



# Sorsapuiston kodit

## Omavalvontasuunnitelma

Sorsapuiston kodit: Ympäri vuorokautinen palveluasuminen

Sorsapuiston kodit: Yhteisöllinen asuminen

22.2.2026

Laatija: Tuula Krogerus ja Sorsapuiston kotien henkilöstö

## Sisällys

|                                                                                                      |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Sorsapuiston kodit Omavalvontasuunnitelma .....                                                      | 1  |
| 1. Palveluntuottajaa, palveluysikköä ja toimintaa koskevat tiedot .....                              | 3  |
| 1.1 Palveluntuottajan perustiedot .....                                                              | 3  |
| 1.2 Palveluysikön perustiedot .....                                                                  | 3  |
| 1.3 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet .....                                           | 3  |
| 1.4 Päiväys: .....                                                                                   | 4  |
| Versio 1.0/ 22.2.2025 .....                                                                          | 4  |
| 2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako .....                        | 4  |
| 3. Palveluysikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat .....                                  | 5  |
| 3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen .....                                                       | 5  |
| 3.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen .....                                                       | 6  |
| 3.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen .....                                          | 8  |
| 3.4 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen ..... | 16 |
| 3.5 Yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja asiakkaan/potilaan aseman ja oikeuksien varmistaminen ..      | 18 |
| 4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen .....                  | 22 |
| 4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely .....                                  | 22 |
| 4.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta .....                                                         | 23 |
| 4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä .....                                                  | 23 |
| 4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano .....                                         | 24 |
| 5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi .....                                                        | 25 |
| 5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta ja raportointi .....                                        | 25 |
| 5.2 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi .....                                | 25 |

# 1. palveluntuottajaa, palveluyksikköä ja toimintaa koskevat tiedot

## 1.1 Palveluntuottajan perustiedot

- Savas-Säätiö sr
- Ytunnus: 0816129-8  
SOTERI-rekisteröintinumero: 1.2.246.10.8161298.10.51
- Sepänkatu 4 A 1, 70100 KUOPIO, p. 017 2663200

## 1.2 Palveluyksikön perustiedot

- Sorsapuiston kodit
- Tiirankatu 8, 74120 Iisalmi, 044 4306376
- Tuula Krogerus, yksikön johtaja, Tiirankatu 8, 74120 Iisalmi  
044 4306309 [tuula.krogerus@savas.fi](mailto:tuula.krogerus@savas.fi)

## 1.3 Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet

- Sorsapuiston kodeilla tuotetaan kehitysvammaisten ympärivuorokautista palveluasumista, 10 asiakaspaikkaa ja kehitysvammaisten yhteisöllistä asumispalvelua, 4 asiakaspaikkaa.
- Sorsapuiston kodit tuottaa palveluita Pohjois-Savon hyvinvointialueella.
- Sorsapuiston kodeissa tuemme tavoitteellisesti kehitysvammaisen henkilön mahdollisimman itsenäistä selviytymistä, ylläpidämme ja edistämme fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä ja tuemme tavoitteellisesti sosiaalisten suhteiden ylläpitämistä sekä osallisuutta yhteiskunnassa. Palvelu on päämieslähtöistä ja asiakasta kunnioittavaa sekä asiakkaan yksilölliset tarpeet huomioivaa. Asumispalvelu perustuu asiakassuunnitelmaan, joka laaditaan yhteistyössä asiakkaan ja hyvinvointialueen kanssa. Asiakas saa tarvitsemansa avun ja tuen sekä ohjauksen jokapäiväisistä toimista selviytymiseksi.
- Sorsapuiston kodeissa laaditaan yhdessä asiakkaan ja hänen läheisensä/verkostonsa kanssa yksilöllinen palvelujentoteuttamissuunnitelma, Messi- Minun elämäni suunnitelma, joka tarkistetaan vähintään vuoden välein tai silloin, kun asiakkaan tuen tai avun tarve muuttuvat. Asiakkaat joilla on rajoitustoimenpidepäätös Messi tarkastetaan puolen vuoden välein. Messi perustuu yksilökeskeisen suunnittelun työkaluihin, jotka auttavat asiakasta omassa elämänsuunnittelussa. Siinä tuodaan esille asiakkaan omia tärkeitä asioita, toiveita ja unelmia sekä tuen ja avun tarpeita ja luodaan yhdessä toimintasuunnitelma sovittujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Asiakkaan toimintakykyä arvioidaan RAI ID arvioinnilla. Arvioinnista nousee tavoitteita joita yhdessä asiakkaan kanssa nostetaan asumispalvelun toteutukseen ja niiden toteutumista seurataan ja arvioidaan. Asiakkaalla on nimetty omaohjaaja, joka toimii asiakkaan yhteyshenkilönä verkostoissa ja varmistaa asiakkaan hyvän palvelun toteutumisen tavoitteiden mukaisesti. Erityistä huomiota kiinnitämme siihen, että palveluissamme kehitysvammaisen henkilö voi toimia

vuorovaikutuksessa omalla kommunikaatiotavallaan ja asiakasta tuetaan omaa elämäänsä koskevissa päätöksissä.

- Tehtävämme on tarjota kehitysvammaisille asiakkaille turvallinen ja viihtyisä koti, jossa on jokaisen omilla valinnoillaan yksiköllisesti sisustetut huoneet ja viihtyisät yhteiset tilat.
- Sorsapuiston kodit koostuu päätalosta, missä on kaikkien yhteinen tupakeittiö sekä saunatilat ja kaksi viiden asunnon ja tupakeittiön asuinsolua sekä yhteisöllisen asumispalvelun rivitalosta, jossa asuu kaksi asiakasta omassa kaksiossa ja kaksi asiakasta omassa yksiossa.
- Sorsapuiston kodeille ostetaan palveluita seuraavilta palvelun tuottajilta:
  - Kiinteistön kunnossapito ja hälytyslaitteiden säännöllinen testaus- ISS Palvelut OY,
  - Jätehuolto- Lassila & Tikanoja,
  - Piha-alueiden auraus ja hiekoitus- ISS Palvelut OY,
  - Siivous- ISS Palvelut Oy,
  - Nuohous- Savon tehonuhous Oy,
  - Paloturvallisuuslaitteiston tarkastukset- määräaikaistarkastukset Alarm control Alco Oy, huolto- PAP Group Oy
  - Automaattinen sammutusjärjestelmä huolto ja tarkastus A-Pipe Oy,
  - Sammutinlaitteiston huolto Savonpalokalusto Ky
  - Ilmastointilaitteiden huolto / nuohous- tämä kilpailutetaan 5 vuoden välein, viimeisen huollon teki Kuopion huoltotrio Oy,
  - Ateriapalveluiden toimittaja- Ravintola Iltalypsy,
  - ITC -helpdesk palvelut- ITC

#### 1.4 Päiväys:

Versio 1.0/ 22.2.2026

Käsitelty työryhmässä 12.2.2026, asiakkaiden kanssa 8.2.2026, läheisten kanssa 17.2.2026

  
Tuula Krogerus, yksikön johtaja

## 2. Omavalvontasuunnitelman laatiminen ja julkaiseminen sekä vastuunjako

- Omavalvontasuunnitelman laatimisesta, päivittämisestä, toteutumisen seuraamisesta ja julkaisemisesta vastaa kokonaisuudessaan yksikön johtaja Tuula Krogerus. Omavalvontasuunnitelman laatimisessa ja päivityksessä on mukana Sorsapuiston kotien henkilöstö. Omavalvontasuunnitelman hyväksyy yksikön johtaja.
- Yksikön vastuuhenkilönä toimii yksikön johtaja. Yksikön johtajan työaika on 100% hallinnon työaika. Vastuuhenkilö johtaa ja valvoo yksikön toimintaa. Yksikössä havaittuihin poikkeamiin puututaan sovittujen käytäntöjen mukaisesti.
- Omavalvontasuunnitelma käsitellään henkilöstökokouksessa joka vuosi, vähintään kerran vuodessa ja aina tarvittaessa tietojen muuttuessa. Omavalvontasuunnitelma käsitellään myös asiakkaiden ja heidän läheisten kanssa. Omavalvontasuunnitelma on osa perehdyttämisohjelmaa. Ohjaajat varmistavat lukukuittauksella perehtymisensä omavalvontasuunnitelmaan.
- Omavalvontasuunnitelma on yksikön nettisivuilla sähköisessä muodossa. Omavalvontasuunnitelma on myös eteisen ilmoitustaululla kaikkien saatavilla ja luettavissa.
- Omavalvontasuunnitelman päivittäminen on osa yksikön johtajan perustehtävää. Päivitetystä omavalvontasuunnitelmasta infotaan henkilöstöä ja se päivitetään yksikön nettisivuille ja eteisen ilmoitustaululle.
- Omavalvontasuunnitelman aiemmat versiot on arkistoitu yksikön laatukäsikirjaan ja säätiön arkistoon.

