



**SOSIAALIPALVELUIDEN  
OMAVALVONTASUUNNITELMA (ikä)**

**YKSIKKÖ  
Lepolankadun Palvelukeskus**

**2024**

**YRJÖ JA HANNA**  
KODIT

## SISÄLTÖ

1	PALVELUNTUOTTAJAA KOSKEVAT TIEDOT .....	4
1.1	Palveluntuottaja .....	4
1.2	Yksityisten palveluntuottajan lupatiedot .....	4
2	OMAVALVONTASUUNNITELMAN LAATIMINEN .....	6
2.2.	Omavalvonnasta suunnittelusta vastaavat henkilöt .....	6
2.3.	Omavalvontasuunnitelman seuranta .....	7
2.4.	Omavalvontasuunnitelman julkisuus .....	7
3	TOIMINTA-AJATUS, ARVOT JA TOIMINTAPERIAATTEET .....	7
3.1.	Toiminta-ajatus .....	7
3.2.	Arvot ja toimintaperiaatteet .....	8
4	OMAVALVONNAN TOIMEENPANO .....	10
4.1.	Riskienhallinta .....	10
4.2.	Riskien ja epäkohtien tunnistaminen ja niiden korjaaminen .....	10
4.3.	Riskien hallinnan järjestelmät ja menettelytavat .....	10
4.4.	Riskienhallinnan työnjako .....	11
4.5.	Riskien tunnistaminen .....	12
4.6.	Ilmoitusvelvollisuus .....	12
4.7.	Riskien ja esille tulleiden epäkohtien käsittely .....	13
4.8.	Korjaavat toimenpiteet .....	14
5	ASIAKKAAN ASEMA JA OIKEUDET .....	15
5.1.	Palvelu- ja hoitosuunnitelma .....	15
5.1.1.	Päijät-Hämeen Hyvinvointialueen sijoittamat asukkaat .....	16
5.2.	Itsemääräämisoikeuden varmistaminen .....	16
5.3.	Yrjö ja Hanna Kotien itsemääräämisoikeuden rajoittamisen yleiset periaatteet .....	17
5.4.	Asiakkaan asiallinen kohtelu .....	18
5.5.	Asiakkaan osallisuus .....	19
5.5.1.	Asiakkaiden ja omaisten osallistuminen yksikön laadun ja omavalvonnasta kehittämiseen .....	19
5.5.2.	Palautteen kerääminen, käsittely ja hyödyntäminen toiminnan kehittämisessä .....	19
5.5.3.	Asiakkaan oikeusturva .....	20

5.5.4. Omatyöntekijä.....	21
6. PALVELUN SISÄLLÖN OMAVALVONTA.....	21
6.1. Hyvinvointia, kuntoutumista ja kasvua tukeva toiminta .....	21
6.2. Ravitsemus .....	22
6.3. Hygieniäkäytännöt .....	23
6.4. Infektioiden torjunta .....	24
6.5. Terveyden- ja sairaanhoito .....	24
6.6. Lääkehoito.....	25
6.6.1. Rajattu lääkevarasto .....	26
6.7. Monialainen yhteistyö .....	26
7 ASIAKASTURVALLISUUS .....	26
7.1. Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten ja toimijoiden kanssa .....	26
7.2. Henkilöstö .....	28
7.3. Sijaisten käytön periaatteet.....	29
7.4. Henkilöstön rekrytoinnin periaatteet .....	30
7.5. Kuvaus henkilöstön perehdyttämisestä ja täydennyskoulutuksesta.....	31
7.6. Toimitilat .....	31
7.7. Teknologiset ratkaisut.....	32
7.8. Terveydenhuollon laitteet ja tarvikkeet .....	33
8 ASIAKAS- JA POTILASTIETOJEN KÄSITTELY JA KIRJAAMINEN .....	33
8.1. Asiakastyön kirjaaminen .....	34
9 YHTEENVETO KEHITTÄMISSUUNNITELMASTA.....	35
10 OMAVALVONTASUUNNITELMAN SEURANTA.....	36

YRJO JA HANNA  
KODIT

# 1 PALVELUNTUOTTAJAA KOSKEVAT TIEDOT

## 1.1. Palveluntuottaja

Nimi Yrjö ja Hanna Hoivapalvelut OY

Y-tunnus 2770642-5

Hyvinvointialue Päijät-Hämeen Hyvinvointialue

Kunnan nimi Lahti

Toimintayksikkö/palvelu

Nimi Lepolankadun Palvelukeskus

Katuosoite Lepolankatu 14 E

Postinumero 15210 Postitoimipaikka Lahti

Sijaintikunta yhteystietoineen Ikääntyneiden Asiakasohjaus Vesijärvenkatu 9 D 15140 Lahti

Palvelupäällikkö Merja-Liisa Kaaronen, nro. 044 780 2204

Palvelumuoto; asiakasryhmä, jolle palvelua tuotetaan; asiakaspaikkamäärä

Ympärivuorokautinen palveluasuminen, 60 paikkaa

Johtaja Kirsi Lappalainen

Puhelin 050 356 9361 Sähköposti kirsi.lappalainen@yrjojahanna.fi

## 1.2. Yksityisten palveluntuottajan lupatiedot

Aluehallintoviraston/Valviran luvan myöntämisaikajankohta (*yksityiset ympärivuorokautista toimintaa harjoittavat yksiköt*) ESAVI/3439/2020

Palvelu, johon lupa on myönnetty Yksityisten Ympärivuorokautisten sosiaalipalvelujen tuottaminen

Ilmoituksenvarainen toiminta (yksityiset sosiaalipalvelut)

Ilmoituksen ajankohta 11.3.2020

Palveluala, joka on rekisteröity Terveydenhuollonlupa (01-02770642502) 17.4.2020

**Alihankintana** ostetut palvelut ja niiden tuottajat

Ostopalvelujen tuottajat:

Ostopalvelujen tuottajat:

Haltija Group oy	terveydenhuollon laitteet ja tarvikkeiden huolto
Terveysmaailma	terveydenhuollon laitteet ja tarvikkeiden huolto
Vanhusten asuntosäätiö	ateria- ja kiinteistöpalvelut
Sol palvelut oy	kiinteistöpalvelut, huoltoyhtiö, päivystykset
Mikkelin pesula	pesulapalvelut (lakanpyykki)
Lindström	pesulapalvelut (työvaatteet)
Securitas Oy	vartiointipalvelut yöhoitajien käytössä
Pihlajalinnan Terveys Oy	asukkaiden lääkäripalvelut
Terveystalo	henkilöstön työterveyshuoltopalvelu
Mukkulan apteekki	apteekkipalvelu, lääkkeiden annosjakelu Pharmac
Everon Oy AB	turvapuhelinhälytykset ja laitteet
Kameravalvonta	Etelä-Suomen hälytintekniikka, Alhua järjestelmä
Hätäkeskus	spinklerijärjestelmän hälytykset (ohjataan myös kiinteistöhoitajalle)
Skhole	koulutukset, mm. lääkelupien suorittaminen
Otis Oy	Hissihälytykset

**Palvelukokonaisuudesta vastaava palveluntuottaja vastaa alihankintana tuotettujen palvelujen laadusta.**

Miten palveluntuottaja varmistaa ostopalvelujen laadun ja asiakasturvallisuuden?

Alihankkijoiden kanssa on laadittu alihankintasopimus, jossa on kuvattuna palvelun sisältö sekä tavoitteet ja veloitteet. Alihankkija toimittaa omavalvontasuunnitelman toimintayksikköön. Sopimuksen veloitteiden toteutumista sekä alihankkijoiden toimintaa seurataan ja arvioidaan säännöllisesti henkilöstön ja toimintayksikön johtajan toimesta.

Toimintayksikön johtaja ja Ikälinjan Palvelujohtaja osallistuvat alihankkijan edustajan kanssa säännöllisiin seuranta- ja arviointipalaveriin, joita järjestetään vähintään kerran vuodessa, tarvittaessa useammin. Mahdolliset havaitut poikkeamat sovittuun palveluun ilmoitetaan välittömästi yksikön johtajalle, joka on yhteydessä alihankkijan edustajaan poikkeaman korjaamiseksi. Alihankittavaan palveluun liittyvä poikkeama ilmoitetaan Laatuportissa, joka käsitellään Yrjö ja Hanna Kotien poikkeaman käsittelyprosessin mukaisesti. Yhteenvedot käsitellään palvelutoiminnan johtoryhmän kokouksissa. Johtoryhmä seuraa reklamaatioita ja poikkeamia sekä niihin liittyviä toimenpiteitä ja vaikutuksia ilmoitusten perusteella ja päättää mahdollisista jatkotoimenpiteistä. Toimintaa koskevista muutoksista ilmoitetaan erikseen palveluntuottajille.

Onko alihankintana tuottavilta palveluntuottajilta vaadittu omavalvontasuunnitelmat?

X Kyllä  Ei

---

## 2 OMAVALVONTASUUNNITELMAN LAATIMINEN

Yrjö ja Hanna Kodeissa omavalvonta on oleellinen osa laadunhallintajärjestelmää. Toimintayksikkökohtainen omavalvontasuunnitelma pohjautuu valtakunnalliseen omavalvontaohjelmaan, joka laaditaan Yrjö ja Hanna Kotien johdon, toimintayksikön johtajan sekä henkilöstön yhteistyönä. Omavalvonnalla varmistetaan palvelujen saatavuus, jatkuvuus, turvallisuus ja laatu sekä asiakkaiden yhdenvertaisuus. Yrjö ja Hanna Kotien johto vastaa omavalvontasuunnitelmassa yhteisten prosessien kuvaamisesta. Yrjö ja Hanna Kodeissa on organisaatiokohtainen omavalvontasuunnitelmapohja, joka täydennetään ja tarkennetaan toimintayksikkökohtaisesti. Toimintayksikkökohtaisesta omavalvontasuunnitelmasta vastaa toimintayksikön johtaja.

Lepolankadun Palvelukeskuksessa henkilöstö osallistuu omavalvontasuunnitelman laatimiseen. Yksikön johtaja tekee omavalvontasuunnitelman yhdessä palveluvastaavan kanssa yksikkökohtaisen omavalvontasuunnitelman. Tämän version yksikön fysioterapeutti ja lähihoitaja käyvät läpi. Sen jälkeen käydään yhdessä lävitse yksikkö palaverissa sekä työntekijät lukevat suunnitelman ja kuittaavat luettuaan.

### 2.1.

### 2.2. Omavalvonnan suunnittelusta vastaavat henkilöt

Laatupäällikkö Eva Liuksila, yhteystiedot: [eva.liuksila@yrjojahanna.fi](mailto:eva.liuksila@yrjojahanna.fi), nro. 040 161 5147. Lepolankadun palvelukeskuksen johtaja Kirsi Lappalainen, yhteystiedot [kirsi.lappalainen@yrjojahanna.fi](mailto:kirsi.lappalainen@yrjojahanna.fi), nro. 050 356 9361. Palveluvastaava Miia Dembele yhteystiedot: [miia.dembele@yrjojahanna.fi](mailto:miia.dembele@yrjojahanna.fi), nro. 050 406 3964.

### 2.3. Omavalvontasuunnitelman seuranta

Omavalvonnan toteuttaminen on olennainen osa Yrjö ja Hanna Kotien laadunhallintaa sekä laatu-järjestelmää ja se on osa henkilökunnan sekä opiskelijoiden perehdytysohjelmaa. Omavalvonnan toteuttaminen on siten päivittäistä toimintaa ja koko henkilökunnalla on suuri rooli omavalvonnan suunnittelussa riskien ja epäkohtien esille tuonnissa sekä omavalvonnan toteuttamisessa osana arkipäivän toimintaa. Henkilökunta on velvollinen arvioimaan omavalvontasuunnitelman toteutumista sekä ilmoittamaan johtajalle mahdollisista havaitsemistaan päivitystarpeista. Henkilökunta perehtyy omavalvontasuunnitelmaan aina päivitysten yhteydessä ja mikäli he huomaavat, että suunnitelma ei ole ajantasainen, ei vastaa toimintaa tai siellä on virheitä, ilmoittavat he asiasta johtajalle.

Omavalvontasuunnitelman toteutumista seurataan Yrjö ja Hanna Kotien toimintayksiköissä sisäisellä seurannalla; yksikön johtaja, palveluvastaava ja henkilökunta kukin osaltaan. Omavalvontasuunnitelma on nähtävillä ilmoitustauluilla ja kotisivuilla. Palvelujohto arvioi yksiköiden toimintaa yhdessä johtajien kanssa, ohjeistaa toimintayksiköjä ja varmistaa osaltaan ohjeistuksillaan siitä, että sosiaalihuollon palveluja annettaessa toiminta täyttää sille laissa tai sen nojalla annetuissa säännöksissä sekä määräyksissä asetetut vaatimukset. Yksikön johtajan vastuulla on päivittää omavalvontasuunnitelma aina, kun päivitystä vaativa muutos toiminnassa tapahtuu tai toimintaa kehitetään. Omavalvontasuunnitelma päivitetään, kun toiminnassa tapahtuu palvelun laatuun, toimintaohjeisiin ja asukasturvallisuuteen liittyviä muutoksia kuten pandemia, tai jos palvelutalon vastuuhenkilö vaihtuu, kuitenkin vähintään vuosittain organisaation vuosikellon mukaisesti.

Lepolankadun Palvelukeskus omavalvontasuunnitelma päivitetään vuosittain ja aina tarvittaessa. Omavalvontasuunnitelma käydään aina läpi henkilöstön kanssa päivityksen jälkeen. Omavalvontasuunnitelmat säilytetään 10 vuotta sähköisessä muodossa.

### 2.4. Omavalvontasuunnitelman julkisuus

Lepolankadun Palvelukeskus omavalvontasuunnitelma on julkisesti nähtävillä ja saatavilla 1kr:n yleisellä ilmoitustaululla, 1 ja 2 krs:n toimistoissa valvontakansioissa sekä perehdytyskansiossa sekä Yrjö & Hanna kotien internet-sivuilla. *Johtaja* vastaa, että julkisesti saatavilla olevat omavalvontasuunnitelmat ovat ajantasaiset.

---

## 3 TOIMINTA-AJATUS, ARVOT JA TOIMINTAPERIAATTEET

### 3.1. Toiminta-ajatus

Yrjö ja Hanna Kotien toiminnan tarkoituksena on tukea ja edistää vanhusten, vammaisten ja muiden päivittäisissä toiminnoissa apua tarvitsevien henkilöiden hyvinvointia, toimintakykyä sekä merkityksellistä elämää. Perustehtävämme on tuottaa turvallisia ja yksilöllisiä asumis-, tuki- ja hoivapalveluita arjen askareissa apua tarvitseville ihmisille. Tavoitteenamme on asukkaan itsenäinen ja mielekäs elämä turvallisessa yhteisössä.

