



Valvira

Sosiaali- ja terveysalan
lupa- ja valvontavirasto

Omavalvontasuunnitelma Vauvaperhepalvelut

Sisällys

Omavalvontasuunnitelma Vauvaperhepalvelut.....	1
1. Palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot	3
1.1 Palveluntuottajan perustiedot.....	3
1.2 Palveluyksikön perustiedot	3
1.3 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet.....	3
1.4 Päiväys.....	5
2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako	5
3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat	7
3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen.....	7
3.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen.....	7
3.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen.....	9
3.4 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen	16
3.5 Yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja asiakkaan aseman ja oikeuksien varmistaminen.....	17
4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen	19
4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely	19
4.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta.....	21
4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä	22
4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano	23
5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi.....	24
5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta ja raportointi	24
5.2 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi	26

1. Palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot

1.1 Palveluntuottajan perustiedot

- Palveluntuottajan nimi: Kristiina Stranden
- Y-tunnus: 2212439–7
- Yhteystiedot: 040-5507330, kristiina@vauvaperhepalvelut.fi

1.2 Palveluyksikön perustiedot

- Palveluyksikön nimi: Vauvaperhepalvelut
- Yhteystiedot: Harjukatu 46 C, 2 krs. 15110 Lahti
- Palveluyksikön valvontalain 10 §:n 4 momentin mukaisen vastuuhenkilön nimi ja yhteystiedot: Kristiina Stranden, 040-5507330, kristiina@vauvaperhepalvelut.fi

1.3 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet

Toiminta-ajatus

Tarjoamme Päijät-Hämeen hyvinvointialueen perhesosiaalityöhön ja lastensuojeluun kotiin viettäviä vauvaperheille suunnattuja lastensuojelun avohuollon (36§) sekä sosiaalihuollon (18§) mukaisia vauvaperhetyön palveluita.

Palvelut on suunnattu erityisesti 0–12 kk vauvaperheille. Näihin palveluihin kuuluu vauvaperhetyö ja tehostettu vauvaperhetyö, pediatriinen uniohjaus, vauvan yöhoito ja avomuotoinen perhekuntoutus. Palvelumme sisältävät voimavaralähtöistä vanhemmuuden tukemista, kotikäyntejä ja erilaisia neuvonta- ja ohjauspalveluita.

Toimimme yhteistyössä erilaisten asiantuntijoiden, kuten neuvolan terveydenhoitajien ja pikkulapsitiimin kanssa, jotta voimme tarjota vauvaperheille parasta mahdollista hoitoa ja tukea.

Vauvaperhepalvelut haluavat olla osa vauvaperheiden arkea ja auttaa heitä luomaan lämpimän ja turvallisen kasvuympäristön vauvalleen. Tarjoamme palveluita aina yksilöllisiä tarpeita ja toiveita kuunnellen, jotta voimme vastata juuri kyseisen perheen tarpeisiin parhaalla mahdollisella tavalla.

Arvot ja toimintaperiaatteet

Vauvaperhepalveluita toteutetaan sosiaalihuollon lainsäädännön keskeisiä periaatteita noudattaen. Palvelumme tavoitteena on edistää ja ylläpitää asiakkaiden hyvinvointia ja sosiaalista turvallisuutta, vähentää eriarvoisuutta sekä vahvistaa osallisuutta. Pyrimme turvaamaan jokaisen asiakkaan oikeuden laadukkaaseen palveluun ja asialliseen kohteluun sosiaalihuollossa.

Toimintaamme ohjaavat arvot perustuvat sosiaalialan ammattieettisiin periaatteisiin. Ne tukevat päätöksentekoa erityisesti tilanteissa, joissa lainsäädäntö ei tarjoa yksiselitteisiä vastauksia käytännön työssä esiin nouseviin kysymyksiin. Arvot ohjaavat myös työyhteisömme tapaa tehdä ja kehittää työtä, vaikuttaen sekä päämäärien asettamiseen että keinoihin niiden saavuttamiseksi.

Perhekeskeisyys

Arvostamme perheiden tarpeiden huomioimista ja tukemista kaikessa toiminnassamme. Tavoitteenamme on luoda turvallinen ja kunnioittava ilmapiiri, jossa perheet voivat tuntea olonsa nähdyiksi, arvostetuiksi ja tärkeiksi.

Aito kohtaaminen

Olemme aidosti kiinnostuneita asiakkaistamme ja pyrimme rehelliseen, syvälliseen vuorovaikutukseen. Kohtaamisissa korostuvat läsnäolo, empatia ja ymmärrys.

Laatu

Panostamme korkealaatuiseen palveluun ja ammattitaitoiseen henkilöstöön. Tavoittemme on tarjota perheille parasta mahdollista hoitoa ja tukea heidän yksilöllisten tarpeidensa mukaisesti.

Moninaisuus

Kunnioitamme perheiden erilaisuutta ja moninaisuutta. Arvostamme erilaisia kulttuureja, kieliä, uskontoja ja elämäntapoja. Pyrimme siihen, että palvelumme ovat saavutettavia ja merkityksellisiä kaikille perheille.

Yhteisöllisyys

Edistämme perheiden välistä yhteisöllisyyttä ja vertaistukea. Järjestämme tapahtumia ja ryhmätoimintaa, joissa perheet voivat kohdata toisiaan ja jakaa kokemuksiaan.

Luottamus

Toimimme luottamuksellisesti ja kunnioitamme perheiden yksityisyyttä. Rakennamme asiakassuhteita, joissa perheet voivat tuntea olonsa turvallisiksi ja luottaa saamaansa tukeen.

Turvallisuus

Turvallisuuden tunne syntyy luottamuksesta ja kunnioittavasta vuorovaikutuksesta. Teemme määrätietoisesti työtä turvallisen ilmapiirin ja luottamusta vahvistavien asiakassuhteiden eteen.

1.4 Päiväys

- Omavalvontasuunnitelman päiväys ja versiomerkinnot: 30.6.2025. Versio 2.

2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako

Vastuuhenkilöt ja hyväksyminen:

Sähköisen omavalvontasuunnitelman laatimisesta, toteutumisen seurannasta, päivittämisestä ja julkaisemisesta vastaa; Kristiina Stranden, palvelun vastuuhenkilö.