### 3. Palveluyksikön omavalvonnan toteuttaminen ja menettelytavat

#### 3.1 Palvelujen saatavuuden varmistaminen

- Asiakkaat tulevat Sorsapuiston koteihin hyvinvointialueen esittäminä sosiaalityöntekijän kautta, jos yksikössä on vapaita asumispaikkoja.
- Alihankintatilanteissa ostetun palvelun laatua seurataan arjessa ja poikkeamista tiedotetaan palvelun tuottajaa.

Palveluyksikön keskeisimpiä palveluita ja hoitoon pääsyä koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta on kuvattu Taulukossa 1.

*Taulukko 1: Palveluyksikön keskeisimpiä palveluita ja hoitoon pääsyä koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta*

| Tunnistettu riski                                                                                                     | Riskin arviointi (suuruus ja vaikutus)                      | Ehkäisy- ja hallintatoimet                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Palvelutoiminnan henkilöstöresursseilla ei kyetä vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin eikä sopimusten palvelukuvauksiin. | Todennäköinen ja kohtalainen, edellyttää jatkuvaa seuranta. | Yhteisen käsityksen muodostaminen tilaajan ja asiakkaan läheisten kanssa asiakkaan tarpeista ja sen vaatimista resursseista, tarvittaessa hintojen tarkistaminen sen niiden vaatimalle tasolle. RAI ID toimintakykyarviointien aktiivinen käyttö. |
|                                                                                                                       |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                       |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                       |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                       |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                   |

### 3.2 Palvelujen jatkuvuuden varmistaminen

#### 3.2.1 Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi

- Yksikön johtaja osallistuu alueellisiin ja koko säätiön esihenkilökokouksiin. Savaksen muiden yksiköiden kanssa tehdään suunnitelmallista yhteistyötä myös esimerkiksi asiakasasioissa yhteydenpito puhelimitse, yksiköiden yhteiset vapaa-ajantapahtumat ja ohjaajien vastuualuekokoukset.
- Muiden asiakkaan elämään kuuluvien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestäjien ja -tuottajien kanssa tehdään suunnitelmallista yhteistyötä aina asiakkaan asioiden vaatiessa. Yhteistyötä tehdään puhelimitse, sähköpostilla ja yhteisissä kokouksissa. Sorsapuiston kodit tekee yhteistyötä asiakkaiden läheisten, hyvinvointialueiden sosiaalityöntekijöiden, sosiaaliohjaajien, palveluohjaajien, terveydenhuollon asiantuntijoiden, päivätoiminnan ohjaajien sekä työtoiminnan ohjaajien kanssa. Teemme yhteistyötä myös yksityisten palvelutuottajien kanssa mm. terveydenhuollon lääkäriasemat, fysioterapeutit, kotisairaanhoido ja henkilökohtaiset avustajat.

#### 3.2.2 Valmius- ja jatkuvuudenhallinta

- Sorsapuiston kotien valmius- ja jatkuvuudenhallinnasta vastaa kokonaisuudessaan Tuula Krogerus, yksikön johtaja, 044 4306309
- Savas-säätiöllä on valmiussuunnitelma jonka mukaisesti Sorsapuiston kodeilla toimitaan. Poikkeustilanteissa noudatetaan viranomaisien antamia ohjeita. Sorsapuisto kodeilla on väestönsuoja, joka otetaan tarvittaessa käyttöön. Väestönsuoja huolletaan ja tarkastetaan säännöllisesti. Valmiusvarastona on 72 tunnin kotivara joka sisältää elintarvikkeita ja vettä sekä varavirtalähteitä.

- Sorsapuiston kodeilla noudatetaan säätiön palkkaohjetta. Puuttuva resurssi sijaistetaan säätiön kiertävillä ohjaajilla ja ulkopuolisilla sijaisilla. Kriittisissä tilanteissa yksikön omat ohjaajat tekevät ylitöitä.

Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien jatkuvuutta koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta on kuvattu Taulukossa 2.

*Taulukko 2: Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien **jatkuvuutta** koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta*

| Tunnistettu riski                                                                                                                                                                                               | Riskin arviointi (suuruus ja vaikutus) | Ehkäisy- ja hallintatoimet                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Avoimeksi tuleviin työpaikkoihin ei saada rekrytoitua uusia koulutettuja/osaavia työntekijöitä. Akuutteja sijaisuuksia ei aina saada täytettyä.                                                                 | Merkittävä ja kohtalainen riski.       | Säätiön työntantajaimagon seuraaminen/kehittäminen, työhyvinvointikartoitukset, säätiön/työpaikkojen markkinointi oppilaitoksissa ja niiden rekry - tapahtumissa ja yleinen imagomarkkinointi. Opiskelijoiden ottaminen oppimisjaksoille yksikköön, heistä mahdollisia työntekijöitä tulevaisuudessa. Uusien työntekijöiden työsopimuksissa lain mahdollistama koeaika, aikaisempien kokemusten hyödyntäminen rekrytoinneissa (sijaishakijat). Perehdytyskäytännöt. Kiertävät ohjaajat. |
| Lisääntyvä henkilöstön vaihtuvuus. Siirtyminen samalla alueella toisten työnantajien palvelukseen, alanvaihto. Sijaistilanne huono. Työn henkisen- ja fyysisen kuormittuvuuden lisääntyminen, yksintyöskentely. | Kohtalainen ja mahdollinen             | Esihenkilöiden johtamisosaamisen varmistaminen, säännölliset vuoden välein toteutettavat työhyvinvointikartoitukset, ja siihen perustuva tyhy -toiminta, toimiva perehdytys- ja henkilöstön täydennyskoulutusjärjestelmä ja siihen liittyvä palautteen kerääminen. Kehityskeskustelukäytäntö. Laaja työterveyshuolto.                                                                                                                                                                   |

### 3.3 Palvelujen turvallisuuden ja laadun varmistaminen

#### 3.3.1 Palveluiden laadulliset edellytykset

- Laatupolitiikan toteuttamiseksi Savas-Säätiössä on kehitetty koko toiminnan kattavaa systemaattista laadunhallintaa ja -arviointia vuodesta 2000 alkaen. Vuonna 2007 siirryttiin käyttämään oman toiminnan arvioinnissa SHQS-

laatuohjelman mukaista kriteeristöä. Laatujärjestelmä tekee mahdolliseksi toiminnan jatkuvan arvioinnin ja kehittämisen laatu politiikan periaatteiden mukaisesti.

- Säätiön laatu järjestelmän keskeiset periaatteet esitetään laatu käsikirjassa. Lisäksi toimintayksiköissä on käytössä yksikkökohtaiset laatu käsikirjat.
- Säätiön laadunhallintaa suunnittelee ja koordinoi laatu työryhmä. Laatu työryhmään kuuluvat yksiköiden laatu vastaavat, johtoryhmä ja puheenjohtajana säätiön palvelujohtaja. Laatu työryhmä kokoontuu vähintään kahdesti vuodessa keväisin ja syksyisin (laatu kokoukset esihenkilöiden työkokousten yhteydessä).
- Laatu päällikön tehtäviä hoitaa palvelujohtaja. Laatu päällikkö toimii säätiössä laatu asiantuntijana ja vastaa kokonaisuudessaan säätiön laatu järjestelmän ylläpitämisestä ja kehittämisestä laatu työryhmän avustamana. Jokaisen yksikön johtaja toimii laatu vastaa kokonaisuudessaan, joka koordinoi yksikön laatu työtä laatu työryhmän ohjeistuksen ja linjauksen mukaisesti.
- Laatu työssä onnistuminen edellyttää säätiön laatu politiikan mukaisesti kaikkien työntekijöiden sitoutumista toiminnan laadun kehittämiseen. Laatu on myös kaikkien työntekijöiden vastuulla.
- Toimintayksiköt suorittavat itse arvioinnin SHQS-kriteeristöllä vuosittain johdon määrittelemässä laajuudessa. Itse arviointi on keino tunnistaa omat vahvuudet ja kehittämiskohteet ja tämän perusteella parantaa toimintaa. Itse arvioinnissa peilataan omaa toimintaa ja sen laatu a asetettuihin kriteereihin. Itse arvioinnit ja toiminnan muu arviointi- ja palaute järjestelmä nostavat esille yksiköiden kehittämiskohteita.
- Laatu vastaavat raportoivat johdon katselmuksissa yksiköiden itse arviointien tuloksista ja kehittämiskohteista. Kehittämiskohteiden toteutumista arvioidaan yksikön kehittämispäivillä sekä vuosittain jokaiseen yksikköön toteutetuissa johdon katselmuksessa. Johdon katselmusten kohteena on yksikön kehittämiskohteiden tuomat uudistukset, yksikön itsensä nostamat asiat koko vuoden arvioinnista ja siitä nousevat huomiot. Johdon katselmuksien koostuvat yksikön kirjallisesta raportista (yksikön toimintakertomukset) sekä johdon ja yksikön tiimin keskustelutilaisuudesta. Laatu päällikkö raportoi säätiön hallitusta johdon katselmusten pohjalta organisaation ja yksiköiden laatu työn etenemisestä.
- Sisäisessä auditoinnissa arvioidaan oman organisaation palvelu järjestelmän toimivuutta ja tehokkuutta. Säätiöllä on ollut sisäisen auditointi systemaattisesti käytössä vuodesta 2005 alkaen. Toimintayksiköiden sisäiset auditoinnit toteutetaan siihen koulutetun omasta henkilöstöstä koostuvan 10 henkilön ryhmän (työparit) toimesta n. kolmen vuoden välein (huomioiden ulkoisten auditointien kohdistuminen) ennalta laaditun suunnitelman mukaisesti eri painopistealuein. Sisäisen auditoinnin suunnitelma tarkistetaan vuosittain alkuvuoden laatu kokouksessa. Sisäiset auditointit laativat raportin auditoinneistaan ao. yksiköille ja säätiön johdolle. Sisäisissä auditoinneissa arvioidaan auditointien itse arvioinnin ja toimintayksikön palaute kyselyn avulla. Sorsapuiston kotien viimeisin sisäinen auditointi oli tammikuussa 2024. Lääkehoidon sisäinen prosessiauditointi oli marraskuussa 2025.
- Ensimmäinen ulkoinen, laaduntunnustusauditointi toteutettiin säätiöllä helmikuussa 2008. Viimeksi laaduntunnustus myönnettiin uusinta-auditoinnin myötä 29.5.2023, ja se on kolme vuotta. Laaduntunnustuksen on myöntänyt

