

DPIA-VELHO

OMAVALVONTASUUNNITELMA

Famula Oulu Oy

Y-tunnus 3457819-3

Osoite Heikinkatu 17 A 5, 90100 Oulu

Päiväys 28.8.2026

1. PALVELUNTUOTTAJAA, PALVELUYKSIKKÖÄ JA TOIMINTAA KOSKEVAT TIEDOT

1.1. Palveluntuottajan perustiedot

- **Nimi:** Famula Oulu Oy
- **Y-tunnus:** 3457819-3
- **Yhteystiedot:** Heikinkatu 17 A 5, 90100 Oulu

1.2. Palveluyksikön perustiedot

- **Palveluyksikön nimi:** Famula Oulu Oy
- **Yhteystiedot:** Heikinkatu 17 A 5, 90100 Oulu
- **Vastuuhenkilö (Valvontalain 741/2023 mukainen toiminnasta vastaava henkilö):** Alma Marjanen, alma.marjanen@famula.fi
- **Toimialue:** Tukipalvelut (Sosiaalihuoltolaki 19 §) D92
 - Ateriapalvelu
 - Vaatehuoltopalvelu
 - Siivouspalvelu
 - Asiointipalvelu
 - Osallisuutta ja sosiaalista kanssakäymistä edistävä tai tukeva palvelu

Kotihoito ja kotisairaanhoito

- läkkäiden kotihoito (2235)
- läkkäiden kotisairaanhoito (D4)
- Lapsiperheiden kotipalvelu (D45)
- Lapsiperheiden kotisairaanhoito (D15)

Toimialue: Pohteen hyvinvointialue

1.3. Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet

Palvelut vastaavat Soteri-rekisteriin tehtyjä ilmoituksia (Toimiala 88101, Kotipalvelut ikääntyneille ja vammaisille), ja valtakunnalliseen rekisteriin annettujen tietojen ajantasaisuus päivitetään ja tarkistetaan lainsäädännön edellyttämällä tavalla säännöllisesti.

Palvelumuotoihin kuuluvat:

- Kotipalvelu ja kotihoidon tukipalvelut (sisältäen asiakkaan kotona tehtävät käynnit, virtuaalikäynnit, ateriapalvelut, siivouksen ja turvapalvelut).
- Terveyspalvelut asiakkaan kotiin lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattilaisen määräyksen ja hoitosuunnitelman mukaisesti.

Kotihoidon asiakkaana ovat kuntalaiset, jotka tarvitsevat ammatillista tukea ja apua päivittäisissä toiminnoissa selviytymiseen. Kotipalvelun ja terveydenhuollon tavoitteena on turvata asiakkaalle mahdollisuus asua kotona mahdollisimman pitkään turvallisesti. Toiminta-ajatuksena on tarjota laadukasta ja näyttöön perustuvaa hoitoa kunnioittaen asiakkaan perusoikeuksia (itseääräämisoikeus, yksityisyyden suoja, tasavertaisuus ja turvallisuus). Päätöksissä otetaan aina huomioon asiakkaan ja potilaan etu, ja palvelut räätälöidään yksilöllisen tarpeen mukaan.

1.4. Päiväys

- **Päivitetty:** 28.8.2026

2. OMAVALVONTASUUNNITELMAN LAATIMINEN JA JULKAISEMINEN SEKÄ VASTUUNJAKO

Omavalvontasuunnitelma laaditaan palveluyksikön johdon ja henkilökunnan tiiviinä yhteistyönä. Suunnitelma kattaa myös alihankintana tuotetut palvelut, joiden laadusta ja valvonnasta Famula Oulu Oy vastaa. Kaikilta alihankkijoilta edellytetään sitoutumista tähän asiakirjaan sekä tarvittaessa omia tarkentavia omavalvontasuunnitelmiaan.

Tämä suunnitelma on julkisesti nähtävillä yhtiön verkkosivuilla, eikä se sisällä salassa pidettävää tietoa. Suunnitelmaa päivitetään aina toiminnan tai lainsäädännön muuttuessa, kuitenkin vähintään seurantaselvityksen yhteydessä neljän kuukauden (4 kk) välein. Suunnitelma käydään läpi koko henkilökunnan kanssa muutosten jälkeen ja osana perehdytystä. Terveystenhuollon palveluista vastaava johtaja ja yksikön vastuhenkilö huolehtivat yhdessä laadunhallinnasta, riskienhallinnasta ja lainsäädännön vaatimusten (ml. potilasturvallisuus ja tietosuoja) täyttymisestä.

