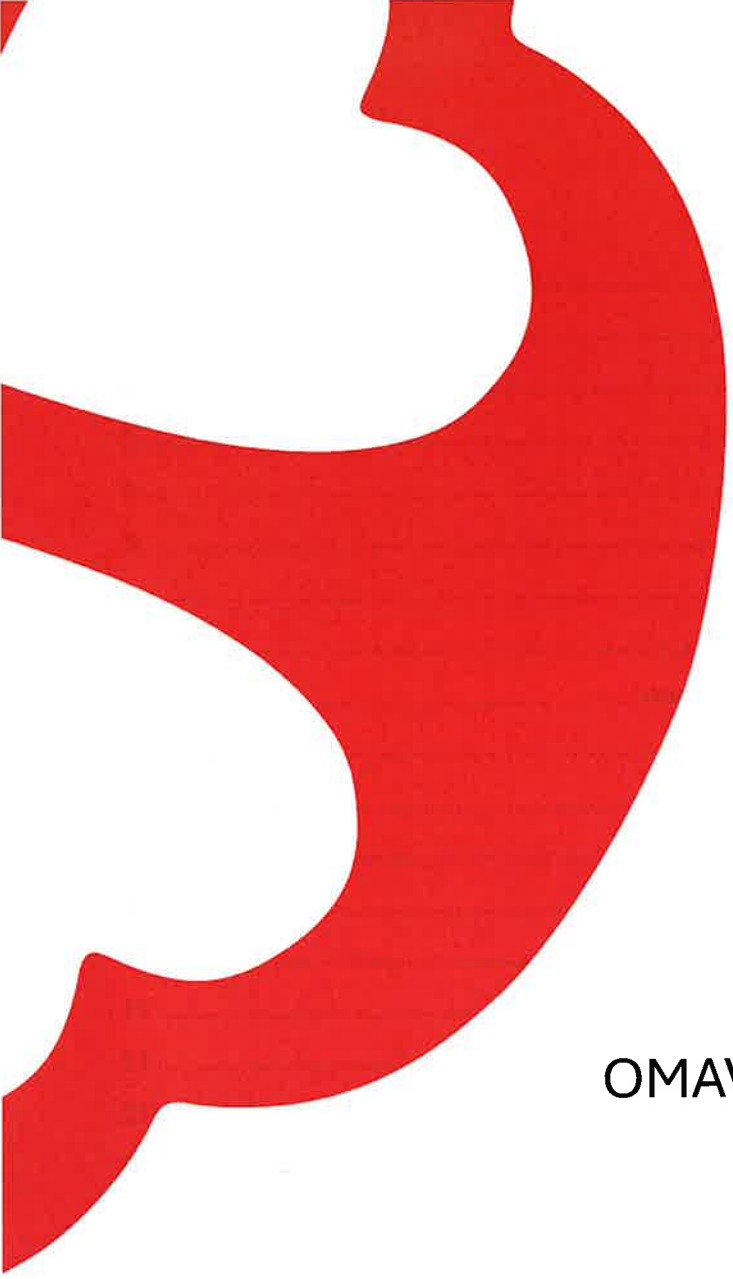




OMAAVALVONTASUUNNITELMA

2025

BETEL-KOTI



DILA

LAHDEN DIAKONIALAITOS

Hyvän elämän puolesta

Sisällysluettelo

PALVELUNTUOTTAJAA KOSKEVAT TIEDOT	4
Palveluntuottaja	4
Toimintalupatiedot.....	4
Alihankintana ostetut palvelut ja niiden tuottajat	5
TOIMINTA-AJATUS, ARVOT JA TOIMINTAPERIAATTEET	6
Toiminta-ajatus.....	6
Arvot ja toimintaperiaatteet	6
OMAVALVONNAN TOIMEENPANO	7
Riskien ja epäkohtien tunnistaminen ja niiden korjaaminen	7
Riskienhallinnan järjestelmät ja menettelytavat	7
Riskienhallinnan työnjako	8
Riskien tunnistaminen	8
Riskien ja esille tulleiden epäkohtien käsitteleminen	9
Korjaavat toimenpiteet	11
Korjaavien toimenpiteiden toimeenpano.....	11
OMAVALVONTASUUNNITELMAN LAATIMINEN	12
Omaavalvonnasta suunnittelusta vastaava henkilö tai henkilöt.....	12
Omaavalvontasuunnitelman seuranta	12
Omaavalvontasuunnitelman julkisuus.....	13
ASIAKKAAN ASEMA JA OIKEUDET	14
Palvelutarpeen arviointi	14
Hoito- ja palvelussuunnitelma.....	15
Asiakkaan kohtelu.....	16
Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen	16
Asiakkaan asiallinen kohtelu	17
Asiakkaan osallisuus.....	18
Asiakkaiden ja omaisten osallistuminen yksikön laadun ja omaavalvonnasta kehittämiseen	18
Palautteen kerääminen, käsittely ja hyödyntäminen toiminnan kehittämisessä	18
Asiakkaan oikeusturva	19
PALVELUN SISÄLLÖN OMAVALVONTA	21
Hyvinvointia, kuntoutumista ja kasvua tukeva toiminta.....	21
Ravitseminen	22
Hygieniakäytännöt	22
Terveysten- ja sairaanhoito	23