Labquality Oy. Uusinta laaduntunnustusauditointi on maaliskuussa 2026, johon Sorsapuiston kodit osallistuu.

- Savas-Säätiöllä on vastuu asiakkaiden turvallisuudesta ja palvelujen häiriöttömyydestä, laadukkaasta ja taloudellisesta tuottamisesta. Lisäksi säätiöllä on työnantajan vastuu omien työntekijöidensä turvallisuudesta. Riskienhallintatyön järjestämisen, toteutuksen ja seurannan yleinen vastuu säätiössä on hallituksella ja toimitusjohtajalla, jolla on myös ensisijainen vastuu liikeriskien hallinnasta. Yksikön johtaja vastaa kokonaisuudessaan palvelujohtajan koordinoimana tarvittavien turvallisuussuunnitelmien, lääkehoitosuunnitelmien ym. laatimisesta. Työsuojelupäällikkö yhdessä muun työsuojeluorganisaation kanssa vastaa kokonaisuudessaan työsuojelun toimintaohjelman laatimisesta ja muusta työsuojeluorganisaatiolle kuuluvasta riskienhallintatyöstä.
- Jokapäiväinen riskienhallintatyö koskee jokaista yksikön työntekijää. Työntekijän on puututtava riskeihin heti, kun ne tulevat ilmi. Ellei korjausta voi tehdä heti, siitä on ilmoitettava esihenkilölle.
- Sorsapuiston kodeille on laadittu kirjallisesti riskienhallintasuunnitelma ja se on päivitetty 2024.
- Savas-säätiön asiakasturvallisuusprosessi ja siihen liittyvät vastuut on kuvattu kaaviossa joka löytyy säätiön laatukäsikirjasta kohdasta palveluprosessit: turvallisuuteen liittyvät ohjeet. Sorsapuiston kodeilla noudatetaan säätiön asiakasturvallisuussuunnitelmaa.
- Yksikön johtajalla on kokonaisvastuu asiakasturvallisuudesta ja sen toteutumisesta. Asiakasturvallisuus on jokaisen työntekijän vastuulla omassa työvuorossaan. Asiakasvaaratilanteet kirjataan asiakasraporttiin ja ne käsitellään päivittäisraporteilla. Tarvittavat korjaavat toimenpiteet tehdään viivytyksettä. Kooste vaaratilanteista tehdään henkilöstön kokouksiin ja johdonkatselmuksiin.
- Käytössä on asiakasturvallisuusjärjestelmä, josta asiakas voi tarvitessaan saada käyttöönsä painikkeen avun hälyttämistä varten. Järjestelmän avulla voidaan toteuttaa myös valvottua liikkumista. Turvalaitteet testataan ohjaajien toimesta kerran kuukaudessa ja niistä löytyy tarkastuslistat. Ensiapuvälineet tarkistetaan kerran kuukaudessa ja siitä täytetään myös tarkistuslista.

### 3.3.2 Toimitilat ja välineet

- Sorsapuiston kotien toimitilat on rakennettu ympärivuorokautisen asumispalvelun järjestämiseen ja ne ovat esteettömät. Sorsapuiston kotien päätalossa (ympärivuorokautinen palveluasuminen), on kaksi viiden hengen ryhmäkotia sekä kaikkien yhteinen tupakeittiö sekä saunatilat. Asiakkaille on toiveiden mukaisesti sisustetut omat huoneet ja kylpyhuone/wc, jotka tarjoavat viihtyisät tilat asiakkaille kodinomaiseen asuinympäristöön. Asiakkaat ovat saaneet itse vaikuttaa yleisten tilojen ja omien huoneiden värimaailmaan remontointien yhteydessä. Asiakkaille on käytössään omat avaimet omaan huoneeseen, jos sen on halunnut käyttöönsä ja asiakkaiden ovet pidetään lukittuina aina kun asiakkaat eivät ole kotona. Päätalossa ryhmäkotien nimet ovat Vanamo ja

Heinikko. Rivitalossa on yhteisöllistä asumispalvelua, joissa asiakkaat asuvat itse sisustetuissa yksioissa tai kaksioissa. Pääsääntöisesti vain ohjaajien käytössä olevat tilat ovat toimisto, henkilökunnan sosiaaliset tilat, taukotila ja lääkkeenjakuhuone. Päätalon ja rivitalon lisäksi tontilla on varastorakennus ja roskakatos.

- Yksikössä on käytössä yksikön omia ja asiakkaiden tarvitsemia apuvälineitä. Apuvälineitä huolletaan säännöllisesti. Apuvälineiden toiminnassa havaittuihin poikkeamiin puututaan välittömästi. Terveysthuollonlaitteista on käytössä laitekortit ja luettelot.
- Sorsapuiston kotien tilojen terveellisuutta ja toimivuutta seurataan. Havaitut poikkeamat ilmoitetaan kiinteistöhuoltoon ja tarvittaessa säätiön isännöitsijälle. Laatu poikkeamat kirjataan laatuporttiin ja käsitellään sovitun käytännön mukaisesti. Sorsapuiston kodeilla tehdään vuosittain työn riskien arviointi, jossa arvioidaan kemialliset, mikrobiologiset ja fysikaaliset riskitekijät.
- Jokaisella asiakkaalla on mahdollisuus sulkea oman huoneen ovi tarvittaessa oman rauhan turvaamiseksi. Asiakkaiden huoneisiin mentäessä ohjaajat koputtavat asiakkaiden huoneiden oviin. Sorsapuiston kodeille ovat läheiset aina tervetulleita. Asiakkaiden huoneita ei käytetä muihin tarkoituksiin asiakkaiden poissa ollessa.
- Toimitilojen ylläpitoon, huoltoon ja puutteisiin liittyvät ilmoitukset tehdään kiinteistöhuoltoon ja tarvittaessa isännöitsijälle.
- Kiinteistölle on tehty PTS suunnitelma, jossa on pitkän tähtäimen suunnitelmat kiinteistön huolloista ja remonteista. PTS ylläpidosta vastaa kokonaisuudessaan isännöitsijä.
- Henkilökunta seuraa apuvälineiden ja laitteiden kuntoa ja poikkeamiin puututaan välittömästi joko poistamalla laite käytöstä tai tilaamalla huolto/korjaus. Terveysthuollon laitteiden huollot tilataan Berner Oy tai hyvinvointialueen apuvälinehuollosta. Koulutusta laitteiden ja apuvälineiden käytöstä järjestetään tarvittaessa. Apuvälineiden käytön perehdytys on osa perehdytysohjelmaa.
- Siivousaineet säilytetään asiamukaisesti.

### 3.3.3 Asiakas- ja potilastietojen käsittely ja tietosuojat

- Asiakastietolain 7 §:n mukainen johtaja, joka vastaa kokonaisuudessaan palveluyksikön asiakastietojen käsittelystä ja siihen liittyvästä ohjeistuksesta on Sorsapuiston kotien yksikön johtaja Tuula Krogerus p.044 4306309
- Savas-säätiön tietosuojavastaavat ovat talouspäällikkö Mari Willman p. 044 4306398 ja henkilöstöasiantuntija Minna Heinström, p. 044 367407
- Tietosuojaperiaatteiden käytännön toteutus on kuvattu organisaation tietoturvapoliitikassa, tietoturvasuunnitelmassa, tiedonhallinnan toimintaohjeessa ja asiakastietojen laadinta- ja käsittelyohjeessa. Dokumentit ja niitä täydentävät ohjeet, esimerkiksi ohje tietoturvaloukkauksen ilmoittamisesta, ovat kaikkien työntekijöiden saatavilla organisaation laatukäsikirjassa. Saatavilla on suostumuslomakkeet erilaisiin tilanteisiin, kuten tietojen luovuttaminen ja pyytäminen, tietojen tarkastaminen ja

korjaaminen tai asiakkaan valokuvaaminen ja videointi. Rekisteriseloste on asiakkaiden nähtävillä. Asiakkaiden oikeuksista omiin tietoihinsa ja asiakastietojen kirjaamisesta asiakastietojärjestelmään tiedotetaan esimerkiksi asiakkaiden yhteisökokouksissa säännöllisesti. Asiakaskirjauksia tehdään mahdollisuuksien mukaan yhdessä asiakkaiden kanssa. Jokainen työntekijä allekirjoittaa salassapito- ja käyttäjä sitoumuksen ja perehtyy siinä liitteenä olevaan tietosuojaohjeeseen. Organisaatiossa on kaksi tietosuojavastaavaa.