Lepolankadun Palvelukeskuksen toiminta-ajatus perustuu Yrjö ja Hanna Kotien toiminnan tarkoitukseen, perustehtävään ja toiminta-ajatukseen. Lepolankadun Palvelukeskuksen toiminta-ajatus on tuottaa ikäihmisille lyhytaikaista- ja ympärivuorokautista palveluasumista. Palvelumme joustavat asukkaan tarpeen mukaan satunnaisesta avusta ympärivuorokautiseen hoitoon. Tarjoamme asukkailla turvallisen ja virikkeellisen ilmapiirin. Asukkaamme saavat arjessaan tarvitsemaansa apua, hoivaa, kuntoutusta, tukea ja seuraa.

Lepolankadun Palvelukeskuksen toiminta perustuu lainsäädäntöön ja laatusuosituksiin, mm. Vanhuspalvelulakiin ts. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 28.12.2012/980, Sosiaalihuoltolakiin 30.12.2014/1301, Lakiin sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812, Laatusuositukseen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi STM 2013:11, Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden kehittämissuosituksiin STM 2007:13, Hallintolakiin 434/2003, Suomen perustuslakiin 11.6.1999/731, STM 2021, Turvallinen lääkehoito-opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen.

### **3.2. Arvot ja toimintaperiaatteet**

Yrjö ja Hanna Kotien toiminnan perustana oleva ihmiskäsitys korostaa kunkin yksilön ainutlaatuisuutta, tarvetta toteuttaa itseään ja tulla kohdelluksi oman elämänsä asiantuntijana. Toiminnan tavoitteena on edistää asiakkaiden hyvinvointia laadukkaiden palveluiden avulla. Keskeisenä toimintaperiaatteena on yhteistyö ja verkostoituminen alueellisesti kolmannen sektorin toimijoiden, sijaintikunnan sekä lähikuntien ja paikallisten yritysten kanssa.

Hyvän palvelun tuottamista ohjaavat toiminnan arvot, jotka pohjautuvat Yrjö ja Hanna Kotien arvoihin **Eettisyys, Kohtaaminen ja Jatkuvuus**.

Lepolankadun Palvelukeskuksessa arvot tarkoittavat päivittäisessä toiminnassa seuraavaa:

#### **Eettisyys;**

Teemme työn parhaalla mahdollisella tavalla asukkaita kunnioittaen. Kohtaamme omaiset tasa-arvoisesti ja pyrimme avoimeen kanssakäymiseen. Työyhteisössä eettisyys on positiivisuutta ja avun antamista.

#### **Kohtaaminen;**

Kohtaamme ja kohtelemme asukkaita kunnioittavasti, yksilöllisesti itsemääräämisoikeus huomioiden tasavertaisesti. Kohtamme omaiset asiallisesti. Kohtelemme omaisia asiallisesti, toiveet huomioiden. Työtoverin kohtaamme ja kohtelemme työtoveria ystävällisesti, niin kuin tahtoisimme itseämme kohdeltavan.

#### **Jatkuvuus;**



Asukastyössä pidämme huolen tiedon kulusta ja teemme tarkat kirjaukset. Huomioimme taloudellisuutta tarvikkeiden käytössä. Yhteistyössä omaisten kanssa jatkuvuus on hyvää tiedon kulkua. Työyhteisössä jatkuvuus näkyy oman vuoron tehtävien hoitamisessa, käytöstavoissa, vuorovaikutuksessa ja asioiden käsittelynä palaverissa

Lepolankadun Palvelukeskuksessa on sovittu keskeisistä toimintaperiaatteista, joiden mukaisesti päivittäistä asiakastyötä toteutetaan. Yrjö ja Hanna kotien organisaatiokohtaiset toiminnan periaatteet ovat;

- 1) Avoimuus ja luottamus; avoin ja keskusteleva työyhteisö**
- 2) Ammatillisuus ja asiantuntijuus; jokainen työntekijä tietää tehtävänsä ja kehittää tarvittaessa omaa osaamistaan**
- 3) Asukkaan itsemääräämisoikeuden vahvistaminen; asukkaan tasavertainen kohtaaminen ja huomiointi kaikissa tilanteissa**

Yhdessä arvot ja toimintaperiaatteet muodostavat toimintatapojen ja -tavoitteiden perustan ja ne huomioidaan kaikissa toiminnan vaiheissa sekä muun muassa asukkaiden, omaisten ja työtovereiden kohtaamisessa. Toiminta-ajatus, arvot ja periaatteet ovat kaikkien asukkaiden sekä heidän läheistensä nähtävillä. Niiden toteutumista seurataan sisäisissä auditoinneissa, asukas-, omais- ja henkilöstökyselyissä sekä palautteissa.

Henkilökunta sitoutetaan arvojen ja periaatteiden mukaiseen toimintaan työyhteisökohtaisten arvokeskustelujen, henkilökohtaisen perehdytyksen ja kehityskeskustelujen avulla. Työntekijät allekirjoittavat sitoutumisen merkiksi hyvään käytökseen sitoutumisen lomakkeen mikä sisältää Yrjö ja Hanna Kotien arvot. Arvokeskustelut käydään ja arvot avataan toimintayksikössä vuosittain omavalvontasuunnitelman päivityksen yhteydessä. Toimintayksikössä sovitaan menettelytavat, miten arvojen ja periaatteiden vastaiseen toimintaan puututaan.

Lepolankadun Palvelukeskuksen johtaja selvittää edellä mainittujen ja periaatteiden vastaisen toiminnan juurisyyt. Tarvittaessa annetaan työntekijöille lisäperehdytystä tai kehitetään ja muokataan työohjeita. Johtaja seuraa ja valvoo organisaation käytänteiden mukaisesti arvolähtöistä palvelutoimintaa ja puuttuu tarvittaessa ohjeiden noudattamattomuuteen työnjohdollisin keinoin. Johtaja raportoi.

Toimintayksikön arvojen ja toimintaperiaatteiden vaikuttavuutta mitataan vuosittain kyselyjen koontien valmistuttua. Johtaja käy läpi yhdessä henkilökunnan kanssa tulokset, joiden perusteella tehdään tarvittaessa yhteisesti laadullisia muutoksia toteutettavaan palveluun.

## 4 OMAVALVONNAN TOIMEENPANO

### 4.1. Riskienhallinta

Omaavalvonnassa riskienhallinta perustuu 1.1.2023 voimaan tulleeseen lakiin: laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista eli vanhustalvelulakiin. Laki määrittää, että organisaatioiden on tunnistettava palveluun liittyviä riskejä ja mahdollisia epäkohtien uhkia. Organisaatiolla tulee olla selkeät prosessit haittatapahtumien käsittelyyn.

Yrjö ja Hanna kodit haluavat panostaa laatuun ja riskien hallintaan. Organisaatiossa on otettu käyttöön Laatuportti järjestelmä vastaamaan koko hoivaorganisaation laadun hallinnasta. Laatuporttiin sisältyy olennaisena osana riskienhallinta kokonaisuus, joka on käytössä jokaisessa toimintayksikössä. Laatuportin tavoite on saada riskit näkyväksi samaan kanavaan ja kehittää kokonaisvaltaista toimintayksiköiden riskien hallintaa. Tavoitteena on, että asiakkaat hyötyvät uudesta järjestelmästä palvelun laadun kehittyessä riskien arvioinnin kautta. Laatuportti vastaa organisaation ja asiakkaiden tarpeisiin riskien hallinnassa.

### 4.2. Riskien ja epäkohtien tunnistaminen ja niiden korjaaminen

Asiakas- ja potilasturvallisuutta vaarantavien riskien tunnistaminen on omaavalvontasuunnitelman ja omaavalvonnassa toimeenpanon lähtökohta. Ilman riskien tunnistamista ei riskejä voida ennaltaehkäistä eikä toteutuneisiin epäkohtiin voida puuttua suunnitelmallisesti.

Riskit voivat aiheutua esimerkiksi riittämättömästä henkilöstömitoituksesta tai toimintakulttuurista esim. riskejä voi aiheutua perusteettomasta asiakkaan itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta, fyysisestä toimintaympäristöstä (esim. esteettömyydessä ja toimitilojen soveltuvuudessa esiintyy ongelmia tai vaikeakäyttöiset laitteet). Usein riskit ovat monien toimintojen summa. Riskienhallinnan edellytyksenä on, että työyhteisössä on avoin ja turvallinen keskusteluilmapiiri, jossa sekä henkilöstö että asiakkaat ja heidän omaisensa uskaltavat tuoda esille laatuun ja asiakasturvallisuuteen liittyviä havaintojaan.

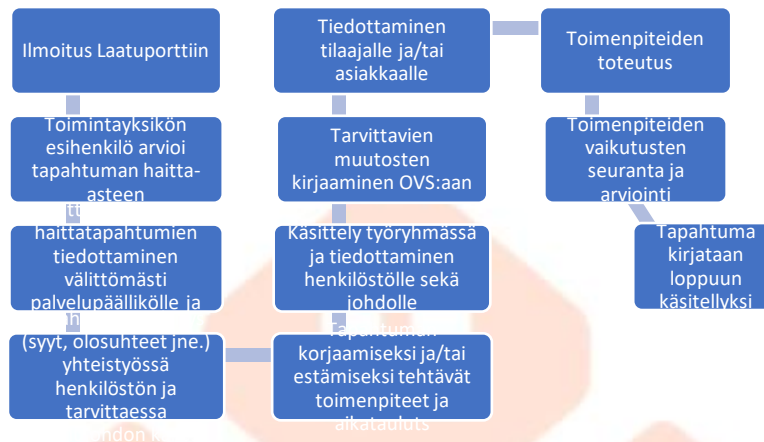
### 4.3. Riskien hallinnan järjestelmät ja menettelytavat

Riskienhallinnassa laatua ja asiakasturvallisuutta parannetaan tunnistamalla jo ennalta ne kriittiset työvaiheet, joissa toiminnalle asetettujen vaatimusten ja tavoitteiden toteutuminen on vaarassa. Riskienhallintaan kuuluu suunnitelmallinen toiminta epäkohtien ja todettujen riskien poistamiseksi tai minimoimiseksi. Osana riskienhallinnan toimeenpanoa toteutuneet haittatapahtumat kirjataan, analysoidaan, raportoidaan ja toteutetaan korjaavat toimenpiteet.

Johtajan vastuulla on perehdyttää henkilökunta omaavalvonnassa periaatteisiin ja toimeenpanoon mukaan lukien henkilökunnalle laissa asetettuun velvollisuuteen ilmoittaa asiakasturvallisuutta koskevista epäkohdista ja niiden uhista. Riskienhallinta ja omaavalvonta ovat osa joka päivästä arjen työtä palveluissa.

Yrjö ja Hanna Kotien Laadunhallinnassa käytetään Laatuportti järjestelmää. Laatuportti sisältää Riskien hallinnan sekä vaaratapahtuma ja poikkeamaraportoinnin, sekä laadun hallinnan. Koko henkilöstöllä on käyttäjätunnukset ohjelmaan. Laatuportti otetaan käyttöön täysimittaisesti vuoden 2023 aikana.

Poikkeamien/palautteiden/läheltä piti-tilanteiden käsittelyprosessi



#### 4.4. Riskienhallinnan työnjako

Toiminnasta vastaavan johdon ja yksiköiden johtajien tehtävänä on huolehtia omavalvonnan ohjeistamisesta ja järjestämisestä sekä siitä, että työntekijöillä on riittävästi tietoa turvallisuusasioista.

Työnantajan velvollisuuteen kuuluu työn vaarojen selvittäminen ja arviointi, joka toteutetaan yhdessä työntekijöiden kanssa. Läheltä piti- ja vaaratilanteet sekä tapaturmat ilmoitetaan heti tapahtuman jälkeen Laatuportin kautta. Tapaturmista tulee tiedottaa välittömästi myös yksikön johtajaa tapaturmailmoituksen tekemistä varten.

Laatuporttiin tallennetut dokumentit hyväksyy poikkeaman laadusta riippuen prosessin mukainen vastuhenkilö.

**Riskienhallinnan prosessi on käytännössä omavalvonnan toimeenpanon prosessi, jossa riskienhallinta kohdistetaan kaikille omavalvonnan osa-alueille.**

Luettelo riskienhallinnan/omavalvonnan toimeenpanon ohjeista

- Riskien kartoitus omavalvonta-, lääkehoito- ja pelastussuunnitelman päivityksen yhteydessä
- Perehdytysuunnitelma ja perehdytyksen portaat
- Terveystuon omavalvontasuunnitelma
- Lääkehoitosuunnitelma
- Terveystuon laitteiden ja tarvikkeiden seurantajärjestelmä
- Henkilöstömitoituksen seurantajärjestelmä
- Pelastussuunnitelma
- Tietoturvasuunnitelma
- Tietosuojasuunnitelma

- Tietosujoaohje
- Arkistointiohje
- Henkilökunnan sosiaalihuoltolain mukainen ilmoitusvelvollisuus
- Itsemääräämisoikeuden vahvistamisen periaatteet ja käytännöt
- Rajoitustoimenpideohje
- Palvelutoiminnan asiakasohjeet
- Valmiussuunnitelma
- Varautumissuunnitelma ja ohjeistukset
- Hygieniasuunnitelma
- Keittiön omavalvontasuunnitelma

#### 4.5. Riskien tunnistaminen

Toimintayksikössä tehdään vuosikellon mukainen koko toimintayksikköä ja sen toimintaa koskeva riskienarviointi kerran vuodessa omavalvontasuunnitelman päivittämisen yhteydessä. Johtaja tekee yhteenvedon kokonaisuudesta tarkistaen samalla, onko edellisvuonna omavalvontasuunnitelmaan esille nousseet riskit saatu hallintaan. Riskit määritellään vuositasolla ja kirjataan yksityiskohtaisesti Laatuporttiin. Vuosisuunnitelmaa riskien hallinnasta arvioidaan 6 kk kuluttua niiden päivytyksestä.

Edellisen vuoden poikkeamat, palautteet, muistutukset ja valvontakäyntien pöytäkirjat käydään läpi vuosisuunnitelmaa tehtäessä ja johtaja tekee näistä yhteenvedon korjaustoimenpiteineen. Tästä saadaan tietoa siitä, onko noussut esille uusia riskejä, mitkä riskit ovat jo hallinnassa ja mitkä riskit tulee nostaa toimintayksikön kehittämissuunnitelmaan niiden hallitsemiseksi. Riskien arvioinnin perusteella kirjataan tarvittavat muutokset ja toimenpiteet omavalvontasuunnitelmaan.