Omavalvontasuunnitelman hyväksyy: Palvelun vastuuhenkilö yhdessä

Omavalvonnan vastuusuhteet ja johtamisjärjestelmä

Palveluyksikön toiminnasta vastaa Kristiina Stranden, palvelun vastuuhenkilö, joka toimii sosiaali- ja terveydenhuollon palvelualakohtaisen lainsäädännön mukaisena vastuuhenkilönä.

Hän vastaa kokonaisvaltaisesti yksikön johtamisesta, toiminnan suunnittelusta, laadunvalvonnasta sekä lainmukaisuuden ja asiakaslähtöisyyden varmistamisesta.

Johtamisjärjestelmä perustuu selkeään vastuunjakoon, jossa esihenkilö vastaa oman tiimiensä ohjaamisesta ja valvonnasta. Säännölliset tiimipalaverit tukevat päätöksentekoa, sisäistä tiedonkulkua sekä strategian ja omavalvonnan toteutumista käytännön työssä.

Palveluyksikön vastuuhenkilön toiminta (Valvontalaki 10 §:n 4 mom.)

Palveluyksikön vastuuhenkilö johtaa palvelutoimintaa käytännössä osallistumalla sen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Hän valvoo, että palvelut täyttävät lainsäädännön ja viranomaisohjeiden mukaiset vaatimukset koko niiden toteuttamisen ajan. Tämä tapahtuu muun muassa säännöllisen laadunvalvonnan, asiakaspalautteiden käsittelyn, poikkeamien seurannan ja henkilöstön osaamisen tukemisen avulla.

Henkilöstön osaaminen ja sitoutuminen omavalvontaan

Henkilöstön omavalvonnan osaamista vahvistetaan perehdytyksellä, täydennyskoulutuksella ja säännöllisellä ohjauksella. Jokaiselle työntekijälle tehdään selväksi hänen roolinsa omavalvonnassa. Sitoutumista tuetaan avoimella viestinnällä, palautekulttuurilla ja työyhteisön yhteisillä keskusteluilla esimerkiksi kehityskokouksissa.

Omavalvontasuunnitelman toteutuminen arjessa

Omavalvontasuunnitelman toteutuminen varmistetaan osana päivittäistä toimintaa, kuten asiakastyön suunnittelua, dokumentointia ja tiimipalavereita. Poikkeamat ja kehittämistarpeet kirjataan, käsitellään ja hyödynnetään toiminnan parantamiseen. Suunnitelma toimii arjen työn tukena, ei irrallisena asiakirjana.

Julkaisu ja julkisesti nähtävänä pitäminen

Omavalvontasuunnitelma julkaistaan sähköisesti organisaation verkkosivuilla osoitteessa www.vauvaperhepalvelut.fi. Lisäksi se on saatavilla paperisena versiona palveluyksikössä.

Ajantasaisuus ja päivitykset

Omavalvontasuunnitelman ajantasaisuus varmistetaan vähintään kerran vuodessa tapahtuvalla tarkistuksella tai aina, kun toiminnassa tapahtuu muutoksia. Uusi versio

julkaistaan välittömästi samassa paikassa kuin alkuperäinen. Päivityksistä tiedotetaan henkilöstölle ja asiakkaille.

Aiemmat versiot

Omavalvontasuunnitelman aiemmat versiot arkistoidaan sähköisesti organisaation tietojärjestelmässä Sofiaan, ja ne säilytetään lain edellyttämällä tavalla. Aiemmat versiot ovat tarvittaessa saatavilla tarkastelua ja seuranta varten.

3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat

3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen

Asiakkaan palveluihin

Asiakkaiden pääsy palveluihin tapahtuu sosiaalitoimen ohjauksella. Palveluiden saavutettavuutta seurataan aktiivisesti esimerkiksi jonotusaikojen, yhteydenottokanavien toimivuuden ja asiakaspalautteiden perusteella. Tarvittaessa palveluun pääsyä tehostetaan lisäresurssein tai toimintaa uudelleen järjestämällä. Erityistä huomiota kiinnitetään kiireellisiin ja haavoittuvassa asemassa olevien asiakkaiden tarpeisiin.

3.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen

3.2.1 Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi

Yhteistyö muiden palvelujärjestäjien ja -tuottajien kanssa

Yhteistyö asiakkaan palvelukokonaisuuteen kuuluvien muiden sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden kanssa varmistetaan suunnitelmallisella moniammatillisella yhteistyöllä, säännöllisellä tiedonvaihdoilla sekä yhteisesti sovituilla toimintamalleilla. Yhteistyö perustuu asiakaslähtöisyyteen, lainsäädännön velvoitteisiin sekä palveluiden sujuvaan yhteensovittamiseen.

Yhteistyö varmistetaan asiakasta koskevien tietojen asianmukaisella käsittelyllä, asiakkaan suostumuksella tapahtuvalla tiedonvaihdoilla sekä yhteisillä kokouksilla ja suunnitelmilla, jotka tukevat palvelujen kokonaisvaltaista toteuttamista.

3.2.2 Valmius- ja jatkuvuudenhallinta

T

Palveluuyksikön valmius- ja jatkuvuudenhallinnasta sekä valmius- ja jatkuvuussuunnitelmasta vastaavan henkilön nimi, tehtävänimike ja yhteystiedot: Kristiina Stranden, 040-5507330, kristiina@vauvaperhepalvelut.fi

Valmius ja jatkuvuudenhallinta palveluuyksikkötasolla

Toimivuus varmistetaan laatimalla yksikölle toimintaa ohjaava **jatkuvuus- ja valmiussuunnitelma**, jossa on kuvattu keskeiset riskit, varautumistoimet ja vastuuhenkilöt eri tilanteissa. Suunnitelma päivitetään säännöllisesti ja siihen liittyvä koulutus järjestetään henkilöstölle tarpeen mukaan. Valmiutta harjoitellaan esimerkiksi toiminnallisilla harjoituksilla ja poikkeustilannesimulaatioilla, mikäli se on mahdollista eikä tieto ole turvaluokiteltua.

Palvelun toteutuminen poikkeustilanteissa (esim. henkilöstön sairastuminen)

Palveluntuottaja vastaa siitä, että asiakas saa sovitun palvelun myös poikkeustilanteissa, kuten henkilöstön äkillisen sairastumisen yhteydessä. Tämä varmistetaan muun muassa seuraavin keinoin:

- Riittävällä ja osaavalla **sijaisjärjestelyllä**
- Käytettävissä olevalla **varahenkilöstöllä** tai henkilöstön sisäisellä työjärjestelyllä
- **Selkeillä kirjatulla prosesseilla**, jotka ohjaavat toimintaa tilanteissa, joissa resurssit vähenevät
- **Johdon ja esihenkilöiden seurannalla**, joka mahdollistaa nopean reagoinnin ja priorisoinnin asiakastarpeiden mukaan

Tavoitteena on, että asiakkaan oikeus sovittuun ja turvalliseen palveluun toteutuu kaikissa tilanteissa, ilman kohtuutonta viivettä tai laadun heikkenemistä.