- Henkilötietojen suojaa koskevat ohjeet ovat osa perehdytysohjelmaa. Ohjeet ovat aina henkilöstön saatavilla organisaation laatukäsikirjassa, Tiedonhallinta osiossa. Ohjeiden ajantasaisuudesta vastaavat organisaation tietosuojavastaavat.
- Perehdytyksen lisäksi työntekijät suorittavat organisaation tietosuojavastaa kokonaisuudessaanvan pitämän tietosuojakoulutuksen osana kirjaamisvalmennusta. Toimintavuoden 2025 alusta alkaen organisaatiossa on otettu käyttöön Navisec - verkkokoulutuspalvelu, jonka avulla henkilöstö koulutetaan tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvissä asioissa. Tietoturvaloukkaustilanteiden varalle on tehty toimintaohje, Ohje tietoturvaloukkauksen ilmoittamisesta. Ohje on laatukäsikirjan Tiedonhallinta osiossa kaikkien työntekijöiden saatavilla ja kuuluu osaksi perehdytysohjelmaa.
- Organisaatiossa on tehty Asiakastietojen laadinta- ja käsittelyohje koskien asiakas- ja potilastietojen käsittelyä ja kirjaamista. Ohje on laatukäsikirjan Tiedonhallinta osiossa kaikkien työntekijöiden saatavilla ja kuuluu osaksi perehdytysohjelmaa. Ohjeiden ajantasaisuudesta vastaavat organisaation tietosuojavastaavat.
- Asiakastietojen laadinta- ja käsittelyohjeessa on kuvattu ja ohjeistettu Asiakkaan tarkistusoikeus, Asiakastiedon korjaaminen ja Asiakirjojen luovuttaminen. Asiakkaalla tai hänen laillisella edustajallaan on oikeus pyynnöstä tarkistaa kaikki itseään tai edustamaansa henkilöä koskevat tiedot. Tällöin käytetään rekisteritietojen tarkastuspyyntölomaketta. Asiakkaan mielestä virheellisien, tarpeettomien, puutteellisten tai vanhentuneiden tietojen korjaamistapauksessa käytetään tiedonkorjaamisvaatimus-lomaketta. Asiakirjoja voidaan luovuttaa ulkopuolisille asiakkaan tai hänen laillisen edustajansa suostumuksella. Tämä todennetaan kirjallisesti Asiakkaan suostumus asiakastietojen luovuttamiseen ja pyytämiseen lomakkeella. Tietojen luovuttamisesta tehdään kirjaus asiakastietojärjestelmään. Rekisterinpitäjän päätearkistoon luovutetuista asiakirjoista otetaan kuittaus asiakirjojen luovutuslomakkeeseen.
- Asiakastiedot kirjataan DomaCare asiakastietojärjestelmään. Arkistointi toteutuu Tiedonhallinnan toimintaohjeen mukaan. Väliarkistointi toteutuu organisaation omassa arkistossa. Sähköinen arkistointi asiakastietojärjestelmässä. Palvelun päätyttyä asiakkaan asiakirjat toimitetaan rekisterinpitäjälle päätearkistoitavaksi.
- DomaCaren pääkäyttäjät antavat esihenkilötason tunnukset. Esihenkilöt antavat ohjaajataso- n tunnukset oman yksikön työntekijöille. Tunnukset voivat olla voimassa toistaiseksi tai määräajan työsuhteen mukaisesti. Ohjelma rajaa pääsyn vain oman yksikön asiakkaiden tietoihin.

- Poikkeamat kirjataan ja käsitellään toimintayksikössä, tietosuojavastaavien toimesta ja organisaation johdossa tapauskohtaisen tarpeen mukaan. Tietosuojan toteutumista, sekä ohjeiden ja viranomaismääräysten noudattamista arvioidaan toimintayksikön johdonkatselmuksissa vuosittain ja kokouksissa tarpeen mukaan toimintavuoden aikana. Tietosuoja-asiat ovat myös osa sisäistä tarkistusta, sekä sisäistä- ja ulkoista auditointia. Asiakas- ja potilastietojen käsittelyn arviointi toimintayksikön arjessa on jatkuvaa.

### 3.3.4 Tietojärjestelmät ja teknologian käyttö

- Järjestelmätoimittaja vastaa kokonaisuudessaan asiakastietojärjestelmän olennaisten vaatimusten täyttymisestä ja järjestelmän ajantasaisuudesta. DomaCare asiakastietojärjestelmä on Valviran tietojärjestelmärekisterissä.
- DomaCare asiakastietojärjestelmään kirjaudutaan vain organisaation työasemilta ja muilta organisaation laitteilta. Henkilöstön perehdyttäminen ja kouluttaminen järjestelmän käyttöön tapahtuu toimintayksikössä. Uusista toiminnoista järjestetään tarvittaessa järjestelmätoimittajan tai pääkäyttäjien järjestämä koulutus.
- Viimeisin tietoturvasuunnitelma on päivitetty helmikuussa 2025. Päivityksestä vastaa kokonaisuudessaan tietosuojavastaavat. Palveluyksiköissä sen toteutumisesta vastaa kokonaisuudessaan yksikön johtaja ja jokainen työntekijä omassa toiminnassaan.
- Palveluntuottajana Savas käsittelee henkilötietoja rekisterinpitäjän lukuun. Rekisterinpitäjä antaa organisaatiolle Henkilötietojen käsittelyn ehdot ja teemme rekisterinpitäjälle Henkilötietojen käsittelytoimien kuvauksen. Henkilöstön osaaminen palveluyksikön toiminnassa varmistetaan koulutuksella ja perehdytyksellä.
- Asiakastietojärjestelmän osalta poikkeamista ilmoitetaan järjestelmätoimittajalle ja ITC-tukeen. Tietoverkon häiriöistä ilmoitetaan ITC-tukeen. Poikkeama- ja häiriöriskit on arvioitu riskienhallintasuunnitelmassa. Poikkeama- ja häiriötilanteisiin varautuminen ja toiminta on kuvattu tietoturvasuunnitelmassa.
- Kameravalvontaa ei ole käytössä.
- Uusien teknologioiden hankinta arvioidaan tapaus- ja /tai asiakaskohtaisesti organisaation johdon ja/tai asiakkaiden edustajan kanssa. Teknologioiden hankinnassa ja käyttöön otossa mukana on järjestelmätoimittaja ja ITC-tuki. Käytössä oleva laite ja sovellus voi olla myös ulkoisen palveluntarjoajan omaisuutta, esimerkiksi kommunikaattorit, jolloin laitevastuu on palveluntarjoajalla. Uusien järjestelmien kohdalla käyttökoulutus ja perehdytys sekä osaamisen ylläpito sovitaan järjestelmätoimittajan kanssa järjestelmäkohtaisesti.
- Poikkeamiin varautuminen on kuvattu yksikön kriisinhallintasuunnitelmassa. Kriittiset asiakastiedot on tulostettu asiakastietojärjestelmästä. Jokaisessa toimintayksikössä on määrällisesti useampi tietokone ja puhelin, jolloin laiterikon sattuessa toiminta ei vaarannu.

- Yksilölliset tarpeet ja mahdollisten teknologioiden soveltuvuus kartoitetaan asiakaspalaverissa ja IMO-työryhmissä esimerkiksi palveluntoteuttamissuunnitelmaa tehtäessä. Asiakas voi käyttää teknologisia ratkaisuja itsenäisesti tai työntekijän tuella. Yksityisyyden suojan ja itsemääräämisoikeuden toteutuminen teknologioita käytettäessä tiedostetaan ja toteutuu arjen ratkaisujen kautta.
- Jos teknologian käyttö vaatii henkilötietoja tai salassa pidettäviin henkilötietoryhmiin kuuluvia tietoja (esim. terveystiedot), tai jos tietoa kerätään sovellusta tai teknologiaa käytettäessä.
- Asiakasta (ja tarvittaessa hänen edustajaansa) informoidaan hänen käyttämällään kommunikaatiokeinolla ja varmistetaan varmistamaan asiakkaan ymmärrys siitä, mitä teknologian hyödyntäminen kulloinkin tarkoittaa tietosuojan ja yksityisyydensuojan kannalta. Teknologiaa ei käytetä, jos asiakkaan ymmärrystä ei voida varmistaa tai asiakkaan edustajalta ei saada suostumusta teknologian käyttöön.