3. PALVELUYKSIKÖN OMAVALVONNAN TOTEUTTAMINEN JA MENETTELYTAVAT

3.1. Palvelujen saatavuuden varmistaminen

Asiakkaan oikea-aikainen pääsy palveluihin varmistetaan joustavalla ja yksilöllisellä palvelu- tai hoitosuunnittelulla heti asiakkuuden alkaessa. Alihankintatilanteissa laatu ja saatavuus turvataan alihankkijoiden yhteisillä perehdytyksillä, auditointikäynneillä ja säännöllisillä palvelumuotoilukeskusteluilla.

Palvelujen saatavuutta koskevien riskien tunnistaminen:

- **Riski:** Palvelun aloittaminen viivästyy kohtuuttomasti.
 - *Syy:* Suuri työpaine, äkillinen henkilöstövaje tai rekrytoinnin hitaus.
 - *Toimenpiteet:* Tehokas toiminnanohjausjärjestelmä, ennakoiva ja aktiivinen rekrytointi sekä selkeät kriteerit asiakastarpeiden kiireellisyysjärjestykselle (triage-malli).

- *Vastuuhenkilö:* Palveluvastaava / Toimitusjohtaja
- **Riski:** Asiakkaan tarve ja tarjottu palvelu eivät kohtaa.
 - *Syy:* Puutteellinen tai virheellinen palvelutarpeen arviointi alkukartoituksessa.
 - *Toimenpiteet:* Standardoitu, sote-lainsäädäntöön perustuva alkukartoituslomake sekä henkilöstön säännöllinen koulutus moniammatilliseen arviointiin ja haastattelutekniikoihin.
 - *Vastuuhenkilö:* Asiakasvastaava / Vastaava hoitaja
- **Riski:** Palvelupyynnöt jäävät käsittelemättä tai viivästyvät kriittisesti.
 - *Syy:* Tiedonkulun katkokset, inhimilliset virheet tietojärjestelmäkirjauksissa tai epäselvät vastuut tiimien välillä.
 - *Toimenpiteet:* Keskitetty asiakaspalvelujärjestelmä (soittoringit/sähköposti), määritelty maksimivastausaika (esim. 24–48 h asiakkuuden kriittisyydestä riippuen) ja vastuiden selkeyttäminen työnkuvauksissa.
 - *Vastuuhenkilö:* Asiakaspalvelu / Vastuuhenkilö

3.2. Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen

Asiakkaan saama välttämätön palvelu turvataan ehdottomasti myös poikkeus- ja häiriötilanteissa yksikön varautumissuunnitelman mukaisesti. Henkilöstön riittävyys ja hoidon jatkuvuus turvataan ensisijaisesti omalääkäri/omahoitaja-tyyppisellä vastuuhenkilömallilla. Sairastumistilanteissa ei-kriittisiä käyntejä voidaan yhteisymmärryksessä siirtää tai käyntejä voidaan sijaistaa perehdytetyllä varahenkilöstöllä. Tarvittaessa tehdään viipymättä yhteistyötä hyvinvointialueen, valvovien viranomaisten ja muiden sote-toimijoiden kanssa palvelutuotannon turvaamiseksi.

Toiminnan jatkuvuutta koskevien riskien tunnistaminen:

- **Riski:** Äkillinen, massiivinen henkilöstövaje.
 - *Syy:* Esimerkiksi laaja epidemia, sään ääri-ilmiöt tai logistiset katkokset.
 - *Toimenpiteet:* Vastuu- ja varahenkilöjärjestelmä asiakkaille, tiukat omavalvonnan mukaiset hygieniaprotokollat, solmitut yhteistyösopimukset henkilöstövuokrausyritysten kanssa, sekä kirjallinen priorisointimalli palvelujen turvaamiseksi ensin kriittisimmille potilasryhmille (esim. lääkehuolto, hengitystuki).
 - *Vastuuhenkilö:* Palveluvastaava / Vastuuhoitaja
- **Riski:** Tietojärjestelmän kaatuminen tai logistinen häiriö.

