



SOSIAALIPALVELUIDEN OMAVALVONTASUUNNITELMA

**Palveluyksikkö
Jääskenpiha**

2025

YRJÖ JA HANNA
KODIT

SISÄLTÖ

1 OMAVALVONTASUUNNITELMAN LAATIMINEN.....	4
1.1. Omavalvonnan suunnittelusta vastaavat henkilöt	5
1.2. Omavalvontasuunnitelman seuranta	5
1.3. Omavalvontasuunnitelman julkisuus.....	6
2 PALVELUNTUOTTAJAA KOSKEVAT TIEDOT	6
2.1. Palveluntuottaja.....	6
2.2. Palveluyksikön perustiedot	6
2.3. Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet	6
2.3.1. Toiminta-ajatus	7
2.3.2. Toimintaperiaatteet ja niitä ohjaavat arvot.....	7
3 ASIAKASTURVALLISUUS	9
3.1. Vastuu palveluiden laadusta	12
3.1.1. Miten palveluyksikön palveluiden asiakasturvallisuus varmistetaan konkreettisesti 13	
3.2. Asiakkaan asema ja oikeudet.....	14
3.2.1. Hyvinvointialueen sijoittamat asukkaat, palveluseteliasukkaat ja suoraostosopimusasiukkaat.....	15
3.2.2. Itsemaksavat asukkaat	15
3.2.3. Asiakkaan tiedonsaantioikeus.....	15
3.2.4. Asiakkaan asiallinen kohtelu	16
3.2.5. Henkilökunnan ilmoitusvelvollisuus	16
3.2.6. Palveluntuottajan (Yrjö ja Hanna Kodit) ilmoitusvelvollisuus.....	17
3.2.7. Ohje: Henkilökunnan ilmoitusvelvollisuus.....	17
3.2.8. Itsemääräämisoikeuden varmistaminen	18
3.2.9. Asiakas-, palvelu- ja hoitosuunnitelma	20
3.3. Muistutusten käsittely	21
3.4. Sosiaali- ja potilasasiavastaavan yhteystiedot.....	22
3.5. Henkilöstö	23
3.5.1 Henkilöstön rekrytoinnin periaatteet	24
3.5.2 Kuvaus henkilöstön perehdyttämisestä ja täydennyskoulutuksesta.....	25

3.6.	Asiakastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden seuranta	26
3.7.	Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi	26
3.8.	Toimitilat ja välineet	27
3.9.	Lääkinnälliset laitteet, tietojärjestelmät ja teknologian käyttö	28
3.10.	Lääkehoitosuunnitelma	30
4	OMAAVALVONNAN RISKIENHALLINTA	32
4.1.	Palveluyksikön riskienhallinnan vastuut, riskien tunnistaminen ja arvioiminen	32
4.2.	Riskienhallinnan keinot ja toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely ..	33
4.3.	Riskienhallinnan seuranta, raportointi ja osaamisen varmistaminen	33
4.3.1.	Riskienhallinnan työnjako	34
4.3.2.	Riskien tunnistaminen.....	35
4.3.3.	Riskien ja esille tulleiden epäkohtien käsitteleminen.....	35
4.3.4.	Korjaavat toimenpiteet	36
4.3.5.	Ostopalvelut ja alihankinta	37
4.4.	Valmius- ja jatkuvuudenhallinta	37
5	OMAAVALVONTASUUNNITELMAN TOIMEENPANO, JULKAISEMINEN, TOTEUTUMISEN SEURANTA JA PÄIVITTÄMINEN	38
5.1.	Toimeenpano	38
5.2	Julkaiseminen, toteutumisen seuranta ja päivittäminen	38

YRJÖ JA HANNA
KODIT

1 OMAVALVONTASUUNNITELMAN LAATIMINEN

Omaevalvontasuunnitelman laatimisessa on otettu huomioon valvontalain 31 §:n 2 momentin mukainen Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valvira) antama määräys omaevalvontasuunnitelman sisällöstä, laatimisesta ja seurannasta.

Yrjö ja Hanna Kotien omaevalvontaohjelma toimii ohjaavana dokumenttina suhteessa tälle palveluyksikkökohtaiselle omaevalvontasuunnitelmalle. Omaevalvontasuunnitelma on päivittäistä arjen työtä ohjaava asiakirja, johon on kirjattu kaikki keskeiset prosessit ja toimenpiteet havaittujen riskien, vaaratilanteiden ja laadullisten puutteiden ennaltaehkäisemiseksi ja korjaamiseksi.

Palveluyksiköstä käytetään viestinnässä yleisnimeä Yrjö ja Hanna Koti tai palveluyksikön luvassa olevaa nimeä. Lainsäädännön edellyttämässä dokumenteissa käytetään termiä palveluyksikkö ja/ tai palvelupiste.

Omaevalvontasuunnitelman laajuus ja sisältö on määräytynyt palveluyksikössä tuotettavien palvelujen ja toiminnan laajuuden mukaan. Omaevalvontasuunnitelma kattaa kaikki palveluyksikössä tuotetut palvelut, mukaan lukien Yrjö ja Hanna Kotien omana toimintana tuotetut palvelut, ostopalveluna ja alihankintana hankkimat palvelut sekä palvelusetelillä tuotetut palvelut.

Omaevalvontasuunnitelmassa on kuvattu toiminnan keskeiset riskit sekä miten Yrjö ja Hanna Kotien organisaatio sekä palveluyksikössä toimiva henkilökunta valvoo palveluyksikköön kuuluvien palveluiden laatua, asianmukaisuutta, turvallisuutta ja asiakastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyttä. Omaevalvontasuunnitelma toimii palveluyksikössä päivittäisenä toiminnan työvälineenä, joka ohjaa henkilökunnan arjen työtä ja toimintaa.

Yrjö ja Hanna Kodeissa omaevalvonta on oleellinen osa laadunhallintajärjestelmää. Omaevalvontasuunnitelman laatii Kodin johtaja yhdessä henkilökunnan kanssa. Suunnitelman laadinnassa otetaan huomioon muun muassa asiakkailta, läheisiltä ja henkilökunnalta saatu palaute.

Omaevalvonnalla varmistetaan palvelujen saatavuus, jatkuvuus, turvallisuus ja laatu sekä asiakkaiden yhdenvertaisuus. Yrjö ja Hanna Kotien laatu- ja kehitystiimi vastaa omaevalvontasuunnitelmassa organisaatiokohtaisten prosessien kuvaamisesta. Yrjö ja Hanna Kodissa on organisaatiokohtainen omaevalvontasuunnitelmapohja, joka täydennetään ja tarkennetaan palveluyksikkö- ja palvelupistekohtaisesti.

Jääskentien henkilöstö osallistuu omaevalvontasuunnitelman laatimiseen ja päivittämiseen. Henkilöstö osallistuu riskienkartoitukseen sekä kehityssuunnitelman tekoon, nämä ovat osa omaevalvontasuunnitelmaa. Kodin johtaja päivittää omaevalvontasuunnitelman, jonka jälkeen se menee henkilöstölle. Henkilöstö on jaettu 2-3 hengen ryhmiin joilla jokaisella oma osa-alue. Ryhmät referoivat tämän muille, jonka jälkeen käydään keskustelua yhdessä. Keskusteluista tehdään muistio. Keskustelujen yhteydessä esiin tulevat muutokset korjataan omaevalvontasuunnitelmaan. Omaevalvontasuunnitelman purkupäiviä kahtena erillisenä päivänä, ja kolmannessa tehtiin yhteenveto käydyistä keskusteluista. Purkupäivissä kuunneltiin ryhmien koonnit, sekä kerrattiin tehtyjä huomioita ja pohdintoja. Jääskentien arvot käytiin läpi erillisessä palaverissa. Mahdollisten muutosten jälkeen hen-

kilöstö lukee omavalvontasuunnitelman. Jokainen työntekijä jalkauttaa omalla toiminnallaan yrityksen arvot työyhteisöön ja työhön. Palveluuyksikön tiimin palaverissa keskustellaan avoimesti ja kehitetään esiin nousseita asioita yhdessä kodin johtajan kanssa. Kodin johtaja vastaa, että tieto dokumentoidaan asianmukaisesti. Omavalvontasuunnitelma päivitetään vuosittain ja aina tarpeen vaatiessa.

Henkilöstöllä on velvollisuus toimia omavalvontasuunnitelman mukaisesti ja seurata aktiivisesti suunnitelman toteutumista.

1.1. Omavalvonnan suunnittelusta vastaavat henkilöt

Kodin johtaja vastaa palveluuyksikön omavalvontasuunnitelman laatimisesta, toteutumisen seurannasta, päivittämisestä ja julkaisemisesta. Kodin johtaja laatii suunnitelman yhdessä henkilökunnan kanssa. Palveluuyksikön omavalvontasuunnitelman teossa on ollut mukana: Kodin johtaja/sairaanhoitaja, lähi- ja perushoitajat, hoiva-avustajat sekä tukipalvelutyöntekijä.

1.2. 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 Kodin 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 Kodin johtajalle.

Omavalvontasuunnitelman toteutumista seurataan omavalvontaohjelman mukaisesti Jääskenniemen sisäisellä seurannalla omavalvonnan vuosikompassin mukaisesti: kodin johtaja, palveluvastaava ja henkilökunta kukin osaltaan. Omavalvontasuunnitelma on nähtävillä ilmoitustauluilla ja Yrjö ja Hanna Kotien kotisivuilla. Hyvinvointipalveluiden johto arvioi Jääskenniemen toimintaa yhdessä Kodin johtajan kanssa, ohjeistaa palveluuyksikköä ja varmistaa osaltaan ohjeistuksillaan siitä, että sosiaalihuollon palveluja annettaessa toiminta täyttää sille laissa tai sen nojalla annetuissa säännöksissä sekä määräyksissä asetetut vaatimukset. Kodin johtajan vastuulla on päivittää omavalvontasuunnitelma aina, kun päivitystä vaativa muutos toiminnassa tapahtuu tai toimintaa kehitetään.

Omavalvontasuunnitelma päivitetään yhdessä henkilökunnan kanssa, kun toiminnassa tapahtuu palvelun laatuun, toimintaohjeisiin ja asukasturvallisuuteen liittyviä muutoksia, kuitenkin vähintään vuosittain omavalvonnan vuosikompassin mukaisesti. Omavalvontasuunnitelma käydään osissa läpi henkilöstön kanssa päivityksen jälkeen. Omavalvontasuunnitelmat säilytetään 10 vuotta sähköisessä muodossa.

1.3. Omavalvontasuunnitelman julkisuus

Jääskempihan omavalvontasuunnitelma on julkisesti nähtävillä ja saatavilla jääskempihan ilmoitus-
taululla sekä Yrjö ja Hanna kotien internet-sivuilla. Kodin johtaja vastaa, että julkisesti saatavilla
oleva omavalvontasuunnitelma on ajantasainen.

2 PALVELUNTUOTTAJAA KOSKEVAT TIEDOT

2.1. Palveluntuottaja

Palveluntuottajan nimi: Yrjö ja Hanna Hoivapalvelut Oy

Y-tunnus: : 2770642-5

Yhteystiedot: Leppäsuonkatu 4, 00100 Helsinki

2.2. Palveluyksikön perustiedot

Nimi: Jääskempiha

Katuosoite: Jääskentie 22

Postinumero: 02140

Postitoimipaikka: Espoo

Vastuuhenkilö (valvontalain 10 §:n 4 momentti): Hanna Väisänen

Puhelin: 040 905 2185

Sähköposti: hanna.vaisanen@yrjojahanna.fi

Palveluyksikkö: Jääskempiha OID-tunnus 1.2.246.10.27706425.10.39

Palvelupiste: Jääskempiha OID-tunnus 1.2.246.10.27706425.10.20

2.3. Palvelut, toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet

Palveluyksikössä tuotetaan seuraavia palveluja:

Yhdeksän paikkainen ympärivuorokautinen tehostettu palveluasuminen. Vammaispalvelut yli 18-
vuotiaille. Asukasrakenne: ALS, työikäiset muistisairaat ja vammaispalvelun alla olevat asiakkaat,
jotka tarvitsevat ympärivuorokautista palvelua. Palvelut tuotetaan Länsi-Uudenmaan Hyvinvointi-
alueen alueella.