### 3.3.5 Infektioiden torjunta ja yleiset hygieniakäytännöt

- Tyypillisimmät yksikössä esiintyvät infektiot ovat erilaiset hengitystieinfektiot. Toimintaa liittyy infektiopidemioiden mahdollisuus.
- Infektioiden ja tarttuvien sairauksien leviäminen palveluyksikössä ennaltaehkäistään noudattamalla hygieniaohteita. Tarvittaessa toimintaa muokataan niin että asiakkaat ohjataan olemaan omissa tuvissa tai omissa huoneissa tilanteesta riippuen.
- Säätiöllä on ohje infektioidenhallinnasta asiakastyössä. Ohje on saatavilla säätiön intrassa kohdassa palveluprosessit, terveydenhuollon ohjeet.
- Työntekijät voivat olla yhteydessä terveydenhuoltoon hoitoa vaativissa infektiotilanteissa. Hyvinvointialueella on myös hygieniaohtaja, johon voi olla yhteydessä infektioiden hallintaan liittyvissä kysymyksissä.
- Yksiköissä seurataan lääkärin toteamia infektoita kirjaamalla tiedot asiakaskohtaisesti Doma Care- sähköiseen asiakastietojärjestelmään. Seurantatiedot merkittävistä infektiotapahtumista raportoidaan palvelujohtajalle ja nämä käsitellään vuosittain yksikön johdon katselmuksessa.
- Käsihuhteita on saatavilla siellä, missä niitä käytetään: yksikön ulko-ovella, yleisissä tiloissa, asukashuoneiden läheisyydessä ja henkilökunnan tiloissa.
- Henkilöstöllä on tartuntatautilain mukainen rokotussuoja.
- Yksikössä tehdään hygieniatestejä kerran vuodessa tai tarvittaessa useammin, joilla testataan pintojen puhtaustasoja. Testitulosten pohjalta tehdään korjaavia toimenpiteitä.
- Sorsapuiston kodeille on laadittu kirjallisesti siivoussuunnitelma. Ulkopuolinen siivoaja käy kolme kertaa viikossa, työntekijät huolehtivat ylläpitosiivouksesta päivittäin. Sorsapuiston kodeilla lajitellaan jätteet kierrätykseen.

### 3.3.6 Lääkehoitosuunnitelma

- Sorsapuiston kotien lääkehoitosuunnitelma on laadittu kirjallisesti ja se päivitetään vuosittain. Viimeisin päivitys tammikuussa 2026. Lääkäri on hyväksynyt sen 4.2.2026.
- Lääkehoidonsuunnitelman laatimisesta ja päivittämisestä vastaa kokonaisuudessaan yksikön johtaja Tuula Krogerus, p. 044 4306309 yhdessä lääkehoidon vastualueohjaajien Eeva Hautamäen ja Armi Rönkön kanssa. Lääkehoidon suunnitelman laatimisessa lääketieteellisenä asiantuntijana toimii säätiön vastaava sairaanhoitaja Heidi Nykänen. Sorsapuiston kotien lääkehoitosuunnitelma noudattaa STM:n Turvallinen lääkehoito –opasta.
- Lääkehoidon asianmukaisuudesta ja lääkehoitosuunnitelman toteutumisesta ja seurannasta Sorsapuiston kodeilla vastaa kokonaisuudessaan yksikön johtaja.
- Lääkehoitosuunnitelmassa on kuvattu mm. miten lääkehoidon osaaminen varmistetaan, millaiset lääkelupakäytännöt yksikössä on ja miten toimitaan lääkehoidon vaaratilanteissa ja miten lääkkeiden vaikutuksia seurataan.
- Lääkehuollon toteutusta seurataan arjessa keräämällä mm. lääkepoikkeamia ja reagoimalla tilanteen vaatimalla tavalla poikkeamiin.

### 3.3.7 Lääkinnälliset laitteet

- Sorsapuiston kotien laitevastuuhenkilönä toimii yksikön johtaja Tuula Krogerus p. 044 4306309
- Työntekijät perehdytetään lääkinällisten laitteiden käyttöön. Tarvittaessa uusista laitteista pyydetään koulutusta.
- Jokaisesta terveydenhuollon laitteesta on laadittu kirjallisesti laitekortti jossa on laitteen tiedot ja huollot. Lääkinällisen laitteen varatilanneilmoitusten tekeminen on kuvattu lääkehoidonsuunnitelmassa.

Lisätietoa lääkinällisten laitteiden turvallisesta käytöstä ja vaaratilanneilmoituksista löydät seuraavista asiakirjoista:

- ✓ STM on julkaissut oppaan "Lääkinällisten laitteiden turvallinen käyttö – opas laiteosaamisen varmistamiseen" (STM:n julkaisu 2024:3).
- ✓ Fimea on antanut määräyksen "Lääkinällisestä laitteesta tehtävä ammattimaisen käyttäjän vaaratilanneilmoitus" ja ohjeen "Vaaratilanteessa olleen lääkinällisen laitteen käsittely" (Fimea 1/2023).

Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien turvallisuutta ja laatua koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta on kuvattu Taulukossa 3.

*Taulukko 3: Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien **turvallisuutta ja laatua** koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta*

| Tunnistettu riski                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Riskin arviointi (suuruus ja vaikutus) | Ehkäisy- ja hallintatoimet                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lääkehoitoon liittyviä riskejä on tunnistettu toiminnassa ja nämä on kirjattu lääkehoidonsuunnitelmaan.                                                                                                                                                                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Asukkaan lääkehoidon prosessissa tapahtuu lääkepoikkeama. Joku asiakkaan tarvitsemista lääkkeistä jää antamatta tai annetaan väärälle asiakkaalle. Asukkaan lääkkeet jäävät kaksoistarkastamatta. Asukkaan lääkkeitä ei ole jaettu. Ei pätevää henkilöstöä (lääkeluvat)                                 | Kohtalainen ja mahdollinen             | Organisaatio- ja yksikötason lääkehoitosuunnitelmat, jossa lääkehoidon prosessi ohjeistettu. Jatkuva lääkepoikkeamien seuranta ja arviointi. Henkilöstön lääkehoidon osaamisvaatimukset tunnistettu ja linjattu. Henkilöstön lääkehoidon osaamisen arviointi säännönmukaisesti osaamiskartoituksella ja tarvittava lääkehoidon täydennyskoulutus. Vastaavan sairaanhoitajan resurssi käytettävissä koko säätiön alueella. Läheisten tiedotus ja keskustelu. Yksikössä sairaanhoitajan koulutuksella oleva ohjaaja. |
| Asiakkaiden käytössä olevista viallisista apuvälineistä tai niiden käyttövirheistä johtuvat tapaturmat ja hoitovirheet (pyörätuolit, sairaalasängyt, siirtolaitteet jne). Työntekijöiden huolimattomuus apuvälineitä käytettäessä. Uusien palvelusopimusten myötä palveluntuottajan vastuu on kasvanut. | Kohtalainen ja mahdollinen             | Apuvälineiden säännösten mukaisesta huollosta ja korjauksista huolehtiminen. Henkilöstön hyvä perehdyttäminen apuvälineiden käyttöön. Läheltäpiti-tilanteiden seuranta ja arviointi. Terveystuollon laiterekisteri.                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

### 3.4 Asiakas- ja potilastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistaminen

Riittävä ja osaava sekä palveluyksikön omavalvontaan sitoutunut henkilöstö on keskeinen tekijä palvelujen saatavuuden, laadun ja asiakasturvallisuuden varmistamisessa sekä palvelujen kehittämisessä.

- Sorsapuiston kodeilla työskentelee yksikön johtajan lisäksi 10 ohjaajaa ja yksi oppisopimusopiskelija. Ulkopuolisten sijaisten lisäksi lisälmen alueella on 3 säätiön kiertävää ohjaajaa, jotka sijaistavat yksiköissä äkillisiä työlomia.