Lääkehoito	24
Monialainen yhteistyö	25
ASIAKASTURVALLISUUS	26
Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten ja toimijoiden kanssa	26
Henkilöstö	27
Hoito- ja hoivahenkilöstön määrä, rakenne ja riittävyys sekä sijaisten käytön periaatteet	27
Henkilöstön rekrytointin periaatteet	28
Kuvaus henkilöstön perehdyttämisestä ja täydennyskoulutuksesta	28
Henkilökunnan ilmoitusvelvollisuus	29
Toimitilat	29
Teknologiset ratkaisut	31
Terveydenhuollon laitteet ja tarvikkeet	31
ASIAKAS- JA POTILASTIETOJEN KÄSITTELY JA KIRJAAMINEN	33
Asiakastyön kirjaaminen	33
OMAVALVONTASUUNNITELMAN SEURANTA	36
Liitteet	37

PALVELUNTUOTTAJAA KOSKEVAT TIEDOT

Palveluntuottaja

Nimi	Lahden Diakoniasäätiö sr.
Y-tunnus	0205519-5
Kunta	Lahti
Kuntayhtymän nimi	Päijät-Hämeen hyvinvointialue
Sote-alueen nimi	Päijät-Hämeen hyvinvointialue
Toimintayksikkö	Betel-koti
Katuosoite	Sibeliuksenkatu 6 B
Postinumero	15110
Postitoimipaikka	Lahti

Lahden Diakoniasäätiö, Vuorikatu 4, 15110 Lahti

Palvelumuoto; asiakasryhmä, jolle palvelua tuotetaan; asiakaspaikkamäärä

Ympäri vuorokautinen palveluasuminen, ikäihmiset, 24 paikkaa

Betel-kodin päällikkö	Tea Särkkä
Puhelin	040 715 4586
Sähköposti	tea.sarkka@dila.fi

Toimintalupatiedot

Aluehallintoviraston/Valviran luvan myöntämisaikajankohta (yksityiset ympärivuorokautista toimintaa harjoittavat yksiköt) 19.5.2006

Palvelu, johon lupa on myönnetty Tehostettu palveluasuminen.

Omavalvontasuunnitelma on laadittu Valviran antaman määräyksen (1/2014) mukaisesti, joka tuli voimaan 1.1.2015.

Alihankintana ostetut palvelut ja niiden tuottajat

Ostopalvelujen tuottajat Ateriapalvelu Juvenes Oy, siivouspalvelu Trinomi, kuntotuspalvelu Fysios Oy, linavaatehuolto Päijät-Hämeen tekstiilihuolto Oy, lääkäripalvelut Pihlajalinna Oy, apteekkipalvelu Ilves apteekki, vartijapalvelu Avarn Oy, jätehuolto Lassila et Tikanoja, Hissihuolto Kone Oy, työterveys Mehiläinen Oy, turvarannekkeet Tunstall Oy, Lojer Oy, Kesko ja Safetum Oy.

Palvelukokonaisuudesta vastaava palveluntuottaja vastaa alihankintana tuotettujen palvelujen laadusta.

Miten palveluntuottaja varmistaa ostopalvelujen laadun ja asiakasturvallisuuden?

Palvelun laatu ja asiakasturvallisuus on varmistettu sopimuksin ja erillisin valvontakäynnein sekä laatukierroksin. Laatua ja turvallisuutta arvioidaan jatkuvasti asukkailta, omaisilta ja henkilökunnalta saatavan palautteen pohjalta. Käytössä jatkuvan palautteen postilaatikko. Palveluntuottajien kanssa käydään vuosittain arviointikeskustelut sopimuksesta vastaavan henkilön kanssa, joka kerää palautteen ostopalveluista asumisyksikön päälliköltä. Alihankkijoiden kanssa käydään tarkentavat neuvottelut palvelujen sisällöstä ja laadusta aina sopimuskauden lopussa.

Onko alihankintana tuottavilta palveluntuottajilta vaadittu omavalvontasuunnitelmaa?

Kyllä x Ei

TOIMINTA-AJATUS, ARVOT JA TOIMINTAPERIAATTEET

Toiminta-ajatus

Toiminta-ajatus ilmaisee, kenelle ja mitä palvelua tuotetaan. Toiminta-ajatuksen tulee perustua toimialaa koskevaan lainsäädäntöön. Keskeiset sosiaalihuollon palvelua ohjaavat lait ovat sosiaalihuoltolaki, laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista sekä erityislakeina lastensuojelu- ja vammaispalvelulaki sekä laki kehitysvammaisten erityishuollosta, mielenterveys- ja päihdehuoltolaki ja vanhuspalvelulaki.