Aluehallintoviraston/Valviran luvan myöntämisajankohta:

Palvelu, johon lupa on myönnetty: Tehostettu palveluasuminen. Vammaispalvelulain alla olevat asiakkaat

Palveluala, joka on rekisteröity: 8.11.2022

Alihankintana ostetut palvelut ja niiden tuottajat:

Apuvälineet: Berner Oy, Elintarvikkeet ja ateriapalvelu: Kespro ja Kampin Domus keittiö, Aterioiden kuljetuspalvelut: A2B, Hoitotarvikkeet: Pamark Oy, Hoitajakutsujärjestelmä, Matinkylän apteekki, Lääkkeiden annosjakelu Pharmados , Huoltoyhtiö: Tapiolan kotikatu, Vuokratyö: Primus Work ja Medipower.

Yrjö ja Hanna Kodit vastaa alihankintana tuotettujen palvelujen laadusta.

2.3.1. 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.

Jääskempihan toiminta-ajatus perustuu Yrjö ja Hanna Kotien toiminnan tarkoitukseen ja perustehtävään. Jääskempihan toiminta-ajatus on tuottaa asumis-, tuki- ja hoivapalveluita vammaispalvelulain alaisuuteen kuuluville yli 18- vuotiaille henkilöille kuten ALS, työikäiset muistisairaat ja vammaispalvelun alla olevat asiakkaat, jotka tarvitsevat ympärivuorokautista palvelua. Jääskempiha tarjoaa ympärivuorokautista palveluasumista asukkailleen. Tarjoamme asukkaille turvallisen ja virikkeellisen ilmapiirin. Asukkaamme saavat arjessaan tarvitsemaansa apua, hoivaa, kuntoutusta, tukea ja seuraa yksilöllisesti.

Jääskempihan toiminta perustuu lainsäädäntöön ja laatusuosituksiin muun muassa Vammaispalvelulakiin 675/2023, Lakiin ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980, Sosiaalihuoltolakiin 30.12.2014/1301, Lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812, Lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 741/2023, Laatusuositukseen aktiivisen ja toimintakykyisen ikääntymisen ja kestävien palvelujen turvaamiseksi 2024–2027, Hallintolakiin 434/2003, Suomen perustuslakiin 11.6.1999/ 731, STM 2021, Turvallinen lääkehoito-opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen.

2.3.2. Toimintaperiaatteet ja niitä ohjaavat arvot

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 yksilöllisesti asiakkaiden hyvinvointia, laadukkaiden palveluiden avulla.

Hyvän palvelun tuottamista ohjaavat Yrjö ja Hanna Kotien arvot: **Eettisyys, Kohtaaminen ja Jatkuvuus.**

Jääskенpihan arvot tarkoittavat päivittäisessä toiminnassa seuraavaa:

Eettisyys: Asukkaillamme on oikeus tehdä itseään koskevia päätöksiä ja olla osana hoidon suunnittelua ja toteutusta. Asukkaiden itsemääräämisoikeuden toteutuminen on meille tärkeää ja kunnioitamme sitä. Kohtelemme kaikkia tasa-arvoisesti ja kauniisti. Toimintamme on avointa, rehellistä ja oikeudenmukaista.

Kohtaaminen: Kohtaamme toisemme yksilöinä ja omina persoonina. Tervehdimme aina toisiamme, ja otamme uudet asukkaat, läheiset, työntekijät, opiskelijat ja yhteistyökumppanit vastaan ilolla. Pysähdymme kuuntelemaan ja olemme läsnä. Keskustelemme ja opimme.

Jatkuvuus: Kehitämme osaamistamme säännöllisillä ja monipuolisilla koulutuksilla. Ohjaamme mielellämme opiskelijoita, he ovat tulevaisuuden hoitajia. Toimintamme on taloudellisesti vakaata ja laadukasta, joka turvaa asukkaillemme pysyvät kodit ja henkilökunnalle pitkäaikaiset työpaikat. Henkilöstön työhyvinvointi, sekä työyhteisössä viihtyminen on meille tärkeää, ja yhdessä kehitämme sitä. Meillä kaikilla on 100% vastuu.

Jääskенpihassa 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, läheisten ja työtovereiden kohtaamisessa. Toiminta-ajatus, arvot ja periaatteet ovat kaikkien asukkaiden sekä heidän läheistensä nähtävillä. Niiden toteutumista seurataan sisäisissä auditoinneissa, asukas-, läheis- ja henkilöstökyselyissä sekä palautteissa.

Henkilökunta sitoutetaan arvojen ja periaatteiden mukaiseen toimintaan työyhteisökohtaisten arvokeskustelujen, henkilökohtaisen perehdytyksen ja kehityskeskustelujen avulla. Arvokeskustelut käydään ja arvot avataan Jääskенpihassa vuosittain omavalvontasuunnitelman päivityksen yhteydessä. Jääskенpiha noudattaa organisaatiokohtaisia ohjeita ja menettelytapoja, miten arvojen ja periaatteiden vastaiseen toimintaan puututaan välittömästi. Työsopimuksen liitteenä on hyvään käytökseen sitoutumisen lomake.

Jääskenniemen Kodin johtaja selvittää edellä mainittujen ja periaatteiden vastaisen toiminnan juurisyyn. Työntekijöille annetaan tarvittaessa lisäperehdytystä tai kehitetään ja muokataan työohjeita. Kodin johtaja seuraa ja valvoo organisaation käytänteiden mukaisesti arvolähtöistä palvelutoimintaa ja puuttuu tarvittaessa ohjeiden noudattamattomuuteen työnjohdollisin keinoin. Kodin johtaja raportoi palvelujohtajalle.

Jääskenniemen arvojen ja toimintaperiaatteiden vaikuttavuutta mitataan vuosittain kyselyjen koon-tien valmistuttua. Kodin johtaja käy läpi yhdessä henkilökunnan kanssa tulokset, joiden perusteella tehdään tarvittaessa yhteisesti laadullisia muutoksia toteutettavaan palveluun.

3 ASIAKASTURVALLISUUS

Palveluyksikön tarjoamat palvelut ovat korkealaatuisia, asiakaslähtöisiä, turvallisia ja asianmukai-sesti toteutettuja. Palvelujen laadun ja asiakasturvallisuuden varmistamisessa sekä palvelujen ke-hittämisessä keskeisessä roolissa on osaava henkilöstö, joka on sitoutunut palveluyksikön omaval-vontaan.

Palveluyksikön palveluille asettamat laatuvaatimukset ja laadunhallinnan toteuttamistavat, nouse-vat asiakkaiden kanssa tehdyistä sopimuksista. Palveluiden laatua valvotaan palveluyksiköittäin ja palvelupisteittäin. Laaduntarkastuksia suoritetaan ympäri vuoden Yrjö ja Hanna Kotien hyvinvointi-palveluiden johdon toimesta (johdon katselmukset, sisäiset auditoinnit) sekä ulkopuolelta tulevien ulkoisten valvontakäyntien toimesta. Tämän lisäksi hyvin tärkeässä roolissa on Kodin oma henkilö-kunta yhdessä kodin johtajan kanssa. Palveluyksiköllä

Jääskenniemen asiakasturvallisuus varmistetaan seuraavien prosessien kautta.

Asukkaaseen kohdistuva fyysinen väkivalta / asukkaan aggressiivinen käyttäytyminen

Tavoitteena on, että jokaisella asukkaallamme on fyysinen koskemattomuus. Henkilökunta ei käytä fyysisiä pakotteita ja rajoitteita tai väkivaltaa, tällaista ilmetessä työnantaja ryhtyy työnjohdollisiin toimenpiteisiin. Asukkaan aggressiivisesta/ uhkaavasta käyttäytymisestä raportoidaan aina kirjalli-sesti Laatuportin kautta Kodin johtajalle. Asukkaan aggressiivisesta/ uhkaavasta käyttäytymisestä on oma ohjeensa, joka löytyy intrasta.

Henkinen turvallisuus

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

Henkilökunnan huomattessa tai epäillessä asukkaan joutuneen kaltoin kohdelluksi esim. läheisten tai ulkopuolisten toimesta, tilanteeseen tulee puuttua mahdollisimman nopeasti. Havainnon tekevä työntekijä, ilmoittaa asiasta välittömästi Kodin johtajalle, joka vie asiaa eteenpäin tilanteesta riip-puen poliisille, sosiaalityöntekijälle tai terveydenhuollon viranomaisille. Havainnon tekijä tekee il-moituksen Laatuporttiin, jossa se käsitellään (sisäisessä Intrassa olevien) ohjeiden mukaisesti.

Asukkaan katoaminen:

Asukkaan katoamiselle on laadittu erillinen ohjeistus, joka löytyy perehdytyskansioista sekä sisäisessä-intrasta kohdasta talokohtaiset ohjeet. Ohjeistuksessa on huomioitu yhteistyö viranomaisten kanssa sekä tiedottaminen.

Hoidon jatkuvuus:

Jääskentahalla on käytössä omahoitajuus, jolloin jokaisella asukkaalla on nimetty omahoitaja, joka on hänen asioidensa asiantuntija. Omahoitaja on myös yhteyshenkilö palveluyksikön ja eri hoitoon osallistuvien tahojen välillä. Jääskentahassa on sovittu menettelytavat 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 Kodin johtajan ja henkilöstön tehtäviin ja asukkaita ohjataan tarvittaessa palveluiden ja tukien piiriin hakeutumisessa.

Omaavontalain mukainen omaavonta

Riskien arviointi on koko henkilökunnan vastuulla. Päivittäin tapahtuvaa turvallisuushavainnointi on osa jokapäiväistä työtä. Henkilökunta kirjaa havaitsemansa läheltä piti- tai vaaratilanneilmoitukset Laatuporttiin. Tilanteen vakavuuden mukaan kirjaajalla on vastuu toimia prosessin edellyttämällä tavalla noudattaen työnantajan ohjeita.

Jääskentahaa koskeva työn riskien kartoitus tehdään organisaation vuosikompassin mukaisesti kalenterivuositain. Riskien hallintatyökalu on rakennettu Laatuportin sisälle. Järjestelmä luokittelee ja teemoittelee riskit automaattisesti. Riskienhallinta perustuu STM:n Riskien arviointiin työpaikalla. Riskien väliarviointi ja seuranta toteutuvat puolivuositain. Väliarviointi on olennainen osa riskien laadun hallintaa. Kartoituksen tekee Kodin 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, esimerkiksi säännöllisesti toteutuvat palotarkastukset, terveydensuojeluviranomaisen tarkastukset sekä työsuojelutarkastukset. Yhteistyöstä poikineet toiminnan huomautukset otetaan aina vakavasti ja siirretään välittömästi Jääskentahan kehityssuunnitelmaan.

Vaaralliset aineet ja lääkkeet

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

Asukkaan taloudellinen turvallisuus:

Jääskentien asuinalueella on erillinen ohjeistus asukkaiden rahavarojen käsittelystä ja säilytyksestä sekä yhteistyöstä edunvalvojien kanssa. Henkilöstö ohjaa tarvittaessa edunvalvonnan piiriin. Huomatessa asukkaalla ongelmia talouden hoidossa ohjataan läheisiä edunvalvontaan liittyvissä asioissa, tarvittaessa tehdään ilmoitus sosiaalityöntekijälle sosiaalipalveluiden tarpeesta olevasta henkilöstä tai Digi- ja viestintävirastolle edunvalvonnan tarpeesta olevasta henkilöstä.

Kaikkia turvallisuuden osa-alueita pyritään toiminnassamme koko ajan kehittämään yhdessä asukkaiden, läheisten, muiden yhteistyöverkostojen ja viranomaisten sekä henkilökunnan kanssa. Lisäksi suurelta osin asukasturvallisuuden kehittämiseen vaikuttavat henkilökunnan osaamisen kehittäminen sekä johtaminen. Jääskentien asuinalueella koulutetaan henkilökuntaa sekä Kodin johtajaa vuosittain palveluysikkökohtaisen koulutussuunnitelman mukaisesti.

Asukkaan ravitsemus

Ateriapalvelut hankitaan ostopalveluna Yrjö ja Hanna kotien Domuksesta, jolla on käytössään ravitsemussuositusten mukainen kuuden viikon kiertävä ruokalista.

Aamiainen, välipalat ja iltapala valmistetaan Jääskentien asuinalueella. Muut ruoat ja elintarvikkeet tilataan viikottain Kesprolta ja tavarat toimitetaan tiistaisin ja perjantaisin Jääskentien asuinalueeseen. Kesprolta tilataan palveluysikköön vararuoka esim. lämpimässä säilyvä keitto poikkeustilanteita varten.