3.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen

3.3.1 Palveluiden laadulliset edellytykset

Palveluiden laatuvaatimukset ja laadunhallinta

Palveluntuottaja on asettanut palveluyksikön palveluille selkeät **laatuvaatimukset**, jotka perustuvat lainsäädäntöön (esim. sosiaalihoitolaki, lastensuojelulaki, vammaispalvelulaki), viranomaisohjeisiin sekä organisaation omiin arvoihin ja toimintaperiaatteisiin. Palvelun tulee olla asiakaslähtöistä, oikea-aikaista, turvallista ja yksilöllisten tarpeiden mukaista.

Laadunhallinta toteutetaan seuraavin keinoin:

- Säännölliset **asiakaspalautekyselyt** ja niiden systemaattinen analysointi
- **Itsearviointi**, henkilöstökyselyt ja tiimikohtaiset kehittämisprosessit
- **Poikkeamien seuranta**, käsittely ja raportointi
- **Laatumittarit**, kuten asiakastyytyväisyys, palvelun saatavuus, tavoitteiden toteutuminen ja hoito- tai palvelusuunnitelmien ajantasaisuus
- **Auditoinnit ja sisäiset tarkastukset**, joilla varmistetaan toiminnan vaatimustenmukaisuus
- Säännölliset **kehityskeskustelut ja henkilöstön täydennyskoulutus**

Laatua kehitetään jatkuvan parantamisen periaatteella ja yhteistyössä asiakkaiden sekä henkilöstön kanssa.

Riskienhallinta ja vastuut

Palveluyksikön toimintojen riskienhallinnasta vastaa palvelun vastuuhenkilö. Riskienhallinta on osa koko organisaation johtamisjärjestelmää ja toteutetaan suunnitelmallisesti.

Riskienhallinta kattaa mm.:

- **Toiminnalliset riskit** (esim. henkilöstöresurssit, palvelun keskeytyminen)
- **Turvallisuusriskit** (esim. tapaturmat, väkivallan uhka)
- **Tietoturvariskit ja etäpalveluiden haavoittuvuudet**
- Riskien tunnistaminen, arviointi, ehkäisy ja seuranta dokumentoidaan **riskienhallintasuunnitelmaan**, jota päivitetään säännöllisesti.

Asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistaminen

Asiakas- ja potilasturvallisuus varmistetaan konkreettisesti seuraavilla käytännöillä:

- **Henkilöllisyyden varmistaminen ja oikean palvelun varmistus**
- **Tarkistuslistojen** ja toimintaohjeiden käyttö hoito- ja palveluprosesseissa
- **Poikkeamien ja läheltä piti -tilanteiden kirjaaminen ja käsittely**
- **Tilaturvallisuuden** ja hygienian valvonta
- Henkilöstön **turvallisuusosaamisen ylläpito** ja **turvallisuuskoulutukset**
- Säännölliset **asiakasturvallisuuskatsaukset** yksikön sisällä

Digitaalisten ja etäpalveluiden turvallisuus ja laatu

Etä- ja digipalveluissa turvallisuus ja laatu varmistetaan seuraavasti:

- Käytössä ovat **turvalliset ja tietoturvalliset yhteydet ja järjestelmät**, jotka täyttävät tietosuojasetuksen (GDPR) ja kansallisen lainsäädännön vaatimukset.
- Käytössä on **toimintaohjeet teknisten ongelmien ja tietoturvaloukkausten varalta**

3.3.2 Toimitilat ja välineet

Palveluyksikön toiminta tapahtuu siihen soveltuvissa ja käyttötarkoituksen mukaisesti suunnitelluissa toimitiloissa, jotka täyttävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelualakohtaisen lainsäädännön vaatimukset. Toimitilat ovat esteettömät, turvalliset ja tarkoituksenmukaiset sekä asiakkaille että henkilöstölle.

Toimintaympäristössä käytettävät välineet ja laitteet ovat asianmukaisia, turvallisia ja käyttötarkoitukseensa soveltuvia. Niiden käyttöön on annettu tarvittava koulutus ja ohjeistus.

Turvallisuus varmistetaan säännöllisellä kunnossapidolla ja huollolla. Käyttökelvottomat tai riskialttiit välineet poistetaan käytöstä viipymättä.

3.3.3 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuoja

Lainsäädännön noudattaminen

Palveluyksikön toiminnassa noudatetaan **EU:n yleistä tietosuoja-asetusta (GDPR, (EU) 2016/679)** ja **tietosuojalakia (1050/2018)**. Henkilötietojen käsittely perustuu lainmukaisiin käsittelyperusteisiin, ja sitä ohjaavat tietosuojaperiaatteet, kuten:

- Henkilötietojen käsittelyn lainmukaisuus, kohtuullisuus ja läpinäkyvyys
- Tietojen minimointi ja käyttötarkoitussidonnaisuus
- Oikeellisuus, säilytyksen rajoittaminen ja turvallisuus

Rekisteröidyn oikeudet, kuten oikeus tarkastaa ja oikaista tietonsa, toteutetaan lain edellyttämällä tavalla. Palveluyksiköllä on käytössä dokumentoitu tietosuojakäytäntö, jolla osoitetaan tietosuojavelvoitteiden noudattaminen (osoitusvelvollisuus).

Tietosuojavastaava ja ohjeistus

Organisaatiolla on nimetty tietosuojavastaava, jonka yhteystiedot ovat henkilöstön ja asiakkaiden saatavilla. Tietosuojavastaava neuvoo, kouluttaa ja valvoo tietosuojakäytäntöjen toteutumista yksikössä. Tietosuojavastaava: Kristiina Strandenille, 040-5507330, kristiina@vauvaperhepalvelut.fi

Henkilökunnalla on käytössään ajantasaiset ohjeet henkilötietojen suojaamisesta, tietojen käsittelystä, kirjaamisesta sekä tietojen luovuttamisesta ja tietoturvaloukkaustilanteiden varalle. Ohjeet ovat saatavilla sisäisessä tietojärjestelmässä tai muussa sovitussa muodossa.