Mikä on yksikön/palvelun toiminta-ajatus

Lahden Diakoniasäätiön tarkoituksena on kristillisen uskon ja lähimmäisenrakkauden pohjalta ylläpitää diakonialaitosta (Dila) ja harjoittaa tältä pohjalta palvelutoimintaa. Laitos tarjoaa sosiaali- ja terveyspalveluja ja koulutusta sekä toteuttaa ja edistää diakoniaa siellä missä avuntarve on suurta ja missä muulla tavalla ei auteta. Laitoksen palvelut kehittyvät ihmisten tarpeiden mukaan. Osana laitoksen palvelutuotantoa on ympärivuorokautinen palveluasuminen ikäihmisille.

Arvot ja toimintaperiaatteet

Mitkä ovat toimintaa ohjaavat arvot ja toimintaperiaatteet?

Toimintaamme ohjaaviksi arvoiksi on vuonna 2023 valittu: Dila on kohtaava, vastuullinen ja uudistuva. Näitä kolmea arvoa olemme yhdessä määrittäneet seuraavasti:

Kohtaava merkitsee meille ihmisen kohtaamista tasavertaisesti jokaisen elämää ja valintoja kunnioittaen, olemme aidosti läsnä erilaisissa kohtaamisissa sekä olemme kiinnostuneita sinun tarinastasi ja toiveistasi.

Vastuullisuus on sitä, että me otamme vastuun omasta työstämme, johdamme muutosta tavoitteiden saavuttamiseksi ja toimimme luotettavasti ja läpinäkyvästi.

Uudistuva tarkoittaa meille, että olemme ajan hermoilla ja tartumme ennakkoluulottomasti uusiin haasteisiin. Kehitämme yhdessä osaamistamme sekä arvioimme toimintamme tuloksellisuutta. Arvoista nousee Lahden Diakoniasäätiön visio: Olemme kohtaamisen edelläkävijä.

Betel-kodin palvelulupaukset: "kunnioitamme jokaista asukasta, kohtaamme asukkaat yksilöinä", "kuljemme asukkaan rinnalla elämän loppuun asti", "huomioimme kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin". Palvelulupaukset ohjaavat yksikön toimintaa ja arkityötä ja niiden toteutumista arvioidaan yhdessä asukkaiden, omaisten ja henkilökunnan kanssa säännöllisesti sekä lisäksi erikseen vuosittain toteutettavalla asukaspalautekyselyllä.

Tulosten perusteella arvioimme toimintaa ja kehitämme työskentelytapojamme. Palvelulupaukset päivitettiin v. 2020. Keväällä yksikön sisäisenä työskentelynä tehtiin arvotyöskentelyä, joiden perusteella valikoitui 5 arvoa, joista omaiset omaistenillassa syksyllä 2020 valitsivat neljä arvoa Betel-kodin arvoiksi.

Palvelulupausten toteutumista ja tärkeyttä kysymme vuosittaisessa asiakaskyselyssä. Kyselyn tuloksen mukaan arvioimme toimintaa ja kehitämme työskentelytapojamme. Palvelulupauksista keskustellaan yhdessä omaisten ja asukkaiden kanssa asukas- ja omaisten illoissa.

OMAVALVONNAN TOIMEENPANO

Riskien ja epäkohtien tunnistaminen ja niiden korjaaminen

Asiakas- ja potilasturvallisuutta vaarantavien riskien tunnistaminen on omavalvontasuunnitelman ja omavalvonnan toimeenpanon lähtökohta. Ilman epäkohtien tunnistamista ei asiakas- ja potilasturvallisuusriskejä voi ennalta ehkäistä eikä toteutuneisiin epäkohtiin puuttua suunnitelmallisesti. Omavalvonta perustuu riskienhallintaan, jossa palveluun liittyviä riskejä ja mahdollisia epäkohtien uhkia tulee arvioida monipuolisesti asiakkaan saaman palvelun näkökulmasta.

Riskit voivat aiheutua esimerkiksi riittämättömästä henkilöstömitoituksesta tai toimintakulttuurista, jossa avointa turvallisuuskulttuuria ei tueta riittävästi. Riskejä voi aiheutua fyysisestä toimintaympäristöstä (kynnykset, vaikeakäyttöiset laitteet) ja toimintatavoista kuten esimerkiksi perusteeton asiakkaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen tai asiakkaiden keskinäisestä käyttäytymisestä. Usein riskit ovat monien virhetoimintojen summa. Riskienhallinnan edellytyksenä on, että työyhteisössä on avoin ja turvallinen ilmapiiri, jossa sekä henkilöstö että asiakkaat ja heidän omaisensa uskaltavat tuoda esille laatuun ja asiakasturvallisuuteen liittyviä epäkohtia

Riskienhallinnan järjestelmät ja menettelytavat

Riskienhallinnassa laatua ja asiakasturvallisuutta parannetaan tunnistamalla jo ennalta ne kriittiset työvaiheet, joissa toiminnalle asetettujen vaatimusten ja tavoitteiden toteutuminen on vaarassa. Riskienhallintaan kuuluu myös suunnitelmallinen toiminta epäkohtien ja todettujen riskien poistamiseksi tai minimoimiseksi sekä toteutuneiden haittatapahtumien kirjaaminen, analysointi, raportointi ja jatkotoimien toteuttaminen. Esihenkilön vastuulla on henkilöstön riittävä perehdytys erityisesti toiminnassa asiakas- ja potilasturvallisuuteen kohdistuviin riskeihin.