Ateriat Jääskentien asuinalueen palveluysikköön toimittaa Ravintola Domuksen järjestämä kuljetuspalvelu A2B kolme kertaa viikossa, ma-ke-pe. Saapuvan ruoan lämpötila mitataan ja jos kuljetuksen jälkeen havaitaan poik-keama lämpötilassa, ollaan välittömästi yhteydessä Domuksen ravintolapäällikköön Osku Ojala puh. 050 465 4242 tai keittiön toiminnasta vastaavaan Hanna Väisänen 040 905 2185. Poikkemasta/palautteesta tehdään myös ilmoitus Laatuporttiin toiminnan kehittämiseksi. Hoitaja tai tukipalvelutyöntekijä lämmittää ruoan ennen tarjoilua ryhmäkodin kiertoilmauuneissa. Häätätilanteessa ruoka voidaan lämmittää myös kaasui- tai hiiligrillissä. Ruoan lämpötiloja seurataan tiiviisti omavalvontasuunnitelman mukaisesti eri vaiheissa kuten saapuessa ja tarjoiltaessa. Jääkaappien lämpötiloja seurataan säännöllisesti.

Ravinto ja ruokailu sekä niihin liittyvä tapakulttuuri ovat keskeinen asiakkaille tärkeä osa monia sosiaalihuollon palveluja. Ruokailun järjestämisessä on huomioitava asiakkaiden toiveiden lisäksi erityisruokavaliot (diabetes, autoimmuunisairaudet, ruoka-aineyleherkkyydet, -allergiat ja -intoleranssit) niin, että kaikki osapuolet voivat tuntea olonsa turvalliseksi. Uskontoon tai eettiseen vakaumukseen perustuvaa ruokavaliota ovat osa monikulttuurista palvelua, mikä tulee palvelussa ottaa huomioon. Asukkaiden erityisruokavaliot huomioidaan kaikissa ruokailuissa ja nämä kirjataan myös asukkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Asukkaille tilataan erityisruoat erikseen ja ne toimitetaan asukas-kohtaisesti erikseen pakattuina annoksina.

Jääskentien asuinalueella tarjoillaan ateriat seuraavasti:

aamiainen klo: alkaen 7.00-

lounas klo: 11.15-

päiväkahvi/välipala klo: 14.00-

päivällinen klo: 16.15-

iltapala klo: alkaen 19.30-

Asukkaiden erityisruokavaliot huomioidaan kaikissa ruokailuissa ja nämä kirjataan myös asukkaan asiakassuunnitelmaan. 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 asiakassuunnitelman päivityksen yhteydessä ja kotiin vietävien palveluiden asukkaille heidän toiveestaan tai asiakassuunnitelman mukaan.

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

3.1. Vastuu palveluiden laadusta

Yrjö ja Hanna kodeilla laadunhallinnan ja asiakasturvallisuuden varmistamiseksi huomioidaan niin lainsäädäntövaatimukset kuin käytännön toimenpiteetkin. Tämä mahdollistaa palveluiden laadun jatkuvan parantamisen ja asiakasturvallisuuden.

Palveluyksikön Kodin johtaja johtaa palvelutoimintaa ja valvoo, että palvelut täyttävät niille säädetyt edellytykset koko sen ajan, kun palveluja toteutetaan. Kodin johtajalla on toiminnan edellyttämä, asianmukainen koulutus, kokemus ja ammattitaito.

Palveluyksikön johtajalla on palveluyksikkökohtaista asiakastyön asiantuntemusta, joka tukee laadukkaan ja turvallisen hoidon ja huolenpidon sekä palvelujen kokonaisuutta, eri ammattiryhmien yhteistyötä sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämistä.

Palveluyksikön omavalvonnan vastuusuhteiden ja johtamisjärjestelmän kuvaaminen on keskeistä varmistettaessa, että palvelut tuotetaan laadukkaasti ja turvallisesti, sekä että ne vastaavat voimassa olevan lainsäädännön vaatimuksia. Yrjö ja Hanna Kotien Hyvinvointipalveluiden johtoryhmällä on kokonaisvastuu omavalvonnasta. Tämä sisältää vastuun siitä, että omavalvonta on asianmukaisesti järjestetty, resursoitu ja että kaikki lainmukaiset vaatimukset täytetään. Johto myös päättää omavalvonnan tavoitteista ja kehittämistoimista valtakunnallisesti. Omavalvonnasta vastaaja johtoryhmän jäsenenä on laatupäällikkö.

Kodin johtajalla on vastuu valvoa omavalvonnan käytännön toteutumista päivittäisessä toiminnassa palveluyksikössä. Kodin johtajan tehtävänä on varmistaa, että työntekijät noudattavat omavalvontasuunnitelmaa ja että mahdollisiin ongelmiin puututaan ajoissa. Kodin johtaja valvoo laatua muun muassa seuraamalla ilmoituksia, palautteita, havaintoja, kirjauksia ja raportteja.

Jokaisella työntekijällä on velvollisuus noudattaa omavalvontasuunnitelmaa ja raportoida havaitsemistaan poikkeamista tai riskeistä. Koko henkilöstö osallistuu omavalvonnan toteuttamiseen esimerkiksi kirjaamalla havaintojaan ja osallistumalla koulutuksiin.

3.1.1. Miten palveluyksikön palveluiden asiakasturvallisuus varmistetaan konkreettisesti

Kaikki palveluyksikkö kohtaiset vaaratilanteet, läheltä piti -tilanteet ja haittatapahtumat raportoidaan ja analysoidaan, jotta koko henkilökunta voi oppia virheistä ja estää niiden toistumisen.

Asianmukainen asiakaslääkityksen hallinta parantaa asiakasturvallisuutta. Lääkitysturvallisuuteen kuuluu muun muassa lääkkeiden oikea annostelu, varastointi ja kirjaaminen, jotka ovat olennainen osa asiakasturvallisuutta.

Asiakkaat ja heidän läheisensä osallistuvat aktiivisesti palveluprosessiin ja päätöksentekoon. Asukailta ja heidän läheisiltä kerätään palautetta aktiivisesti. Heidän palautteensa ja kokemuksensa voivat auttaa tunnistamaan mahdollisia turvallisuusriskejä.

Asiakasturvallisuutta varmistetaan säännöllisillä tarkastuksilla ja valvonnalla, esimerkiksi paloturvallisuustarkastuksilla, laitteiden tarkastuksilla ja hygieniakäytäntöjen seurannalla.

Palveluyksikössä noudatetaan hyvinvointialueen terveys- ja hygieniakäytäntöjä. Palveluyksikössä huolehditaan hyvästä käsihygieniasta ja valvotaan suojainten käyttöä tartuntojen ehkäisytoimenpiteenä. Ohjeiden mukaiset hygieniakäytännöt ovat välttämättömiä asiakasturvallisuuden varmistamiseksi.

Palveluyksikössä on laadittu valmiussuunnitelma, joka kattaa esimerkiksi hätätilanteiden hallinnan, paloturvallisuuden, ja evakointisuunnitelmat.

Jääskentien asukashuoneissa on laadittu erillinen siivoussuunnitelma, jonka mukaisesti yleisestä hygieniatasosta asukashuoneissa, yleisissä tiloissa sekä huoltotiloissa huolehditaan päivittäin. Siivoussuunnitelmassa on huomioitu myös keittiö- ja kotitalousjätteen jätehuolto. Siivoussuunnitelma löytyy Palveluyksikön dokumentinhallinnasta Share pointista sekä jääskentien keittiöltä.

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

Siivoussuunnitelmassa on tarkka kuvaus yksikön siivouksesta ja puhtaanapidosta, sekä pyykkihuollosta. Yksikön siivouksesta vastaa tukipalvelutyöntekijä Niina Sinisalo. Työntekijät saavat osana perehdytysohjelmaa opastuksen puhtaanapitoon, laitteisiin, välineisiin ja pyykkihuollon toteuttamiseen. Pyykkihuolto toteutetaan arkipäivisin, jolloin vuorossa tukipalvelutyöntekijä, tarvittaessa pyykkihuoltoa voidaan toteuttaa myös muina vuorokauden aikoina ja öisin. Yksikössä on erillinen tila kellarikerroksessa ja useita koneita pyykkihuoltoa varten. Asukkailla ovat käytössä omat vaatteet ja vuodevaatteet. Kaikki työntekijät osallistuvat yksikön siivoukseen tarvittaessa ja huolehtivat palveluyksikössä työskennellessään yleisestä siisteydestä ja viihtyvyydestä.

Jääskentienpihassa noudatetaan hyvää käsihygieniää. Jääskentienpihassa on sijoiteltuina käytäville ja käsi- ja pesupaikoille käsihuuhdeannostelijoita, jotka ovat myös vierailijoiden saatavilla. Hoito- ja asukastyössä toimitaan ammattitaitoisesti hygieniasäännösten mukaisesti ja noudatetaan hyvinvointialueen infektioyksikön suosituksia ja ohjeistuksia käsi- ja muussa hygieniassa. Käsihuuhteen kuluusta seurataan kuukausittain. Henkilökunnalta edellytetään vuosittain influenssarokotteen ottoa. Mikäli henkilökuntaan kuuluvalla on este influenssarokotteelle, tulee hänen käyttää maskia influenssakauden ajan.

Epidemiatilanteissa noudatetaan Länsi-Uudenmaan 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 liinavaatepyykki kuljetetaan niille tarkoitetuissa säkeissä 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 läheisiä tiedotetaan asiasta. Henkilökunnalle, asukkaille, läheisille sekä muille vierailijoille korostetaan käsihygienian ja mahdollisen suojautumisen tärkeyttä entisestään. Ruokailujen yhteydessä ruokailijat sekä ruokailussa avustajat käyttävät tehostetusti käsihuuhhteita. 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.

Palveluyksikön hygieniayhdyshenkilö on Eila Suomalainen, eila.suomalainen@yrjojahanna.fi

3.2. Asiakkaan asema ja oikeudet

Asiakkaan pääsy palveluun ja hoitoon varmistetaan ilmoittamalla palveluyksikön vapaat paikat mahdollisimman nopeasti yhteistyötahoille. Vapaat paikat ovat löydettävissä lisäksi Socfinder nettisivuilta.

Suomessa on käytössä hoitotakuu, joka määrittelee enimmäisajat, joiden kuluessa asiakkaan tulee saada tarvitsemansa hoito. Lainsäädäntö varmistaa lisäksi, että palvelut ovat yhdenvertaisesti kaikkien saatavilla ilman syrjintää. Tämä tarkoittaa esimerkiksi esteettömyyden varmistamista ja erityisryhmien tarpeiden huomioimista.

3.2.1. Hyvinvointialueen sijoittamat asukkaat, palveluseteliasukkaat ja suoraostosopimusasiukkaat

Hyvinvointialueen asumispalveluista vastaava henkilö tai työryhmä arvioi asukkaan asumisen tarpeen ja tekee päätöksen asukkaaksi ohjauksesta. Asumispalveluista vastaava henkilö tiedottaa alustavasta palveluntarpeesta ja asiakassuunnitelmasta. Viimeistään saapuessaan asukas ja/tai läheiset saavat täytettäväkseen elämäntarkastuksen, jota hyödynnetään yksilöllisen asiakassuunnitelman laadinnassa. Kahden viikon kuluttua asukkaan saapumisesta tehdään vammaispalvelun asukkaille RAI LTC. RAI:t ovat asukkaan toimintakykyyn ja palveluntarpeen arvioon käytettäviä mittareita, MMSE muistitesti ja GDS-15 myöhempiä masennusseuloja.

Asiakassuunnitelma laaditaan yhdessä asukkaan, hyvinvointialueen edustajan, omahoitajan, läheisen sekä muiden mahdollisten asukkaan verkostoon kuuluvien henkilöiden kanssa kuukauden kuluessa asumisen alkamisesta. Palveluyksikön henkilökunta avustaa asukkaita tarvittavien tukien hakeamisessa.

3.2.2. Itsemaksavat asukkaat

Itsemaksavien asukkaiden osalta asumisen ja palveluiden tarpeen kartoituksesta vastaa Kodin johtaja. Asukkaan muuttaessa, hänelle tehdään asiakassuunnitelma. Suunnitelmassa sovitaan palveluista alustavasti ja tehdään ensimmäinen versio hoito- ja palvelusuunnitelmasta. Asukas ja/tai läheiset saavat täytettäväkseen elämäntarkastuksen, jota hyödynnetään yksilöllisen suunnitelman laadinnassa.