Asukkaita ja omaisia kannustetaan tuomaan esille havaitsemansa epäkohdat, poikkeamat ja riskitekijät toiminnan kehittämisen tueksi. Palautetta voi antaa omalla nimellä tai nimettömästi, joko kirjallisesti tai suullisesti, täyttämällä palautelomakkeen yksikössä tai Yrjö ja Hanna Kotien verkkosivuilla. Suullisen palautteen vastaanottanut henkilö kirjaa palautteen Laatuporttiin viikon kuluessa. Sähköisesti kirjattu palaute ohjautuu Laatuporttiin suoraan.

Henkilöstö tuo huomaamansa epäkohdat, laatupoikkeamat sekä riski- ja uhkatilanteet johdon tietoon Laatuportin kautta tilanteessa riippuen joko ”vaara-, uhka- tai haittatapahtuma”- raportilla tai ”palaute- /poikkeamailmoituksella”. Kiireelliset ilmoitukset annetaan myös suullisesti, jotta korjaukset voidaan aloittaa välittömästi. Suullinen ilmoitus kirjataan Laatuporttiin viipymättä. Ilmoitukset ohjautuvat prosessin vastuuhenkilölle automaattisesti.

#### 4.6. Ilmoitusvelvollisuus

Yrjö ja Hanna Kodeilla on henkilöstölle ohje, laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta (741/2023) 29§:n mukaisesta ilmoitusvelvollisuudesta sekä 29§:n mukaisesta työnantajan vastatointimikiellosta. Ilmoitus tehdään Laatuportista ”Ilmoitus asiakkaaseen kohdistuvasta epäkohdasta tai ilmeisestä epäkohdan uhasta” ja vastuuhenkilöksi osoitetaan toimintayksikön johtaja Kirsi Lappalainen.

Yrjö ja Hanna kodeilla on käytössä EU:n whistleblower direktiivin mukainen anonyymi kanava henkilökunnalle väärinkäytösepäilyjen ilmoittamiseen. Ohjeet kanavan käyttöön löytyy dokumentinhallintajärjestelmästä.

#### 4.7. Riskien ja esille tulleiden epäkohtien käsittelyminen

Haittatapahtumat ja läheltä piti -tilanteet ilmoitetaan Laatuportin riskienhallinnassa. Omaisten ja asukkaiden ilmoittamat kirjalliset palautteet ohjataan kotisivujen kautta suoraan Laatuporttiin. Suulliset palautteet kirjaa ilmoituksen vastaanottanut työntekijä suoraan järjestelmään. Raportin vastuuhenkilöksi osoitetaan toimintayksikön johtaja.

Laatuportti tiedottaa automaattisesti uudesta raportista palvelujohtoa sekä ilmoituksen käsittelyvaiheiden toteutumisesta ilmoituksen tekijää ja palvelujohtoa. Toimintayksikön johtaja aloittaa haittatapahtumailmoituksen käsittelyn arvioimalla onko kyseessä palaute, haittatapahtuma, läheltä piti-tilanne vai prosessipoikkeama sekä arvioi tapahtuman haitta-asteen. Lievä poikkeama esim. - läheltä piti- tilanne - huomio tilanteesta, mikä olisi voinut muuttua vaaralliseksi joko asukkaalle tai henkilöstölle - prosessin vastainen toiminta, mikä ei kuitenkaan aiheuttanut vaaratilannetta.

Vakava poikkeama esim.

- Lääkehoitopoikkeama aina (paitsi jos on kyseessä erittäin vakava poikkeama)
- Asukkaaseen kohdistuva lievä sanallinen kaltoinkohtelu
- lievät vahingot yksikössä (esim. kaatumiset, joista ei aiheudu vammaa)
- Henkilöstöön kohdistunut väkivallan uhka
- Laitteista tai koneista aiheutunut pieni vahinko, ei fyysisiä vahinkoja
- Asiakkaan hoitotietomerkinnot puuttuvat tai eivät ole ajan tasalla

Erittäin vakava poikkeama esim.

- Lääkehoitopoikkeama, joka on tapahtunut asukkaalle saakka
- Asukas on joutunut vakavan suullisen tai minkäänlaisen fyysisen kaltoinkohtelun kohteeksi, tai siitä on epäily
- Henkilöstöön kohdistunut väkivalta
- Fyysinen loukkaantuminen yksikössä
- Kadonnut asukas

Yksikön johtaja selvittää haittatapahtumaan johtaneet syyt ja olosuhteet yhteistyössä henkilöstön ja tarvittaessa palvelujohdon kanssa ja asettaa tarvittavat kehittämistoimenpiteet haittatapahtuman korjaamiseksi ja/tai ehkäisemiseksi jatkossa aikatauluineen.

Raportointi- ja seurantajärjestelmän toimivuuden edellytyksenä on organisaation avoin ja rakentava ilmapiiri. Huomiota ei kohdisteta yksilöihin, vaan poikkeamiin johtaneisiin syitä pyritään selvittämään sekä seuraamaan ja poikkeamista oppimiseen.

#### 4.8. Korjaavat toimenpiteet

Korjaavat toimenpiteet aikatauluineen kirjataan käsittelyn yhteydessä Laatuporttiin. Omavalvontasuunnitelma päivitetään, mikäli korjaavat toimenpiteet ovat merkittäviä ja vaikuttavat oleellisesti palvelutoimintaan. Toimenpiteiden aikataulutuksen yhteydessä sovitaan ja kirjataan toimenpiteiden vaikutusten seurannan ja arvioinnin suunnitelma, jossa asetetaan arviointiajankohta. Suunnitelman toteutumista sekä arviointia raportoidaan palvelujohdolle sovittu mukaisesti, mutta vähintään kolmen kuukauden kuluessa raportin käsittelystä. Tapahtuman yhteenvedon ja vaikutusten arvioinnin perusteella haittatapahtuma todetaan korjatuksi ja tapahtuma loppuun käsitellyksi tai tapahtuman korjaamiseksi asetetaan jatkotoimenpiteet ja uusi seurantasuunnitelma, jolloin tapahtuman käsittely palautuu prosessiin.

Henkilöstö on mukana korjaavien toimenpiteiden suunnittelussa. Korjaavat toimenpiteet käsitellään henkilöstön työryhmissä sekä kirjataan omavalvontasuunnitelmaan tarvittaessa. Toimintayksikön johtaja tiedottaa tilaaja-asiakkaalle korjaavista toimenpiteistä sekä niiden aikataulusta ja seurannasta. Haittatapahtumailmoituksen tehneelle asukkaalle ja/tai omaiselle vastataan kirjallisesti tapahtuman käsittelystä sekä tehdyistä toimenpiteistä.

Vakavat ja erittäin vakavat poikkeamakoonnit käsitellään anonyymisti aluepalavereissa, jolla minimoidaan niiden esiintyminen myös organisaation muissa toimintayksiköissä. Palvelujohto käsittelee valtakunnallisesti poikkeamailmoitusten yhteenvedot laadun vuosikellon mukaisesti johtoryhmässä, johdon katselmuksissa ja hallituksessa.

Lepolankadun Palvelukeskuksen vuosittainen riskikartoitus tehtiin elokuussa 2023. Riskikartoituksen tekeminen on Lepolankadun palvelukeskuksen johtajan vastuulla. Käytännössä riskikartoituksen tekivät Lepolankadun Johtaja Kirsi Lappalainen ja Palveluvastaava Miia Dembele. Riskikartoituksessa nousivat kehittämiskohteiksi yhteistyö ja tiedonkulku, työskentelytason korkeus, selän asento, käsin tehtävät nostot, siirrot, tai takaa kannattelu, työtehtäviin sisältyvät vuorovaikutustilanteet, työn määrä ja työtahti, väkivallan uhka, kohdevalaistus työpisteessä sekä työtehtäviin kuuluva vastuu. Riskien vastuiden jakautuminen: yksikönsisäiset kodin johtaja, ergonomia fysioterapeutti Sini Harju ja Berner sekä työtilat: huolto/kiinteistöhoitaja Jonne Remes. Organisaatiossa 2023 käyttöön otettu Laatuportti riskienhallintatyökalu tukee 1.1.2023 voimaan astuneen vanhuslain mukaista toimintaa. Laki velvoittaa organisaatiota tunnistamaan riskejä ja epäkohtia ja korjaamaan niitä.

Lepolankadun Palvelukeskuksessa arvostetaan riskien hallinnan tarkastelun tärkeyttä. Laatuportin riskiraportit ovat aktiivisesti viikoittaisessa käytössä. Lepolankadun Palvelukeskuksen hallitaan ja seurataan riskien muutosta viikko tasolla. Yksikön työntekijöiden työterveyshuollon järjestää Terveystalo.

## 5 ASIAKKAAN ASEMA JA OIKEUDET

### 5.1. Palvelu- ja hoitosuunnitelma

Palvelun ja hoidon tarvetta arvioidaan aina yhdessä asukkaan ja tarvittaessa hänen luvallaan, omaisensa, läheisensä tai laillisen edustajansa kanssa. Arvioinnin lähtökohdaksi on asukkaan oma näkemys voimavaroistaan sekä niiden vahvistamisesta. Palvelutarpeen selvittämisessä huomion kohteena ovat toimintakyvyn palauttaminen, ylläpitäminen ja edistäminen sekä kuntoutumisen mahdollisuudet. Palvelutarpeen arviointi kattaa kaikki toimintakyvyn ulottuvuudet, joita ovat fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja kognitiivinen toimintakyky. Lisäksi arvioinnissa otetaan huomioon toimintakyvyn heikkenemistä ennakoivat eri ulottuvuuksiin liittyvät riskitekijät kuten esim. terveydentilan epävakaus, heikko ravitsemustila, turvattomuus, sosiaalisten kontaktien vähäisyys tai kipu.

Käytössä ovat toimintakykymittari RAI LCT (toimintakyky ja palvelutarpeen arvio), MMSE (muisti), GDS-15 (masennusseula), MNA(ravitsemus) ja Barthel (fyysinen toimintakyky). Toimintakykyarviointit tehdään vähintään 6 kk:n välein tai tarvittaessa esim. palvelutarpeen arvio sosiaalityöntekijän pyynnöstä ja aina asukkaan tilanteen muuttuessa omahoitajan tai tiimin sairaanhoitajan toimesta.

Palvelutarpeen arviointi määrittelee asukkaan saaman palveluiden määrän, joka on palvelu- ja hoitosuunnitelman perusta. Asiakkaan palveluista sovitaan aina kirjallisesti asiakkuussopimuksella. Sopimuksella määritellään asiakkaan saamat palvelut, niiden ajat, hinnat, ehdot sekä maksaja. Asiakkuussopimus talletetaan asiakastietojärjestelmä DomaCareen asiakkaan liitetietoihin.

Palvelu- ja hoitosuunnitelmat luodaan DomaCare asiakastietojärjestelmään, johon asukasta ohjauksella ja hoitavalla henkilökunnalla on tunnukset. Suunnitelmat päivitetään vähintään puolivuositain sekä aina tarvittaessa, kun asukkaan tilanteessa tapahtuu muutoksia. Suunnitelmat pohjautuvat toimintakyvyn arvioon, joka tehdään RAI mittariston avulla. Tehdyn arvion pohjalta nousee riskitunnistimia, joihin olisi syytä kiinnittää huomiota asiakkaan hoidon tavoitteita suunniteltaessa. Tavoitteet määritellään asukkaan kuntoisuuden mukaan. Suunnitelmaan kirjataan myös ne toimenpiteet, joilla tuetaan ja edistetään asukkaan itsenäistä suoriutumista ja itsemääräämisoikeuden toteutumista.

Palvelu- ja hoitosuunnitelman toteutumista sekä asukkaiden toimintakykyä ja vointia arvioidaan, sekä kirjataan asiakastietojärjestelmään päivittäin henkilökunnan toimesta. Asukaskohtaiset tavoitteet näkyvät päivittäisraportoinnin yhteydessä, jolloin niitä pystyy arvioimaan ja seuraamaan päivittäin.

Asukas on aina mukana palvelu- ja hoitosuunnitelmaa laadittaessa ja hänen toiveensa ja mielipiteensä kirjataan suunnitelmaan. Mikäli asukas ei itse kykene ilmaisemaan omia toiveitaan ja tahtoaan puhumalla tai vaihtoehtoisia kommunikointikeinoja käyttämällä, selvitetään niitä omaisilta ja läheisiltä. Asukkaalle ja hänen omaisilleen annetaan palveluihin liittyvää ohjausta ja neuvontaa suunnitelman päivityksen yhteydessä.

Omahoitajat vastaavat omien asukkaittensa palvelu- ja hoitosuunnitelmaan tulleiden muutosten informoinnista ja tiedotuksen kanavana käytetään muun muassa henkilökunnan raportointi- ja hoitopalavereja, asiakastietojärjestelmän viestikanavaa sekä asiakaskertomusta. Muutoksia sekä palvelu-

ja hoitosuunnitelmien arviointia käydään läpi päivittäin vuororaporttien yhteydessä sekä viikoittain henkilöstöpalavereissa.

### **5.1.1. Päijät-Hämeen Hyvinvointialueen sijoittamien asukkaiden asukkaaksi tuloprosessi**

Hyvinvointialueen asumispalveluista vastaava henkilö tai työryhmä arvioi asukkaan asumisen tarpeen ja tekee päätöksen asukkaaksi ohjauksesta. Asumispalveluista vastaava henkilö tiedottaa alustavasta palveluntarpeesta ja palvelu- ja hoitosuunnitelmasta. Viimeistään saapuessaan asukas ja/tai omaiset saavat täytettäväkseen elämäntarvikselvityksen, jota hyödynnetään yksilöllisen palvelu- ja hoitosuunnitelman laadinnassa. Mahdollisimman pian muuton jälkeen tehdään FRAT. Kahden viikon kuluttua asukkaan saapumisesta tehdään iäkkäille henkilöille RAI LTC ja MNA. MMSE kuukauden kuluttua muutosta sekä tarvittaessa GDS-15. RAI:t ovat asukkaan toimintakykyyn ja palveluntarpeen arvioon käytettäviä mittareita, MMSE muistitesti ja GDS-15 myöhäsiän masennusseula.

Palvelu- ja hoitosuunnitelma laaditaan yhdessä asukkaan, hyvinvointialueen edustajan, omahoitajan, omaisen sekä muiden mahdollisten asukkaan verkostoon kuuluvien henkilöiden kanssa kuukauden kuluessa asumisen alkamisesta. Palvelutalon henkilökunta avustaa asukkaita tarvittavien tukien hakemisessa.

## **5.2. Itsemääräämisoikeuden varmistaminen**

Lepolankadun Palvelukeskuksen toiminta perustuu Yrjö ja Hanna Kotien perustana olevaan ihmiskäsitykseen, joka korostaa kunkin yksilön ainutlaatuisuutta, tarvetta toteuttaa itseään ja tulla kohdelluksi oman elämänsä asiantuntijana. Itsemääräämisoikeus on jokaiselle kuuluva perusoikeus, joka muodostuu oikeudesta henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Siihen liittyvät läheisesti oikeudet yksityisyyteen ja yksityiselämän suojaan. Henkilökohtainen vapaus suojaa henkilön fyysisen vapauden ohella myös hänen tahdonvapauttaan ja itsemääräämisoikeuttaan. Sosiaalipalveluissa henkilökunnan tehtävänä on kunnioittaa ja vahvistaa asukkaan itsemääräämisoikeutta sekä tukea hänen osallistumistaan palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen.