Tietosuojaosaaminen ja koulutus

Henkilöstön tietosuojaosaaminen varmistetaan:

- Perehdytyksessä, jossa tietosuoja ja asiakastietojen käsittely ovat keskeinen osa
- Säännöllisillä koulutuksilla ja päivityksillä lainsäädännön ja ohjeistusten muuttuessa

- Käytännönläheisillä ohjeilla, joissa kerrotaan toimintatavat mahdollisissa tietoturvaloukkauksissa, tietojen tarkastuspyynnöissä ja luovutustilanteissa

Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tarkastaminen

Asiakkaalla tai potilaalla on oikeus tarkastaa ja pyytää korjausta omiin tietoihinsa.

Tarkastuspyyntö tehdään kirjallisesti, ja siihen vastataan lain määrittämässä ajassa.

Tarvittaessa asiakas saa apua pyynnön laatimiseen.

Tietojen luovutus sivullisille, kuten toiselle palveluntuottajalle tai viranomaiselle, tapahtuu vain:

- Asiakkaan kirjallisella suostumuksella
- Lakisääteisellä perusteella (esim. lastensuojelu, terveydenhuoltolaki)

Kaikki luovutukset dokumentoidaan asianmukaisesti.

Tietojärjestelmät ja tietojen arkistointi

Asiakas- ja potilastiedot kirjataan käytössä olevaan Sofia -asiakastietojärjestelmään. Tiedot arkistoidaan lain edellyttämällä tavalla ja mahdollisuuksien mukaan Kansalliseen arkistointipalveluun (Kanta-palvelut).

Käyttöoikeuksien hallinta

Tietojärjestelmien käyttöoikeudet myönnetään roolipohjaisesti. Kullakin työntekijällä on pääsy vain niihin tietoihin, jotka ovat tarpeellisia hänen työtehtäviensä suorittamiseksi.

Käyttöoikeuksia hallinnoi nimetty vastuuhenkilö, ja ne tarkistetaan säännöllisesti tai henkilöstömuutosten yhteydessä.

Tietosuojan seuranta ja valvonta

Tietosuojan toteutumista seurataan säännöllisesti osana yksikön omavalvontaa ja sisäistä valvontaa. Seuranta sisältää mm.:

- Henkilötietojen käsittelyn tarkastelua ja kehittämistä
- Tietoturvaloukkausten raportointia ja käsittelyä
- Ohjeiden ja määräysten noudattamisen valvontaa

Tietosuojakäytäntöjä päivitetään tarvittaessa ja henkilöstölle tiedotetaan muutoksista selkeästi ja viivytyksettä. Palveluuyksikössä noudatetaan viranomaisten ohjeistuksia ja suosituksia.

3.3.4 Tietojärjestelmät ja teknologian käyttö

Tietojärjestelmien vaatimustenmukaisuus

Palveluuyksikössä käytetään asiakastietolain (703/2021) vaatimukset täyttäviä tietojärjestelmiä. Järjestelmät vastaavat käyttötarkoitukseltaan yksikön palvelutoimintaa ja ne on rekisteröity Valviran tietojärjestelmärekisteriin. Näin varmistetaan järjestelmien yhteistoimivuus, tietoturvallisuus ja säädöstenmukaisuus.

Järjestelmien käyttö ja henkilöstön osaaminen

Henkilöstö koulutetaan järjestelmien käyttöön osana perehdytystä ja osaamista ylläpidetään säännöllisillä koulutuksilla ja käytännön ohjauksella. Käytön asianmukaisuutta seurataan omavalvonnan ja esihenkilötyön keinoin.

Tietoturvasuunnitelma ja vastuut

Yksikölle on laadittu **asiakastietolain 28 §:n mukainen tietoturvasuunnitelma**, joka sisältää tekniset ja hallinnolliset toimet tietoturvan ylläpitämiseksi. Suunnitelman laatimis- ja päivityspäivämäärä on dokumentoitu. Sen toteuttamisesta vastaa nimetty tietoturvavastaava. Tietoturvavastaava: Kristiina Strandenille, 040-5507330, kristiina@vauvaperhepalvelut.fi

Rekisterinpitäjän vastuut ja yhteistyö

Palveluuyksikkö huolehtii, että rekisterinpitäjän oikeudet ja vastuut toteutuvat.

Tietoturvahäiriöistä ilmoittaminen

Palveluuyksikössä on toimintamalli asiakastietolain **90 §:n mukaisille ilmoituksille**, jotka koskevat:

- olennaisten vaatimusten poikkeamia
- tietoverkkoihin kohdistuvia häiriöitä

Mahdollisista poikkeamista ilmoitetaan viipymättä Päijät-Soteen. Häiriötilanteen aikana toteutetaan tarpeenmukaisia omavalvonnallisia toimenpiteitä, ja tapahtumista pidetään kirjaa.

Teknologian soveltuvuus ja turvallisuus

Palveluyksikössä hyödynnettävä teknologia on valittu niin, että se tukee palveluiden turvallista ja laadukasta toteuttamista. Teknologian käyttöä arvioidaan säännöllisesti sen soveltuvuuden, käytettävyyden ja turvallisuusriskien näkökulmasta.

Henkilöstölle järjestetään käyttöopastusta ja ohjeistusta kaikista käytössä olevista laitteista ja järjestelmistä. Käyttöönottoa ennen arvioidaan aina myös asiakkaan tai potilaan yksilölliset tarpeet ja oikeus itsemääräämiseen sekä yksityisyyteen.

Vikatilanteisiin varautuminen

Yksikössä on suunnitelmat ja toimintamallit teknologian vikatilanteisiin ja huoltoviiveisiin varautumiseen. Näihin kuuluvat:

- vaihtoehtoiset toimintatavat
- häiriötilanteen viestintä
- tarvittaessa yhteistyö ulkopuolisten teknisten tukipalvelujen kanssa

Asiakkaan näkökulma ja suostumus

Teknologian hyödyntämisessä huomioidaan asiakkaan yksilölliset tarpeet.

Asiakkaille ja potilaille kerrotaan:

- mitä tietoja kerätään
- miten tietoja käytetään ja mihin ne tallennetaan
- mihin tietoja mahdollisesti luovutetaan

Tiedottaminen toteutetaan ymmärrettävässä muodossa, tarvittaessa suullisesti ja kirjallisesti.