Kahden viikon kuluttua asukkaan saapumisesta tehdään RAI arviointi sekä yksilöllinen aikaseuranta palvelun tarpeesta vähintään 7 vrk:n ajalta. Noin kuukauden kuluttua muutosta asiakassuunnitelmasta tarkennetaan toteutuneen palvelutarpeen pohjalta. Hoito- ja palvelusuunnitelma tarkennetaan toteutuneen palvelutarpeen sekä RAI arvioinnin pohjalta. Arvioinnissa tehdään yhdessä asukkaan, omahoitajan, läheisen sekä muiden mahdollisten asukkaan verkostoon kuuluvien henkilöiden kanssa.

3.2.3. Asiakkaan tiedonsaantioikeus

Palveluyksikössä varmistetaan, että asiakkaalle annetaan tietoa ymmärrettävässä ja selkeässä muodossa, huomioiden henkilön kielitaito, kognitiiviset kyvyt, kuulo- tai näkörajoitteet ja muut erityistarpeet. Viestimisessä käytetään selkokieltä ja tarvittaessa apuvälineitä tai tulkkauspalveluja. Tietoa tarjotaan sekä suullisesti että kirjallisesti. Kirjallisten ohjeiden ja materiaalien on tarkoitus tukea suullista viestintää ja varmistaa, että asiakas voi palata tiedon pariin myöhemmin.

Asiakkaalle annetaan kattavat tiedot eri hoito- ja palveluvaihtoehdoista, niiden hyödyistä ja riskeistä, jotta hän voi tehdä tietoon perustuvia päätöksiä. Tämä sisältää myös tiedon mahdollisista vaihtoehdoista ja hoitamatta jättämisen seurauksista. Keskustelussa otetaan huomioon asiakkaan koko elämäntilanne, mukaan lukien fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja taloudellinen ulottuvuus, jotta palvelut ja tuki ovat mahdollisimman tarkoituksenmukaisia.

Palveluyksikössä asuvilla asiakkailla on oikeus tarkastaa ja saada kopio omista asiakastiedoistaan. Jos asiakas havaitsee omissa tiedoissaan virheitä, hänellä on oikeus pyytää niiden korjaamista. Palveluyksikön henkilökunta kannustaa asiakkaita osallistumaan aktiivisesti häntä koskevaan päätöksentekoon. Tämä voi sisältää vaihtoehtojen punnitsemisen yhdessä henkilökunnan kanssa, riskien ja hyötyjen arvioinnin sekä yhteisen päätöksen tekemisen. Tarvittaessa asiakkaan tukihenkilö tai läheinen voi osallistua päätöksentekoon, erityisesti silloin, kun asiakas tarvitsee apua kommunikoinnissa tai päätöksenteossa.

3.2.4. Asiakkaan asiallinen kohtelu

Jääskenniemen 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, läheisten, yhteistyökumppaneiden sekä työtovereiden palautteiden perusteella.

Asiakasta ja hänen läheisiään informoidaan heti palveluyksikköön muuttaessa, mihin hän voi olla tarvittaessa yhteydessä, mikäli hän ei ole tyytyväinen saamaansa palveluun.

Epäasiallista kohtelua tai vuorovaikutusta ilmetessä tapahtumien kulku pyritään aina ensisijaisesti selvittämään keskustellen asianomaisten henkilöiden kanssa ja tapauksesta riippuen keskusteluun otetaan mukaan läheiset 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 palveluesihenkilön käytettävissä ovat normaalit työnjohdolliset toimenpiteet (suullinen huomautus, kirjallinen varoitus ja työsuhteen päättäminen).

Yrjö ja Hanna Kodeilla on henkilöstölle ohje Omavalvontalain 29§:n mukaisesta ilmoitusvelvollisuudesta. Ohje ilmoitusvelvollisuudesta löytyy Intrasta kohdasta ilmoittaminen.

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

Asiakkaan kohtelusta kysytään vuosittain asiakas- ja läheistyytyväisyyskyselyiden avulla. Kyselyiden tulokset ovat saatavilla nettisivuilla, sekä niistä tiedotetaan yksiköissä.

3.2.5. Henkilökunnan ilmoitusvelvollisuus

Palvelunjärjestäjän ja palveluntuottajan henkilöstöön kuuluvan tai vastaavissa tehtävissä toimeksiantosuhteessa tai alihankkijana toimivan henkilön on ilmoitettava viipymättä salassapitosäynnösten estämättä palveluyksikön vastuuhenkilölle tai muulle toiminnan valvonnasta vastaavalle henkilölle, jos hän tehtävissään huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan sosiaali- tai terveydenhuollon toteuttamisessa taikka muun lainvastaisuuden.

Ilmoituksen vastaanottaneen henkilön on ilmoitettava asiasta palvelunjärjestäjälle tai palveluntuottajalle. Palvelunjärjestäjän, palveluntuottajan ja vastuuhenkilön on ryhdyttävä toimenpiteisiin epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan taikka muun lainvastaisuuden korjaamiseksi. Ilmoitus voidaan tehdä salassapitosäännösten estämättä.

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

Valvontaviranomainen voi päättää toimenpiteistä siten kuin 38 §:ssä säädetään tai antaa 39 §:ssä säädetyn määräyksen epäkohdan poistamiseksi.

Ilmoituksen tehneeseen henkilöön ei saa kohdistaa kielteisiä vastatoimia tehdyn ilmoituksen seurauksena. Palveluntuottajan tai vastuuhenkilön menettelyä on pidettävä kiellettyä vastatoimena, jos henkilön työ- tai virkasuhteen ehtoja heikennetään, palvelussuhde päätetään, hänet lomautetaan, häntä muutoin kohdellaan epäedullisesti tai häneen kohdistetaan muita kielteisiä seurauksia sen vuoksi, että hän on tehnyt 2–4 momentissa tarkoitetun ilmoituksen tai osallistunut ilmoittamansa asian selvittämiseen. Kiellettyä on myös estää tai yrittää estää henkilöä tekemästä 2–4 momentin mukaista ilmoitusta.

3.2.6. Palveluntuottajan (Yrjö ja Hanna Kodit) ilmoitusvelvollisuus

Palveluntuottajan on ilmoitettava välittömästi salassapitosäännösten estämättä palvelunjärjestäjälle ja valvontaviranomaiselle palveluntuottajan omassa tai tämän alihankkijan toiminnassa ilmenneet asiakasturvallisuutta olennaisesti vaarantavat epäkohdat sekä asiakasturvallisuutta vakavasti vaarantaneet tapahtumat, vahingot tai vaaratilanteet sekä muut sellaiset puutteet, joita palveluntuottaja ei ole kyennyt tai ei kykene korjaamaan omavalvonnallisin toimin.

3.2.7. Ohje: Henkilökunnan ilmoitusvelvollisuus

✓ Jokainen työntekijä on velvollinen ilmoittamaan, mikäli tehtävissään huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan sosiaali- tai terveydenhuollon toteuttamisessa taikka muun lainvastaisuuden.

✓ Ilmoitus tehdään AINA Laatuporttiin: kohtaan vaaratapahtuma, epäkohta ja epäkohdanuhka

✓ Kaikki ilmoitukset huomioidaan arkipäivisin 24h ilmoituksen saapumisesta. Ilmoitukset otetaan viikon sisällä käsittelyyn, kaikki poikkeamat käydään viikoittain läpi. Epäkohta ja epäkohdan uhka ilmoitukset tulee olla käsiteltynä kuukauden sisällä ilmoituksen saapumisesta.

✓ Kodin johtaja selvittää ilmoitukseen johtaneet syyt ja olosuhteet yhteistyössä henkilöstön ja tarvittaessa hyvinvointipalveluiden johdon kanssa. Epäkohdalle tai epäkohdan uhalle asetetaan tarvittavat kehittämistoimenpiteet tapahtuman korjaamiseksi ja/tai ehkäisemiseksi jatkossa aikatauluineen.

✓ Epäkohtailmoitukset ja niiden kehitystoimenpiteet ovat osa julkista omavalvonnan osavuosisiraporttia, joka julkaistaan kolme kertaa vuodessa Yrjö ja Hanna Kotien nettisivuilla

3.2.8. Itsemääräämisoikeuden varmistaminen

Itsemääräämisoikeus on jokaiselle asukkaalle 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. Palveluyksikössä henkilökunnan tehtävänä on kunnioittaa ja vahvistaa asukkaan itsemääräämisoikeutta sekä tukea hänen osallistumistaan palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen.

Asukas on aina itse mukana asiakassuunnitelman 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 asiakassuunnitelmaan ja sen toteutumista arvioidaan päivittäin. Asukkaalle laaditaan aina myös itsemääräämisoikeussuunnitelma.

Jääskentehassa 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. Itsemääräämissuunnitelman teosta vastaa asiakkaan omahoitaja.

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. Päätökset kirjataan aina asiakastietojärjestelmään. Rajoitustoimenpiteet on toteutettava lievimmän rajoittamisen periaatteen mukaisesti ja turvallisesti henkilön ihmisarvoa kunnioittaen ja se on lopetettava heti, kun toimenpide ei ole enää välttämätön. Rajoittamistoimenpiteitä seurataan asiakkaan päivittäiskirjauksissa.

Yrjö ja Hanna Kodeilla on ohjeistus itsemääräämisoikeuden rajoittamisen periaatteista ja käytännöistä. Ohjeistus löytyy sisäisestä intrasta kohdasta asiakastyö.

Yrjö ja Hanna Kotien itsemääräämisoikeuden rajoittamisen yleiset periaatteet

- Asumaan 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
- Jääskentien asunnossa 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, läheisten 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 takia, 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, läheisten ja hoitavan lääkärin kanssa
- Itsemääräämisoikeutta rajoittavista toimenpiteistä tehdään kirjalliset päätökset. Päätökset kirjataan asiakastietojärjestelmään 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
- Jokaista rajoittamistoimenpidettä seurataan asiakkaan päivittäiskirjauksissa. Rajoittamistoimenpide kirjataan alkaneeksi ja päättyneeksi raporteissa.

Jääskentien asukaskodissa ei tällä hetkellä käytössä ole rajoitustoimenpiteitä, jokainen asukas kykenee antamaan luvan ja ymmärtämään omaa turvallisuutta lisääviin toimenpiteisiin esim. sängyn laita. Hoitajat arvioivat aina tilannekohtaisesti rajoittamistarpeen ja rajoittamista käytetään aina viimeisimpänä vaihtoehtona asukkaan turvallisuuden takaamiseksi. Rajoitustoimet Jääskentien asukkaille tarvittaessa määrää terveyskeskuslääkäri.

3.2.9. Asiakas-, palvelu- ja hoitosuunnitelma

Palvelun ja hoidon tarvetta arvioidaan aina yhdessä asukkaan ja tarvittaessa hänen luvallaan läheisensä tai laillisen edustajansa kanssa. Arvioinnin lähtökohtana 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 terveydentilan epävakaus, heikko ravitsemustila, turvattomuus, sosiaalisten kontaktien vähyyys tai kipu.

Käytössä ovat toimintakykymittareista RAI LCT (toimintakyky ja palvelutarpeen arvio), MMSE (muisti), GDS-15 (masennusaste), MNA(ravitsemus) ja Barthel (fyysinen toimintakyky). Toimintakykyarvioinnit 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 asiakassuunnitelman perusta. Asiakkaan palveluista sovitaan aina kirjallisesti asiakkuussopimuksella. Sopimuksella määritellään asiakkaan saamat palvelut, niiden ajat, hinnat, ehdot sekä maksaja. Asiakkuussopimus talletetaan asiakastietojärjestelmä DomaCareen asiakkaan liitetietoihin.

Palveluyksikön asiakassuunnitelmat luodaan DomaCare asiakastietojärjestelmään (palvelu ja kuntoutussuunnitelma), johon asukasta ohjaavalla 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, jotka huomioidaan asiakkaan hoidon tavoitteita suunniteltaessa. Tavoitteet määritellään asukkaan kuntoisuuden mukaan. Suunnitelmaan kirjataan

myös ne toimenpiteet, joilla tuetaan ja edistetään asukkaan itsenäistä suoriutumista ja itsemääräämisoikeuden toteutumista. Asukkaille määritellään 3-5 numeerisesti päivittäiskirjauksissa seurattavaa tavoitetta.