- *Syy:* Verkkoyhteysvika, laaja sähkökatko, kyberhyökkäys, autokaluston laaja rikkoutuminen.
- *Toimenpiteet:* Tietojärjestelmän offline-ominaisuudet ja paperiset varakäyntilistat (jotka säilytetään tietoturvallisesti), varakaluston hyödyntäminen ja solmitut sopimukset taksi-/kuljetuspalveluiden kanssa.
- *Vastuuhenkilö:* Tietosuojavastaava / Toimitusjohtaja
- **Riski:** Alihankkijan toiminnan yllättävä päättymisen tai luvattomuus.
 - *Syy:* Konkurssi, vakava sopimusrikkomus, viranomaisen toimenpide (esim. Valviran kielto).
 - *Toimenpiteet:* Tiukat sopimusehdot ja valvonta, useamman hyväksytyn alihankkijan käyttöverkosto, valmiussuunnitelma palvelun välittömään siirtämiseen omaksi toiminnaksi tai toiselle luotettavalle kumppanille.
 - *Vastuuhenkilö:* Toimitusjohtaja

3.3. Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen

- **3.3.1. Palveluiden laadulliset edellytykset:** Palvelun laatu varmistetaan henkilökunnan kattavalla ammatillisella perehdytyksellä, jatkuvalla asiakaspalautteen keräämisellä ja työyhteisön avoimella oppimiskulttuurilla. Virheet käsitellään oppimistapahtumina ja kaikki vaaratilanteet ilmoitetaan (HaiPro tai vastaava sähköinen poikkeamajärjestelmä).
- **3.3.2. Toimitilat ja välineet:** Yrityksellä ei ole erillisiä toimitiloja asiakasvastaanottoon, sillä palvelut tuotetaan asiakkaan kotona. Laitteiden ja välineiden osalta korostuu aseptiikka: käytetään kertakäyttöisiä välineitä tai huolehditaan uudelleenkäytettävien välineiden ohjeiden mukaisesta desinfioinnista asiakaskäyntien välillä. Terveystietojen laitteiden vioista ja vaaratilanteista tehdään välitön vaaratilanneilmoitus laiterekisteriin ja Fimealle lääkinnällisistä laitteista annetun lain (719/2021) mukaisesti.
- **3.3.3. Asiakas- ja potilastietojen käsittely:** Tietosuojavastaavana toimii Matti Meikäläinen. Tietoja käsitellään ainoastaan EU:n yleisen tietosuojasetuksen (GDPR) ja asiakastietolain (703/2023) sallimissa rajoissa, ensisijaisesti asiakas- ja hoitosuhteeseen perustuen. Terveystietojen rekisteröinti ja käyttö on suojattu tarkkaan käyttöoikeushallintaan. Tietoja ei luovuteta kolmansille osapuolille ilman kirjallista suostumusta tai lakiin perustuvaa oikeutta. Asiakirjat arkistoidaan ja säilytetään lainsäädännön asettamien määräaikojen mukaisesti (mm. potilasasiakirjat tyypillisesti 12 vuotta kuolemasta tai 120 vuotta syntymästä).

- **3.3.4. Tietojärjestelmät ja teknologia:** Yksikössä on käytössä vain Valviran ja Kelan vaatimukset täyttäviä, Kanta-yhteensopivia potilas- ja asiakastietojärjestelmiä. Järjestelmät ovat palomuurisuojattuja, lokitettuja, ja niihin kirjaudutaan henkilökohtaisilla vahvoilla tunnistusmenetelmillä (esim. varmennekortti). Koko henkilöstö ja alihankkijat allekirjoittavat salassapitosopimuksen.
- **3.3.5. Infektioiden torjunta:** Toiminnassa noudatetaan tarkasti THL:n ja alueellisten infektiolääkäreiden ohjeistuksia sekä tavanomaisia varotoimia (esim. käsihygienia, suojaruuvit). Sairastuneena ei osallistuta asiakastyöhön. Tartuntavaaralliset biologiset jätteet, kuten veriset neulat ja sidokset, kerätään ja hävitetään turvallisesti asianmukaisiin riskijäteastioihin.
- **3.3.6. Lääkehoitosuunnitelma:** Koska palvelun piiriin kuuluu lääkehoitoa, yksiköllä on Turvallinen lääkehoito -oppaan mukainen, erillinen lääkehoitosuunnitelma. Se määrittää lääkeluvat, koulutusvaatimukset ja vastuunjaon, ja se päivitetään vähintään kerran vuodessa.
- **3.3.7. Lääkinnälliset laitteet:** Käytettävät laitteet, kuten verenpainemittarit ja verensokerimittarit, kalibroidaan ja huolletaan säännöllisesti valmistajan ohjeiden mukaisesti. Vastuut huolloista on määritetty laitekohtaisesti.