Eettisyys sekä asukkaan arvostava kohtaaminen ovat perusarvoja, joihin jokainen henkilöstön jäsen sitoutuu. Asukas on aina mukana palvelu- ja hoitosuunnitelman laatimisessa sekä häntä koskevassa päätöksenteossa ja hänen tahtonsa sekä toiveensa kirjataan suunnitelmaan. Ohjaus- ja hoitotyö tapahtuu asukkaan tahtoa ja toiveita kuunnellen. Asukkaan toiveet ja tavoitteet kirjataan asukkaan yksilölliseen palvelu- ja hoitosuunnitelmaan ja sen toteutumista arvioidaan päivittäin. Asukkaalle laaditaan aina myös itsemääräämisoikeussuunnitelma, joka otettiin käyttöön Lepolankadun Palvelukeskuksessa loppu vuonna 2023.

Lepolankadun Palvelukeskuksessa jokaiselle asukkaalle laaditaan yhdessä asukkaan kanssa itsemääräämisoikeussuunnitelma ja sitä päivitetään säännöllisesti puolen vuoden välein tai tarvittaessa. Suunnitelmaan kirjataan yksilölliset itsemääräämisoikeutta vahvistavat ja tukevat menettelytavat, käytännöt, kohtuulliset mukautukset osallistumisen ja osallisuuden turvaamiseksi sekä asukkaan käyttämät kommunikointikeinot.



Asukkaan ohjaus, hoito ja huolenpito perustuvat ensisijaisesti vapaaehtoisuuteen, ja palveluja toteutetaan lähtökohtaisesti itsemääräämisoikeutta tukien ja vahvistaen.

Jos rajoitustoimenpiteisiin joudutaan turvautumaan, on niille oltava asianmukainen peruste. Sosiaalihuollossa itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa ainoastaan silloin, kun

- 1) asukas ei kykene tekemään hoitoaan ja huolenpitoaan koskevia ratkaisuja eikä ymmärtämään käyttäytymisensä seurauksia
- 2) rajoitustoimenpiteen käyttäminen on välttämätöntä hänen terveytensä, turvallisuutensa tai muiden terveyden tai turvallisuuden suojaamiseksi tai merkittävän omaisuusvahingon estämiseksi
- 3) muut lievemmat keinot eivät ole tilanteeseen soveltuvia tai riittäviä

Itsemääräämisoikeutta rajoittavista toimenpiteistä tehdään organisaation ohjeiden mukaiset kirjalliset päätökset. Rajoitustoimenpiteet on toteutettava lievimmän rajoittamisen periaatteen mukaisesti ja turvallisesti henkilön ihmisarvoa kunnioittaen ja se on lopetettava heti, kun toimenpide ei ole enää välttämätön.

Yrjö ja Hanna Kodeilla on ohjeistus itsemääräämisoikeuden rajoittamisen periaatteista ja käytännöistä. Ohjeistus löytyy Irma:stä.

### **5.3. Yrjö ja Hanna Kotien itsemääräämisoikeuden rajoittamisen yleiset periaatteet**

- Asukkaan ohjaus, hoito ja huolenpito perustuvat ensisijaisesti vapaaehtoisuuteen, ja palveluja toteutetaan lähtökohtaisesti rajoittamatta henkilön itsemääräämisoikeutta
- Pääsääntönä ohjauksen, hoidon ja palvelun toteuttamisessa on toimiminen yhteisymmärryksessä asukkaan kanssa, jolloin ensisijaiset keinot ovat ohjaaminen ja asukkaan tukeminen päätöksenteossa
- Toimintayksikössä käydään säännöllistä keskustelua siitä, mikä on asukkaan itsemääräämisoikeuden rajoittamista sekä poistaa mahdolliset yleiset itsemääräämisoikeutta rajoittavat käytännöt ja toimintatavat
- Asukkailla on oltava todellinen mahdollisuus päättää itseään koskevista asioista ja tehdä omat valintansa
- Itsemääräämisoikeus koskee kaikkia ihmisiä ja ulottuu myös jokapäiväisiin toimiin
- Asukkaalle laaditaan yhteistyössä asukkaan, omaisten ja muiden sidosryhmien kanssa itsemääräämisoikeutta tukeva suunnitelma, joka sisältää muun muassa toimenpiteet ja keinot henkilön itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi ja edistämiseksi sekä itsemääräämisoikeuden ja osallisuuden vahvistamiseksi
- Jos rajoittamistoimenpiteisiin joudutaan turvautumaan, on niille oltava asianmukainen peruste
- Sosiaalipalveluissa itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa ainoastaan silloin, kun asukkaan tai muiden henkilöiden terveys tai turvallisuus uhkaa vaarantua

- Rajoittamistoimenpidettä ei saa käyttää esimerkiksi rangaistuksena tai henkilöstön riittämättömyyden johdosta vaan ainoastaan henkilön itsensä tai toisen henkilön terveyden tai turvallisuuden suojaamiseksi tai merkittävän omaisuusvahingon estämiseksi
- Yhden asukkaan rajoittaminen ei saa johtaa muiden asukkaiden rajoittamiseen
- Rajoitteiden ja pakotteiden käytön tarpeellisuus arvioidaan aina tapauskohtaisesti sekä sovitetaan aina työryhmän, omaisten ja hoitavan lääkärin kanssa
- Itsemääräämisoikeutta rajoittavista toimenpiteistä tehdään asianmukaiset kirjalliset päätökset sekä kirjataan palvelu- ja hoitosuunnitelmaan ja asukkaan tietoihin vähintään seuraavin tiedoin:
  - rajoituksen käyttö ja perusteet
  - asukkaan näkemys häneen kohdistetun rajoituksen käytöstä ja perusteista
  - rajoituksen vaikutukset asukkaaseen
  - rajoituksen alkamis- ja päättymisajankohta
  - rajoitusta koskevan ratkaisun tehnyt ja toimenpiteen suorittanut hoitaja
- Rajoittamistoimenpiteiden käyttö on voimassa määräajan (max 3 tai 6kk), jonka jälkeen rajoittamisen tarve on arvioitava uudestaan ja lääkäri tekee mahdollisen uuden päätöksen
- Rajoittamistoimenpiteet on toteutettava lievimmän rajoittamisen periaatteen mukaisesti ja turvallisesti henkilön ihmisarvoa kunnioittaen
- Jokainen rajoittamistoimenpide on aina arvioitava; ovatko perusteet toimenpiteen käytölle olemassa juuri siinä tilanteessa sekä kirjattava asianmukaisesti päivittäiseen arviointiin ja seurantaan
- Asukkaan suostumuksen perusteella rajoittamiseksi ymmärrettäviä toimenpiteitä voidaan käyttää, jos hän kykenee tekemään hoitoaan ja huolenpitoaan koskevia ratkaisuja sekä ymmärtämään käyttäytymisensä seuraukset. Suostumus on kirjattava DomaCare-asiakastietojärjestelmään

Lepolankadun Palvelukeskuksessa käytetään rajoittamistoimenpiteitä asukkaan yksilöllisten tarpeiden/tilanteiden mukaisesti.

Rajoittamispäätökset ovat hygienihaalarit, vuoteenlaidat, haaravyö. Hoitajat arvioivat aina tilannekohtaisesti rajoittamistarpeen ja rajoittamista käytetään aina viimeisimpänä vaihtoehtona asukkaan turvallisuuden takaamiseksi.

#### **5.4. Asiakkaan asiallinen kohtelu**

Lepolankadun Palveluyksikön toiminta perustuu Yrjö ja Hanna Kotien perustana olevaan ihmiskäsitykseen, joka korostaa kunkin yksilön ainutlaatuisuutta, tarvetta toteuttaa itseään ja tulla kohdelluksi oman elämänsä asiantuntijana. Eettisyys sekä asukkaan arvostava kohtaaminen ovat perusarvoja, joihin jokainen henkilöstön jäsen sitoutuu. Yhdessä henkilöstön kanssa ovat sovittuina noudatettavat pelisäännöt, toimintatavat sekä periaatteet ja näiden toteutumista arvioidaan asukkaiden, omaisten, yhteistyökumppaneiden sekä työtovereiden palautteiden perusteella.

Epäasiallista kohtelua tai vuorovaikutusta ilmetessä tapahtumien kulku pyritään aina ensisijaisesti selvittämään keskustellen asianomaisten henkilöiden kanssa ja tapauksesta riippuen keskusteluun otetaan mukaan omaiset ja/tai tilaajan edustaja ja/tai mahdollisesti muut asukkaan verkostoon kuuluvat henkilöt.

Jos epäasiallinen kohtelu / käytös on tapahtunut henkilökunnan taholta, siihen suhtaudutaan erityisellä vakavuudella ja johtajan käytettävissä ovat normaalit työnjohdolliset toimenpiteet (suullinen huomautus, kirjallinen varoitus ja työsuhteen päättäminen).

Yrjö ja Hanna Kodeilla on henkilöstölle ohje SHL (1301/2014) 48§:n mukaisesta ilmoitusvelvollisuudesta sekä 49§:n mukaisesta työnantajan vastatoimikiellosta. Ohje on omavalvontasuunnitelman liitteenä sekä IMS- järjestelmässä (Dokumentit -> Palvelun tuottaminen / Asiakasasiat -> Asiakastyön ohjeet).

Asukkaiden ja omaisten ilmoituksiin ja palautteisiin vastataan ja/tai tiedotetaan aina poikkeamaprosessin mukaisesti. Asukkaan ja/tai omaisen kanssa käydään läpi tilanteen selvitys sekä korjaavat toimenpiteet asian/tilanteen korjaamiseksi.

Asiakaan kohtelusta kysytään vuosittain asiakas ja omaistyytyväisyyskyselyiden avulla. Kyselyiden tulokset ovat saatavilla nettisivuilla, sekä niistä tiedotetaan yksiköissä.

## **5.5. Asiakkaan osallisuus**

### **5.5.1. Asiakkaiden ja omaisten osallistuminen yksikön laadun ja omavalvonnan kehittämiseen**

Asukkailla ja heidän omaisillaan on aina mahdollisuus antaa vapaamuotoisesti suoraan palautetta, henkilöstölle, johtajalle tai palveluista vastaavalle johtajalle. Toimintayksiköissä on myös palautelaatikko, johon voi antaa kirjallista palautetta. Palautteen antamiselle on aina mahdollisuus myös palvelu- ja hoitokokouksissa. Asukkaille ja heidän omaisilleen tehdään vuosittain asiakastyytyväisyyskysely, johon he voivat vastata anonyymisti. Lisäksi palvelunjärjestäjä toteuttaa omia asiakastyytyväisyyskyselyjä, joiden tulokset ovat toimintayksikön käytettävissä.

Lepolankadun Palvelukeskuksessa järjestetään omaisten ilta kaksi kertaa vuodessa.

### **5.5.2. Palautteen kerääminen, käsittely ja hyödyntäminen toiminnan kehittämisessä**

Palautteet käsitellään poikkeama- ja palauteprosessin mukaisesti sähköisesti Laatuportissa. Palautteiden yhteenvedot viedään käsiteltäväksi palvelujohdolle ja niiden perusteella pyritään kehittämään sekä parantamaan toimintaa koko organisaation tasolla. Asukaspalautteet käsitellään henkilökunnan kanssa palaverissa ja niihin liittyvät korjaus- ja/ tai kehittämistoimenpiteet sovitaan toimintayksikössä.

Asukastyytyväisyyskyselyjen tulokset käsitellään palvelutoiminnan johtoryhmässä, raportti tulee yksikön johtajalle, joka käsittelee sen ja käy lävitse yksikön palaverissa sekä asukkaiden ja omaisten kanssa omaisten illassa. Merkittävistä reklamaatioista, palautteista ja poikkeamista informoidaan aina myös tilaajaa (kunta-asiakas). Asukaspalautteen perusteella nousee vuosittain 1-3 teemaa toi-

mintayksiköiden kehitys- ja toimintasuunnitelmiin. Suunnitelmien toteutumista ja vaikutuksia arvioidaan toiminnan vuosikellon mukaisesti. Arvioinnissa osallistetaan asukkaita, omaisia ja henkilökuntaa. Koko organisaatioon liittyvien palautteiden pohjalta tehtyjä kehittämissuunnitelmia arvioidaan palvelutoiminnan johtoryhmässä ja johdon katselmuksissa.

### 5.5.3. Asiakkaan oikeusturva

Muistutuksen vastaanottaja

Yksikön johtaja Kirsi Lappalainen, nro.050 356 9361, kirsi.lappalainen@yrjojahanna.fi

Päijät-Hämeen hyvinvointialueen kirjaamo, kirjaamo@pajatha.fi Postiosoite: Keskussairaalankatu 7 15850 Lahti, nro. 044 719 5323.

Tilaajakunnan johtava viranhaltija

Tulosalue Johtaja Ikääntyneiden asiakasohjaus Katja Raita, puhelin: 044 482 5309, Postiosoite: Vesijärvenkatu 9 D 15140 Lahti. katja.raita@pajatha.fi

Sosiaaliamiehen yhteystiedot sekä tiedot hänen tarjoamistaan palveluista

*Sosiaali- ja potilasasiavastaava, Päijät-Hämeen hyvinvointialue. Puhelin: 03 819 2504 (puhelinpalveluajat ma, ti ja to klo 9-12 ja ke klo 9-15). Tapaamiset sovittavissa ajanvarauksella. Postiosoite: Linjakatu 5, 15100 Lahti*

Sosiaaliasiavastaava neuvoo asukkaan asemaan ja oikeuksiin liittyvissä lakiasioissa, avustaa muistutuksen teossa, tiedottaa asukkaan oikeuksista, toimii asukkaan oikeuksien edistämiseksi ja toteuttamiseksi ja seuraa asukkaiden oikeuksien ja aseman kehitystä.

Kuluttajaneuvonnan yhteystiedot sekä tiedot sitä kautta saatavista palveluista

Valtakunnallinen kuluttajaneuvonta 029 553 6901 [www.kuluttajaneuvonta.fi](http://www.kuluttajaneuvonta.fi)

Kuluttajaneuvonta on valtakunnallinen palvelu, jota ohjaa Kuluttajavirasto. Kuluttajaneuvoja ohjaa, tiedottaa, sovittelee ja seuraa markkinoita.

Suoraan asukkaalle myytävien palvelujen osalta sopimukseen ja palveluun liittyvät erimielisyydet käsitellään kuluttajariita-asiana, mistä asukkaalle annetaan tietoa sopimuksen tekemisen yhteydessä.

