalavereissa, joissa mietitään tarvittavat jatkotoimenpiteet. Asumaan turvallisuus taataan puuttamalla mahdollisimman nopeasti riskitilanteisiin. Vaara- ja uhkatilanneraportteja käsitellään myös työsuojelutoimikunnassa ja seurataan, miten tilanteiden käsittely ja toiminnan muuttaminen edistyy toimintayksikössä. Vaara- ja uhkatilanteet tilastoidaan IMS-toimintajärjestelmään ja tuodaan tiedoksi johtoryhmälle.

Henkilökunnalle tiedotetaan korjaavista toimenpiteistä yhteisissä henkilökunnan palavereissa. Palavereista tehdään muistio, jotta kaikki työntekijät saavat tiedon samanlaisena. Tarvittaessa informoidaan myös omaisia ja muita tarvittavia yhteistyökumppaneita.

Palveluyksikön johtaja toimii yksikkönsä hygieniavastaavana. Yksikköön on laadittu terveydensuojelun omavalvontasuunnitelma, elintarvike omavalvontasuunnitelma ja siivoussuunnitelma. Kaikilta työntekijöiltä vaaditaan hygieniapassi ja vakituisten työntekijöiden rokotussuoja varmistetaan työterveyshuollossa työhöntulotarkastuksessa. Palveluyksikön johtaja vastaa hygienioiden ja

infektiotorjunnan seurannasta. Infektiotilanteisiin laaditaan tarvittaessa erilliset ohjeet ja tiedotetaan/ koulutetaan henkilöstö. Infektioiden torjunnassa seurataan HUS-mobiiliyksikön tiedotteita. Viimeisimmät ohjeet löytyvät IMS- järjestelmästä.

### **3.4. Ostopalvelut ja alihankinta**

Palvelua ei tuoteta ostopalveluna ja alihankintana. Tukipalveluja hankittaessa varmistetaan yrityksen tilaajavastuutiedot. Tukipalveluiden laatua seurataan vuosittain yhteistyöpalaverissa.

### **3.5. Valmius- ja jatkuvuudenhallinta**

Valmius - ja jatkuvuudenhallintasuunnittelun tavoitteena on varautua erilaisiin häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin, joissa arjen toiminta häiriintyy ja joudutaan toimimaan normaalista poikkeavalla tavalla palveluiden toimintavarmuuden ja luotettavuuden turvaamiseksi. Valmius- ja jatkuvuussuunnittelulla luodaan lisäksi edellytykset organisaation kriisijohtamiselle sekä pyritään täyttämään lainsäädännöstä ja sopimuksista johtuvat velvoitteet.

Kehitysvammatuki 57 ry:n johtoryhmä seuraa ajantasaisesti valtakunnallisia ohjeita ja tilannetta, viestii asioista ja tekee tarvittaessa yhteistyötä työryhmien ja nimettyjen vastuuhenkilöiden kanssa. Johtoryhmä kokoontuu kriisitilanteessa tiivistetyssä aikataulussa, joka määrittää tilanteen mukaan.

Kriisi- tai poikkeustilanteita varten on luotu omat ohjeet ja toimintatavat. Organisaation kriisityöryhmätyöryhmänä toimii johtoryhmä. Poikkeustilanteissa annetaan täsmennettyä ohjeistusta mm. henkilöstöressurssien riittävyyden turvaamisesta, suojarusteista ja hygieniakäytänteistä sekä raportoinnista. Organisaatiolle on laadittu poikkeusajan varastosuunnitelma liittyen suojarusteiden riittävyyteen ja saatavuuteen.

Palveluntuottaja tekee yksilöllisen varautumissuunnitelman asumispalvelun paljon apua ja tukea tarvitseville asukkaille ja niille päiväaikaisen toiminnan toimijoille, jotka asuvat itsenäisesti tai läheisen kanssa. Suunnitelma on palveluntuottajan yhdessä asiakkaan kanssa tekemä suunnitelma niistä keinoista, joilla tuetaan ja turvataan asiakkaan selviytymistä vakavissa häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa.