Asiakassuunnitelman toteumista 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 asiakassuunnitelmaa 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 läheisiltä. Asukkaalle ja hänen läheisilleen annetaan palveluihin liittyvää ohjausta ja neuvontaa suunnitelman päivityksen yhteydessä.

Omahoitajat vastaavat omien asukkaittensa asiakassuunnitelmaan tulleiden muutosten informoinnista ja tiedotuksen kanavana käytetään muun muassa henkilökunnan raportointi- ja hoitopalaveria, asiakastietojärjestelmän viestikansaa sekä asiakaskertomusta. Muutoksia sekä palvelu- ja hoitosuunnitelmien arviointia käydään läpi päivittäin vuororaporttien yhteydessä sekä viikoittain henkilöstöpalaverissa.

Jääskentien seurataan suunnitelmien ajan tasaisuutta kvartaaleittain. Kodinjohtaja/sairaanhoitaja seuraa ja vastaa, että hoito- ja palvelusuunnitelmat, itsemääräämissuunnitelmat ja rajoitustoimenpiteiden päätökset ovat ajan tasalla ja kirjattuna asiakastietojärjestelmään. Kodinjohtaja/sairaanhoitaja ohjaa suunnitelmien tekemisessä omahoitajia. Suunnitelmien tekoon on saatavilla koulutusta ja perehdytystä. Ohjeet löytyvät sisäisestä intrasta kohdasta asiakastyön kirjaaminen.

Paikallisen hyvinvointialueen potilas- ja sosiaalivastaavan yhteystiedot ovat nähtävillä hyvinvointialueiden nettisivuilla. Palveluyksikön Kodin johtaja avustaa yhteystietojen etsimisessä. Potilas- ja sosiaalivastaavan tehtävänä on neuvoa asiakkaita sosiaalihuoltoon ja asiakkaan oikeuksiin liittyvissä asioissa. Potilas- ja sosiaalivastaava palvelee sekä julkisen että yksityisen sosiaalihuollon asiakkaita. Myös asiakkaiden läheiset voivat olla yhteydessä potilas- ja sosiaalivastaavaan.

Potilas- ja sosiaalivastaavan yhteystiedot:

Kodin johtaja nimi ja yhteystiedot

3.3. Muistutusten käsittely

Hoitoonsa tai siihen liittyvään kohteluunsa tyytymätön asukas tai hänen läheisensä voi tehdä asiasta kirjallisen muistutuksen Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (812/2000) mukaisesti. Muistutus voidaan jättää palveluyksikön kodinjohtajalle, Sosiaali- ja potilasasiavastavalle tai palvelujen järjestämisvastuussa olevalle viranomaiselle.

Ennen muistutuksen tekemistä asukasta kannustetaan selvittämään asia asukasta hoitaneiden henkilöiden kanssa. Usein asiat ratkeavat keskustelun avulla, eikä muita toimenpiteitä tarvita. Mikäli kuitenkin asukas haluaa tehdä muistutuksen, ohjeet ja muistutuslomake löytyy Yrjö ja Hanna kotien

nettisivuilta, mutta se voi olla myös vapaamuotoinen teksti, josta käy ilmi, että kyseessä on potilaslakiin perustuva muistutus. Dokumentti palautetaan kyseisen palveluyksikön kodin johtajalle tai sosiaalihuollon johtavalle viranhaltijalle. Dokumentti kirjataan saapuneeksi, se käsitellään ohjeiden mukaisesti ja muistutuksen tekijälle vastataan kirjallisesti kohtuullisessa ajassa.

Jääskenniemen muistutuksen vastaanottaja on:

Kodin johtaja Hanna Väisänen

Puh. 040 9052185

hanna.vaisanen@yrjojahanna.fi

Hyvinvointialueen johtava viranhaltija

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue vammaispalvelut

Lena Astala

Puh. 046 8771337

lea.astala@luvn.fi

Mikäli asiakas haluaa jättää hyvinvointialueelle muistutuksen palveluyksikön toiminnasta (sosiaalihuollon muistutus), sen voi tehdä sähköisesti hyvinvointialueen nettisivuilla muistutukset Länsi-uudenmaanhyvinvointialue (luvn.fi) tai postitse jätetyissä muistutuksissa yhteystieto on Kirjaamo PL 33, 02033 Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue

3.4. Sosiaali- ja potilasasiavastaavan yhteystiedot

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue

Sosiaali- ja potilasasiavastaavat 029 151 5838.

Sähköposti: sosiaali.potilasasiavastaava@luvn.fi

Neuvontaa puhelimitse ma 10-12, ti, ke, to klo 9-12 (ei perjantaisin, eikä pyhien aattona). Henkilökohtainen käynti ajanvarauksella.

Sosiaali- ja potilasasiavastaava 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.

Vantaan ja Keravan hyvinvointialue

Sosiaali- ja potilasasiavastaavat Puh. 0941910230

Neuvontaa puhelimitse Maanantaisin ja tiistaisin 12.00-15.00 , Keskiviikkoisin ja torstaisin 9.00-11.00

Huom! Puhelinaikoja ei ole perjantaisin tai juhlapyhien aattona.

Sähköpostiyhteydenotot:

sosiaali-japotilasasiavastaava@vakehyva.fi

Kuluttajaneuvonnan yhteystiedot sekä tiedot sitä kautta saatavista palveluista:

Valtakunnallinen kuluttajaneuvonta 029 553 6901 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 Jääskempihan Kodin johtaja Hanna Väisänen ja toimittaa sen palvelujohtajalle. Palvelujohtaja laatii yhdessä Kodin johtajan kanssa kirjallisen vastauksen muistutukseen/ kanteluun mahdollisesti tarvittavine korjaustoimenpiteiden suunnitelmineen, joka toimitetaan muistutuksen / kantelun tekijälle viipymättä, kuitenkin viimeistään 4 viikon kuluessa muistutuksen jättämisestä. Muistutuksista, kanteluista ja niihin liittyvistä vastineista toimitetaan aina kopio palvelun järjestäjälle ja palveluyksikön 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

3.5. Henkilöstö

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

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

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

Jääskentien luvan mukainen on mitoitus 0,88, mutta todellinen mitoitus määritellään asukasmäärän sekä palveluluokkien mukaisella mitoituksella. Välilliseen työhön varattava resurssi on 1 tukipalvelutyöntekijä, mitä ei lasketa henkilöstömitoitukseen. Osa tukipalvelutyöresurssista on ulkoistettu ja toteutetaan alihankintana, alihankintana toteutetaan ateriat-, annosjakelu sekä kiinteistön huolto. Asukkaiden vaatehuollon toteutuksesta vastaa tukipalvelutyöntekijä ja hoitohenkilökunta osittain yhdessä asukkaiden kanssa.

Jääskentien työssäskentelee Kodinjohtaja/sairaanhoitaja (hallinnollinen osuus 70%), 7 lähihoitajaa, 1 perushoitaja, 2 hoiva-avustajaa sekä 1 tukipalvelutyöntekijä.

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

Henkilöstön vahvuus riippuu asukasmäärästä ja palveluluokkien mukaisesta mitoituksesta. Pääsääntöisesti aamuvuorossa on 2-3 hoitajaa, iltavuorossa 2-3 hoitajaa ja yövuorossa 1 hoitaja. Sairaanhoitaja saatavilla virka-aikaan.

Jääskentien noudattaa organisaatiokohtaisia ohjeita ja menettelytapoja, miten henkilöstön osaamista ja työskentelyn asianmukaisuutta seurataan toiminnan aikana. Ohjeiden vastaiseen toimintaan puututaan välittömästi.

3.5.1 Henkilöstön rekrytoinnin periaatteet

Jääskentien henkilöstön rekrytoinnista päättää resurssitarpeen perusteella Kodin johtaja yhdessä palvelujohtajan kanssa. Kokonaisvastuu rekrytoinnista on Kodin johtajalla. Yrjö ja Hanna Kotien rekrytoinneissa käytetään työtehtävän luonteen mukaan rekrytointikanavina sisäistä hakua, sidosryhmäverkostoja, suorausta ja/tai internet- rekrytointipalveluita. Henkilöstön valinnassa painotetaan ammattitaitoa, osaamista, kyseisen henkilön sopivuutta työtehtävään ja työyhteisöön sekä oikeanlaista asiakaspalveluasennetta. Rekrytointiprosessissa Kodin johtajalla on tukena palvelujohtaja, resurssipäällikkö, HR- ja rekrytointikoordinaattori sekä HR business partner.

Rekrytoinnin yhteydessä tarkistamme opinto- ja työtodistukset sekä Valviran Julkiterhikki/JulkiSuosikki-rekisteristä ammatinharjoittamisoikeus ja/tai rekisteröinti sekä suosittelijat ennen valintaa työtehtävään. Emme ota palvelukseemme henkilöitä, joilla ei ole alkuperäisiä työ- ja koulutodistuksia. Henkilöstön riittävä suomen kielen taito varmistetaan kodin johtajan arvioinnilla haastattelutilanteessa. Henkilöstöltä vaaditaan sujuva suomen kielen suullinen ja kirjallinen taito tai kielitesti taso B1.1.

Yli kolmen kuukauden työsuhteissa tarkastetaan hakijan rikosrekisteriote (valvontalaki 28 §). Rikosrekisteriote pyydetään, kun henkilö ensi kerran nimitetään työsuhteeseen. Sääntely koskee Palveluksikössä tehtäviä tehtäviä, joihin olennaisesti kuuluu iäkkäiden henkilöiden tai vammaisten henkilöiden avustamista, tukemista, hoitoa tai muuta huolenpitoa taikka muuta työskentelyä henkilökohtaisessa vuorovaikutuksessa iäkkään tai vammaisen henkilön kanssa.

3.5.2 Kuvaus henkilöstön perehdyttämisestä ja täydennyskoulutuksesta

Kodin johtajan perehdyttämisvastuu on palvelujohtajalla. Palveluyksikössä työntekijän perehdytyskokonaisuuden organisoinnista ja toteutuksesta on päävastuussa Kodin johtaja. Lääkehoidon perehdytyksestä vastaa palveluyksikön sairaanhoitaja lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. Kokonaisperehdytyksen kesto riippuu työtehtävästä sekä henkilön perehdytystarpeesta ja osaamisesta. Perehdytys sisältää muun muassa tietoa organisaatiosta, omavalvonta- ja lääkehoitosuunnitelmat, asiakastietojen käsittelyn, tietosuoja-asiat, lääkehoito, laitteet ja tarvikkeet sekä asiakastyö. Perehdytyksen runko on HR-järjestelmässä, johon kirjataan perehdytyksen eteneminen ja sen suorittaminen. Jääksenpihassa on kirjallinen perehdytysohjelma sekä perehdytyksen muistilista, jossa on huomioitu palvelupisteiden erityispiirteet.

Terveystenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen 3 - 3f §:t (104/2008) säätelevät opiskelijoiden tilapäistä toimintaa terveydenhuollon ammattihenkilön tehtävissä.

Kodin johtaja nimeää kirjallisesti 3 ja 3 a–3 d §:ssä tarkoitetulle opiskelijalle ohjaajan, joka on oikeutettu itsenäisesti harjoittamaan kyseistä ammattia laillistettuna ammattihenkilönä ja jolla on riittävä käytännön kokemus. Palveluyksikössä toimiva ohjaaja seuraa, ohjaa ja valvoo opiskelijan toimintaa sekä viivytyksettä puuttuu siinä mahdollisesti ilmeneviin epäkohtiin sekä keskeyttää toiminnan, jos potilasturvallisuus vaarantuu.

Laillistettuihin ammatteihin opiskeleva voi tilapäisesti toimia laillistetun ammattihenkilön tehtävässä suoritettuaan kaksikolmasosaa opintoja (140 op, sairaanhoitaja). Nimikesuojattuun ammattiin opiskeleva voi tilapäisesti toimia nimikesuojatun ammattihenkilön tehtävässä suoritettuaan kaksikolmasosaa opintoja (lähihoitaja 120osp) mikäli kyseiseen ammattiin johtavista opinnoista, eikä opintojen aloittamisesta ole yli kymmentä vuotta. Terveystenhoitajaksi, kättilöksi tai ensihoitajaksi opiskeleva voi tilapäisesti toimia sairaanhoitajan tehtävässä suoritettuaan kaksikolmasosaa (140 op) sairaanhoitajan koulutukseen kuuluvista opinnoista. Kodin johtaja arvioi sijaisvalintoja tehdessään onko opiskelijalla suoritettujen opintojen perusteella riittävät edellytykset hoitaa kyseistä tehtävää.