Riskienhallinnan työnjako

Johdon ja päälliköiden tehtävänä on huolehtia omavalvonnan ohjeistamisesta ja järjestämisestä sekä siitä, että työntekijöillä on riittävästi tietoa turvallisuusasioista. Johto vastaa siitä, että toiminnan turvallisuuden varmistamiseen on osoitettu riittävästi voimavaroja. Esimiehillä on päävastuu myönteisen asenneympäristön luomisesta epäkohtien ja turvallisuuskysymysten käsittelylle. Riskienhallinta vaatii aktiivisia toimia koko henkilökunnalta. Työntekijät osallistuvat turvallisuustason ja -riskien arviointiin, omavalvontasuunnitelman laatimiseen ja turvallisuutta parantavien toimenpiteiden toteuttamiseen.

Riskienhallinnan luonteeseen kuuluu, ettei työ ole koskaan valmista. Koko yksikön henkilökunnalta vaaditaan sitoutumista, kykyä oppia virheistä sekä muutoksessa elämistä, jotta turvallisten ja laadukkaiden palveluiden tarjoaminen on mahdollista. Eri ammattiryhmien asiantuntemus saadaan hyödynnetyksi ottamalla henkilökunta mukaan omavalvonnan suunnitteluun, toteuttamiseen ja kehittämiseen.

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

Säätiössä on erillinen ohjeistus riskien systemaattiseen kartoitukseen ja käsittelyyn ja riskit käydään läpi ennakoivasti henkilökunnan kanssa vuosittain näiden ohjeiden mukaan (riskianalyysikansio). Riskianalyysi on päivitetty 01/2025.

Riskien tunnistaminen

Riskienhallinnan prosessissa sovitaan toimintatavoista, joilla riskit ja kriittiset työvaiheet tunnistetaan.

Miten henkilökunta, asiakkaat ja omaiset tuovat esille havaitsemansa epäkohdat, laatu- poikkeamat ja riskit mukaan lukien sosiaalihuoltolain 48 §:n mukainen ilmoitusvelvollisuus?

Henkilökunta tuo havaitsemansa epäkohdat, laatu-poikkeamat, riskit sekä asukkaiden kohteluun liittyvät epäkohdat yksikön päällikölle ja tai sairaanhoitajalle. "Sosiaalihuollon henkilöstöön kuuluvan tai vastaavissa tehtävissä toimeksiantosuhteessa tai itsenäisenä ammatinharjoittajina toimivien henkilöiden on toimittava siten, että asiakkaalle annettavat sosiaalipalvelut toteutetaan laadukkaasti".

Edellä 1 momentissa tarkoitetun henkilön on ilmoitettava viipymättä toiminnasta vastaavalle henkilölle, jos hän tehtävissään huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan

asiakkaan sosiaalihuollon toteuttamisessa. Ilmoituksen vastaanottaneen henkilön on ilmoitettava asiasta hyvinvointialueen sosiaalihuollon johtavalle viranhaltijalle. (8.7.2022/589) Ilmoitus voidaan tehdä salassapitosäännösten estämättä.

Hyvinvointialueen ja yksityisen palveluntuottajan on tiedotettava henkilöstölleen ilmoitusvelvollisuudesta ja sen käyttöön liittyvistä asioista. Ilmoitusvelvollisuuden toteuttamista koskevat menettelyohjeet on sisällytettävä 47 §:ssä tarkoitettuun omavalvontasuunnitelmaan. Ilmoituksen tehneeseen henkilöön ei saa kohdistaa kielteisiä vastatoimia ilmoituksen seurauksena. (8.7.2022/589)"

Kaikki tiedoksi tuodut havaitsemat epäkohdat, laatupoikkeamat ja riskit hoitajille käsitellään yksikön kokouksissa yksikön päällikön toimesta.

Miten asiakkaat ja omaiset tuovat esille havaitsemansa epäkohdat, laatupoikkeamat ja riski?

Asiakkaat ja omaiset tuovat tiedoksi havaitsemansa epäkohdat, laatupoikkeamat ja riskit hoitajille ja tai yksikön päällikölle yksikössä käydessään, puhelimitse tai palautelaatikon kautta.

Riskien ja esille tulleiden epäkohtien käsitleminen

Haittatapahtumien ja läheltä piti tilanteiden käsittelyyn kuuluu niiden kirjaaminen, analysointi ja raportointi. Vastuu riskienhallinnassa saadun tiedon hyödyntämisestä kehitystyössä on palvelun tuottajalla, mutta työntekijöiden vastuulla on tiedon saattaminen johdon käyttöön. Haittatapahtumien käsittelyyn kuuluu myös niistä keskustelu työntekijöiden, asiakkaan ja tarvittaessa omaisen kanssa. Jos tapahtuu vakava, korvattavia seurauksia aiheuttanut haittatapahtuma, asiakasta tai omaista informoidaan korvausten hakemisesta.