- Asiakkaiden määrään nähden riittävä henkilöstö varmistetaan työvuorosuunnittelulla ja sijaisten käytöllä. Sijaisten käytöstä on laadittu kirjallisesti säätiöllä palkkaohje.
- Yksikön johtaja varmistaa työntekijöiden ammattioikeudet Valviran rekisteristä.
- Riittävät opinnot suorittanut opiskelija voi toimia ohjaajien määräaikaisena sijaisena huomioiden rajoitukset esim. yksintyöskentelyyn ja rajoitustoimenpiteisiin. Opiskelijasijaiset perehdytetään työtehtäviin perehdyttämisohjelman mukaisesti.
- Uusilta työntekijöiltä ja sijaisilta pyydetään rikosrekisteriote perustuen valvontalain 28 §:ään.
- Työvuorosuunnittelulla varmistetaan että henkilöstöä on tarpeeksi asiakkaiden palvelutarpeisiin vastaamiseksi. Tilanteissa joissa henkilöstöä ei ole riittävästi, toimitaan säätiön sijaisohjeen mukaisesti. Kriittisissä tilanteissa Sorsapuiston kotien henkilöstö tekee ylityitä. Tilanteesta riippuen työntekijöille maksetaan hälytysraha tai vuoronvaihtolisä.
- Rekrytointitilanteessa varmistetaan että työntekijällä on työtehtäviinsä asianmukainen koulutus, riittävä osaaminen ja ammattitaito sekä kielitaito. Uusissa työsuhteissa noudatetaan työehtosopimuksen mukaista koeaikaa.
- Työntekijöiden perehdyttämisessä käytetään säätiön perehdyttämisohjelmaa. Ammattitaitoa pidetään yllä erilaisin koulutuksin. Yhdessä työryhmän kanssa laaditaan koulutussuunnitelma, jolla tuetaan ammattitaidon ylläpitämistä. Koulutuksissa hyödynnetään säätiön SavasAkatemian.
- Henkilöstön osaamisen ja työskentelyn asianmukaisuuden seurata on jatkuvaa. Osaamisen arvioinnissa hyödynnetään C&Q arviointia, kehityskeskustelukäytäntöä ja arjen keskusteluja. Tarvittaessa hankitaan lisäkoulutusta.
- Sorsapuiston kodin henkilöstölle toteutetaan säätiön ohjeistuksen mukaisesti työhyvinvointikysely vuosittain. Tulokset käsitellään henkilöstön kokouksessa. Arjen vapaata palautetta kirjoitetaan yleisraportointiin.
- Savas-säätiöllä on laadittu kirjallisesti organisaation riskienhallintasuunnitelma. Sorsapuiston kodeille on laadittu kirjallisesti säätiön suunnitelman pohjalta oma riskienhallintasuunnitelma.
- Sorsapuiston kodeilla tehdään Työn riskien arviointi vuosittain Laatuporttiin, arvioinnista nousseisiin epäkohtiin puututaan ja tehdään korjaavat toimenpiteet. Säätiöllä on työsuojelun toimintaohjelma. Perehdyttämisohjelmassa työntekijä perehdytetään laitteisiin ja menetelmiin sekä turvallisiin työtapoihin. Perehdyttämistä toteutetaan myös työtehtävien muuttuessa tai kun otetaan käyttöön uusia laitteita.

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

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

| Tunnistettu riski                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Riskin arviointi (suuruus ja vaikutus) | Ehkäisy- ja hallintatoimet                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Asiakastyössä tarvittava osaamisvaatimus kasvaa (terveysongelmat, haastava käyttäytyminen, ikääntyminen, erityistarpeet kommunikaatiossa, jne.) Terveysten hoidon toimenpiteiden kasvaminen. Henkilöstön osaaminen ja toiminnasta/ostopalvelusopimuksista lähtevät osaamisvaatimukset eivät kohtaa. Henkilöstön saatavuusvaikeuksien vuoksi henkilöstön osaamistasosta joudutaan tinkimään. | Kohtalainen ja mahdollinen             | Osaamisen arvioinnit työntekijöiden kokonaisarvioinnin osana, näihin sekä erilaisiin muuttuneisiin/uusiin vaatimuksiin (lainsäädäntö, sopimusehdot ym) perustuvat vuotuiset organisaatio- ja yksikötason koulutussuunnitelmat ja niiden toteuttaminen. Savas akatemian käyttö perehdytys ja koulutus alustana. Lääkeluvat voimassa kolme vuotta.                                                                                                                           |
| Avoimeksi tuleviin työpaikkoihin ei saada rekrytoitua uusia koulutettuja/osaavia työntekijöitä. Akuutteja sijaisuuksia ei aina saada täytettyä.                                                                                                                                                                                                                                             | Kohtalainen ja todennäköinen           | Säätiön työntantajaimagon seuraaminen, työhyvinvointikartoitukset, säätiön/työpaikkojen markkinointi oppilaitoksissa ja niiden rekry - tapahtumissa ja yleinen imagomarkkinointi. Opiskelijoiden ottaminen oppimisjaksoille yksikköön, heistä mahdollisia työntekijöitä tulevaisuudessa. Uusien työntekijöiden työsopimuksissa lain mahdollistama koeaika, aikaisempien kokemusten hyödyntäminen rekrytoinneissa (sijaishakijat). Perehdytyskäytännöt. Kiertävät ohjaajat. |

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

Täytä:

- Sorsapuiston kotien asiakkaan itsemääräämisoikeuden vahvistamiseksi laadituista suunnitelmista ja ohjeista vastaa kokonaisuudessaan yksikön johtaja Tuula Krogerus p. 044 4306309

- Savaksen toimintayksiköiden sosiaaliasiavastaavan tehtäviä hoitaa hyvinvointialueella toimiva sosiaaliasiavastaava. Sosiaaliasiavastaa kokonaisuudessaanvan työ perustuu lakiin asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Sorsapuiston kotien sosiaalivastaava on Pohjois-Savon hyvinvointialueella.  
Sosiaaliasiavastaa kokonaisuudessaanvan tehtävänä on:

- neuvoa ja ohjata asiakkaita sosiaalihuollon asiakaslain soveltamiseen liittyvissä asioissa
- avustaa muistutuksen tekemisessä
- tiedottaa asiakkaan oikeuksista
- toimia asiakkaan oikeuksien edistämiseksi ja toteuttamiseksi

Säätiön sosiaaliasiavastaavaan asiakas tai hänen edustajansa voi olla halutessaan yhteydessä. Sosiaaliasiavastaa kokonaisuudessaanvan tehtävä on neuvoa-antava. Keskeisenä tehtävänä on asiakkaan kuuleminen ja eri vaihtoehtojen selvittäminen yhdessä asiakkaan tilanteen ratkaisemiseksi. Jos asiakas on tyytymätön saamaansa palveluun tai kohteluun, hän voi pyytää sosiaaliasiavastaavaa toimimaan sovittelijana. Asiakkaalla on myös oikeus tehdä asiasta muistutus toimintayksikön esihenkilölle tai säätiön johdolle. Sosiaaliasiavastaava auttaa tarvittaessa muistutuksen tekemisessä. sosiaaliasiavastaava ohjaa asiakasta vastaavassa tilanteessa myös muissa menettelyissä (esim. kantelu).

Sosiaaliasiavastaa kokonaisuudessaanvan työmuotoina säätiössä ovat asiakaskohtainen neuvonta ja ohjaus, henkilöstön ohjaus ja neuvonta (esim. koulutukset) ja asiakkaiden/läheisten informointi (esim. läheisten illoissa).

Sosiaaliasiavastaavat ovat tavoitettavissa puhelimitse tai sähköpostilla, ja tarvittaessa yksilöllisin tapaamisin. Säätiössä sosiaaliasiavastaavan toiminnasta tiedotetaan asiakkaita ja heidän läheisiään toimintayksiköiden ilmoitustaululla ja asiakasoppaassa. Yksiköiden työntekijät kertovat tarvittaessa myös asiakkaille/läheisille sosiaaliasiavastaa kokonaisuudessaanvan toiminnasta.

Sosiaaliasiavastaava puh. 044 461 0999 (maanantai - perjantai klo 9.00-11.30.  
Sähköposti: [sosiaaliasiavastaava@pshyvinvointialue.fi](mailto:sosiaaliasiavastaava@pshyvinvointialue.fi)

- Säätiöllä on ohje palaute- ja muistutusmenettelyyn Säätiön laatukäsikirjassa. Muistutuksen voi toimittaa suoraan yksikön johtajalle tai säätiön toimistolle. Sorsapuiston kodeilla muistutuksen vastaanottaa yksikön johtaja Tuula Krogerus p. 044 4306309 Muistutuksen määräaika käsittelylle on kaksi viikkoa. Kantelut toimitetaan suoraan sosiaalihuoltoa valvovalle viranomaiselle Lupa- ja valvontavirastoon (LVV) tai eduskunnan oikeusasiamiehelle.

- LVV Puhelin: 0295 256 930 (kantelu- ja asiointipalvelu)  
Postiosoite: PL 20, 13035 LVV
- oikeusasiamies@eduskunta.fi  
Puhelin 09 4321, eduskunnan vaihde  
Postiosoite: Eduskunnan oikeusasiamiehen kanslia  
00102 Eduskunta

Palveluiden esteettömyys ja saavutettavuus varmistetaan suunnittelemalla toiminta asiakkaiden tarpeiden mukaisesti. Sorsapuiston kodit on suunniteltu tarjoamaan kehitysvammaisten ympärivuorokautista ja yhteisöllistä palveluasumista.