3.3.5 Infektioiden torjunta ja yleiset hygieniakäytännöt

Infektioriskit ja epidemiamahdollisuus

Palveluyksikön toimintaan liittyvistä infektiosta yleisimpiä ovat hengitystieinfektiot, vatsataudit sekä ihon ja limakalvojen infektiot.

Infektioiden ennaltaehkäisy

Infektioiden ja tarttuvien tautien leviämistä ehkäistään noudattamalla tavanomaisia varotoimia kuten käsihygieniää, yskimishygieniää, asianmukaista suojautumista (esim. suojakäsineet), tilojen siisteyttä ja asianmukaista jätehuoltoa. Lisäksi asiakkaiden ja henkilökunnan rokotussuojasta huolehditaan.

Hygieniakäytännöt ja käsihuuhteen saatavuus

Käsihuuhdetta on helposti saatavilla asiakkaiden ja henkilökunnan käyttöön. Käsihuuhteiden sijoittelussa huomioidaan näkyvyys ja helppo saavutettavuus.

Infektioiden torjuntaohjeet ja henkilöstön osaaminen

Palveluyksikön henkilöstöllä on käytössään ajantasaiset ohjeet infektioiden ehkäisyyn ja torjuntaan. Ohjeet ovat helposti saatavilla ja niiden sisältö käydään läpi osana perehdytystä ja säännöllisiä koulutuksia.

Henkilöstön osaaminen kattaa:

- tavanomaiset ja lisävarotoimet
- infektiolähteiden tunnistamisen
- ohjeiden mukaisen suojautumisen
- omat rokotukset

Osaamisen ylläpitoa tuetaan **säännöllisellä koulutuksella ja ohjeistuksella.**

Puhtaus, siivous ja jätehuolto

Yksikön puhtaus ja siisteys turvataan ajantasaisen siivoussuunnitelman mukaisesti. Siivousmenetelmät on sovitettu yksikön toimintaan sopiviksi.

3.4 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen

Henkilöstön määrä, rakenne ja sijaisten käyttö

Palveluyksikön henkilöstömäärä ja -rakenne mitoitetaan vastaamaan asiakas- tai potilasmäärää sekä palvelujen laatua koskevia vaatimuksia.

Sijaisten käyttö perustuu selkeisiin käytäntöihin ja dokumentoituihin ohjeisiin, ja jokaisen sijaistyöntekijän kelpoisuus ja osaaminen varmistetaan ennen työskentelyn aloittamista.

Henkilöstöresurssien riittävyys

Palveluyksikön vastuhenkilö vastaa siitä, että henkilöstöä on kaikissa tilanteissa riittävästi vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin. Henkilöstön riittävyyttä seurataan aktiivisesti mm. työvuorosunnittelun ja palvelutarpeen arvioinnin avulla.

Ammattioikeuksien varmistaminen

Kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattioikeudet tarkistetaan Valviran Terhikki- ja Suosikki-rekistereistä ennen työsuhteen alkua. Tietojen ajantasaisuus varmistetaan säännöllisesti myös työsuhteen aikana.

Rikostaustan selvittäminen

Lasten kanssa työskentelevien rikostausta tarkistetaan rikosrekisteristä lain (504/2002) mukaisesti ennen työsuhteen aloittamista.

Toimintamallit henkilöstön riittävyyden varmistamiseksi

Henkilöstömitoitus perustuu palvelutarpeen arviointiin, ja tilanteissa, joissa henkilöstöä ei ole riittävästi, käytetään sijaisia tai muuta osaavaa varahenkilöstöä.

Henkilöstön osaaminen, koulutus ja kielitaito

Kaikilla työntekijöillä on tehtävään soveltuva koulutus, riittävä ammattitaito ja asiakkaiden kanssa työskentelyyn tarvittava kielitaito. Kielitaito varmistetaan jo rekrytointivaiheessa.

Perehdyttäminen ja täydennyskoulutus

Uusi henkilöstö perehdytetään kattavasti yksikön toimintaan, ohjeisiin ja

asiakasturvallisuusvaatimukseen. Henkilöstölle järjestetään säännöllistä ammatillista täydennyskoulutusta, ja osaamisen kehittymistä tuetaan kehityskeskusteluilla sekä osaamiskartoituksilla.

Osaamisen seuranta ja epäkohtiin puuttuminen

Henkilöstön osaamista ja työn laatua seurataan arjessa esihenkilön toimesta. Epäkohtiin puututaan viivytyksettä keskusteluin ja ohjauksin.

Henkilöstöpalautteen kerääminen ja käsittely

Henkilöstöltä kerätään palautetta säännöllisesti kyselyillä ja kehityskeskusteluilla. Palaute käsitellään esimiestasolla ja sen perusteella tehdään tarvittavat muutokset työoloihin tai toimintakäytäntöihin.

Henkilöstön riskienhallintaosaaminen

Henkilöstölle annetaan koulutusta riskienhallinnasta. Toimintaohjeet riskitilanteisiin, kuten asiakasturvallisuuden vaarantumisiin, ovat kirjallisesti saatavilla. Toteutuneiden riskien analysointi ja raportointi ovat osa omavalvontaa.

Työturvallisuuden huomiointi

Työnantaja huolehtii työturvallisuuslain (738/2002) mukaisista velvoitteista, kuten turvallisista työolosuhteista, työvälineistä ja työterveyshuollosta. Työsuojelutoimikunta toimii aktiivisesti ja riskien arviointi toteutetaan säännöllisesti yhteistyössä henkilöstön kanssa.

3.5 Yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja asiakkaan aseman ja oikeuksien varmistaminen

Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen

Palveluyksikössä asiakkaan tai potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamiseksi laadituista suunnitelmista ja ohjeista vastaa:

- **Nimi:** Kristiina Stranden
- **Tehtävänimike:** Palvelun vastuhenkilö
- **Yhteystiedot:** : 040-5507330, kristiina@vauvaperhepalvelut.fi

Henkilö vastaa siitä, että asiakkaan itsemääräämisoikeus toteutuu palvelussa, ja että henkilöstö toimii ohjeistuksen mukaisesti.

Saavutettavuus

Palveluyksikössä varmistetaan saavutettavuus niin fyysisessä ympäristössä kuin viestinnässä. Viestintä on tarvittaessa saavutettavissa eri muodoissa, kuten selkokielellä tai tulkkipalvelun avulla.