Muistutukseen tai kanteluun liittyvän selvityksen tekee ensisijaisesti Lepolankadun Palvelukeskuksen johtaja Kirsi Lappalainen ja toimittaa sen ikälinjan johtaja Marita Siipolalle. Yksikön johtajan laatii kirjallisen vastauksen muistutukseen/ kanteluun mahdollisesti tarvittavine korjaustoimenpiteiden suunnitelmineen, joka toimitetaan muistutuksen / kantelun tekijälle viipymättä kuitenkin määrääikaan mennessä. Muistutuksista, kanteluista ja niihin liittyvistä vastineista toimitetaan aina kopio palvelun järjestäjälle ja toimintayksikön hyvinvointialueelle.

Muistutusten, kanteluiden ja valvontapäätösten sisältö käydään läpi henkilöstön ja palvelujohdon kanssa. Muistutusten, kanteluiden ja valvontapäätösten perusteella asetetut kehittämistoimenpiteet toteutetaan asetetun aikataulun mukaisesti yhteistyössä henkilöstön kanssa ja niiden toteutusta seurataan poikkeamaprosessin mukaisesti. Kehittämistoimenpiteiden perusteella tehdyt toimenpiteet ja/tai toiminnan sekä prosessin muutokset kirjataan omaevalvontasuunnitelmaan.

Tavoiteaika muistutusten käsittelylle 2–4 viikkoa

#### **5.5.4. Omatyöntekijä**

Heti asukkaan muuttaessa hänelle nimetään omahoitaja, jonka tehtävänä on huolehtia, että palvelut ovat palvelutarpeen arvioinnin mukaisia.

---

## **6. PALVELUN SISÄLLÖN OMAVALVONTA**

### **6.1. Hyvinvointia, kuntoutumista ja kasvua tukeva toiminta**

Asukkaan kokonaisvaltaista toimintakykyä ja hyvinvointia tuetaan, asukasta ohjataan ja motivoidaan omatoimisuuteen sekä oman elämänsä ja arjen hallintaan. Asukasta kannustetaan, ohjataan ja autetaan pitämään yhteyttä omaisiinsa ja läheisiinsä sekä säilyttämään mahdollisuuksien mukaan aiemmat harrastuksensa. Asukasta autetaan ja ohjataan löytämään sekä hyväksymään uusia mahdollisia harrastuksia ja viriketoimintoja. Asukkaalle mahdollistetaan sekä häntä kannustetaan osallistumaan yksikössä toteutettavaan virkistys- ja kuntoutustoimintaan muiden kanssa. Viikon virike-ohjelma on näkyvillä ryhmäkotien ilmoitustauluilla sekä Lepolankadun Palvelukeskuksen verkkosivulla.

Asukkaille järjestetään mielekästä, kuntouttavaa, toimintakykyä ylläpitävää sekä mieltä virkistävää toimintaa. Toiminta suunnitellaan yhdessä asukkaiden kanssa heitä kuunnellen ja huomioiden muun muassa asukkaiden toiveet sekä kuntoisuus. Lepolankadun Palvelukeskuksessa toimivat fysioterapeuttia ja harrastevastaava. Harrastevastaava suunnittelee, toteuttaa ja kehittää asukkaiden harrastetoimintaa. Viikko-ohjelmat pitävät sisällään mm. Ulkoilua, jumppaa, laulamista, tietovisoja, bingo, kuunnelmien/laulujen kuuntelua. Viriketoiminnan toteutuksesta, asukkaiden osallisuudesta sekä vaikuttavuudesta tehdään jatkuvaa arviointia. Asukaskokouksissa on käyty keskustelua toiveista ja näiden perusteella on tehty suunnitelmia viriketoiminnan toteutumisesta.

Asukkaille järjestetään myös erilaisia retkiä muun muassa toreille, kesäpäiville, konsertteihin sekä kirkon ja seurakunnan järjestämiin tapahtumiin, joihin halukkaat voivat osallistua. Jokaisella asukkaalla on oikeus sekä mahdollisuus osallistua yksikössä tapahtuviin aktiviteetteihin. Ulkoilumahdollisuutta tarjotaan asukkaille päivittäin. Myös omaisia kannustetaan asukkaan ulkoiluseuraksi.

Asukkaiden toimintakykyä, hyvinvointia ja kuntouttavaa toimintaa koskevat tavoitteet kirjataan asukkaan palvelu- ja hoitosuunnitelmaan yhteistyössä asukkaan ja omaisten kanssa. Suunnitelman

toteumista sekä asukkaiden toimintakykyä ja vointia arvioidaan sekä kirjataan päivittäin. Omahoitajat arvioivat tavoitteiden toteutumista palvelu- ja hoitosuunnitelman mukaisesti vähintään puoli-vuosittain käyttäen apunaan päivittäisiä kirjauksia ja RAI-arvioiden tuloksia sekä asukkaiden, omaisten ja muiden osallistujien arviointia sekä eri yhteistyöverkoston palautteita.

Viriketoiminnan, ulkoilun sekä ryhmätoiminnan toteutuksesta, asukkaiden osallisuudesta sekä vaikuttavuudesta tehdään jatkuvaa arviointia sekä seurantaa. Asiakastytyväisyyskyselyjen tulokset toimivat myös omalta osaltaan arvioinnin apuvälineenä, asukkaat myös aktiivisesti kertovat toiveistaan.

Fysioterapeutti on paikalla maanantaista keskiviikkoon aamuvuoroissa. Fysioterapeutti arvioi asukkaiden fyysistä toimintakykyä ja voimavaroja, joiden perusteella ohjaa yksilö- ja ryhmäkuntoutusta. Asukkaan henkilökohtaiset kuntoutuksen tavoitteet kirjataan hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan ja päivitetään vähintään puolivuositin. Lisäksi fysioterapeutti ohjaa henkilökuntaa hoitotyön ergonomiassa ja kuntouttavaan työtoteeseen.

Fysioterapeutti on Lepolankadun Palvelukeskuksen laitevastaava, joka huolehtii Palvelukeskuksen apuvälineiden vuosihuoltojen ja tarvittavien korjausten organisoimisesta. Fysioterapeutti huolehtii myös yhteydenpidosta apuvälinelainaamoon ja omaisyhteistyöstä asukkaiden lainattujen apuvälineiden kuljetuksen ja korjausten suhteen. Tarvittaessa fysioterapeutti tekee pienet korjaustyöt apuvälineisiin.

Lepolankadun Palvelukeskuksessa on asukkaiden kaatumisten ehkäisyn suunnitelma, joka on osa perehdytystä. Suunnitelmassa käydään läpi mitä kaatumisten ehkäisyn toimia on ja vastuunjako. Asukkaan henkilökohtaiset kaatumisen ehkäisyn toimet on kirjattu hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan.

## **6.2. Ravitseminen**

Ateriapalvelut hankitaan ostopalveluna Lahden Vanhustenasuntosäätiön lounaskahvila Lepolasta, jolla on käytössään ravitsemussuositusten mukainen kuuden viikon kiertävä ruokalista. Kaikki ateriat eli aamupuuro, lounas, päiväkahvi (keitetään kerroksissa), päivällinen ja iltapala tulevat samassa rakennuksessa sijaitsevasta Lahden Vanhusten asuntosäätiön ravintolasta. Arkisin aamupuuro ja lounasruoka tulee valmiina lämmitettynä suoraan tarjoiltavaksi. Päivällinen tulee lämmitettynä Minigen – astioissa Minigen vaunuun, jossa käynnissä ylläpito-ohjelma tarjoiluun saakka. Iltapalatarpeet tulevat päivällisen mukana ja siirretään suoraan kerrokseen merkattuihin jääkaappeihin.

Valmiina tuleva ruoka annostellaan asukaskohtaisiksi annoksiksi ja tarjoiluastiat tyhjennetään tarjoilun jälkeen biojäte-astioihin ja tyhjät astiat palautetaan valmistuskeittiöön pestäväksi.

Viikonloppuisin ja pyhäpäivinä ruoka toimitetaan edellisenä arkipäivänä jäädytettynä bokseissa, jotka siirretään kerrokseen merkattuihin jääkaappeihin. Minigenissä lämmitetään arkipäivien päivällinen sekä viikonloppun ja pyhäpäivien lounas ja päivällinen.

Arkipyhinä ja viikonloppuisin aamupuuron valmistaa yöhoitaja Minigen-vaunussa ja hän valmistaa myös aamupalavoileivät. Iltapalalle leivät tehdään iltapäivällä, puuron tai kiisselin kanssa tarjottaviksi tai tarjotaan valmista vaihtoehtoa (ravintolan ruokalistan mukaan). Asukkaiden kanssa järjestetään pullan leivontaa, leipien voitelua, pöytiin kattausta sekä siivousta. Näissä tehtävissä osallistuva asukas suojaa kätensä kertakäyttöisillä hanskoilla ja myssyllä. Asukkaiden kanssa valmistettu ruoka tai leivonnaiset valmistetaan asukkaiden itsensä syötäväksi. Ruoan valmistusta ohjaa aina hygieniakoulutuksen saanut henkilö. Hän huolehtii siitä, että asukkaat noudattavat riittävää hygieniaa ruokaa valmistettaessa, mm käsien pesu, hiusten suojaus, suojaesiliinojen käyttö jne.

Asukkaat ruokailevat viidessä ruokailutilassa tai heidän asunnoissaan. Aamupala klo:7:30-9, lounas klo:11:30-12:30, kahvi klo:14, päivällinen klo:16:30 ja iltapala klo:19 alkaen. Lisäksi välipalaa ja yöpalaa.

Asukkaiden erityisruokavaliot huomioidaan kaikissa ruokailuissa ja nämä kirjataan myös asukkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Asukkaille tilataan erityisruoat erikseen ja ne toimitetaan asukaskohtaisesti erikseen pakattuina annoksina.

Riittävää ravinnon ja nesteen saantia sekä ravitsemuksen tasoa seurataan säännöllisesti päivittäin ja ne kirjataan asukkaan päivittäiskirjauksiin. Tarvittaessa tehdään myös tehostettua seuranta esim. nestelistaa apuna käyttäen. Ravitsemuksen tilaa seurataan säännöllisillä painon seurannoilla kuukausittain. MNA-arvio tehdään asukkaille aina tarvittaessa. Seurannat toteutetaan säännöllisesti palvelu- ja hoitosuunnitelman päivityksen yhteydessä ja kotiin vietävien palveluiden asukkaille heidän toiveestaan tai palvelu- ja hoitosuunnitelman mukaan.

Mikäli asukkaan ravitsemustilassa tapahtuu muutoksia huonompaan tai asukkaan ruokahalu on heikentynyt normaalia enemmän, pyydetään hoitavaa lääkäriä arvioimaan asukkaan ravitsemustilaa sekä mahdollisten lisäravinteiden tarvetta.

### **6.3. Hygieniakäytännöt**

Lepolankadun Palvelukeskuksessa on laadittu erillinen puhtaanapitosuunnitelma, jonka mukaisesti yleisestä hygieniastasosta asukashuoneissa, yleisissä tiloissa sekä huoltotiloissa huolehditaan päivittäin. Siivoussuunnitelmassa on huomioitu myös keittiö- ja kotitalousjätteen jätehuolto.

Asukkaiden yksilöllistä palvelu- ja hoitosuunnitelmaa noudatetaan sekä arvioidaan päivittäin hygienian hoitoon liittyvissä asioissa. Käytännössä jokaisen asukkaan hygienian hoito huomioidaan vähintään kaksi kertaa vuorokaudessa.

Lepolankadun Palvelukeskuksessa on tukipalvelutyöntekijöinä laitoshuoltajia ja keittiötyöntekijä. Laitoshuoltajat huolehtivat tilojen siisteydestä siivoussuunnitelman mukaisesti. Pyykkihuollosta asukkaiden pyykkiä pestään laitoshuoltajien toimesta ja Mikkelin pesula huolehtii liinavaatteiden ja pyyhkeiden pesemisestä. Käytössä on erikseen jakelukeittiö- ja elintarvikeomavalvontasuunnitelma sekä erillinen tehtäväkuva keittiötyöntekijälle.

## 6.4. Infektioiden torjunta

Lepolankadun Palvelukeskuksessa noudatetaan hyvää käsihygieniaa. Lepolankadun Palvelukeskuksessa on sijoiteltuina käytäville ja käsienpesupaikoille käsihuhdeannostelijoita, jotka ovat myös vierailijoiden saatavilla. Hoito- ja asukastyössä toimitaan ammattitaitoisesti hygieniasäännösten mukaisesti ja noudatetaan hyvinvointialueen infektioyksikön suosituksia ja ohjeistuksia käsi- ja muussa hygieniassa. Käsihuhuhteen kulutusta seurataan kuukausittain. Henkilökunnalta edellytetään vuosittain influenssarokotteen ottoa. Mikäli henkilökuntaan kuuluvalla on este influenssarokotteelle, tulee hänen käyttää maskia influenssakauden ajan.

Epidemiatilanteissa noudatetaan Päijät-Hämeen hyvinvointialueen infektioyksikön eristys-, suojaus- ja muuta ohjeistusta. Henkilöstön ja vierailijoiden suojausta käytetään ohjeistusten mukaisesti (suojaesiliina, suu-nenäsuoja, erityiskäsineet) hoitotilanteissa, pyykkihuollossa sekä siivouksessa. Epidemiatilanteissa asukkaiden henkilökohtainen sekä liinavaatepyykin kuljetetaan niille tarkoitetuissa säkeissä/muovipusseissa valmiiksi lajiteltuina ja pesulapyykki eriteltyinä pyykkihuoltotilaan.

Asukkaiden siirtoja talon sisällä sekä ulkopuolella pyritään välttämään ja asukkaiden oireilusta ollaan tiiviissä yhteydessä hoitavaan lääkäriin ja tarvittaessa myös hygieniahoitajaan. Asukkaat pyritään hoitamaan tarvittaessa mahdollisuuksien mukaan eristyskäytänteiden mukaisesti. Vierailuita vähennetään/ pyritään välttämään epidemian aikana ja omaisia tiedotetaan asiasta. Henkilökunnalle, asukkaille, omaisille sekä muille vierailijoille korostetaan käsihygienian ja mahdollisen suojautumisen tärkeyttä entisestään. Ruokailujen yhteydessä ruokailijat sekä ruokailussa avustajat käyttävät tehostetusti käsihuhuhteita. Yleisten tilojen ja kosketuspintojen puhdistusta tehostetaan epidemian aikana. Yhteistyö muiden toimijoiden ja verkostojen kanssa toteutuu hygieniahoitajan suositusten mukaisesti.

Yrjö ja Hanna Kodeilla on laadittuna varautumissuunnitelma ja toimintaohje epidemiatilanteiden varalle. Varautumissuunnitelmaa tarkistetaan valtakunnallisen epidemiatilanteen mukaisesti ja sitä sovelletaan alueellisten epidemiatilanteiden mukaisesti.