Turvallisuushavainnon käsittelyprosessi (työntekijään kohdistuva)



Haitta- ja vaaratapahtumien käsittelyprosessi (asiakkaita koskeva)



Miten yksikössä käsitellään haattatapahtumat ja läheltä piti -tilanteet ja miten ne dokumentoidaan?

Riskianalyysin päivitys tehty 1/2025. Työpaikkaselvitys tehty 21.8.2023. Työsuojelutarkastus tehty 20.6.2023. Työntekijöitä koskevat riskit, kriittiset työvaiheet ja vaaratilanteet raportoidaan Safetumin Turvallinen yritys.fi -ohjelmiston kautta yksikön päällikön ja työsuojeluvaltuutetun tietoon. Näistä kertyvä tieto ja asian käsittely sekä korjaaminen yksikön päällikön toimesta välittömästi ja kertynyt tieto käsitellään työsuojelutoimikunnassa.

Asukasturvallisuutta koskevat välineisiin, laitteisiin, liittyvät epäkohdat tuodaan yksikön päällikön ja sairaanhoitajan tietoon ja tai tehdään huolto/korjauspyyntö huollolle. Lääkehoitoon ja muihin hoitomenetelmiin sekä hoitamiseen ja asukkaan kohteluun liittyvät havaitut epäkohdat tuodaan päällikön ja sairaanhoitajan tietoon, kirjataan hoitajien toimesta Hilkkään ja tällä hetkellä täytetään erillisiä lomakkeita lääkepoikkeamien ja kaatumisten seurannassa.

Asukkaiden kohteluun liittyvät epäkohdat: fyysinen väkivalta, psyykinen tai sosiaalinen kaltoinkohtelu, seksuaalinen hyväksikäyttö, taloudellinen hyväksikäyttö, hoidon ja avun laiminlyönti tai muu oikeuksien rajoittaminen ja loukkaaminen ja ikäihmisen ihmisarvoa alentava kohtelu ovat vaikeasti tunnistettavissa. Asiat, epäkohdat tuodaan heti päällikön tietoon. Yksikön päällikkö puuttuu tilanteisiin heti tarvittavalla tavalla.

Riskien ennakointia toteutetaan koulutuksen (ergonomiakoulutus ym.), erillisten suunnitelmien (lääkesuunnitelma, pelastussuunnitelma) ja laitetestauksen avulla (palokellojen testaus, määräaikaishuollot vaaoille/sängyille ym.) sekä ohjeiden avulla. Palo- ja pelastusturvallisuutta harjoitellaan säännöllisesti vuosittain pelastusviranomaisten johdolla (laitoksen turvallisuusjohtaja, talous- ja hallintojohtaja koordinoi). Työsuojelun toimintasuunnitelma.

Asukasturvallisuutta koskevat välineisiin, laitteisiin, lääkehoitoon ja muihin hoitomenetelmiin sekä hoitamiseen ja asukkaan kohteluun liittyvät läheltä piti tilanteet ja havaitut epäkohdat käsitellään yksikön osastopalaverissa henkilökunnan kanssa. Työntekijöitä koskevat haittatapahtumat menevät laitoksen työsuojelutoimikunnan käsittelyyn ja sen perusteella jatkotoimenpiteet yksikötasolle. Välitöntä puuttumista vaativat toimenpiteet toteutetaan heti yksikön päällikön toimesta.

Korjaavat toimenpiteet

Laatupoikkeamien, epäkohtien ja läheltä piti tilanteiden sekä haittatapahtumien varalle määritellään korjaavat toimenpiteet, joilla estetään tilanteen toistuminen jatkossa. Tällaisia toimenpiteitä ovat muun muassa tapahtumien syiden selvittäminen ja niihin perustuen menettelytapojen muuttaminen turvallisemmiksi. Myös korjaavista toimenpiteistä tehdään kirjaukset omavalvonnan seuranta-asiakirjaan.

Korjaavien toimenpiteiden seuranta ja kirjaaminen:

Osastopalaverikäsittelyn perusteella havaittuun epäkohtaan etsitään yhdessä ratkaisu, toimintakäytäntö/väline tai laite yms. muutetaan/korjataan tarpeen mukaan tai henkilökunnalle järjestetään asiasta lisäkoulutusta/harjoittelua, mikäli kyse on osaamiseen liittyvästä epäkohdasta.

Korjaavien toimenpiteiden toimeenpano

Miten sovituista muutoksista työskentelyssä ja muista korjaavista toimenpiteistä tiedotetaan henkilökunnalle ja muille yhteistyötahoille?

Käsittely osastopalaverissa ja kirjaaminen siitä tehtävään muistioon, johon poissaolevien on velvollisuus perehtyä. Asian mukaan asian käsittely esim. työsuojelutoimikunnassa tai laitoksen turvallisuusjohtajan kanssa. Asian vakavuuden mukaan kirjallinen lisäohjeistus. Asukasta ja hänen omaistaan tiedotetaan heitä koskevissa asioissa puhelimitse tai järjestetyssä tapaamisessa.