Turvallisuutta ja laatua koskevien riskien tunnistaminen (Huom: painotus kotiympäristössä):

- **Riski:** Risti-infektio asiakaskäyntien välillä.
 - *Syy:* Puutteellinen käsihygienia tai likaiset hoito- ja siivousvälineet.
 - *Toimenpiteet:* Systemaattinen aseptiikan ja infektion torjunnan koulutus, käsihuuhteen ja oikeaoppisten suojakäsineiden käyttö jokaisella käynnillä, asiakaskohtaiset siivousvälineet ja/tai välineiden desinfiointiprotokolla käyntien välissä.
 - *Vastuhenkilö:* Laatuvaastaava / Esihenkilö
- **Riski:** Lääkehoitovirhe (esim. väärä lääke, annos, reitti tai aika).
 - *Syy:* Puutteellinen osaaminen, väsymys, kiire tai häiriötekijät lääkkeiden jako- ja antotilanteessa.
 - *Toimenpiteet:* Pakollinen ja ajantasainen lääkehoitokoulutus (esim. LOVE-verkkotentit ja näyttöjen antaminen), ehdoton kaksoistarkastus lääkkeiden jaossa ja annostelussa (hyödyntäen digitaalisia varmennuksia), sekä ilmi tulleiden lääkepoikkeamien (HaiPro) avoin käsittely ja syysanalyysi (Root Cause Analysis).
 - *Vastuhenkilö:* Vastaava hoitaja / Lääkehoidosta vastaava lääkäri
- **Riski:** Asiakkaan tai työntekijän tapaturma kotiympäristössä.

- *Syy:* Kompastumis- tai liukastumisvaarat, riittämätön valaistus, lemmikit tai puutteellinen työergonomia (esim. raskaat nostot).
- *Toimenpiteet:* Asiakkuuden alkaessa ja tarvittaessa myöhemmin tehtävä kodin turvallisuus- ja ergonomiakartoitus. Fysioterapeutin tai toimintaterapeutin konsultointi apuvälineiden hankkimiseksi, omaisten osallistaminen turvallisuuden parantamiseen, sekä henkilöstön siirtoergonomiakoulutus.
- *Vastuuhenkilö:* Työsuojeluvaltuutettu / Vastaava työntekijä
- **Riski:** Tietosuojaloukkaus kenttätyössä.
 - *Syy:* Mobiililaitteiden häviäminen tai varastaminen, puhelimesta tapahtuva epähuomioinen potilasasioista keskustelu julkisella paikalla tai paperisten asiakirjojen unohtuminen autoon.
 - *Toimenpiteet:* Paperisten potilasasiakirjojen kuljettamiskielto ilman painavaa syytä ja esimiestason lupaa. Laitteiden etätyhjennysominaisuudet (MDM), salatut yhteydet (VPN), vahva laitetunnistautuminen (biometriikka/PIN) sekä henkilöstön jatkuva tietoturvalomennus.
 - *Vastuuhenkilö:* Tietosuojavastaava

3.4. Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyys ja osaaminen

Henkilöstön määrä, rakenne ja pätevyys perustuvat suoraan asiakkaiden palvelutarpeeseen ja lainsäädännön vaatimuksiin (mm. mitoitusvaatimukset tarpeen mukaan). Käytämme vastuuhenkilömallia asiakassuhteiden syventämiseksi, hoidon laadun parantamiseksi ja sijaistarpeen ennakoinniseksi. Rekrytoinnissa tarkistetaan systemaattisesti henkilön koulutus- ja pätevyystiedot (JulkiTerhikki/Suosikki) sekä soveltuvuus. lääkäiden ja lasten kanssa työskenteleviltä pyydetään aina lain mukainen rikostaustaote.