Hygieniayhdyshenkilönä toimii Sari Mölsä, [sari.molsa@paijatha.fi](mailto:sari.molsa@paijatha.fi), nro. 044 482 8259.

## 6.5. Terveyden- ja sairaanhoito

Lepolankadun Palvelukeskuksessa terveyden- ja sairaanhoidosta vastaa lääkäri ja sairaanhoitajat. Yksikössä työskentelee kaksi sairaanhoitajaa Ida Kalliokuusi ([ida.kalliokuusi@yrjohanna.fi](mailto:ida.kalliokuusi@yrjohanna.fi)) ja Maarit Rautanen ([maarit.rautanen@yrjohanna.fi](mailto:maarit.rautanen@yrjohanna.fi)). Sairaanhoitajat huolehtivat asukkaiden sairaan- ja terveydenhoidon suunnittelusta, toteutuksesta ja seurannasta. Sairaanhoitajanhoitajat vastaavat lääkehoidon kokonaisvaltaisesta toteutuksesta. Sairaanhoitajat organisoivat ja järjestävät lääkärinvastaanotot. Päijät-Hämeen hyvinvointialue ostaa lääkäripalvelut Pihlajalinnalta. Pihlajalinnan nimettynä lääkärinä Lepolankadun Palvelukeskuksessa on Harriet Stenvall ([harriet.stenvall@pihlajalinna.fi](mailto:harriet.stenvall@pihlajalinna.fi)). Lääkäri käy yksikössä kaksi kertaa kuukaudessa. Lääkäri pitää etäkierrot puhelimitse kaksi kertaa kuukaudessa. Lisäksi lääkärin tavoittaa erillisen ohjeen mukaisesti. Hoitajat ohjaavat ja tarvittaessa avustavat asukkaan tarpeellisten palveluiden piiriin. Kiireettömän sairaanhoidon käynnit



asukas toteuttaa joko itsenäisesti tai työntekijän/läheisen saattamana. Kiireellinen sairaanhoito järjestetään aina työntekijöiden toimesta ja läheisiä informoidaan välittömästi kiireellisen sairaanhoidon tarpeesta. Kiireellisissä sairaanhoidollisissa asioissa voidaan olla yhteydessä hätäkeskukseen, Pihlajalinnan takapäivystäjään tai Akuutti 24-päivystykseen tai viranomaisnumeroon. Asukkaan käyttäessä muualla toteuttavaa terveyden- ja/tai sairaanhoitoa, huolehtii henkilökunta asukkaan mukaan asiakastietojärjestelmästä hoitajanlähetteen sekä ajantasaisen lääkelistan.

Asukkaat tarvitsevat ohjausta ja tukea myös hammashoidon toteutumisessa. Omahoitajat tilaavat ajan tarvittaessa asukkaille säännöllisesti vuosittain hammaslääkärin tai suuhygienistin vastaanotolle. Asukkailla on mahdollisuus käyttää valitsemaansa julkista tai yksityistä hammashoitola. Hoitajat tai heidän läheisensä avustavat asukkaan tarpeellisten palveluiden piiriin. Hammashoitola-käynnit asukas toteuttaa joko itsenäisesti tai ohjaajan/läheisen saattamana.

Hammashoitoa, kiireetöntä sairaanhoitoa, kiireellistä sairaanhoitoa ja äkillistä kuolemantapausta koskevat ohjeet ovat osana perehdytysuunnitelmaa. Kirjalliset ohjeet löytyvät perehdytyskansioista sekä valvontakansiosta.

## 6.6. Lääkehoito

Yrjö ja Hanna Kodeilla on yhteinen lääkehoitosuunnitelmapohja, joka on laadittu Yrjö ja Hanna Kotien lääkitysturvallisuuden asiantuntijaproviisorin kanssa. Lääkehoitosuunnitelma laaditaan sen pohjalta toimintayksikkökohtaisesti yhteistyössä asiantuntijaproviisorin kanssa. Toimintayksikön lääkehoitosuunnitelman ylläpidosta ja toteutumisesta vastaa toimintayksikön johtaja, jolla sairaanhoitajan koulutus, terveydenhuollon palveluista vastaavan johtajan ohjeistuksen mukaisesti. Lääkehoitosuunnitelma säilytetään yksikössä sekä tulostettuna että sähköisenä. Johtaja ja Palveluvastaa vastaavat siitä, että henkilöstön saatavilla oleva lääkehoitosuunnitelma on ajantasainen. Suunnitelman vahvistaa toimintayksikön vastuulääkäri.

Suunnitelma tarkastetaan vuosittain ja aina tarvittaessa, mikäli toiminnassa tapahtuu muutoksia. Suunnitelmassa määritellään mm. henkilökunnan lääkehoito-oikeudet ja -velvollisuudet, lupakäytänteet ja osaamisen varmistaminen sekä keskitytään toimintayksikön toiminnan kriittisiin ja olennaisiin lääketurvallisuuden alueisiin.

Lääkehoitosuunnitelma on keskeinen osa perehdytystä, omavalvontaa, laadun ja turvallisuuden varmistamista. Lääkehoitoprosessin omavalvonnan tarkoituksena on laadun varmistaminen ja kehittäminen, turvallisuus yhtenä tärkeänä laadun osa-alueena. Lääkehoitosuunnitelman päivittäminen, dokumentoitu kouluttaminen ja lukukuittaukset ovat omavalvontajärjestelmän osia, joilla pidetään henkilöstö tietoisina ajantasaisista lääkehoitoa koskevista ohjeista ja käytännöistä. Lääkehoitosuunnitelman jalkautuminen käytäntöön varmistetaan dokumentoidusti sisäisillä tarkastuksilla/auditoinilla. Riskikohdista sekä suojaavien käytäntöjen jalkautumisesta ja riittävydestä saadaan tietoa raportointi- ja palautejärjestelmästä asiakkailta, omaisilta ja henkilökunnalta. Raportointi- ja seurantajärjestelmän toimivuuden edellytyksenä on organisaation avoin ja rakentava ilmapiiri. Huomiota ei kohdisteta yksilöihin, vaan poikkeamiin johtaneisiin syitä pyritään selvittämään sekä seuraamaan ja poikkeamista oppimiseen.

Yrjö ja Hanna kotien omavalvontaohjelmaan kuuluu olennaisena osana sisäiset auditoinnit. Lääkehoidon auditointi on eriytetty omaksi tarkastuskäynniksi. Lääkehoidon auditointikäytien tavoitteena on ohjata ja seurata valtakunnallista lääkehoidon laatua. Tämän lisäksi hyvinvointialueet tarkastavat toimintayksiköiden lääkehoitoprosessin vuosittain osana toiminnan valvontaa.

Lääkehoidosta vastaa vastuulääkäri palvelun hoitavalääkäri Harriet Stenvall ([harriet.stenvall@pihla-jalinna.fi](mailto:harriet.stenvall@pihla-jalinna.fi)), johtaja Kirsi Lappalainen ([kirsi.lappalainen@yrjojahanna.fi](mailto:kirsi.lappalainen@yrjojahanna.fi)), palveluvastaava Miia Dembele ([miia.dembele@yrjojahanna.fi](mailto:miia.dembele@yrjojahanna.fi)) sekä sairaanhoitajat Ida Kalliokuusi ([ida.kalliokuusi@yrjojahanna.fi](mailto:ida.kalliokuusi@yrjojahanna.fi)) ja Maarit Rautanen ([maarit.rautanen@yrjojahanna.fi](mailto:maarit.rautanen@yrjojahanna.fi)). Henkilökunta toteuttaa asukkaiden lääkehoitoa hoitavien lääkäreiden määräysten mukaisesti.

### 6.6.1. Rajattu lääkevarasto

Lepolankadun Palvelukeskuksessa ei ole käytössä rajattua lääkevarastoa.

## 6.7. Monialainen yhteistyö

Asumispalvelun alkaessa omaohjaaja pyytää asukkaalta kirjallisen suostumuksen tietojen luovuttamiseen ja saamiseen yhteistyötahoilta, kuten apteekki, terveydenhuolto, sosiaalityö ja läheiset. Asukasta lähetettäessä sairaalaan tai toiseen hoitopaikkaan, lähettävä hoitaja tulostaa hänen mukaansa hoitajälhetteen ja ajantasaisen lääkelistan. Hoitajälhetteessä on tietoa asukkaan sairauksista, toimintakyvystä ja voinnista. Asukkaan mukaan tulostetaan tarvittaessa muutaman päivän ajalta hoitotyön kirjauksia.

Hoitajat tekevät yhteistyötä asukkaiden kaikkien verkostojen, kuten esimerkiksi toiminta-, puhe-, fysioterapeuttien, hoitotarvikejakelun sekä apuvälineyksikön kanssa tarvittaessa.

---

## 7 ASIAKASTURVALLISUUS

### 7.1. Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten ja toimijoiden kanssa

Tavoitteena on luoda jokaiselle asukkaalle turvallinen asuinympäristö. Lepolankadun Palvelukeskuksessa on laadittu palo- ja pelastussuunnitelma sekä turvallisuus selvitys, lisäksi henkilökuntaa koulutetaan toimimaan oikein hätätapauksissa. Pelastussuunnitelmaa päivitetään vähintään kerran vuodessa tai tarvittaessa ja käsitellään säännöllisesti henkilökuntapalavereissa. Alkusammutuskoulutus ja hätäensiapukoulutus järjestetään kahden vuoden välein. Palotarkastukset toteutuvat säännöllisesti kolmen vuoden välein palotarkastajan toimesta.

Kiinteistöhuolto-yhtiö SOL tarkastaa kuukausittain palohälytin- ja sprinklerijärjestelmien toiminnan. Puutteet / epäkohdat tiloissa informoidaan välittömästi johtajalle ja/tai kiinteistöhuoltoon. Jokaisella asukkaalla on oikeus yhteisiin tiloihin ja niissä oleskeluun turvallisesti. Ympäristö pidetään esteettömänä ja riittävästi valaistuna. Asukashuoneissa kartoitetaan yksilölliset riskitekijät huomioiden asukkaan toimintakyky ja ne pyritään yhteistyössä poistamaan.

### Vaaralliset aineet ja lääkkeet

Lepolankadun Palvelukeskuksessa säilytetään kaikki pesuaineet lukituissa tiloissa, jolloin asukkaat eivät pääse niihin käsiksi. Lepolankadun Palvelukeskuksessa asukkaat eivät pääsääntöisesti käytä pesuaineita (konetiskiaine, pyykkipulveri), jolloin väärinkäytökset ovat ennalta ehkäistävissä. Asukkaiden lääkehoidosta, lääkehoidon turvallisuudesta, lääkkeiden säilyttämisestä sekä hävittämisestä on ohjeistus yksikön lääkehoitosuunnitelmassa. Näillä toimilla tavoitellaan myrkytystapaturmien ehkäisyä.

### **Asukkaaseen kohdistuva fyysinen väkivalta / asukkaan aggressiivinen käyttäytyminen**

Tavoitteena on, että jokaisella asukkaalla on fyysinen koskemattomuus. Henkilökunta ei käytä fyysisiä pakotteita ja rajoitteita tai väkivaltaa, tällaista ilmetessä työnantaja ryhtyy työnjohdollisiin toimenpiteisiin. Asukkaan aggressiivisesta/ uhkaavasta käyttäytymisestä raportoidaan aina kirjallisesti johtajalle. Aggressiivisia ja uhkaavia tilanteita varten on yksikköön laadittu erillinen ohjeistus, joka löytyy valvontakansioista.

### **Asukkaan katoaminen:**

Asukkaan katoamiselle on laadittu erillinen ohjeistus, joka löytyy perehdytyskansioista sekä valvontakansioista. Ohjeistuksessa on huomioitu yhteistyö viranomaisten kanssa sekä tiedottaminen.

### **Henkinen turvallisuus**

Tavoitteena on jokaisen asukkaan henkinen koskemattomuus. Henkilöstön kohdellessa asukkaita epäasiallisesti, puututaan asiaan välittömästi ja siihen suhtaudutaan erityisellä vakavuudella. Näissä tilanteissa johtajan käytettävissä ovat normaalit työnjohdolliset toimenpiteet (suullinen huomautus, kirjallinen varoitus ja työsuhteen päättäminen).

Henkilökunnan huomattessa tai epäillessä asukkaan joutuneen kaltoin kohdeksi esim. omaisten tai ulkopuolisten toimesta tilanteeseen tulee puuttua mahdollisimman nopeasti ja siihen on laadittu yksikössä erillinen ohjeistus. Havainnon tekevä työntekijä, ilmoittaa asiasta välittömästi johtajalle, joka vie asiaa eteenpäin tilanteesta riippuen poliisille, sosiaalityöntekijälle tai terveydenhuollon viranomaisille.

### **Hoidon jatkuvuus:**

Lepolankadun Palvelukeskuksessa on käytössä omahoitajuus, jolloin jokaisella asukkaalla on nimetty omahoitaja, joka on hänen asioidensa asiantuntija. Omaohjaaja on myös yhteyshenkilö yksikön ja eri hoitoon osallistuvien tahojen välillä. Lepolankadun Palvelukeskuksessa on sovittu menetelytavat tiedon kulkuun sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisten kanssa. Hoidon jatkuvuus turvataan myös riittävällä kirjaamisella sekä raporteilla vuoron vaihtuessa. Kirjaamisesta ja tiedottamisesta löytyvät ohjeistukset perehdytyskansioista sekä henkilökunnan toimistoista. Asukkaiden palveluohjaus kuuluu johtajan ja henkilöstön tehtäviin ja asukkaita ohjataan tarvittaessa palveluiden ja tukien piiriin hakeutumisessa.

### **Asukkaan taloudellinen turvallisuus:**

Lepolankadun Palvelukeskuksessa on erillinen ohjeistus asukkaiden rahavarojen käsittelystä ja säilytyksestä. Käteisvaroja säilytetään kassakaapissa, summat pidetään pieninä lähinnä akuutteja tilanteita varten. Yksikössä on myös erillinen ohjeistus yhteistyöstä edunvalvojien kanssa. Henkilöstö ohjaa tarvittaessa edunvalvonnan piiriin. Huomatessa asukkaalla ongelmia talouden hoidossa ohjataan omaisia edunvalvontaan liittyvissä asioissa, tarvittaessa tehdään ilmoitus sosiaalityöntekijälle sosiaalipalveluiden tarpeessa olevasta henkilöstä tai Digi- ja viestintävirastolle edunvalvonnan tarpeessa olevasta henkilöstä.