OMAVALVONTASUUNNITELMAN LAATIMINEN

Omavalvonnan suunnittelusta vastaava henkilö tai henkilöt

Ketkä ovat osallistuneet omavalvonnan suunnitteluun?

Säätiön toimitusjohtaja Tuija Åstedt vastaa ja koordinoi laitoksen eri yksiköiden sosiaalipalvelujen omavalvontaa yhteistyössä Palvelujohtaja Kati Lampenin ja yksiköiden päälliköiden kanssa. Toimitusjohtaja osallistuu omavalvontasuunnitelman laatimiseen koko laitosta koskevalta osin, ohjaa suunnitelmien laadintaa, johtaa omavalvonnan kehittämistoimia laitoksen tasolla, vastaa omavalvontaohjelmien vuosittaisesta arvioinnista ja seurannasta. Betel-kodin päällikkö Tea Särkkä vastaa ja koordinoi Betel-kodin asumispalvelujen omavalvontaa yhteistyössä yksikön omavalvonnan suunnittelu- ja toimeenpanotyöryhmän kanssa.

Yksikön päällikkö laatii yksikön omavalvontasuunnitelman työryhmän kanssa, valvoo omavalvontasuunnitelmaan kirjattujen asioiden toteutumista yksikössä, johtaa omavalvonnan kehittämistoimia yksikön tasolla, vastaa yksikön omavalvontaohjelman vuosittaisesta arvioinnista ja päivittämisestä. Päällikkö osallistuu myös koko laitoksen omavalvonnan kehittämiseen sote-johtoryhmätyöskentelyn kautta.

Kuka vastaa omavalvonnan suunnittelusta ja seurannasta?

Dilan Toimitusjohtaja Tuija Åstedt, tuija.astedt@dila.fi, nro. 044 713 2200.

Palvelujohtaja Kati Lampen, kati.lampen@dila.fi, nro. 044726116

Betel-kodin Päällikkö Tea Särkkä, tea.sarkka@dila.fi, nro. 040 715 4586.

Omavalvontasuunnitelman seuranta

Omavalvontasuunnitelma päivitetään, kun toiminnassa tapahtuu palvelun laatuun, asiakasturvallisuuteen sekä yhteystietoihin liittyviä muutoksia.

Miten yksikössä varmistetaan omavalvontasuunnitelman ajantasaisuus?

Päivitetty omavalvontasuunnitelma käydään läpi yksikön osastopalaverissa. Omavalvontasuunnitelmasta nousevat kehittämistarpeet aikataulutetaan yksikön vuosisuunnitelmaan

kehittämistoimiksi, jotka käydään läpi henkilöstön kanssa kunkin vuoden alussa. Lisäksi nämä tavoitteet otetaan kunkin työntekijän kanssa käsittelyyn kehityskeskusteluissa. Uudet työntekijät ja opiskelijat perehtyvät omaavontasuunnitelmaan osana yksikköön perehtymistä. Omaavontatyö sisällytetään työntekijöiden tehtäväkuvauksiin.

Omaavontasuunnitelman julkisuus

Ajan tasalla oleva omaavontasuunnitelman pitää olla julkisesti nähtävänä yksikössä siten, että asiakkaat, omaiset ja omaavonnasta kiinnostuneet voivat helposti ja ilman erillistä pyyntöä tutustua siihen.

Missä yksikön omaavontasuunnitelma on nähtävillä?

Yksikössä 1. kerroksen ilmoitustaululla, henkilökunnan toimistossa sekä Dilan nettisivuilla julkisesti nähtävänä.

ASIAKKAAN ASEMA JA OIKEUDET

Palvelutarpeen arviointi

Hoidon ja palvelun tarvetta arvioidaan yhdessä asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaisensa, läheisensä tai laillisen edustajansa kanssa. Arvioinnin lähtökohtana on henkilön oma näkemys voimavaroistaan ja niiden vahvistamisesta. Palvelutarpeen selvittämisessä huomion kohteena ovat toimintakyvyn palauttaminen, ylläpitäminen ja edistäminen sekä kuntoutumisen mahdollisuudet. Palvelutarpeen arviointi kattaa kaikki toimintakyvyn ulottuvuudet, joita ovat fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja kognitiivinen toimintakyky. Lisäksi arvioinnissa otetaan huomioon toimintakyvyn heikkenemistä ennakoivat eri ulottuvuuksiin liittyvät riskitekijät kuten terveydentilan epävakaus, heikko ravitsemustila, turvattomuus, sosiaalisten kontaktien vähyys tai kipu.

Miten asiakkaan palvelun tarve arvioidaan – mitä mittareita arvioinnissa käytetään?

Ympäri vuorokautisen palveluasumisen asukkaiden palvelutarpeen arvioinnin tekee ikääntyneiden palveluohjaus. Päijät-Hämeen hyvinvointialue nimeää asukkaalle sosiaalihuoltolain mukaisesti omatyöntekijän. Omatyöntekijän tehtävä on seurata, että asukkaan palvelut toteutuvat laaditun palvelusuunnitelman mukaisesti ja ovat riittävät palveluntarpeeseen nähden.