Yhdenvertaisuus ja syrjimättömyys

Asiakkaita kohdellaan yhdenvertaisesti riippumatta heidän iästään, sukupuolestaan, taustastaan, terveydentilastaan tai muista henkilökohtaisista ominaisuuksistaan. Henkilöstö on perehdytetty yhdenvertaisuusperiaatteisiin ja syrjinnän ehkäisyyn.

Toiminnan lainmukaisuus

Palveluyksikössä varmistetaan, että kaikki toiminta, palveluprosessit ja päätöksenteko noudattavat voimassa olevaa lainsäädäntöä.

Tiedonsaanti ja osallisuus

Asiakkaille taataan oikeus saada ymmärrettävää tietoa heitä koskevista asioista. Heitä tuetaan osallistumaan palvelujen suunnitteluun, päätöksentekoon ja toteuttamiseen omien voimavarojensa mukaan.

Kielelliset oikeudet

Palveluyksikössä varmistetaan, että asiakkaalla on mahdollisuus käyttää omaa äidinkieltään. Tarvittaessa käytetään tulkkiauspalveluja.

Asiallinen kohtelu

Asiakkaita kohdellaan kunnioittavasti ja arvostavasti. Mahdolliset tapaukset epäasiallisesta kohtelusta selvitetään viipymättä ja tarvittaessa ryhdytään toimenpiteisiin tilanteen korjaamiseksi.

Oikeusturvakeinojen informointi

Asiakkaille tiedotetaan heidän käytettävissään olevista oikeusturvakeinoista, kuten muistutuksen tai kantelun tekemisestä tai sosiaaliasiavastaavan palveluista.

Palvelua koskevat suunnitelmat

Lakisääteiset suunnitelmat laaditaan yhteistyössä asiakkaan ja lähettävän tahon kanssa. Suunnitelmat päivitetään säännöllisesti tai tarpeen mukaan, ja niiden toteutumista seurataan systemaattisesti.

Toiminta suunnitelmien mukaisesti

Henkilöstö toimii suunnitelmien mukaisesti ja seuraa niiden toteutumista arjessa. Seuranta on osa sisäistä laadunhallintaa ja varmistaa, että palvelu vastaa asiakkaan tarpeita.

Palautteen kerääminen

Asiakkailta tai läheisiltään kerätään palautetta säännöllisesti kyselyin tai keskusteluin. Saatu palaute käsitellään yksikössä ja sitä hyödynnetään toiminnan kehittämisessä.

Muistutukset

Muistutukset käsitellään luottamuksellisesti ja viivytyksettä. Vastuuhenkilö kirjaa käsittelyn ja varmistaa asianmukaisen vastauksen asiakkaalle määräajassa.

Kantelut

Jos asiakas tekee kantelun, palveluyksikkö selvittää tilanteen yhteistyössä viranomaisen kanssa. Kanteluihin suhtaudutaan vakavasti ja ne käsitellään lain edellyttämällä tavalla.

4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen

4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely

Raportointi palvelunjärjestäjälle

Palveluntuottaja raportoi keskeisimmät toimintaan liittyvät riskit palvelun tilaajalle erikseen sovitun menettelyn mukaisesti. Tavoitteena on ylläpitää vuorovaikutteista ja läpinäkyvää yhteistyötä, jossa tiedonvaihto tukee toiminnan kehittämistä ja turvallisuuden varmistamista.

Ilmoittaminen epäkohdista (valvontalaki 29 §)

Jos palveluntuottajan toiminnassa havaitaan epäkohtia tai puutteita, niistä ilmoitetaan viipymättä sekä palvelun järjestäjälle että tarvittaessa valvontaviranomaiselle valvontalain 29 §:n mukaisesti. Ilmoitus tehdään kirjallisesti ja siitä vastaa yksikön vastuhenkilö.

Asiakkaat ja omaiset voivat ilmoittaa havaitsemistaan epäkohdista, laatupoikkeamista ja riskeistä palveluyksikön vastuuhenkilölle Kristiina Strandenille, 040-5507330, kristiina@vauvaperhepalvelut.fi tai Sosiaali- ja potilasasiavastaavalle Päijät-Hämeen hyvinvointialueella: asiavastaavat@pajatha.fi. Ilmoitukset käsitellään palveluntuottajan ja palveluntilaajan sekä asiakkaan kanssa yhdessä.

Henkilöstön ilmoitusvelvollisuus

Palveluyksikön henkilöstöllä on velvollisuus ilmoittaa yksikön vastuuhenkilölle, jos toiminnassa havaitaan epäkohtia, uhkia tai muuta lainvastaista toimintaa. Ilmoitus voidaan tehdä myös nimettömästi sovitulla tavalla. Palvelun vastuuhenkilö arvioi tilanteen ja ryhtyy tarvittaviin toimenpiteisiin.

Muut lakisääteiset ilmoitusvelvollisuudet

Palveluyksikössä noudatetaan muita lakisääteisiä ilmoitusvelvollisuuksia, kuten lastensuojelulain mukaisia ilmoituksia. Ammattihenkilöitä ohjeistetaan säännöllisesti heidän velvollisuuksistaan.

Henkilöstön tiedottaminen ilmoitusvelvollisuudesta

Henkilöstölle annetaan perehdytyksessä ja säännöllisissä koulutuksissa tietoa ilmoitusvelvollisuudesta sekä sen käyttämisestä. Henkilöstöä kannustetaan avoimeen ilmoituskulttuuriin, jossa epäkohdista ilmoittaminen nähdään vastuullisena toimintana.

Puuttuminen omavalvonnassa havaittuihin epäkohtiin

Omavalvonnassa havaitut epäkohdat ja puutteet käsitellään viipymättä. Toimenpiteet

suunnitellaan tilanteen vakavuuden mukaan ja niistä vastaa yksikön vastuuhenkilö. Korjaavat toimenpiteet dokumentoidaan ja niiden vaikutuksia seurataan.

Ilmoitusmenettelyt asiakkaiden ja henkilöstön käytössä

Yksikössä on käytössä selkeät menettelytavat vaara- ja haittatapahtumien, poikkeamien ja epäkohtien ilmoittamiseksi. Ilmoituksen voivat tehdä henkilöstö, asiakkaat, sekä omaiset tai läheiset. Ilmoitukset käsitellään luottamuksellisesti ja niihin reagoidaan asianmukaisesti.