Kaikkia turvallisuuden osa-alueita pyritään toiminnassamme koko ajan kehittämään yhdessä asukkaiden, omaisten, muiden yhteistyöverkoston ja viranomaisten sekä henkilökunnan kanssa. Lisäksi suurelta osin asukasturvallisuuden kehittämiseen vaikuttavat henkilökunnan osaamisen kehittäminen sekä johtaminen. Lepolankadun Palvelukeskuksessa koulutetaan henkilökuntaa sekä johtajaa vuosittain koulutussuunnitelman mukaisesti.

### **Terveydensuojelulain mukainen omavalvonta**

Riskien arviointi on koko henkilökunnan vastuulla. Päivittäin tapahtuvaa turvallisuushavainnointia tehdään työnteon ohessa. Henkilökunta kirjaa tarvittaessa läheltä piti- tai vaaratilanneilmoitukset Laatuporttiin. Tilanteen vakavuudesta riippuen kirjaajalla on vastuu toimia prosessin edellyttämällä tavalla noudattaen työnantajan ohjeita.

Toimintayksikköä koskeva riskien kartoitus tehdään organisaation vuosikellon mukaisesti keväällä. Riskien hallintatyökalu on rakennettu Laatuportin sisälle. Järjestelmä luokittelee ja teemoittelee riskit automaattisesti. Riskienhallinta perustuu STM:n Riskien arviointiin työpaikalla. Riskien väliarviointi ja seuranta toteutuvat syksyllä. Väliarviointi on olennainen osa riskien laadun hallintaa. Kartoituksen tekee johtaja yhdessä henkilökunnan kanssa. Asukkaita osallistetaan riskien arviointiin mahdollisuuksien mukaan. Havaitut mahdolliset riskit ja vaaratekijät kirjataan laatuporttiin ja raportoidaan osana laadun hallintaa.

Yhteistyötä muiden asiakasturvallisuudesta vastaavien tahojen kanssa tehdään säännöllisesti, esim. säännöllisesti toteutuvat palotarkastukset, terveydensuojeluviranomaisen tarkastukset sekä työsuojelutarkastukset. Viimeisimmät tarkastukset: palotarkastus 1.11.23, poistumisharjoitus 8.11.23, työsuojelutarkastus 4.9.23, terveydensuojelulain mukainen säällisen valvonnan tarkastus 25.1.23. Yhteistyöstä poikineet toiminnan huomautukset otetaan vakavasti ja siirretään välittömästi toimintayksiköiden kehityssuunnitelmiin.

## **7.2. Henkilöstö**

Hoito- ja hoivahenkilöstön määrä, rakenne ja riittävyys sekä sijaisten käytön periaatteet

Lepolankadun Palvelukeskuksessa on sen asukasmäärästä sekä asukkaiden palveluntarpeen mukaan riittävä sekä toimintayksikkökohtaisten toiminnan ehtojen ja vaatimusten asettama määrä henkilöstöä.

Uusilta työntekijältä Sosiaali- ja terveystieteiden palveluntuottajana toimivalla työnantajalla on 1.1.2024 alkaen oikeus pyytää työntekijää esittämään itsestään rikosrekisteriote. Otetta voi hakea

Oikeusrekisterikeskuksesta lain voimaantulon jälkeen 1.1.2024. Rikosrekisteriote voidaan pyytää henkilöstä, joka valitaan työ- tai virkasuhteeseen, johon olennaisesti ja pysyväisluontoisesti kuuluu työskentelyä iäkkään henkilön kanssa. Työ voi olla avustamista, tukemista, hoitoa, huolenpitoa tai muuta työskentelyä henkilökohtaisessa vuorovaikutuksessa iäkkään henkilön kanssa. Otetta voidaan edellyttää myös, kun henkilölle annetaan näitä tehtäviä ensimmäisen kerran. Laki velvoittaa työnantajan tarkastamaan otteen, kun kyseessä on vähintään 3 kuukauden työ- tai virkasuhde yhden kalenterivuoden aikana.

Työntekijä tilaa rikosrekisteriotteen itse. Siihen ei voi valtuuttaa esimerkiksi työnantajaa. Otetta voi vaatia esitettäväksi ainoastaan sosiaali- ja terveysalan palveluntuottajana toimiva työnantaja. Ote on tarkoitettu esitettäväksi työnantajalle. Tämä ei saa tehdä otteesta kopioita. Otteesta saa tallentaa ainoastaan myöntöpäivän sekä tiedon henkilöstä, jonka osalta rikosrekisteriote on tarkistettu. Kun ote on tarkistettu, se pitää palauttaa työntekijälle viipymättä.

Toimintayksikön henkilöstö muodostuu ohjaus-, hoito- ja huolenpitotyötä, terveyden- ja sairaanhoidon, hallinnollista työtä ja avustavia tehtäviä tekevistä työntekijöistä. Henkilökuntarakenne vastaa aina toimintayksikön asiakkaiden määrää sekä palveluntarvetta, kelpoisuusvaatimuksia, sopimusten asettamia laatuvaatimuksia sekä valvontaohjelmien säädöksiä. Yksikön johtaja seuraa henkilöstömitoituksen riittävyttä asukkaiden tarpeisiin nähden säännöllisesti kuukausiraportoinnin avulla. Järjestelmistä saadaan suunniteltu ja toteutunut henkilöstömitoitus tarvittaessa reaaliajassa.

Toimintayksikön toimiluvissa on määritelty myös tukipalvelutyöntekijöiden vähimmäismäärä/ asukas. Tukipalvelutyön osuutta seurataan työajanseurantajärjestelmässä. Tukipalvelutyöntekijöiden riittävyttä tarkastellaan kuukausittain kuukausiraporttien perusteella. Järjestelmistä saadaan suunniteltu ja toteutunut henkilöstömitoitus tarvittaessa reaaliajassa.

Lepolankadun Palvelukeskus luvan mukainen mitoitus on 0.65 hoitajaa/ asukas. Välilliseen työhön varattava resurssi on 0.1 tukipalvelutyöntekijää/asukas. Osa tukipalvelutyöresurssista on ulkoistettu ja toteutetaan alihankintana, alihankintana toteutetaan ateria-, siivous- ja liinavaatehuolto, annosjakelu.

Lepolankadun Palvelukeskuksessa työskentelee 1 johtaja, 1 palveluvastaava, 2 sairaanhoitajaa, 1 fysioterapeutti, 1 perushoitaja, 1 kodinhoitaja, 29 lähihoitajaa, 5 hoiva-avustajaa, joista 1 on lähihoitaja-oppisopimusopiskelijoita sekä 2 hoiva-avustaja oppisopimusopiskelijaa. Tukipalveluissa työskentelee 4 työntekijää.

Henkilöstö sijoitetaan työvuoroihin asiakkaiden läsnäolon sekä palvelutarpeen mukaisesti ja pääsääntöisesti vuoroissa työskentelee seuraavasti henkilöstöä

Aamuvuorossa työskentelee 10-14 hoitajaa, illassa 8-10, yössä 2. Sairaanhoitajat työskentelevät pääasiassa arkisin aamuvuoroissa ja satunnaisesti iltavuoroissa ja viikonloppuisin.

### **7.3. Sijaisten käytön periaatteet**

Sijaisten käytön periaatteena on, että vaadittava paikalla olevien asukkaiden mukainen henkilöstömitoitus säilytetään aina myös poissaolotapauksissa. Yksikkö pyrkii ensisijaisesti käyttämään samoja

ns. "sijaisringissä" olevia sijaisia, jotta henkilöstövaihtuvuus olisi mahdollisimman pieni. Ensisijaisesti käytetään ammattitaitoista henkilökuntaa tai loppuvaiheen opiskelijoita, joilla on riittävä osaaminen tehtävien hoitamiseen. Sijaishankinnassa varmistetaan aina riittävä lääkelupien omaavien hoitajien määrä työvuorossa. Yövuoroissa on oltava aina ammattitaitoinen sekä yksikön lääkeluvan omaava henkilö. Sijaishankinnan periaatteista sekä pitkien sijaisuuksien rekrytoinnista vastaa johtaja, äkillisten poissaolojen sijaishankinnasta vastaavat palveluvastaava ja iltaisin, öisin sekä viikonloppuisin yksiköiden lähihoitajat.

Yksikössä on jatkuvan arvioinnin malli henkilöstöressurssitarpeesta ja resursointi suunnitellaan asukaslähtöisesti. Johtaja seuraa henkilöstö- ja tukityömitoitusta asukasmäärän mukaisesti. Käytössä olevan TyövuoroVelhon hoito- ja tukityömitoituskurin avulla, seuranta on mahdollista lähes reaaliaikaisesti. Tarvittavan henkilöstömitoituksen vaatimat mahdolliset avoimet toimet/ sijaisuudet täytetään mahdollisimman nopeasti. Sijaisrinkiä ylläpidetään aktiivisesti ja varmistetaan, että ringissä on henkilöitä, jotka täyttävät ammattitaitovaatimukset sekä henkilöitä, jotka pystyvät lyhyelläkin varoitusaikalla ottamaan sijaisuuden vastaan.

Tarvittaessa Lepolankadun palvelukeskuksessa käytetään vuokratyöntekijöitä, lähihoitajia Kotikeikka Oy ja Hyvän Hoidon Palveluista jos työvuoropuutoksia ei saada muuten järjestymään.

Yksikön johtajan hallinnollisten tehtävien ja hoitotyön osuus on määritelty toimintayksikön toimiluvassa. Jos toimiluvassa johtaja on osittain laskettu yksikön mitoitukseen, arvioidaan osallistuminen käytännön työhön aina toimintayksikkökohtaisesti. Arvioinnissa otetaan huomioon kokonaistilanne sekä varmistetaan, että johtajalla on riittävästi työaika tehtäviensä sekä vastuidensa hoitamiseen. Lepolankadun Palvelukeskuksen johtaja on 100% hallinnollinen työntekijä.

Johtajan tukena omavalvonnan suunnittelussa ja toteuttamisessa sekä toiminnan johtamisessa ja organisoimisessa on ikälinjan johtaja, henkilöstö- ja viestintäjohtaja sekä laatupäällikkö. Johtaja työskentelee toimistotyöajassa liukuvalla työajalla. Johtajalla on mahdollisuus vaikuttaa sekä organisoida työnsä toiminnan kannalta tarkoituksenmukaisella tavalla liukuman sekä sovitun säännöllisen työajan puitteissa.

#### **7.4. Henkilöstön rekrytoinnin periaatteet**

Toimintayksiköiden henkilöstön rekrytoinnista päättää resurssitarpeen perusteella johtaja yhdessä palvelupäällikön kanssa. Yrjö ja Hanna Kotien rekrytoinneissa käytetään työtehtävän luonteen mukaan rekrytointikanavina sisäistä hakua, sidosryhmäverkostoja, suoraakua ja/tai internet- rekrytointipalveluita. Henkilöstön valinnassa painotetaan ammattitaitoa, osaamista, kyseisen henkilön sopivuutta työtehtävään ja työyhteisöön sekä oikeanlaista asiakaspalveluasennetta. Rekrytointiprosessissa johtajalla on tukena ikälinjan johtaja, henkilöstökoordinaattori sekä henkilöstö- ja viestintäjohtaja. Henkilön suositukset, opinto- ja työtodistukset sekä Valviran JulkiTerhikki/JulkiSuosikki-rekisteristä ammatinharjoittamisoikeus ja/tai rekisteröinti tarkistetaan ennen valintaa työtehtävään. Henkilöstön riittävä suomen kielen taito varmistetaan johtajan arvioinnilla haastattelutilanteissa.

## 7.5. Kuvaus henkilöstön perehdyttämisestä ja täydennyskoulutuksesta

Yksikön johtajan perehdyttämismääräys on palvelupäälliköllä. Toimintayksiköissä työntekijän perehdytyskokonaisuuden organisoinnista ja toteutuksesta on päävastuussa johtaja. Lääkehoidon perehdytyksestä vastaa toimintayksikön sairaanhoitaja lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. Kokonaisperehdytyksen kesto riippuu työtehtävästä sekä henkilön perehdytystarpeesta ja osaamisesta. Lähi- ja hoiva-avustajan perehdytyksessä käytetään yksikön omaa perehdytysuunnitelmaa. Tämä suunnitelma kestää kuukauden, sisältäen viisi erillistä perehdytyspäivää. Perehdytys sisältää mm. tietoa organisaatiosta, omavalvonta- ja lääkehoitosuunnitelmat, asiakastietojen käsittelyn, tietosuojasiat, lääkehoito, laitteet ja tarvikkeet sekä asiakastyö. Perehdytyksen runko on HR-järjestelmässä, johon kirjataan perehdytyksen eteneminen ja sen suorittaminen. Toimintayksiköillä on kirjalliset perehdytysohjelmat sekä perehdytyksen muistilistat, joissa on huomioitu toimintayksikön erityispiirteet.

Toimintayksiköiden johtajat arvioivat henkilöstön ammatillista osaamista kerran vuodessa käytävien kehityskeskustelujen, henkilöstöltä esille nousseiden tarpeiden sekä riskien arvioinnin ja hallinnan perusteella. Yrjö ja Hanna Kodeissa laaditaan edellä mainittuihin perustuen vuosittain henkilöstö- ja koulutussuunnitelma. Koulutussuunnitelman toteutumista tarkastellaan yhteistoimintalain mukaisesti ja se on pohjana seuraavan vuoden suunnitelmalle. Koulutussuunnitelma päivitetään vuosittain ennen vuodenvaihdetta. Johtaja laatii talokohtaisen suunnitelman liitteeksi Yrjö ja Hanna Kotien yhteiseen koulutussuunnitelmaan.

Yrjö ja Hanna Kodeissa on käytössä koulutusalausta Skhole-oppimisympäristö, johon kaikilla kuukausipalkkaisilla työntekijöillä on tunnukset. Skhole-oppimisympäristössä on monipuolisia verkkokoulutuksia koko henkilöstön osaamisen kehittämiseksi. Skholeen on luotu Yrjö ja Hanna Kotien omat verkkokoulutukset muun muassa perehdytykseen (perehdytyksen portaat), DomaCaren, laauportin ja Irman käyttöön, monipuoliset lääkehoidon koulutusosiot lääkelupa- ja täydennyskoulutukseen. Koulutustarjontaa lisätään koko ajan. Lisäksi säännöllisesti järjestetään ensiapu- ja alkusammutuskoulutuksia koko henkilökunnalle.

## 7.6. Toimitilat

Lepolankadun Palvelukeskus on 60-paikkainen ympärivuorokautisen palveluasumisen yksikkö. Asunnot ovat kooltaan 24 m<sup>2</sup>, kaikissa oma suihkullinen wc, tila on inva-mitotettu. Asukkaat kalustavat asuntonsa omilla huonekaluilla. Kaikissa asunnoissa on sairaalasängyt, patjat, pelastuslakanat. Lisäksi asukas saa käyttöönsä peiton, tynny, pyyhkeen ja liinavaatteet.