Dilassa asukasrekrytoinnista vastaa yksikön päälliköt (ensikontakti) ja yksikön päällikkö/sairaanhoitaja (yksikköön tutustuminen) tekevät asukkaan/omaisten kanssa palvelutarpeen arvioinnin ja ohjaavat ja neuvovat asukasta/omaisia sijoittumisessa Dila- koteihin.

Asukas ja/tai omainen voivat tutustua etukäteen yksikköön toiveensa mukaan, jonka jälkeen he päättävät paikan vastaanottamisesta.

Yksikössä tehdään palvelu- ja hoitosuunnitelma yhdessä asukkaan ja omaisen kanssa ja sitä päivitetään aina asukkaan tilan muuttuessa, kuitenkin vähintään kaksi kertaa vuodessa. Ensimmäinen PAHOSU tehdään noin kuukauden kuluttua asukkaan muuttamisesta. PAHOSU kattaa asukkaan eri tarvealueet ja niihin vastataan tarpeen ja sen perusteella, mitä hoitoneuvottelussa tai muissa keskusteluissa/tapaamisissa on asukkaan/omaisten kanssa sovittu huomioiden toteutuksessa ostajan asettamat laatuvaatimukset. RAI- arviointi kuukauden kuluttua muutosta, voinnin muuttuessa sekä vähintään 2xvuodessa. Asukkaan muutettua IKINÄ ohjeistuksen mukaisesti tehdään kaatumisvaaran arviointi FRAT-lomakkeella. Yksikössä on nimetty omat RAI- ja IKINÄ-vastuuhenkilöt.

Miten asiakas ja/tai hänen omaistensa ja läheisensä otetaan mukaan palvelutarpeen arviointiin?

Asukkaan muuttaessa esitietoja kartoitetaan sekä asukkaalta, että omaiselta. Omaista pyydetään täyttämään Elämäntarina-lomake. Omahoitaja tutustuu asukkaaseen asukkaan muutettua Betel-kotiin. PAHOSU:n teon yhteydessä omahoitaja on yhteydessä omaiseen. Omaiselle soitetään noin kuukauden kuluttua asukkaan muutosta, kartoitetaan uudelleen hoidon tarvetta. Hoitoneuvotteluissa vähintään 1xvuosi käydään PAHOSU lävitse sekä aina tarvittaessa päivitysten yhteydessä. Omahoitaja on yhteydessä omaisiin vähintään kerran kuukaudessa jollei omaisten kanssa ole sovittu muuta.

Hoito- ja palvelussuunnitelma

Hoidon ja palvelun tarve kirjataan asiakkaan henkilökohtaiseen, päivittäistä hoitoa, palvelua tai kuntoutusta koskevaan suunnitelmaan. Suunnitelman tavoitteena on auttaa asiakasta saavuttamaan elämänlaadulleen ja kuntoutumiselle asetetut tavoitteet. Päivittäisen hoidon ja palvelun suunnitelma on asiakirja, joka täydentää asiakkaalle laadittua asiakas/palvelusuunnitelmaa ja jolla viestitään muun muassa palvelun järjestäjälle asiakkaan palvelutarpeessa tapahtuvista muutoksista. Hoito- palvelu- tai kuntoutussuunnitelman toteutuminen asiakkaan päivittäisessä hoidossa ja palvelussa riippuu ennen kaikkea työntekijöiden hyvästä perehdyttämisestä. Hoito- ja palvelusuunnitelmien päivittämiseen ja suunnitelman toteutumatta jääminen on myös asiakasturvallisuuteen liittyvä riski.

Vanhuspalvelulain 16 §:n mukaan iäkkään henkilön näkemykset vaihtoehtoista on kirjattava suunnitelmaan.

Miten hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan, päivitetään ja miten sen toteutumista seurataan?

Palvelu- ja hoitosuunnitelma laaditaan omahoitajan toimesta yhteistyössä asukkaan ja omaisten kanssa. Taustalla on asukkaan RAI-arvio, päivittäinen toimintakyky. Kartoitetaan asukkaan toiveet elämän kulku- lomakkeella sekä hoitotahto hoitotahto-lomakkeella tai erillisellä asukkaan aiemmin tekemällä hoitotahdolla. Asukkaan toimintakykyä arvioidaan päivittäin sekä arvioidaan ja päivitetään RAI-arviointien yhteydessä vähintään 2xvuodessa.

Miten varmistetaan, että asiakas saa riittävästi tietoa eri vaihtoehtoista ja miten asiakkaan näkemys tulee kuulluksi?

Kaikilta asukkailta varmistetaan hoitotahto. Jollei asukas ole aiemmin hoitotahtoa tehnyt, hoitotahdon kyselemiseen on oma lomake. Lääkäri käy tulotarkastuksessa lävitse asukkaan hoitotahdon, käy tarvittaessa keskustelua myös omaisten kanssa ja kirjaa lopullisen hoitolinjauksen sairauskertomustietoihin Acuteen. Acutesta sairaanhoitaja kirjaa tiedot Hilikka-asiakastietojärjestelmään. Hoitotahto käydään hoitoneuvottelussa läpi ja sitä käsitellään siinä

yhteydessä omaisen kanssa. Aukkaan vointi huomioiden käydään vuoropuhelua aukkaan sekä omaisen kanssa. Aukkaan muuttaessa kartoitetaan aukkaan elämän kulkua erillisellä lomakkeella, samalla kartoitetaan toiveita, mieltymyksiä.