- Asiakkaita kohdellaan yhdenvertaisesti, jokaisen henkilökohtaiset erityisuntarpeet huomioiden. Havaittuihin epäkohtiin puututaan viivyttämättä.
- Asumispalveluprosessia toteutetaan säätiön palveluprosessien mukaisesti. Päätökset asumispalvelusta tekee hyvinvointialueen sosiaalityöntekijä. Rajoitustoimenpidepäätösten oikeellisuus varmistetaan moniammatillisessa IMO työryhmässä. Yksikössä tehtävät rajoitustoimenpidepäätökset toimitetaan tiedoksi hyvinvointialueen sosiaalityöntekijälle. Rajoitustoimenpide kuukausikoosteet toimitetaan päätöksestä riippuen asiakkaan läheisille tai hyvinvointialueen sosiaalityöntekijälle.
- Asiakas otetaan mukaan palvelujen suunnitteluun, päätöksentekoon ja toteuttamiseen käyttämällä asiakkaan omaa kommunikaatiomenetelmää. Sorsapuiston kodeilla on viikoittain asiakkaiden yhteisökokous ympärivuorokautisessa asumisessa ja yhteisöllisessä asumisessa joihin asiakkaat voivat tuoda haluamiaan yksikön toimintaan liittyviä asioita käsittelyyn. Kokouksista kirjataan pöytäkirjat.
- Jokaiselle asiakkaalle on laadittu kirjallisesti Messi -Minun elämäni suunnitelma (palvelujen toteuttamissuunnitelma). Suunnitelma päivitetään yhdessä asiakkaan kanssa vähintään kerran vuodessa. Asiakkaat joilla on rajoitustoimenpidepäätös Messit päivitetään puoli vuosittain.
- Säätiöllä on käytössä ohje Valvontalainmukaisesta henkilökunnan ilmoitusvelvollisuudesta. Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijällä tai palveluntuottajalla on lakisääteinen (valvontalain 29§) henkilökohtainen velvollisuus ilmoittaa havaitsemastaan epäkohdasta tai sen uhasta, joka voi vaarantaa asiakas- tai potilasturvallisuutta. Ilmoitusvelvollisuus koskee myös muuta lainvastaistatoimintaa, kuten laiminlyöntejä tai virheellisiä menettelytapoja. Ilmoitus on tehtävä viipymättä salassapitosäynnösten estämättä. Ilmoitus tehdään ensisijaisesti yksikön johtajalle tai hänen nimetylle sijaiselleen. Ilmoituksen voi tehdä myös suoraan Savaksen johdolle

(johtoryhmän jäsenille) tai vaihtoehtoisesti: voit tehdä ilmoituksen Laatuportin whistleblow-kanavan kautta. Whistleblow-kanavan kautta ilmoitus on mahdollista tehdä nimettömänä ja ilmoitus menee käsittelyyn suoraan Savaksen johtoryhmän jäsenille. Jos epäkohtaa ei korjata viivytyksettä, voi tehdä ilmoituksen lupa- ja valvontavirastoon.

- Säätiöllä on lakiin perustuva IMO -ohje Savasakatemiassa jossa määritellään itsemääräämisoikeuden vahvistamisen periaatteet ja edellytykset rajoitustoimenpiteiden käytölle ja konkreettiset menettelytavat. Sorsapuiston kodeille on laadittu kirjallisesti toimintasuunnitelmassa yksikön IMO suunnitelma.
- Hyvinvointialueen sosiaalityöntekijä vastaa kokonaisuudessaan asiakassuunnitelmien ja EHO: en päivittämisestä. Messien päivittämisestä vastaa kokonaisuudessaan asiakkaan omaohjaaja.
- Asiakkaan Messit -Minun elämäni suunnitelmat ovat kirjattuna DomaCare asiakastietojärjestelmään. Suunnitelmat arkistoituvat päivitysten yhteydessä. Asiakkaiden tavoitteiden arviointia tehdään arjen asiakaskirjaamisessa.
- Asiakkailta ja heidän läheisiltä kerätään palautetta Bikva-arvioinneilla sekä arjen keskusteluissa. Vapaa palaute kirjataan asiakastietojärjestelmään.

Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien yhdenvertaisuutta, osallisuutta sekä asiakkaan tai potilaan asemaa ja oikeuksia koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta on kuvattu Taulukossa 5.

*Taulukko 5: Palveluyksikön toiminnan keskeisimpien **yhdenvertaisuutta, osallisuutta sekä asiakkaan tai potilaan asemaa ja oikeuksia** koskevien riskien tunnistaminen, arviointi ja hallinta*

| Tunnistettu riski                                                                                                                                                                                                                                  | Riskin arviointi (suuruus ja vaikutus) | Ehkäisy- ja hallintatoimet                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Asiakkaan fyysistä ja psyykkistä koskemattomuutta loukataan palveluyksikössä työntekijän, toisen asukkaan tai kolmannen osapuolen toimesta.                                                                                                        | Kohtalainen ja mahdollinen             | 0-toleranssi kaikissa tapauksissa, myös ilmoittamisvelvollisuuden laiminlyönteihin. Henkilöstön osaamisen varmistaminen ja kehittäminen sekä perehdytys haastaviin asiakastilanteisiin (asiakkaiden välinen epäasiallinen kohtelu) sekä eettiseen ja arvojen mukaiseen asiakastyöhön. Läheltäpiti-tilanteiden seuranta ja arviointi sekä tarvittavat toimenpiteet. |
| Väärästä ja ohjeiden vastaisesta kirjaamisesta (väärä tieto, tiedon puuttuminen) esim. asiakkaan terveydelle tai turvallisuudelle aiheutuva haitta. Vaikutus toiminnan sujuvuuteen ja asiakkaan saamaan palvelun laatuun jos tiedonkulku ei toimi. | Kohtalainen ja mahdollinen             | Ajantasalla olevat, lain ja viranomaisten määräykset täyttävä ohje asiakastietojen kirjaamisesta, yksikön toimivat palaverikäytännöt. Tiedonkulun ja yhteistyön kehittäminen asiakkaan verkostojen välillä. Asiakastietojärjestelmä toimii ja sitä on helppo käyttää. Kirjaamiselle aikaa. Aika hiljaiseen raporttiin. Kirjaamiskoulutusta                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                    |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

## 4. Havaittujen puutteiden ja epäkohtien käsittely sekä toiminnan kehittäminen

### 4.1 Toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely

- Säätiöllä on ohje omavalvonnasta Säätiön laatukäsikirjassa. Palvelun järjestämisvastuussa oleva hyvinvointialue ohjaa ja valvoo hankkimiansa palvelujen laatua, lainmukaisuutta sekä asiakasturvallisuuden toteutumista valvontakäynneillä. Hyvinvointialueen valvontavelvollisuus koskee myös palveluntuottajien alihankkijoiden palveluita. Hyvinvointialueen pitää varmistaa, että sille palveluja tuottavalla palveluntuottajalla on riittävät ammatilliset, toiminnalliset ja taloudelliset edellytykset huolehtia palveluiden tuottamisesta. Jos palveluntuottajan tai tämän alihankkijan toiminnassa ilmenee mahdollisia epäkohtia tai puutteita, hyvinvointialueen pitää viivytyksettä ohjata palveluntuottajaa ja tämän alihankkijaa tai tarvittaessa pyytää heiltä selvitystä asiaan. Kun epäkohtia tai puutteita ilmenee, hyvinvointialueen pitää vaatia, että ne korjataan hyvinvointialueen asettamaan määräaikaan mennessä. Jos kyse on asiakasturvallisuutta olennaisesti vaarantavista epäkohdista tai puutteista,

hyvinvointialueen on vaadittava, että ne korjataan välittömästi. Hyvinvointialueen pitää ilmoittaa viivytyksettä valvontaviranomaiselle palveluntuottajan tai tämän alihankkijan toiminnassa ilmenevät olennaisesti asiakasturvallisuutta vaarantavat epäkohdat/puutteet. Palvelun keskeisimmät riskit on kirjattu omavalvontasuunnitelmaan. Omavalvontasuunnitelma on julkisesti nähtävillä.

- Valvontalaki 29 § velvoittaa yksityisen palveluntuottajan henkilöstön ilmoittamaan viipymättä palveluyksikön vastuuhenkilölle, jos he huomaavat tehtävissään tai saavat tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan tai potilaan sosiaali- tai terveydenhuollon toteuttamisessa taikka muun lainvastaisuuden. Ilmoituksen vastaanottaneen henkilön on ilmoitettava asiasta eteenpäin joko palveluntuottajan oman sisäisen prosessin mukaisesti tai suoraan hyvinvointialueelle. Palveluyksikön vastuuhenkilö vastaa kokonaisuudessaan siitä, että henkilöstö tietää ilmoitusvelvollisuuskäytännöistä. Ilmoitusvelvollisuuden toteuttamista koskevat menettelyohjeet on kirjattuna omavalvontasuunnitelmaan. Ilmoituksen tehneeseen henkilöön ei saa kohdistaa kielteisiä toimia ilmoituksen seurauksena.
- Säätiöllä on käytössä ohje Valvontalainmukaisesta henkilökunnan ilmoitusvelvollisuudesta ja lomake ilmoituksen tekoon. Nämä löytyvät säätiön Laatuksikirjasta.
- Laatuportissa on käytössä Eu-säädösten mukainen väärinkäytösten ilmoituskanava, Whistleblow. Linkki ilmoitukseen on säätiön intrassa. Ilmoittaja, joka työnsä yhteydessä havaitsee tai epäilee yleisen edun vastaista toimintaa, voi ilmoittaa epäilemästään mahdollisesta väärinkäytöksestä. Säätiö saa mahdollisuuden korjata, estää tai oikaista kaikki epäasiallisuudet ja väärinkäytökset. Väärinkäytösepäilyissä rohkaisemme työntekijöitämme ottamaan ensisijaisesti yhteyttä omaan esihenkilöön tai keneen tahansa johtoryhmän jäseneseen. Jos tietoja ei voi kertoa avoimesti, voi Whistleblow-ilmoituskanavan kautta kertoa epäilyistä ja väärinkäytöksistä. Whistleblow-kanava perustuu suojattuun ja salattuun palveluun. Kanavassa ei tallennu tietoja, joiden perusteella viestin lähettänyt henkilö olisi mahdollista tunnistaa ellei itse anna yhteystietoja. Ilmoituksia käsittelevät vain määrätyt, nimetyt henkilöt. He käynnistävät tarvittavat selvitykset, ja käsittely on luottamuksellista. Whistleblow-kanava on tarkoitettu ainoastaan väärinkäytösepäilyistä ilmoittamiseen. Ilmoituskanavaa ei ole tarkoitettu asiakaspalautteen antamiseen tai reklamointiin. Ilmoituskanava ei ole oikea kanava esimerkiksi henkilökohtaisen tyytymättömyyden ilmaisemiseen eikä siinä ilmoiteta laatupoikkeamista tai työolosuhteiden puutteista.
- Henkilöstöä on tiedotettu ilmoitusvelvollisuudesta ja siihen liittyvistä asioista vuosittain henkilökunnan kokouksessa ja perehdyttämisohjelmassa. Ohjeet ilmoitusvelvollisuuteen liittyen on laatuksikirjassa.
- Omavalvonnessa ilmeneviin epäkohtiin ja puutteisiin puututaan tilanteen edellyttämällä tavalla.