Kodin 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. Kodin johtaja toteuttaa suunnitelmaa palvelupisteiden koulutustarpeiden mukaisesti vuosittain. Kodin johtaja seuraa koulutusmäärien toteutumista henkilöstöhallintajärjestelmästä.

Yrjö ja Hanna Kodeissa on käytössä koulutusala 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, eri järjestelmien käyttöön sekä monipuoliset lääkehoidon koulutusosiot lääkelupa- ja täydennyskoulutukseen. Koulutustarjontaa lisätään koko ajan. Lisäksi säännöllisesti järjestetään ensiapu- ja alkusammutuskoulutuksia koko henkilökunnalle.

Jääskempiha noudattaa organisaation ohjeita ja menettelytapoja, miten henkilöstön osaamista ja työskentelyn asianmukaisuutta seurataan toiminnan aikana. Ohjeiden vastaiseen toimintaan puututaan välittömästi.

3.6. Asiakastyöhön osallistuvan henkilöstön riittävyyden seuranta

Palveluysikössä on jatkuvan arvioinnin malli henkilöstöresurssitarpeesta ja resursointi suunnitellaan asukaslähtöisesti. Kodin johtaja seuraa henkilöstö- ja tukityömitoitusta asukasmäärän mukaisesti. Käytössä olevan Työvuorovelhon hoito- ja tukityömitoituslaskurin 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 varoitusajalla ottamaan sijaisuuden vastaan. Palveluysikössä vuokratyöntekijöitä harkitaan käytettäväksi vain silloin, kun työvuorojen järjestäminen ei muuten onnistu.

Lyhytaikaisten sijaisten käytön periaatteena on, että vaadittava paikalla olevien asukkaiden mukainen henkilöstömitoitus säilytetään aina myös poissaolotapauksissa. Palveluysikkö 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 palvelupisteen lääkeluvan omaava henkilö. Sijaistuksia aletaan hoitamaan heti sijaisuustarpeen tullessa ilmi.

Sijaishankinnan periaatteista sekä pitkien sijaisuuksien rekrytoinnista vastaa kodin johtaja, äkillisten poissaolojen sijaishankinnasta vastaavat palveluvastaava ja iltaisin, öisin sekä viikonloppuisin yksiköiden lähihoitajat.

Kodin johtajan hallinnollisten tehtävien ja hoitotyön osuus on määritelty Jääskempihan toimiluvassa. Jos toimiluvassa kodin johtaja on osittain laskettu yksikön mitoitukseen, arvioidaan osallistuminen käytännön työhön aina palveluysikkökohtaisesti. Arvioinnissa otetaan huomioon kokonaistilanne sekä varmistetaan, että kodin johtajalla on riittävästi työaika tehtäviensä sekä vastuidensa hoitamiseen. Jääskempihan kodin johtaja Hanna Väisänen on 70% hallinnollinen työntekijä.

Kodin johtajan tukena omavalvonnan suunnittelussa ja toteuttamisessa sekä toiminnan johtamisessa ja organisoinnissa on palvelujohtaja, henkilöstöjohtaja sekä laatupäällikkö. Kodin johtaja työskentelee toimistotyöajassa liukuvalla työajalla. Kodin johtajalla on mahdollisuus vaikuttaa sekä organisoida työnsä toiminnan kannalta tarkoituksenmukaisella tavalla liukuman sekä sovitun säännöllisen työajan puitteissa.

3.7. Monialainen yhteistyö ja palvelun koordinointi

Asumispalvelun alkaessa omahoitaja pyytää asukkaalta kirjallisen suostumuksen tietojen luovuttamiseen ja saamiseen yhteistyötahoilta, kuten apteekki, terveydenhuolto, sosiaalitoimi ja läheiset.

Asukasta lähetettäessä sairaalaan tai toiseen hoitopaikkaan, lähettävä hoitaja tulostaa hänen mukaansa hoitajälähteen ja ajantasaisen lääkelistan. Hoitajälähteessä on tietoa asukkaan sairauksista, toimintakyvystä ja voinnista. Asukkaan mukaan tulostetaan tarvittaessa muutaman päivän ajalta hoitotyön kirjauksia.

Henkilökunta tekee tarvittaessa aina yhteistyötä asukkaiden kaikkien verkostojen, kuten esimerkiksi: toiminta-, puhe-, fysioterapeuttien, hoitotarvikejakelun sekä apuvälineyksikön kanssa.

Asukkaiden ulkopuoliset palvelut kuten mm. jalkahoito, parturi/kampaaja, toiminta-, puhe-, ja fysioterapiapalvelut ovat omakustanteisia. Terapiapalveluihin he saavat lähteen omalta terveysseuran lääkäriltään. Henkilöstö avustaa lähteen saamisessa sekä kuljetuksen järjestämisestä. Henkilökunta ottaa vastaan terapeuteilta ohjeistusta ja toimii arjessa niiden mukaisesti tukien asukkaan toimintakykyä. Inkontinenssisuojat tilataan hoitotarvikejakelusta asiakkaiden puolesta. Mikäli asukkaalla on tarve henkilökohtaisille apuvälineille, jotka voi apuvälinelainaamon kautta hankkia, avustetaan heitä niiden hankinnassa. Henkilökunta huolehtii asukkaiden tarpeen ja toiveiden mukaisesti ulkopuolisten palveluiden hankinnasta yhdessä asukkaan kanssa.

Jääskentien henkilökunta ohjaa ja tarvittaessa avustaa asukkaan tarpeellisten palveluiden piiriin. Kiireettömän sairaanhoidon käynnit asukas toteuttaa joko itsenäisesti tai työntekijän/läheisen saatamana. Kiireellinen sairaanhoito järjestetään aina työntekijöiden toimesta ja läheisiä informoidaan välittömästi kiireellisen sairaanhoidon tarpeesta. Asukkaan käyttäessä muualla toteuttavaa terveyden- ja/tai sairaanhoitoa, huolehtii henkilökunta asukkaan mukaan asiakastietojärjestelmästä hoitajälähteen 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 tallennettuna Yrjö ja Hanna Kotien sisäiseen intraan.

3.8. Toimitilat ja välineet

Jääskentien on 9-paikkainen vammaisten asukkaiden ympärivuorokautinen ryhmäkoti. Ryhmäkodin asunnot ovat kooltaan 19,5-24,8 m² yksioita joissa on invamitoitettu wc ja oma suihku. Huoneissa on valmiina hoitovuode, pöytä sekä tuoli. Asukkaat kalustavat asuntonsa omilla huonekaluilla. Sisustamisessa huomioidaan asukkaan turvallisuus eli yksilölliset tarpeet.

Kaikille Yrjö ja Hanna säätiöön vuokrasuhteessa oleville asukkaille suositellaan omaa kotivakuutusta huoneensa irtaimistolle.

Jääskentien asualueella on asukkaiden käytössä yhteiset oleskelu- ja ruokailutilat, saunaosasto sekä iso viihdytyspiha. Läheiset voivat vierailla asukkaiden omissa huoneissa tai varata itselleen tilan yleisistä tiloista. Jääskentien asualueella on yöpymiseen tarkoitettu läheisten huone sänkyineen.

Asukkaat on sijoitettu yksikköön siten, että ALS-asukkaat (2 huonetta) ovat sijoitettuna käytävän perälle. ALS-asukkaille ja heidän läheisilleen varmistetaan rauhalliset tilat yhdessäololle.

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

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

Kiinteistöhuolto-yritys Kotikatu Tapiola tarkastaa kuukausittain palohälytys- ja sprinklerijärjestelmien toiminnan. Puutteet / epäkohdat tiloissa informoidaan välittömästi kodin 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.

Kiinteistön omistajan tilaama Isännöinti-palvelu ylläpitää kiinteistöä kokonaisvaltaisesti vuosittaisilla kunnossapitotoimenpiteillä ja suunnittelee kiinteistön kunnossapitoa pitkän tähtäimen suunnitelmalla 10 vuoden ajanjaksolla. Kiinteistön omistaja vastaa kiinteistöön tehdyistä tarkastuksista, jotka tehdään yhteistyössä kodin johtajan kanssa. Kodin johtaja ohjeistaa henkilökuntaa kiinteistöön liittyvien puutteiden esiin nostamisessa ja vikailmoitusten tekemisessä. Kodin johtaja tekee tiivistä yhteistyötä kiinteistön omistajan kanssa.

3.9. Lääkinnälliset laitteet, tietojärjestelmät ja teknologian käyttö

Asukkailla on mahdollisuus saada tarvitsemansa apuvälineet oman hyvinvointialueen apuvälineyksiköstä. Yhteiskäytössä olevat apuvälineet kuten pesuvuode, pyörätuolivaaka, suihkutuolit ja henkilönostimet sekä sairaalasängyt, verensokeri-, kuume- ja verenpainemittarit ovat palveluyksikön omistamia. Laitteita huolletaan säännöllisesti vuosittain. Yhteistyökumppani toteuttaa vuosihuollot ja korjaukset palveluyksikön omistamiin apuvälineisiin. Asukkaan henkilökohtaisesti lainaamat apuvälineet huolletaan apuvälineyksikön toimesta. Asukas saa apuvälineisiin käyttökoulutuksen, joko apuvälinelainaamosta tai oman fysioterapeutin toimesta. Palveluyksikön omiin laitteisiin annetaan käyttö- ja ylläpitokoulutusta omalta koulutetulta henkilökunnalta.

Yrjö ja Hanna Kodeilla on laadittuna lääkinällisten laitteiden ja tarvikkeiden seurantajärjestelmä, johon on määritelty laiteturvallisuuden pääperiaatteet, joilla vaikutetaan lääkinällisten laitteiden käytön turvallisuuteen. Laiteturvallisuuden seuranta on osa omavalvontaa. Laitteiden ja tarvikkeiden

den seurantajärjestelmän mukaisesti palveluysiköissä on nimettyinä laitevastaava, ajantasaiset laiteluettelot, laitepassit sekä henkilöstön koulutuksen ja perehdytyksen seuranta. Palveluysikön Kodin johtaja vastaa laiteturvallisuuden pääperiaatteiden ja ohjeistusten noudattamisesta Palveluysikössä. Jääskentähän palveluysikkö käyttää Berner Oy n lääkinällisten laitteiden ja tarvikkeiden seurantajärjestelmänä Berner Oy n laiterekisteriä. Laitevastaava päivittää laiterekisterin yhdessä Berner Oy n edustajan kanssa ja sopii laitteiden huollot ja tarkastukset toteutettavaksi. Laiteturvallisuuden seuranta on osa omavalvontaa. Laitteiden ja tarvikkeiden seurantajärjestelmän mukaisesti palveluysiköissä on nimettyinä laitevastaava, ajantasaiset laiteluettelot, laitekortit sekä henkilöstön koulutuksen ja perehdytyksen seuranta. Jääskentähassa kodin johtaja vastaa laiteturvallisuuden pääperiaatteiden ja ohjeistusten noudattamisesta palveluysikössä.

Kodin johtaja Hanna Väisänen, 040 905 2185, hanna.vaisanen@yrjojahanna.fi

Henkilökunnan ja asiakkaiden turvallisuudesta huolehditaan erilaisilla hälytys- ja kutsulaitteilla (hoitajakutsu asiakkailla, henkilökunnalla securitys hätäpainike). Kameravalvontaa työpaikoilla koskee laki yksityisyyden suojasta työelämässä 759/2004, 16 § ja 17 §. Laki on nähtävillä palveluysikössä. Kameravalvonta on käytössä Jääskentähän lääkkeidenjakotilassa. Jääskentähän kameravalvonnasta ilmoitetaan näkyvällä tavalla tilassa, johon kamerat on sijoitettu ja kuvaamiseen liittyvät käytänteet kirjataan työntekijöitä koskevaan tietosuojaselosteeseen. Palveluysikön lääkehuoneen kameravalvonnan tarkoitus on ensisijaisesti lääketurvallisuus ja ehkäistä väärinkäytöksiä tai virheitä lääkejakelussa. Valvonta lisää lääkkeiden hallinnan luotettavuutta ja mahdollistaa poikkeustilanteiden selvittämistä, suojaten työntekijöitä. Lääkehuoneiden kamera on tallentava. Tallennuksia pääsee tarkastelemaan vain palvelujohtaja hyvin painavasta syystä. Tallenteita tarkastellaan vain, jos on syytä epäillä lääkkeiden väärinkäyttöä tai lääketurvallisuuden vakavaa poikkeamaa.