## 4. Omavalvontasuunnitelman toimeenpano, julkaiseminen, toteutumisen seuranta ja päivittäminen

### 4.1. Toimeenpano

Omavalvontasuunnitelma on nähtävillä yksikön ilmoitustaululla, yhdistyksen internetsivuilla sekä IMS-järjestelmässä. Omavalvontasuunnitelman läpikäyminen on osa uuden työntekijän perehdytystä. Omavalvontasuunnitelman päivityksestä tiedotetaan henkilöstöpalaverissa ja tarvittaessa oleellisesti muuttuneet kohdat käsitellään yhteisesti. Palveluyksikön johtaja seuraa, että käytännön toiminta yksikössä vastaa omavalvontasuunnitelmaa. Mahdolliset poikkeamat otetaan esiin henkilöstöpalaverissa. Henkilöstön on myös mahdollisuus tehdä IMS- järjestelmän kautta poikkeamailmoitus, jonka voi osoittaa esihenkilön, palvelujohtajan tai toiminnanjohtajan käsiteltäväksi.

### 4.2. Julkaiseminen, toteutumisen seuranta ja päivittäminen

Omavalvontasuunnitelmaa päivitetään tarpeen mukaan toiminnan tai viranomaismääräysten tai – ohjeiden muuttuessa. Se tarkastetaan vuosittain, vaikkei siihen tulisikaan mitään muutoksia. Suunnitelman ajan tasalla pitämisestä ja päivitetyn version henkilökunnalle tiedoksi antamisesta vastaa palveluyksikön johtaja. Hän raportoi asiasta vuosittain myös johtoryhmälle. Ajantasainen suunnitelma löytyy printattuna yksikön ilmoitustaululta, jossa se asiakkaiden ja heidän omaistensa nähtävillä, sekä sähköisessä muodossa yhdistyksen IMS-toimintajärjestelmästä ja nettisivuilta.

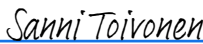
Omavalvontasuunnitelmaan nimeen lisätään aina laatimis- tai päivityspäivämäärä, jolloin eri versioiden hallinta onnistuu helposti.

Omavalvontasuunnitelman seuranta tehdään neljän kuukauden välein ja siitä laaditaan raportti yhdistyksen internet-sivuille julkisesti nähtäväksi. (VL§27) Seurannan tekemisestä vastaa asiakkuus- ja laatujohtaja yhteistyössä palveluista vastaavan palvelujohtajan kanssa.

## 5. Allekirjoitukset

pvm: 27.2.2025

paikka: Helsinki

palveluyksikön johtaja Sanni Toivonen   
Sanni Toivonen (Feb 28, 2025 13:03 GMT+2)

palvelujohtaja Elina Raike-Ojanen   
Elina Raike-Ojanen (Feb 27, 2025 15:46 GMT+2)











# Omavalvontasuunnitelma Myllykaaren kotiyhteisö 2025-2026

Final Audit Report

2025-02-28

Created:	2025-02-27
By:	Elina Raike-Ojanen (elina.raike-ojanen@kvtuki57.fi)
Status:	Signed
Transaction ID:	CBJCHBCAABAAj1BASnrPw9Jxwtv70cL2UwkHHkVYejjV

## "Omavalvontasuunnitelma Myllykaaren kotiyhteisö 2025-2026" History

-  Document created by Elina Raike-Ojanen (elina.raike-ojanen@kvtuki57.fi)  
2025-02-27 - 1:23:42 PM GMT- IP address: 88.113.45.177
-  Document emailed to Sanni Toivonen (sanni.toivonen@kvtuki57.fi) for signature  
2025-02-27 - 1:23:46 PM GMT
-  Document emailed to Elina Raike-Ojanen (elina.raike-ojanen@kvtuki57.fi) for signature  
2025-02-27 - 1:23:46 PM GMT
-  Email viewed by Elina Raike-Ojanen (elina.raike-ojanen@kvtuki57.fi)  
2025-02-27 - 1:46:11 PM GMT- IP address: 104.47.30.126
-  Document e-signed by Elina Raike-Ojanen (elina.raike-ojanen@kvtuki57.fi)  
Signature Date: 2025-02-27 - 1:46:37 PM GMT - Time Source: server- IP address: 88.113.45.177
-  Email viewed by Sanni Toivonen (sanni.toivonen@kvtuki57.fi)  
2025-02-28 - 11:02:47 AM GMT- IP address: 104.47.30.126
-  Document e-signed by Sanni Toivonen (sanni.toivonen@kvtuki57.fi)  
Signature Date: 2025-02-28 - 11:03:50 AM GMT - Time Source: server- IP address: 91.155.58.120
-  Agreement completed.  
2025-02-28 - 11:03:50 AM GMT