Käsittely ja oppiminen

Kaikki ilmoitetut vaara-, haitta- ja poikkeamatilanteet analysoidaan yksikössä. Käsittelyssä arvioidaan juurisyyt ja suunnitellaan tarvittavat kehittämistoimet. Tavoitteena on oppia tapahtuneesta ja estää vastaavat tilanteet tulevaisuudessa. Tulokset dokumentoidaan ja tarvittaessa jaetaan koko henkilöstölle oppimisen tukemiseksi.

4.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta

Tunnistaminen

Palveluyksikössä vakavat vaaratapahtumat tunnistetaan järjestelmällisesti osana omavalvontaa ja vaara- ja haittatapahtumien ilmoitusmenettelyä. Vakavana vaaratapahtumana pidetään tilannetta, joka on aiheuttanut tai olisi voinut aiheuttaa vakavaa haittaa asiakkaalle. Tapahtumat tunnistetaan esimerkiksi työntekijän tekemän vaaratapahtumailmoituksen, asiakaspalautteen tai sisäisen tarkastuksen kautta.

Toimintamalli tapahtuman sattuessa

Kun vakava vaaratapahtuma tunnistetaan, sovittuna menettelynä on ilmoittaa asiasta viipymättä yksikön vastuuhenkilölle. Tapahtuma kirjataan, ja sen käsittely aloitetaan viivytyksettä. Tarvittaessa ilmoitetaan myös viranomaisille (esim. Valviralle) tai palvelun tilaajalle, mikäli tapaus täyttää ilmoitusvelvollisuuden kriteerit.

Tutkintaprosessi

Tavoitteena on selvittää tapahtuman syyt ja estää vastaavien tapahtumien toistuminen. Tutkintaan osallistuvat tarvittavat asiantuntijat ja vastuuhenkilöt, ja se dokumentoidaan asianmukaisesti.

Syyllistämättömyys ja henkilöstön tuki

Palveluyksikössä vaalitaan syyllistämätöntä ja oppimiseen perustuvaa toimintakulttuuria. Henkilöstöä kannustetaan avoimeen ilmoittamiseen ja osallistumaan tutkintaan ilman pelkoa seuraamuksista. Vakavien tapahtumien yhteydessä voidaan järjestää jälkipurku (debriefing) sekä tarjota tukea oheiskärsijöille (second victim -toimintamalli) työterveyshuollon kautta.

Oppiminen ja kehittäminen

Tutkinnan tulokset hyödynnetään systemaattisesti palvelujen kehittämisessä. Tunnistetut puutteet ja kehityskohteet käsitellään koko henkilöstön kanssa esimerkiksi tiimipalavereissa tai koulutuksissa. Kehittämistoimet kirjataan ja niiden toteutumista seurataan osana laadunhallintaa ja omavalvontaa. Näin varmistetaan, että tapahtumista opitaan ja vastaavat tilanteet voidaan ennaltaehkäistä jatkossa.

4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä

Palveluyksikössä hyödynnetään systemaattisesti käytettävissä olevia tietolähteitä omavalvonnan ja toiminnan laadun kehittämiseksi. Näihin kuuluvat muun muassa epäkohtailmoitukset, haitta- ja vaaratapahtumailmoitukset, muistutukset, kantelut, asiakas- ja omaispalaute, sekä valvontaviranomaisten antamat ohjeet ja päätökset.

1. Epäkohtien ja vaaratapahtumien hyödyntäminen

Epäkohtailmoitusten sekä haitta- ja vaaratapahtumailmoitusten käsittelyssä esiin tulevat puutteet ja kehittämistarpeet kirjataan, analysoidaan ja käsitellään yksikön sisäisissä kokouksissa ja laadunhallinnan prosesseissa. Tapahtumista laaditaan tarvittaessa kehittämissuunnitelmat, joilla pyritään estämään vastaavien tilanteiden toistuminen. Kehittämistoimet ja niiden toteutumista seurataan osana omavalvontaa.

2. Muistutusten ja kanteluiden käsittely

Muistutuksissa tai kanteluissa esiin tulevat epäkohdat käsitellään huolellisesti ja niihin vastataan lain edellyttämässä määräajassa. Käsittelyyn osallistuvat tarvittavat vastuuhenkilöt ja mahdolliset asiantuntijat. Ilmi tulleet kehityskohteet dokumentoidaan, ja niihin liittyvät toimenpiteet viedään osaksi yksikön kehittämis- ja koulutussuunnitelmaa.

3. Henkilöstön tietoisuus palautekanavista

Henkilöstölle tiedotetaan säännöllisesti käytössä olevista palautekanavista (esimerkiksi sisäiset ilmoitusjärjestelmät, asiakaspalautteet, muistutusmenettely). Tiedotus tapahtuu perehdytyksessä, koulutuksissa sekä säännöllisissä työpalavereissa. Tavoitteena on luoda avoin, syyllistämätön ilmapiiri, jossa palautteen antaminen ja vastaanottaminen ovat osa arjen työskentelyä.

4. Palautteen hyödyntäminen kehittämisessä

Sekä säännöllisesti kerätty että yksittäistapauksissa saatu palaute (kuten asiakas- ja omaispalaute, reklamaatiot) analysoidaan ja hyödynnetään omavalvonnassa sekä toiminnan jatkuvassa parantamisessa. Palautteista tehdään koosteita, joiden pohjalta suunnitellaan kehittämistoimia. Asiakkaille ja henkilöstölle viestitään näkyvästi siitä, miten palaute on vaikuttanut toimintaan.

5. Valvontaviranomaisten ohjaus ja päätökset

Valvontaviranomaisten, kuten Valviran tai aluehallintoviraston, antamat ohjeet, huomautukset tai päätökset otetaan huomioon viipymättä. Niistä tiedotetaan henkilöstölle, ja niiden pohjalta tehdään tarvittavat muutokset toimintaan. Toteutetut toimenpiteet dokumentoidaan ja liitetään osaksi yksikön omavalvontasuunnitelmaa ja laadunhallintaa.

4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano

Palveluyksikössä poikkeamien käsittely perustuu systemaattiseen analyysiin ja jatkuvaan kehittämiseen. Tavoitteena on varmistaa toiminnan laatu ja asiakasturvallisuus.

1. Poikkeamien syiden ja taustatekijöiden selvittäminen

Poikkeamatilanteiden jälkeen tapahtumien syitä ja taustatekijöitä selvitetään käytössä olevien analyysimenetelmien avulla, esimerkiksi juurisyyanalyysin tai muun soveltuvan arviointimenetelmän avulla. Selvityksessä huomioidaan toiminnalliset, organisatoriset ja inhimilliset tekijät.