Uudet työntekijät ja alihankkijat käyvät läpi dokumentoidun perehdytysohjelman (vastaavana: Matti Meikäläinen). Esihenkilö varmistaa aina työntekijöiden riittävän suullisen ja kirjallisen kielitaidon ymmärrettävien kirjausten ja potilasturvallisten asiakastilanteiden takaamiseksi ennen itsenäisen työn aloittamista.

Henkilöstön riittävyyttä ja osaamista koskevien riskien tunnistaminen:

- **Riski:** Ei saatavilla sijaista äkilliseen, elintärkeän käynnin poissaoloon.
 - *Syy:* Pieni työntekijäpooli tietyllä alueella, äkilliset ryvästyneet sairauslomat tai loma-aikojen ruuhkahuiput.
 - *Toimenpiteet:* Organisaation sisäinen varahenkilö- ja päivystysjärjestelmä, ostopalvelusopimukset ja kannustinjärjestelmät varallaoloon.
 - *Vastuuhenkilö:* Palveluvastaava / Esihenkilö

- **Riski:** Työntekijä suorittaa potilasturvallisuutta vaarantavia tehtäviä ilman lain vaatimaa pätevyyttä (esim. sairaanhoidolliset tehtävät).
 - *Syy:* Työnjohdollinen virhe, kiire, epäselvät työnkuvat tai lääkelupien huomaamaton vanhentuminen.
 - *Toimenpiteet:* Digitaalinen pätevyys- ja lääkeluparekisteri automaattisilla hälytyksillä (lupien umpeutuminen). Selkeät, kirjalliset toimenkuvat ja vastuurajat eri ammattiryhmille (sairaanhoitaja, lähihoitaja, kotipalvelutyöntekijä, siivooja).
 - *Vastuuhenkilö:* Esihenkilö / Laatuvastaava
- **Riski:** Heikko kielitaito vaarantaa lääketieteellisen tai sosiaalisen tiedonkulun ja ymmärryksen.
 - *Syy:* Puutteellinen kielitaidon testaaminen rekrytointivaiheessa tai hätäinen perehdytys.
 - *Toimenpiteet:* Standardoitu kielitaidon varmistaminen rekrytoinnissa (kirjallinen ja suullinen testaus asiakastilanteita simuloiden), perehdytyksen aikaiset ohjatut seurantakäynnit (vierihoito), sekä tarvittaessa tulkkipalveluiden tai selkokuvakommunikaation aktiivinen käyttö asiakkaan tueksi.
 - *Vastuuhenkilö:* Esihenkilö

3.5. Yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja asiakkaan aseman varmistaminen

Asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan aina moniammatillisessa yhteistyössä asiakkaan, omaisten tai laillisen edustajan kanssa, vahvistaen asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja osallisuutta oman hoitonsa suunnitteluun. Palveluissa ei missään olosuhteissa käytetä itsemääräämisoikeutta rajoittavia, luvattomia toimenpiteitä. Mahdolliset karkailu- tai kaatumisriskit hallitaan yksilöllisillä ja ennaltaehkäisevillä turvallisuussuunnitelmilla, ei mekaanisilla rajoitteilla.

Asiakkaalla ja omaisella on lakisääteinen oikeus tehdä muistutus kokemastaan hoidon tai palvelun epäkohdasta. Muistutukset käsitellään organisaatiossa puolueettomasti, ja niihin annetaan perusteltu, kirjallinen vastaus viimeistään kahden (2) viikon kuluessa. Asiakasta ohjataan tarvittaessa alueellisen potilasasiavastaavan tai sosiaaliasiavastaavan puoleen.

Yhdenvertaisuutta, osallisuutta ja asiakkaan asemaa koskevien riskien tunnistaminen:

- **Riski:** Asiakkaan itsemääräämisoikeutta rikotaan tai sivuutetaan hoitopäätöksissä.