Palveluysiköllä on seuraavat kulunvalvontaan tarkoitetut teknologiset ratkaisut käytössä:

Jääskentähassa on käytössä lääkehuoneessa ILOQ paristoton avain. Pääsyoikeudet ohjelmoidaan avaimeen ja niitä voidaan muuttaa tarpeen mukaan. Jokaiselle avaimella on yksilöllinen tunnistaja ja yksilöllinen leimaustieto. Lääkehuoneeseen on pääsy vain lääkeluvallisella, muiden henkilöiden avain ei käy lääkehuoneen oveen.

Jääskentähassa asuvilla asukkailla on käytössä hoitajakutsujärjestelmä Hoitajakutsu.fi turvaranneke. Hoitajakutsu.fi tarjoaa myös turvamattoja ja muita ovihälyttäjiä.

Asiakkaiden henkilökohtaisessa käytössä olevien turva- ja kutsulaitteiden toimivuus ja hälytyksiin vastaaminen varmistetaan päivittäisessä käytössä ja testaamalla laitteita. Henkilökunta on perehdytetty laitteen käyttöön ja lääkehuoneessa on laitteen käyttöohjeet. Lääkehuoneessa on Hoitajakutsu.fi yhteyshenkilön yhteystiedot, joka neuvoo ja auttaa tarvittaessa.

Turva- ja kutsulaitteiden toimintavarmuudesta vastaa Kodin Johtaja Hanna Väisänen

3.10. Lääkehoitosuunnitelma

Yrjö ja Hanna Kodeilla on yhteinen lääkehoitosuunnitelmapohja, joka on laadittu Yrjö ja Hanna Kotien lääkitysturvallisuuden asiantuntijaproviisorin kanssa. Jääskentien lääkehoitosuunnitelma on laadittu Yrjö ja Hanna kotien lääkehoitosuunnitelman pohjalta. Palveluyksikön lääkehoitosuunnitelman ylläpidosta ja toteutumisesta vastaa Kodin johtaja Hanna Väisänen, jolla on sairaanhoitajan koulutus, terveydenhuollon palveluista vastaavan johtajan ohjeistuksen mukaisesti. Lääkehoitosuunnitelma säilytetään jääskentien sekä tulostettuna että sähköisenä. Kodin johtaja vastaavat siitä, että henkilöstön saatavilla oleva lääkehoitosuunnitelma on ajantasainen. Suunnitelman vahvistaa palveluyksikön vastuulääkäri.

Voimassa oleva lääkehoitosuunnitelma on laadittu 21.10.2024, seuraava päivitys tammikuu 2025. Se laatimisesta vastaa Hanna Väisänen.

Lääkehoitosuunnitelma tarkastetaan vuosittain ja aina tarvittaessa, mikäli toiminnassa tapahtuu muutoksia. Suunnitelmassa määritellään mm. henkilökunnan lääkehoito-oikeudet ja -velvollisuudet, lupakäytänteet ja osaamisen varmistaminen sekä keskitytään palveluyksikön 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/auditoinnilla. Riskikohdista sekä suojaavien käytäntöjen jalkautumisesta ja riittävydestä saadaan tietoa raportointi- ja palautejärjestelmästä asiakkailta, läheisiltä ja henkilökunnalta. Raportointi- ja seuranta-järjestelmän 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 auditointikäyntien tavoitteena on ohjata ja seurata valtakunnallista lääkeshoidon laatua. Tämän lisäksi hyvinvointialueet tarkastavat palveluyksiköiden lääkehoitoprosessin vuosittain osana toiminnan valvontaa.

Lääkehoidosta vastaa vastuulääkäri Eero Kitinoja, Kodin johtaja/sairaanhoitaja Hanna Väisänen. Henkilökunta toteuttaa asukkaiden lääkehoitoa hoitavien lääkäreiden määräysten mukaisesti.

Yksityisen palveluntuottajan on haettava lupa sosiaalihuollon asumispalveluyksikössä rajatun lääkevaraston perustamiseen ja ylläpitämiseen. Jääskentien ei ole rajattua lääkevarastoa käytössä.

3.11. Asiakastietojen käsittely ja tietosuoja

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

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

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

Jääskentien 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. Ryhmäkodeissa ohjaajat kirjaavat kannettavilla tietokoneilla yhdessä asukkaan kanssa yhteisissä tiloissa tai toimistoissa.

Asukkaat ovat julkisen terveydenhuollon piirissä. Kun asukas käy lääkärillä, pyydetään lausunto käynnistä mukaan, jos se on mahdollista saada heti tai se lähetetään ryhmäkotiin postitse. Lääkärikirjaukset kirjataan Domacare-asiakastietojärjestelmään. Kaikki lääkitysmuutokset pyydetään kirjallisena. Kirjalliset ohjeet ovat osa riskinhallintaa.

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

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 sovelluserroksen 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 palveluyksikön kodin 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

Kati Haapaniemi

p.040 6616222

Yrjö & Hanna Oy/ Yrjö ja Hanna Hoivapalvelut Oy/Yrjö ja Hanna Asumispalvelut Oy

Elimäenkatu 25–27, 05100 Helsinki

Palveluyksikön tietosuoja asioista vastaava henkilö

Kodin johtaja Hanna Väisänen

p. 040 905 2185

Onko yksikölle laadittu salassa pidettävien henkilötietojen käsittelyä koskeva seloste?

Kyllä X Ei

3.12. Säännöllisesti kerättävän ja muun palautteen huomioiminen

Asiakkaille ja heidän läheisilleen tehdään kaksi kertaa vuodessa asiakastyytyväisyyskysely, johon he voivat vastata anonyymisti. Kyselyjen tuloksia käytetään ensisijaisesti toiminnan kehittämiseen ja parantamiseen. Lisäksi tilaaja voi järjestää omia asiakastyytyväisyyskyselyjä halutessaan.

Asiakkailta ja läheisiltä pyydetään palautetta myös suoran keskustelun ja yhteydenottojen kautta, jotka kirjataan Laatuporttiin. Lisäksi Palveluyksikössä on käytössä vapaamuotoisia tapoja antaa palautetta. Asiakkaille ja heidän läheisilleen kerrotaan eri palautteen antotavoista heti muuton yhteydessä. Asiakkaiden ja läheisten lisäksi myös muita yhteistyöverkostoja kannustetaan antamaan palautetta.

Henkilökunta muistuttaa läheisiä kyselyyn vastaamisesta ja toteuttaa asiakaskyselyt tarvittaessa yhdessä asiakkaiden kanssa. Asiakaskyselyjen kysymykset on osittain muutettu vastaamaan valtakunnallisia THL:n kyselyitä, jolloin saamme vuosittain vertailukelpoista tietoa. Kyselyiden tulokset analysoidaan organisaatiotasoisesti ja palveluyksiköt saavat omaa toimintaa koskevan koonnin. Kyselyiden koonnit käydään läpi Palveluyksikön henkilökunnan, asiakkaiden ja läheisten kanssa. Kyselyiden koonteja hyödynnetään myös kodin johtajien koulutuspäivillä, joissa kehitetään valtakunnallisesti toimintaa saadun palautteen pohjalta.

4 OMAVALVONNAN RISKIENHALLINTA

4.1. Palveluyksikön riskienhallinnan vastuut, riskien tunnistaminen ja arvioiminen

Omavalvonnan riskienhallinta perustuu 1.1.2024 voimaan tulleeseen lakiin: laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta. 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 palveluyksikössä. 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. Riskienhallinnan keinot ja toiminnassa ilmenevien epäkohtien ja puutteiden käsittely

Asiakasturvallisuutta vaarantavien riskien tunnistaminen on omavalvontasuunnitelman ja omavalvonnan 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 keskusteluympäristö, jossa sekä henkilöstö että asiakkaat ja heidän läheisensä uskaltavat tuoda esille laatuun ja asiakasturvallisuuteen liittyviä havaintojaan.

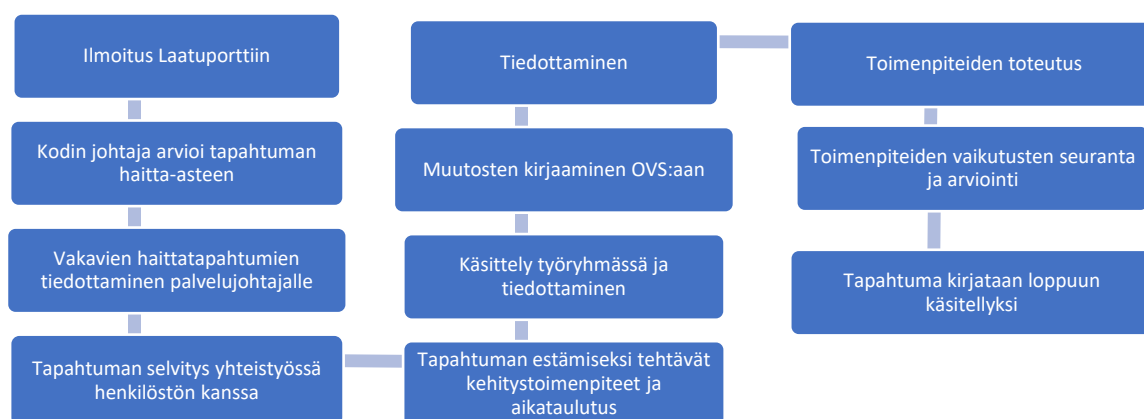
4.3. Riskienhallinnan seuranta, raportointi ja osaamisen varmistaminen

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.

Kodin johtajan vastuulla on perehdyttää henkilökunta omavalvonnan periaatteisiin ja toimeenpanoon mukaan lukien henkilökunnalle laissa asetettuun velvollisuuteen ilmoittaa asiakasturvallisuutta koskevista epäkohdista ja niiden uhista. Riskienhallinta ja omavalvonta ovat osa joka päivästä arjen työtä palveluyksikössä.

Palveluyksikön laadunhallinnassa käytetään Laatuportti järjestelmää. Laatuportti sisältää Riskien hallinnan sekä vaaratapahtuma ja poikkeamaraportoinnin sekä laadun hallinnan. Koko henkilöstöllä on käyttäjätunnukset ohjelmaan. Laatuportti on otettu käyttöön täysimittaisesti vuoden 2023 aikana.

Poikkeamien/palautteiden/läheltä piti-tilanteiden käsittelyprosessi



4.3.1. Riskienhallinnan työnjako

Palvelujohtajan ja kodin johtajan tehtävänä on huolehtia omavalvonnan ohjeistamisesta ja järjestämisestä sekä siitä, että työntekijöillä on riittävästi tietoa turvallisuusasioista.

Kodin johtajan velvollisuuteen kuuluu työn vaarojen selvittäminen ja arviointi, joka toteutetaan yhdessä työntekijöiden kanssa, sekä estää, poistaa tai pienentää riskejä.

Kodin johtajan pitää pyrkiä poistamaan kaikki työhön liittyvät vaarat. Käytännössä kaikkia ei voida kuitenkaan kokonaan poistaa (esim. väkivaltaisesti käyttäytyvät asiakkaat). Silloin on arvioitava jäljelle jäävän vaaran merkitys työntekijän terveydelle ja turvallisuudelle eli riskin suuruus.

Kodin johtajan on otettava riskit hallintaan eli alennettava ne vähintään sellaiselle tasolle, että lakien ja säännösten vähimmäisvaatimukset täyttyvät ja työntekijä vaarantuu mahdollisimman vähän.

Läheltä piti- ja vaaratilanteet sekä tapaturmat ilmoitetaan heti tapahtuman jälkeen Laatuportin kautta. Tapaturmista tulee tiedottaa välittömästi myös kodin johtajaa tapaturmailmoituksen tekemistä varten.

Laatuporttiin tallennetut dokumentit hyväksyvät poikkeaman laadun mukaan prosessin mukainen vastuhenkilö.