2. Kehittämistoimenpiteet

Poikkeamien perusteella palveluyksikössä ryhdytään tarkoituksenmukaisiin kehittämistoimenpiteisiin, jotka voivat sisältää ohjeistuksen päivittämistä, henkilöstön koulutusta, toimintaprosessien tarkistamista tai käytännön työtapojen muutoksia. Kehittämistoimien tavoitteena on estää vastaavien tilanteiden toistuminen.

3. Kehittämistoimenpiteiden vaikutus laatuun ja turvallisuuteen

Toimenpiteiden arvioidaan parantavan toiminnan laatua ja turvallisuutta, koska ne perustuvat havaittujen riskien ja puutteiden tunnistamiseen sekä niiden poistamiseen. Ennakoivat muutokset tukevat turvallista työympäristöä ja asiakaslähtöistä palvelua.

4. Kehittämistoimien kirjaaminen

Kaikki kehittämistoimenpiteet kirjataan palveluyksikön omavalvontasuunnitelmaan ja laadunhallinnan dokumentteihin. Toimenpiteiden toteutumista ja vaikuttavuutta seurataan osana yksikön sisäistä seurantaa ja raportointia.

5. Vastuunjako ja aikataulutus

Kullekin kehittämistoimenpiteelle nimetään vastuuhenkilö, joka vastaa sen suunnittelusta, toteutuksesta ja seurannasta. Toimenpiteille asetetaan selkeä aikataulu, ja niiden etenemistä arvioidaan säännöllisesti yksikön johdon ja laadunhallinnan toimesta.

5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi

5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta ja raportointi

1. Palveluiden laadun ja turvallisuuden seuranta

Palveluiden laatua ja turvallisuutta seurataan monipuolisilla menetelmillä ja mittareilla. Asiakaspalaute ja asiakastyytyväisyyskyselyt, poikkeama-, haitta- ja vaaratapahtumailmoitukset, omavalvonnan havainnot, palveluprosessien sujuvuuden ja tulosten seuranta, henkilöstöpalautteet ja työhyvinvointikyselyt.

Asiakkaat ja omaiset voivat ilmoittaa havaitsemistaan epäkohdista, laatueroista ja riskeistä palveluyksikön vastuuhenkilölle Kristiina Strandenille, 040-5507330, kristiina@vauvaperhepalvelut.fi tai Sosiaali- ja potilasasiavastavalle Päijät-Hämeen hyvinvointialueella: asiavastaavat@pajatha.fi. Ilmoitukset käsitellään palveluntuottajan ja palveluntilaajan sekä asiakkaan kanssa yhdessä.

2. Raportointi laadun ja turvallisuuden seurannasta

Laadun ja turvallisuuden seurannan tulokset raportoidaan säännöllisesti:

- **Kenelle:** Palveluyksikön vastuuhenkilölle sekä tarvittaessa tilaajalle ja valvontaviranomaisille
- **Kuinka usein:** Vähintään neljännes vuosittain, mutta tarpeen mukaan myös tapahtumaperusteisesti

Tuloksia käsitellään henkilöstön kanssa kehittämispalavereissa, jotta tieto tukee käytännön toimintaa ja jatkuvaa parantamista.

3. Riskienhallintakeinojen toimivuuden varmistaminen

Riskienhallintakeinojen toimivuutta arvioidaan:

- Jatkuvan seurannan kautta (esimerkiksi poikkeamailmoitusten avulla)
- Säännöllisissä riskien arviointikiertoissa
- Sisäisten auditointien ja itsearviointien avulla
- Henkilöstön osallistamisella ja palautteella

Näin varmistetaan, että valitut toimet ovat tarkoituksenmukaisia ja tehokkaita muuttuvissa tilanteissa.

4. Riskienhallinnan arviointi ja seuranta

Riskienhallinnan toimivuutta ja seurannan laatua arvioidaan järjestelmällisesti. Arvioinnissa huomioidaan: toteutuneet riskitapahtumat ja niiden toistuvuus, ennaltaehkäisevien toimenpiteiden vaikuttavuus, prosessien kehittämisen eteneminen suhteessa asetettuihin tavoitteisiin

5. Raportointi riskienhallinnan toteutumisesta

Riskienhallinnan toteutumisesta raportoidaan:

- **Kenelle:** Palveluyksikön vastuuhenkilölle ja tarvittaessa palvelun tilaaja tai viranomainen
- **Kuinka usein:** Vähintään kerran vuodessa sekä poikkeamien tai vaaratapahtumien yhteydessä

Raportointi dokumentoidaan ja hyödynnetään toiminnan kehittämisessä, koulutustarpeiden määrittelyssä sekä riskienhallintasuunnitelman päivittämisessä.

5.2 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi

Omavalvontasuunnitelman toteutumista seurataan säännöllisesti, suunnitelmallisesti ja dokumentoidusti. Seurannan tavoitteena on varmistaa, että palveluyksikön toiminta on lainmukaista, laadukasta ja turvallista sekä asiakkaiden oikeudet toteutuvat.

Seuranta ja puutteiden korjaaminen

- Omavalvonnan toteutumista arvioidaan vähintään neljännesvuosittain ja aina tarvittaessa esimerkiksi poikkeamatilanteiden jälkeen.
- Seuranta toteutetaan mm. sisäisillä tarkastuksilla, palautteiden analyysillä, riskienarvioinneilla ja henkilöstön sekä asiakkaiden havaintojen perusteella.
- Havaitut puutteet kirjataan ja niihin ryhdytään korjaaviin toimenpiteisiin määräajassa ja vastuuhenkilön toimesta.
- Korjaavien toimenpiteiden vaikuttavuutta seurataan ja niiden toteutuminen varmistetaan uusintatarkastuksilla.

Seurantatiedon käsittely ja raportointi

- Seurannan tuloksista laaditaan selvitys, joka sisältää havaitut puutteet, tehdyt toimenpiteet ja niiden vaikutukset toimintaan.
- Selvityksen perusteella omavalvontasuunnitelmaa päivitetään tarvittaessa vastaamaan palveluyksikön todellista toimintaa ja kehittämistarpeita.

- Päivitetty omavalvontasuunnitelma julkaistaan vähintään neljän kuukauden välein yksikön verkkosivuilla tai muulla sovitulla julkisella tavalla, jotta se on asiakkaiden, omaisten ja viranomaisten nähtävillä.