- *Syy:* Eettinen sokeutuminen, kiire, rutiininomainen toimintatapa tai työntekijän asenneongelma "asiakkaan parhaan" varjolla.
 - *Toimenpiteet:* Eettinen arvokeskustelu ja -koulutus osana ammatillista perehdytystä. Asiakas- ja omaispalautteiden aktiivinen ja läpinäkyvä käsittely tiimipalavereissa. Palvelusuunnitelman tavoitteiden jatkuva päivittäminen asiakasta kuunnellen.
 - *Vastuuhenkilö:* Laativastaava / Vastaava työntekijä
- **Riski:** Asiakas kokee syrjintää palvelunsaannissa tai kohtelussa.
 - *Syy:* Alitajuiset tai tietoiset ennakkoluulot (esim. ikä, alkuperä, kieli, seksuaalinen suuntautuminen tai vamma), tai alueellisesti epätasavertainen resursointi.
 - *Toimenpiteet:* Nollatoleranssi kaikenlaiselle syrjinnälle. Selkeät ja läpinäkyvät palvelujen myöntämis- ja tuottamiskriteerit. Henkilöstön monimuotoisuus- ja yhdenvertaisuuskoulutus sekä palveluiden tasapuolinen reitityssuunnittelu.
 - *Vastuuhenkilö:* Palveluvastaava
- **Riski:** Asiakas ei kykene ymmärtämään hoitonsa tai palvelunsa sisältöä tai tehdyistä päätöksistä aiheutuvia seurauksia.
 - *Syy:* Etenevä muistisairaus, kognitiivinen alenema, kielimuuri, afasia tai vaikeat aistivammat (näkö/kuulo).
 - *Toimenpiteet:* Asiakirjojen ja palvelusuunnitelman laatiminen ymmärrettävällä selkokielellä. Kuvallisten ja teknisten apuvälineiden hyödyntäminen vuorovaikutuksessa. Virallisten tulkkipalveluiden käyttö sekä tiivis, oikea-aikainen yhteistyö nimettyjen omaisten tai edunvalvojan kanssa potilaslain mukaisesti.
 - *Vastuuhenkilö:* Asiakasvastaava / Vastaava hoitaja

4. HAVAITTUIEN PUUTTEIDEN JA EPÄKOHTIEN KÄSITTELY SEKÄ TOIMINNAN KEHITTÄMINEN

4.1. Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely

Kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöillä on ammatillinen ja lakisääteinen velvollisuus puuttua ja ilmoittaa havaitsemastaan vaaratilanteesta, riskistä tai epäkohdasta. Jos kyse on asiakkaan turvallisuutta vaarantavasta kaltoinkohtelusta, hoidon laiminlyönnistä tai merkittävästä lainvastaisuudesta, työntekijän on tehtävä välittömästi valvontalain tai sosiaalihuoltolain (48 §) mukainen ilmoitus esihenkilölle. Esihenkilö arvioi tilanteen, käynnistää suojaavat toimet ja tekee viivytyksettä ilmoituksen hyvinvointialueen johtavalle viranhaltijalle sekä tarvittaessa valvontaviranomaiselle (AVI/Valvira). Kaikki havaitut poikkeamat kirjataan systemaattisesti sähköiseen poikkeamajärjestelmään. Ilmoittajaa suojellaan, eikä ilmoituksen tekemisestä saa koitua työntekijälle negatiivisia seuraamuksia.

4.2. Vakavien vaaratapahtumien tutkinta

Vakavat haittatapahtumat (esim. potilasvahingot, väärästä lääkeshoidosta johtuneet sairaalahoidot) ja potentiaalisesti vaaralliset "läheltä piti" -tilanteet analysoidaan viipymättä asiantuntijatiimissä. Osallisia työntekijöitä kuullaan objektiivisesti. Organisaation toimintakulttuuri on lähtökohtaisesti syyllistämätön ja ratkaisukeskeinen, jotta inhimilliset erehdykset ja järjestelmätason puutteet uskalletaan tuoda avoimesti esiin oppimista varten.