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

Luettelo riskienhallinnan/omavalvonnan toimeenpanon ohjeista ja niiden päivitys pvm

- Riskien kartoitus päivitetty/arvioitu 31.12.2024 (omavalvonta-, lääkehoito- ja pelastussuunnitelman päivityksen yhteydessä)
- Perehdytysuunnitelma ja perehdytyksen portaat päivitetty/arvioitu 3.3.2022
- Lääkehoitosuunnitelma päivitetty/arvioitu 10.5.2025
- Terveystarkastuksen laitteiden ja tarvikkeiden seurantarjestelmä, käytössä Bernerin ohjelma Traccinno
- Henkilöstömitoituksen seurantarjestelmä 11.12.2024
- Pelastussuunnitelma päivitetty/arvioitu 2.10.2023

- Tietoturvasuunnitelma päivitetty/arvioitu 11.9.2024
- Tietosuojaohje 11.12.2023
- Tietosuojaohje päivitetty/arvioitu 11.12.2023
- Arkistointiohje päivitetty/arvioitu 19.11.2024.
- Henkilökunnan sosiaalihuoltolain mukainen ilmoitusvelvollisuus päivitetty/arvioitu 14.2.2024
- Itsemääräämisoikeuden vahvistamisen periaatteet ja käytännöt päivitetty/arvioitu 2.1.2025.
- Valmiussuunnitelma päivitetty/arvioitu 3.1.2025
- Siivous/hygieniasuunnitelma päivitetty/arvioitu 2.12.2024
- Keittiön omavalvontasuunnitelma 24.1.2025

4.3.2. Riskien tunnistaminen

Jääskenpihassa tehdään vuosikompassin mukainen koko palveluyksikköä ja sen toimintaa koskeva riskienarviointi kerran vuodessa toiminnansuunnittelun yhteydessä. Kodin johtaja tekee yhteenvedon kokonaisuudesta tarkistaen samalla, onko edellisvuonna esille nousseet riskit saatu hallintaan. Riskit määritellään vuositasolla ja kirjataan yksityiskohtaisesti Laatuporttiin. Vuosisuunnitelmaa riskien hallinnasta arvioidaan 6 kk kuluttua niiden päivityksestä.

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

Asukkaita ja läheisiä 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.

4.3.3. Riskien ja esille tulleiden epäkohtien käsitteleminen

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

Laatuportti tiedottaa automaattisesti uudesta raportista Kodin johtajaa sekä ilmoituksen käsittelyvaiheiden toteutumisesta ilmoituksen tekijää. Palveluyksikön Kodin johtaja aloittaa häiritsevän tapahtuman käsittelyn arvioimalla onko kyseessä palaute, häiritsevä tapahtuma, läheltä piti-tilanne vai prosessipoikkeama sekä arvioi tapahtuman häiritsevyyden. 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 hoitotietomerkinnät 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

Kodin johtaja selvittää häiritsevään tapahtumaan johtaneet syyt ja olosuhteet yhteistyössä henkilöstön ja tarvittaessa palvelujohdon kanssa ja asettaa tarvittavat kehittämistoimenpiteet häiritsevän tapahtuman 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.

4.3.4. Korjaavat toimenpiteet

Korjaavat toimenpiteet aikatauluineen kirjataan käsittelyn yhteydessä Laatuporttiin. Omaohjaussuunnitelma 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 toteutumisesta sekä arviointia raportoidaan palvelujohdolle sovitun mukaisesti, mutta vähintään kolmen kuukauden kuluessa raportin käsittelystä. Tapahtuman yhteenvedon ja vaikutusten arvioinnin perusteella häiritsevä tapahtuma 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. Jääskentien Kodinjohtaja tiedottaa tilaaja-asiakkaalle korjaavista toimenpiteistä sekä niiden aikataulusta ja seurannasta. Haittatapahtumailmoituksen tehneelle asukkaalle ja/tai läheiselle vastataan kirjallisesti tapahtuman käsittelystä sekä tehdyistä toimenpiteistä.

Vakavat ja erittäin vakavat poikkeamakoonnit käsitellään anonymisti kodin johtajien aluepalaverissa, jolla minimoidaan niiden esiintyminen myös organisaation muissa palveluyksiköissä. Palvelujohto käsittelee valtakunnallisesti poikkeamailmoitusten yhteenvedot laadun vuosikompassin mukaisesti johtoryhmässä, johdon katselmuksissa ja hallituksessa.

Jääskentien Kodissa on tehty vuosittainen riskikartoitus 31.12.2024. Riskikartoituksessa nousivat yhteisiksi kehittämiskohteiksi väkivaltaisen asukkaan kohtaaminen (poikkeamia 3kpl), asukkaan kaatumisvaara (poikkeamia 6kpl), turvallinen lääkehoito (poikkeamia 8kpl). Organisaatiossa 2023 käyttöön otettu Laatuportti riskienhallintatyökalu tukee 1.1.2024 voimaan astuneen omavalvontalain mukaista toimintaa. Laki velvoittaa organisaatiota tunnistamaan riskejä ja epäkohtia ja korjaamaan niitä.

Jääskentien Kodissa arvostetaan riskien hallinnan tarkastelun tärkeyttä. Laatuportin riskiraportit ovat aktiivisesti viikoittaisessa käytössä. Jääskentien Kodissa hallitaan ja seurataan riskien muutosta viikko tasolla.

4.3.5. Ostopalvelut ja alihankinta

Kodin johtaja seuraa omassa palveluyksikössä toimivia palvelun tuottajia. Kodin johtaja seuraa sopimuksien mukaisuutta sekä yhdessä sovittuja ehtoja ja laatua. Kodin johtaja ottaa yhteyttä ostopalvelun tarjoajaan mikäli laatu ei ole sovitun mukaista.

4.4. Valmius- ja jatkuvuudenhallinta

Palveluyksikön valmius- ja jatkuvuudenhallinnasta vastaa Kodin johtaja Hanna Väisänen

Palveluyksikön valmius- ja jatkuvuudenhallinnalla tarkoitetaan varautumista häiriötilanteisiin sekä toimintojen suunnittelua siten, että asukkaille voidaan taata turvallinen ja katkeamaton hoito kaikissa tilanteissa. Palveluyksikössä on valmiussuunnitelma, jossa on kirjattuna miten palveluyksikön toimivuus varmistetaan erilaisissa kriisitilanteissa.

Palveluyksikkö pyrkii varautumaan mahdollisiin kriiseihin jatkuvalla suunnittelulla, testauksella ja henkilöstön koulutuksella. Vuosittain tehdään harjoituksia ja laitteiden testauksia kriisi- ja hätätilanteiden varalle. Henkilöstösuunnittelussa on otettu huomioon kriisi- ja valmiussuunnittelu.

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

5 OMAVALVONTASUUNNITELMAN TOIMEENPANO, JULKAISEMINEN, TOTEUTUMISEN SEURANTA JA PÄIVITTÄMINEN

Yrjö ja Hanna Kodeilla on laadittu omavalvontaohjelma 2024. 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 säädettyt palveluyksikkö kohtaiset omavalvontasuunnitelmat ja turvallisuussuunnitelmat.

5.1. Toimeenpano

Yrjö ja Hanna Kotien johto on sitoutunut laadun hallintaan, seurantaan ja jatkuvaan kehittämiseen. Yrjö ja Hanna Kodeilla toimitaan jatkuvan kehittämismallin mukaisesti. Palvelujen laatua ja jatkuvuutta arvioidaan koko palveluprosessin läpi. Organisaatiossa arvioidaan toimintaa suunnitelmallisesti, jotta voidaan ennakoida ja reagoida ympäristössä tapahtuviin sisäisiin ja ulkoisiin muutoksiin. Arvioinnin tarkoituksena on ylläpitää organisaation suorituskykyä ja kehittää sisäisiä prosesseja. Palvelujen suunnittelu ja toteutuksen arviointi varmistavat, että palveluprosessit ovat sujuvia.

Omavalvonnan suunnitelmallinen jalkauttaminen jokaiseen palveluyksikköön on yksi tärkeimpiä strategisia projekteja vuoden 2025 aikana. Omavalvontasuunnitelman kuukausikohtainen käsittely on osa jalkautusta vuonna 2025. Henkilökuntaa on sitoutettu syksyn 2024 aikana omavalvontatyöhön opinnäytetyöhön liittyvän kyselyn avulla, jossa palveluyksikön henkilökunnalta kysyttiin laajasti omavalvonnasta. Omavalvontalain mukainen palveluyksikön omavalvonta on henkilökunnalle kulttuurimuutos, jota työstetään osissa vuoden 2025 aikana.

5.2 Julkaiseminen, toteutumisen seuranta ja päivittäminen

Säännölliset omavalvontaan sisältyvät sisäiset auditoinnit ja ulkoiset tarkastuskäynnit auttavat Kodin johtajaa arvioimaan palveluiden laatua ja tunnistamaan palveluyksikkö ja palvelupistekohtaisia kehitystarpeita. Sisäinen auditointi on yksi työkalu Yrjö ja Hanna kotien organisaation, prosessien ja toimintojen ja omavalvonnan kehittämiseen. Sisäisellä auditoinnilla tarkastellaan toiminnan laatua organisaation palveluyksiköissä ja palvelupisteissä omavalvontasuunnitelman pohjalta.

Sisäisten auditointien tavoitteena on selvittää vuosittain, onko palveluyksikön:

- prosessit, toiminnot ja niillä saavutetut tulokset järjestelyn mukaiset
- noudatetaanko dokumentoitua menettelytapaa sovitusti
- onko näyttöä siitä, että menettelytavan tehokas soveltaminen saa aikaan toiminnan parantumisen – mitattava positiivinen trendi
- onko käytännön riskien hallintaa olemassa? Tunnistetaanko, arvioidaanko ja hallintaanko riskejä palveluyksiköissä

Palveluyksikön ajantasainen omavalvontasuunnitelma on saatavilla Yrjö ja Hanna Kotien nettisivuilla sekä paperisena palveluyksikön ilmoitustaululla. Omavalvontasuunnitelman taustalla on organisatiokohtainen omavalvontaohjelma. Suunnitelma päivittyy kalenterivuositain omavalvontaohjelman päivityksen jälkeen. Mikäli palveluyksikön toiminnassa tulee vuoden aika muutoksia, päivitetään suunnitelmaa joustavasti tarvittaessa. Omavalvontasuunnitelmaa päivitetään tarvittaessa nopeammalla syklillä toiminnan muuttuessa.

Omavalvonnan seurantaan perustuvien havaintojen ja niiden perusteella tehtävien toimenpiteiden julkaisu tapahtuu Yrjö ja Hanna kodeilla käytössä olevien viestimien kautta vuosittain neljän kuukauden välein. Arviointityöhön otetaan mukaan asukkaat, läheiset ja henkilökunta.

Kodin omavalvontasuunnitelman jalkautuksessa käytetään omaa kodin kehityssuunnitelmaa, joka tehdään vuosittain Kodin johtajan toimesta ja se pohjautuu konsernin vuosisuunnitelmaan. Kehityssuunnitelmassa, on määritelty vuosittaiset kehitystoimenpiteet, joilla päästään Kodin vuositavoitteisiin. Kehityssuunnitelma tehdään yhdessä henkilökunnan kanssa. Kehityssuunnitelmassa seurataan toimenpiteiden toteutumista kuukausitasolla. Väliarviointi tehdään kolmasti vuodessa omavalvonnan raportoinnin yhteydessä yhdessä henkilöstön kanssa. Suunnitelmaa tarkennetaan tarvittaessa väliarvioinnin perusteella.

Omavalvonnan kehittämistoimenpiteet nousevat palvelupistekohtaisista: asukas-, läheis- ja henkilöstökyselyistä, poikkeamista, positiivisista ja kehitysilmoituksista, riskiarvioinneista, reklamaatioista, RAI-tuloksista, auditoinnin tuloksista, sisäisten ja ulkoisten tarkastusten havainnoista.

Omavalvontasuunnitelman hyväksyy ja vahvistaa palveluyksikön vastaava Kodin johtaja.

Paikka ja päiväys: 7.5.2025

Allekirjoitus: Hanna Väisänen



Päivitykset 2025

- Päivitetty uudelle pohjalle Tammikuu 2025
- 27.2.25 lisätty tarkempi kuvaus omavalvontalain mukaisesta ilmoittamisvelvollisuudesta
- 27.3.25 korjattu Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen potilasasiavastaavan yhteystiedot, lisätty Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen potilasasiavastaavan yhteystiedot
- 7.5.2025 lisätty selvennys riskienhallinnan työnjaosta
- 7.5.2025 korjattu lähihoitaja nimikesuojatuksi ammattihenkilöksi ja eroteltu omaksi lauseeksi