Kaikkiin Yrjö ja Hanna säätiöön vuokrasuhteessa olevalle suositellaan omaa kotivakuutusta huoneensa irtaimistolle.

Lepolankadun palvelukeskuksessa on asukkaiden käytössä yhteiset oleskelu- ja ruokailutilat, sekä saunaosasto.

Kaikki asukkaiden hoitotilanteet ja asukkaiden yksityisasioiden käsittelyt ja keskustelut tapautuvat asukkaan omassa asunnossa. Asukkaan asuntojen ovet lukitaan aina asukkaan poissa ollessa.

Lepolankadun Palvelukeskuksen tilat ovat kahdessa kerroksessa ja niitä käyttävät asukkaat, henkilökunta, omaiset sekä ulkopuoliset toimijat (esim. parturi, jalkahoito). Asukkaiden omaiset saavat vieraila ilman vierailuaikoja, yöpyminen asukkaan huoneessa on mahdollista, lisäpatjan saa yksiköstä. Jos asukas on pitkään poissa (esim. sairaalassa), hänen huonettaan ei käytä poissaolon aikana kukaan muu.

Jokaisella asukkaalla on oma huoneisto henkilökohtaisella invawc- ja suihkutilalla varustettuna. Asukkaalla on mahdollisuus tuoda omia huonekaluja ja muita tavaroita asuntoonsa. Yhteiset tilat ovat asukkaiden käytössä. Asukkaat ovat vuokrasuhteessa.

Kodin yleisten tilojen ja asukkaan huoneen siisteydestä huolehditaan. Asukashuoneet siivotaan perusteellisemmin kerran kuussa ja aina tarvittaessa. Asukkaan pyykinhuolto järjestetään viikoittain. Yksikössä on päivitetty viikko- ja kuukausisiivoussuunnitelma.

## 7.7. Teknologiset ratkaisut

Henkilökunnan ja asiakkaiden turvallisuudesta huolehditaan erilaisilla kulunvalvontakameroilla sekä hälytys- ja kutsulaitteilla.

Kameravalvontaa työpaikoilla koskee laki yksityisyyden suojasta työelämässä 759/2004, 16 § ja 17 §. Laki on nähtävillä toimintayksikössä. Kameravalvonta on käytössä Yrjö ja Hanna Kodeilla laajasti lääkkeidenjakotiloissa. Kameravalvonnasta ilmoitetaan näkyvällä tavalla niissä tiloissa, joihin kamerat on sijoitettu ja kuvaamiseen liittyvät käytänteet kirjataan työntekijöitä koskevaan tietosuojaselosteeseen.

Pidämme ulko-oven aina lukittuna yksikössämme. Varauoskäynneistä kulkeminen onnistuu ainoastaan avaimella. Useimpien ovien yhteydessä on koodilukitus. Koodi annetaan myös asukkaan henkilökohtaisille vapaa-ajan avustajille sekä omaisille.

Kodissamme on ulko-ovella tallentava kameravalvonta. Kameravalvonta on turvallisuustekijä vuorossa oleville hoitajille. Tallentavia nauhoitteita tarkastellaan vain ja ainoastaan silloin kun pitää tarkistaa/varmistaa asiattomien henkilöiden liikkuminen talossa. Johtaja ja työsuojeluvaltuutettu (tai luottamusmies) yhdessä katsovat tallenteen ja tekevät katselusta pöytäkirjan. Kiinteistöhoitaja on myös mukana katselussa.

Yöhoitajilla on käytössään Everon kutsunappi, jonka avulla he saavat nopeasti yhteyden toisiinsa. Lisäksi yksikössämme on Securitas Oy:n palvelusopimuksen mukaiset vartijakutsupainikkeet yöhoitajien käytössä.

Kodissamme on kutsujärjestelmä ja asukkaalla tarjotaan tarvittaessa käyttöön turvaranneke. Käytön ohjaamisessa ja toiminatavarmuudesta vastaa nimetty vastuuhenkilö. Turvarannekkeiden toimivuus testataan hoitajien toimesta kerran kuukaudessa.



Henkilöstöllä on käytössään henkilökohtaiset työpuhelimet, jonne kirjaudutaan omilla henkilökohtaisilla tunnuksilla kuhunkin sovellukseen. Omia puhelimia katsotaan/käytetään vain tauoilla.

Kutsulaitteet testaan kerran kuussa ja tarpeen mukaan. Securitas vartijakutsupainike testaan sovittu kerran kuussa. Turva- ja kutsulaitteiden toimintavarmuudesta vastaavat henkilöt ovat lähihoitaja Valtteri Turunen [valtteri.turunen@yrjojahanna.fi](mailto:valtteri.turunen@yrjojahanna.fi) ja sairaanhoitaja Maarit Rautanen [marit.rautanen@yrjojahanna.fi](mailto:marit.rautanen@yrjojahanna.fi).

## 7.8. Terveydenhuollon laitteet ja tarvikkeet

Asukkailla on mahdollisuus saada tarvitsemansa apuvälineet oman hyvinvointialueen apuvälineyksiköstä. Yhteiskäytössä olevat apuvälineet kuten pesuvaode, pyörätuolivaaka, suihkutuolit ja henkilönostimet sekä sairaalasängyt, verensokeri-, kuume- ja verenpainemittarit sekä pika-INR-laite ja pika-CRP-laite on hankittu yksikön kustannuksella. Haltija Group ja terveysmaailma toteuttaa vuosihoollot ja korjaukset omistamiin apuvälineisiin. Asukkaan lainaamat apuvälineet huolletaan apuvälineyksikön toimesta. Asukas saa apuvälineisiin käyttökoulutuksen joko apuvälinelainaamosta tai oman fysioterapeutin toimesta, Lepolankadun Palvelukeskuksen hankkimiin laitteisiin käyttö- ja ylläpitokoulutusta saadaan yksikön fysioterapeutilta, laite edustajalta, sairaanhoitajalta.

Yrjö ja Hanna Kodeilla on laadittuna lääkinnällisten laitteiden ja tarvikkeiden seurantajärjestelmä Irma:sta, johon on määriteltä laiteturvallisuuden pääperiaatteet, joilla vaikutetaan lääkinnällisten laitteiden käytön turvallisuuteen. Laiteturvallisuuden seuranta on osa omavalvontaa. Laitteiden ja tarvikkeiden seurantajärjestelmän mukaisesti toimintayksiköissä on nimettyinä laitevastaava, ajantasaiset laiteluettelot, laitekortit sekä henkilöstön koulutuksen ja perehdytyksen seuranta. Vaaratilanne ilmoitukset tehdään Fimean verkkosivuilta löytyvän vaaratilanneilmoituslomakkeen avulla, <https://www.fimea.fi> Toimintayksikön johtaja vastaa laiteturvallisuuden pääperiaatteiden ja ohjeistusten noudattamisesta toimintayksikössä.

Terveydenhuollon ja lääkinnällisistä laitteista vastaa fysioterapeutti Sini Harju, [sini.harju@yrjojahanna.fi](mailto:sini.harju@yrjojahanna.fi), nro. 050320 0453.

---

## 8 ASIAKAS- JA POTILASTIETOJEN KÄSITTELY JA KIRJAAMINEN

Yrjö ja Hanna Kodeilla on käytössä sähköinen asiakastietojärjestelmä. Järjestelmään on henkilökunnalla henkilökohtaiset tunnukset ja käyttöoikeudet työtehtävien mukaisesti. Päijät-Hämeen Hyvinvointialue on palvelun järjestäjänä (ml. palveluseteli) palvelussa syntyvien asiakas- ja potilasasiakirjojen henkilötietolaissa (523/1999) tarkoitettu rekisterinpitäjä. Toimintayksikkö noudattaa asiakas- ja potilasasiakirjojen käsittelyssä aina sijaintikunnan voimassa olevaa ohjetta asiakirjojen käsittelystä ja rekisterinpidosta.

Asukkaan muuttaessa pois tai asukkaan kuoltua, palveluvastaava tallentaa asukkaan uloskirjausraportin DomaCare-asiakastietojärjestelmään sekä tulostaa asukkaan raportin paperille ja nämä toimitetaan asukkaan kotikunnan rekisterinpitäjälle viipymättä.

## 8.1. Asiakastyön kirjaaminen

Uudet työntekijät perehdytetään nimetyn vastuuperehdyttäjän ohjauksella ja opastuksella DomaCare-asiakastietojärjestelmään. Johtaja tai palveluvastaava luo käyttäjätunnukset uusille työntekijöille. Lisäksi on laadittu yksityiskohtaiset kirjaamisohjeet, josta ilmenee mitä kirjataan, mihin kirjaetaan ja milloin kirjataan DomaCare-järjestelmässä. Palveluvastaava sekä johtaja seuraavat kirjaamiskäytänteitä lukemalla viikoittain asukaskirjauksia ja ohjaavat ja opastavat henkilökuntaa kirjaamisessa.

Toimintayksikön työntekijöillä on käytössä DomaCare-asiakaskirjaamisjärjestelmän mobiiliversio ja kirjaaminen tapahtuu lähes reaaliajassa. Enenevässä määrin siirrytään kirjaamaan asukkaan luona yhdessä asukkaan kanssa, jolloin myös asukkaalle tulee tietoa mitä ja miten asioita kirjataan. Osa kirjauksista tehdään tietokoneella hoitajatoimistossa etenkin laajemmat kirjaukset esim. lääkärikonsultaatiot.

Lääkäripalveluiden piirissä olevien asukkaiden lääkärikirjaukset kirjataan Acute-asiakastietojärjestelmään, johon toimintayksikön kaikilla sairaanhoitajilla on omat käyttäjätunnukset. Sairaanhoitaja siirtää Acute-asiakastietojärjestelmästä lääkärikirjaukset DomaCare-järjestelmään kaikkien hoitajien luettavaksi. Hoidosta vastaava lääkäri käyttää ympärivuorokautisen palveluasumisen ja kirjaamisessa Acute- potilastietojärjestelmää. Tunnukset järjestelmään on tilattu hyvinvointialueelta kaikille sairaanhoitajille. Sairaanhoitajat siirtävät lääkärin kirjaukset DomaCare-asiakastietojärjestelmään hoitajien luettavaksi välittömästi ne saatuaan.

Yrjö ja Hanna Kodeilla on erillinen tietosuojasuunnitelma, jossa ohjeistetaan tietosuojaan liittyvissä asioissa sekä tietoturvasuunnitelma, sekä lisäksi erillinen arkistointiohjeistus. Ohjeistukset löytyvät Irma järjestelmästä.

Tietojärjestelmät ostetaan koko organisaatiossa pääasiassa SaaS-palveluina. Toimittaja vastaa tietojärjestelmien palvelin-, tietoliikenne- ja muista ajoympäristöistä. Kyseiset palvelutoimittajat myös vastaavat kyseisten komponenttien ylläpidosta ja päivityksessä palvelutoimittajien kanssa tehtyjen palvelusopimusten mukaisesti. Tietojärjestelmien sovelluskerroksen asennukset, ylläpito ja päivitykset toteutetaan sovellustoimittajan tai sovelluspääkäyttäjän toimesta.

Henkilöstön perehdytysohjelmaan sisältyvät tietosuojaan, salassapito- ja vaitiolovelvollisuuteen sekä asiakasasiakirjojen käsittelyyn liittyvät asiat, jolloin henkilöstö perehdytetään perehdytysohjelman mukaisesti. Tietoturva-asioihin perehdyttäminen on toimintayksikön johtajan vastuulla, mutta jokainen työntekijä on velvollinen perehdyttämään sekä opastamaan tietosuojaan liittyvissä asioissa. Opiskelijat allekirjoittavat erillisen tietosuoja- ja vaitiolositoumuksen ja henkilökunnalla se sisältyy työ sopimukseen.

Tietosuojavastaavan nimi ja yhteystiedot

Yrjö ja Hanna Kodit

Sirkku Rannikko

p. 050 374 9907, fax. 020 742 9889

[sirkku.rannikko@yrjojahanna.fi](mailto:sirkku.rannikko@yrjojahanna.fi)

Yrjö & Hanna Oy/ Yrjö ja Hanna Hoivapalvelut Oy

Elimäenkatu 25–27, 05100 Helsinki

Toimintayksikön tietosuoja asioista vastaava henkilö

Yksikön johtaja Kirsi Lappalainen, [kirsi.lappalainen@yrjojahanna.fi](mailto:kirsi.lappalainen@yrjojahanna.fi), nro. 050 356 9361

Onko yksikölle laadittu salassa pidettävien henkilötietojen käsittelyä koskeva seloste?

Kyllä X Ei

---

## 9 YHTEENVETO KEHITTÄMISSUUNNITELMASTA

Yksikön johtaja on laatinut yhdessä henkilökunnan kanssa vuodelle 2024 toimintayksikön kehityssuunnitelman. Yksikön kehityssuunnitelma pohjautuu yhtiön yhteisiin vuositavoitteisiin. Suunnitelmaan on nostettu konkreettiset toimenpiteet toimintayksikön tavoitteiden pohjalta. Kehityssuunnitelma toimii toiminnan pohjadokumenttina, johon on kirjattuna toimenpiteet, vastuhenkilöt ja seuranta-aikataulut, joilla toimintayksikön tavoitteita viedään eteenpäin.

Kehityssuunnitelmassa otetaan huomioon asukas-, omais- ja henkilöstötyytyväisyyskyselyiden tulokset sekä avoimet palautteet. Näiden pohjalta suunnitellaan toiminnan kehitystoimenpiteitä. Suunnitelmaa arvioidaan kvarttaaleittain ja/tai tarvittaessa nopeammalla aikataululla sovitusti.

Vuoden 2024 toiminnassa todetut kehittämistarpeet:

- Ihmislähtöisyys ja erinomainen laatu: tiedon kulku, asukaslähtöinen työskentely ja harraste-toiminnan kehittäminen.
- Hyvinvoiva henkilöstö: perehdytys.
- Terve talous ja kestävä tulevaisuus: resurssien tehokas/oikein jaettu käyttö.
- Toimiva viestintä ja yhdessä tekeminen: yhteistyön kehittäminen.

## 10 OMAVALVONTASUUNNITELMAN SEURANTA

Yrjö ja Hanna Kodeilla on laadittu omavalvontaohjelma 2023. Omavalvontaohjelmassa on todettu, miten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen toteutumista, turvallisuutta ja laatua sekä yhdenvertaisuutta seurataan ja miten havaitut puutteellisuudet korjataan. Omavalvontaohjelman osana ovat laissa erikseen säädetyt toimintayksikkö kohtaiset omavalvontasuunnitelmat ja turvallisuussuunnitelmat.

---

**Omavalvontasuunnitelman hyväksyy ja vahvistaa toimintayksikön vastaava johtaja.**

Paikka ja päiväys Lahti 20.2.2024

Allekirjoitus Kirsi Lappalainen

---



YRJÖ JA HANNA  
KODIT