4.3. Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä

Asiakkailta, heidän läheisiltään ja omalta henkilöstöltä kerätään jatkuvasti, järjestelmällisesti ja monikanavaisesti (sähköiset kyselyt, suullinen palaute käynneillä, kehityskeskustelut) palautetta. Palaute data analysoidaan neljännesvuosittain johdon katselmuksissa, ja sitä hyödynnetään suoraan toimintaprosessien viilaamiseen ja palvelun laadun parantamiseen.

4.4. Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano

Korjaavat toimenpiteet (esim. koulutustarpeet, laitehankinnat, prosessimuutokset) kirjataan poikkeamahallinnan tai laadunhallinnan järjestelmään. Jokaiselle toimenpiteelle nimetään konkreettinen vastuuhenkilö ja selkeä aikataulu. Tehtävien muutosten jalkauttamisesta tiedotetaan viikkopalavereissa, intrassa ja perehdytysmateriaaleissa.

Esimerkkejä keskeisistä korjaus- ja kehittämistoimenpiteistä (seurantavaiheen kirjaukset):

- **Kehittämiskohde (Lääkehoito):** Lääkepoikkeamien (esim. lääke jäänyt antamatta tai kirjattu myöhässä) määrän tilastollinen kasvu tarkastelujaksolla.

- *Suunniteltu toimenpide:* Järjestetään juurisyyanalyysi (Root Cause Analysis). Otetaan käyttöön digitaalinen lääkkeiden kaksoistarkastusjärjestelmä ja mobiilikirjaus paikan päällä kaikille lääkehoitoa saaville asiakkaille.
 - *Aikataulu:* Esim. 31.10.202X mennessä.
 - *Vastuuhenkilö:* Lääkehoidosta vastaava hoitaja.
 - *Toteutunut:* Kirjataan päivämäärä, kun uusi käytäntö on vahvistettu ja henkilöstö koulutettu.
- **Kehittämiskohde (Asiakaspalaute / Laatu):** Toistuvia palautteita kotisiivous- ja tukipalvelun laadun heikkenemisestä (esim. pinnat jääneet pyyhkimättä).
 - *Suunniteltu toimenpide:* Ammatillisen siivoushygienian ja -menetelmien kertauskoulutus kyseisille työntekijöille. Palveluesihenkilö tekee laadunvarmistuksen otantatarkastuskäyntejä seuraavan 2 kuukauden ajan.
 - *Aikataulu:* Esim. 15.11.202X mennessä.
 - *Vastuuhenkilö:* Siivoustyön työnjohtaja / Esihenkilö.
 - *Toteutunut:* Kirjataan, kun koulutus on pidetty ja laaturaportti osoittaa tason nousseen.

5. OMAVALVONNAN SEURANTA JA RAPORTOINTI

5.1. Laadun- ja riskienhallinnan seuranta ja raportointi

Organisaation riskienhallinnan ja kliinisen laadun seuranta toteutetaan päivittäisjohtamisella, ennakoivilla sisäisillä tarkastuksilla (auditoinneilla) ja kertyneen poikkeama- sekä palautedatan analysoinnilla. Havainnoista, poikkeamatilastoista ja hyvistä käytänteistä keskustellaan säännöllisesti yksikön viikoittaisissa tai kuukausittaisissa henkilöstökokouksissa laatuymmärryksen lisäämiseksi.

5.2. Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi

Omaevalvontasuunnitelman toteutumisesta ja vaikuttavuudesta laaditaan seurantaselvitys. Sen perusteella päivitettyt tiedot ja toimintaohjeet julkaistaan lain edellyttämällä tavalla säännöllisesti (vähintään 4 kuukauden välein valvontalain hengen mukaisesti). Vaikka toiminnassa ei tapahtuisi suuria muutoksia, suunnitelman ajantasaisuus ja lainsäädännön vastaavuus vahvistetaan dokumentoidusti johdon toimesta. Kaikista ohjeistuksien päivityksistä tuotetaan selkeät, tiivistetyt perehdytysmateriaalit koko henkilöstölle. Organisaation toimintakulttuuri pyrkii aina proaktiivisuuteen ja ratkaisukeskeisyyteen: havaitut ongelmat muutetaan systemaattisesti kehitettäväksi laatutavoitteiksi.