- Vaara- ja haattatapahtumat sekä toiminnassa todetut epäkohdat ja poikkeamat kirjoitetaan tilanteesta riippuen asiakasraporttiin tai laatuporttiin. Asiakkaiden vaaratilanteet, lääketoikkeamat, palautteet ja laatu-toikkeamat käsitellään päivittäisraporteilla ja koostetaan henkilökunnan kokouksiin sekä toimintakertoukseen. Tarvittavat korjaavat toimenpiteet tehdään viipymättä.

#### 4.2 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta

- Toiminnassa todetut vakavat vaaratapahtumat käsitellään heti. Henkilöstö ilmoittaa vakavasta vaaratapahtumasta välittömästi yksikön johtajalle. Vakavista vaaratapahtumista tehdään selvitys ja ilmoitus säätiön johdolle ja hyvinvointialueelle viivytyksettä. Toiminnassa arvioidaan, miten tapahtuman uusiutuminen estetään. Korjaavat toimenpiteet tehdään viivytyksettä. Asiakasta koskeneesta vaaratapahtumasta ilmoitetaan myös läheisille.
- Vakavien vaaratapahtumien jälkeen henkilökunnalla on mahdollisuus debriefing istuntoon säätiön koulutettujen työntekijöiden toimesta.
- Vakavista vaaratilanteista saatua tietoa hyödynnetään toiminnan muuttamisessa ja kehittämisessä.

#### 4.3 Palautetiedon huomioiminen kehittämisessä

- Epäkohtailmoitusten, muistutusten, kanteluiden, asiakasvahinkoilmoitusten sekä haitta- ja vaaratapahtumailmoitusten käsittelyssä esiin tullutta epäkohdistä tai puutteista kertovaa tietoa hyödynnetään omavalvonnan ja toiminnan laadun kehittämisessä. Tarvittavat, korjaavat toimenpiteet tehdään viivytyksettä.
- Palautekanavista tiedotetaan uuden työntekijän perehdyttämisessä ja henkilökunnan kokouksissa.
- Kerätyt ja saadut palautteet käsitellään tarvittaessa päivittäisraportilla, henkilöstön kokouksissa ja koostetaan toimintakertomuksessa.
- Valvontaviranomaisten antama ohjaus ja päätökset käsitellään henkilöstön kanssa sekä sisällytetään omavalvontaan ja toiminnan laadun kehittämiseen.

#### 4.4 Kehittämistoimenpiteiden määrittely ja toimeenpano

- Laatu-toikkeamien kirjaamis- ja käsittelylomake Laatuportissa ohjaa määrittelemään poikkeaman juurisyitä sekä taustatekijöitä.
- Vuoden 2026 Sorsapuiston kotien kehittämiskohteet on kirjattu toimintasuunnitelmaan ja ovat nähtävillä taulukossa 6.
- Kehittämiskohteita käsitellään henkilöstön kokouksissa ja johdonkatselmuksessa. Raportointi kehittämiskohteista toimintakertomuksessa.

Keskeisimmät korjaus- ja kehittämistoimenpiteet sekä niiden aikataulu, vastuutaho ja seuranta on kuvattu Taulukossa 6.

*Taulukko 6: Keskeisimmät korjaus- ja kehittämistoimenpiteet sekä niiden aikataulu, vastuutaho ja seuranta*

| Korjaus- tai kehittämistoimenpide                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Aikataulu  | Vastuutaho                  | Seuranta                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------|-------------------------|
| <p>1. Psykologisen turvallisuuden lisääminen<br/>Pystytään nostamaan keskusteluun huolia, ongelmia ja vaikeita asioita. Työryhmässä kaikki voi esittää eriäviä mielipiteitä, keskeneräisiä ajatuksia ja uusia ideoita. Kukaan ei halua toimia tavalla, joka heikentää toisen suorituksia.</p> <p>Mitä psykologinen turvallisuus tarkoittaa? Turvallisen tilan periaatteiden läpikäynti. Resilienssihankkeen päätöskyselyn tulokset ovat paremmat kuin aloituskyselytulokset psykologisesta turvallisuudesta.</p> | Vuosi 2026 | Henkilöstö, yksikön johtaja | Henkilöstön kokouksissa |
| <p>2. Palautteen antaminen ja vastaanottaminen.<br/>Palautteen antaminen heti ja suoraan, ei oleteta, kysytään. Työvirekyselyssä tulos palautteen saamisesta parempi kuin 2025 (3,40)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Vuosi 2026 | Henkilöstö, yksikön johtaja | Henkilöstön kokouksissa |
| <p>3. Asiakas- ja läheispalautteiden kirjaaminen.<br/>Laatupoikkeamien kirjaaminen ja läpikäyminen yhdessä työryhmän kanssa.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Vuosi 2026 | Henkilöstö, yksikön johtaja | Henkilöstön kokouksissa |

## 5. Omavalvonnan seuranta ja raportointi

### 5.1 Laadun- ja riskienhallinnan seuranta ja raportointi

- Vuodelle 2026 on tehty päätös ettei vuosittaista SHQS-kriteeristöön pohjautuva itsearviointia tehdä vaan keskitytään viemään päätökseen aikaisempien vuosien kehittämiskohteet ja tehtävät. Työnriskien arviointi tehdään Laatuportissa vuosittain. Palveluiden laatua ja turvallisuutta seurataan kirjaamalla laatupoikkeamat, työtapaturmat ja läheltäpiti tilanteet Laatuporttiin. Nämä käsitellään henkilöstön kokouksissa ja raportoidaan toimintakertomuksessa. Asiakkaiden vaaratilanteet kirjataan asiakaskertomukseen. Poikkeamat raportoidaan toimintakertomukseen.
- Sorsapuiston kodeille on laadittu kirjallisesti riskienhallintasuunnitelma.

## 5.2 Kehittämistoimenpiteiden etenemisen seuranta ja raportointi

- Omavalvontasuunnitelman toteutumista seurataan ja seurannassa havaitut puutteellisuudet korjataan viivytyksettä.
- Savas-Säätiön omavalvontaohjelman laatimisesta vastaa kokonaisuudessaan palvelujohtaja yhteistyössä johtoryhmän kanssa ja sen hyväksyy säätiön hallitus. Omavalvontaohjelma katselmoidaan vuosittain ja se julkaistaan sekä Savaksen laatukäsikirjassa Sharepointissa että Savaksen internetsivuilla. Omavalvontaohjelman jalkautumista palvelutoiminnan kentälle tuetaan siten, että päivitetty ohjelma käsitellään esihenkilötyöryhmän kokouksessa ja edelleen yksikön johtaja käy sen läpi työryhmänsä kanssa. Savaksen omavalvontaohjelman raportti laaditaan neljän kuukauden välein ja julkaistaan Savaksen Sharepointissa sekä Savaksen internetsivuilla. Omavalvontaohjelman raportin laadinnasta vastaa kokonaisuudessaan palvelujohtaja. Raportti käsitellään johtoryhmässä, hallituksessa, esihenkilötyöryhmässä ja yksikön johtajat vastaavat sen käsittelystä työryhmissä. Raportissa on kunkin raportointijakson käytettävissä olevat tiedot omavalvontaohjelman toteutumisesta sekä niiden pohjalta tehdyistä korjaavista ja kehittävästä toimenpiteistä. Raportoitavia tietoja ovat mm: asiakaspalautejärjestelmän tulokset, laatupoikkeamat, vaara- ja vahinkotilanteet, epäkohtailmoitukset, muistutukset, kantelut, itsearviointien, johdon katselmusten, sisäisten ja ulkoisten auditointien tulokset.