Miten varmistetaan, että henkilökunta tuntee hoito- ja palvelusuunnitelman sisällön ja toimii sen mukaisesti?

Hoitajat lukevat palvelu- ja hoitosuunnitelman Hilkasta, uudet työntekijät perehdytetään lukemaan Hilkasta tietoja. Sairaanhoidaja seuraa PAHOSUN:n toteutumista.

Asiakkaan kohtelu

Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen

Itsemääräämisoikeus on jokaiselle kuuluva perusoikeus, joka muodostuu oikeudesta henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Siihen liittyvät läheisesti oikeudet yksityisyyteen ja yksityiselämän suojaan. Henkilökohtainen vapaus suojaa henkilön fyysisen vapauden ohella myös hänen tahdonvapauttaan ja itsemääräämisoikeuttaan. Sosiaalihuollon palveluissa henkilökunnan tehtävänä on kunnioittaa ja vahvistaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja tukea hänen osallistumistaan palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen.

Miten yksikössä vahvistetaan asiakkaiden itsemääräämisoikeuteen liittyviä asioita kuten yksityisyyttä, vapautta päättää itse omista jokapäiväisistä toimista ja mahdollisuutta yksilölliseen ja omannäköiseen elämään?

Aukkaan muuttaessa kartoitetaan toiveet, tottumukset elämäntarina lomakkeella, tehdään hoitotahdot. Kunnioitetaan jokaisen vakaumusta, hoitotahtoa/linjausta, toiveita. Jokaisella aukkaalla on oma asunto, jossa aukkaan itsemääräämisoikeutta, yksityisyyttä ja intymiteettisuoja toteutetaan aukkaan tavat ja tottumukset huomioiden. Aukkaan kanssa sovitaan, kuinka hänen asuntoonsa tullaan ja miten siellä toimitaan. Asunnot ovat asukkaiden omia koteja, joissa he saavat toteuttaa itseään omalla tavallaan. Yhteisiin tilaisuksiin ja tapahtumiin asukkaat osallistuvat toiveidensa mukaan.

Sosiaalihuollon asiakkaan hoito ja huolenpito perustuu ensisijaisesti vapaaehtoisuuteen, ja palveluja toteutetaan lähtökohtaisesti rajoittamatta henkilön itsemääräämisoikeutta. Sosiaalihuollossa itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa ainoastaan silloin, kun asiakkaan tai muiden henkilöiden terveys tai turvallisuus uhkaa vaarantua.

Itsemääräämisoikeutta rajoittavista toimenpiteistä tehdään asianmukaiset kirjalliset päätökset. Rajoitustoimenpiteet on toteutettava lievimmän rajoittamisen periaatteen mukaisesti ja turvallisesti henkilön ihmisarvoa kunnioittaen. Asiakkaan hoito-, palvelu- tai kuntoutussuunnitelmaan kirjataan itsemääräämisoikeuden rajoittamisen käytännöistä ja välineistä.

Itsemääräämisoikeutta koskevista periaatteista ja käytännöistä keskustellaan sekä asiakasta hoitavan lääkärin, että omaisten ja läheisten kanssa ja ne kirjataan asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Rajoittamistoimenpiteistä tehdään kirjaukset myös asiakas asiakirjoihin.

Mistä itsemääräämisoikeuden rajoittamista ja vahvistamista koskevia periaatteita yksikössä on sovittu ja ohjeistettu?

Fyysisestä rajoittamisesta on ohjeisto (liite).

Mitä rajoittavia välineitä yksikössä käytetään?

Fyysisen rajoittamisen päättää lääkäri ja asia käsitellään aina asukkaan tai asukkaan läheisten kanssa. Yksikön fyysiset rajoittamisen keinot ovat satulavyön käyttö, hygienihaalareiden ja hoivasängyn laitojen käyttö. Rajoitteet tehdään max. kolmeksi kuukaudeksi kerrallaan, jonka jälkeen niiden tarpeellisuus arvioidaan uudelleen. Rajoittamisen tarkoitus on turvata, lisätä asukkaan turvallisuutta estämällä asukkaan itsensä vahingoittumista tai toisen asukkaan vahingoittamista.

Esimerkit rajoitteista: sängyn laidat, satulavyö estävät putoamista, hygienihaalari estää ulosteen joutumista suuhun ja silmiin.

Asiakkaan asiallinen kohtelu

Usein sosiaalipalveluista tehdyissä kanteluissa tulee esille asiakkaan kokemaa epäasiallista kohtelua. Asiakkaalla on oikeus tehdä muistutus toimintayksikön vastuuhenkilölle tai sosiaalihuollon johtavalle viranhaltijalle, mikäli hän on tyytymätön kohteluunsa. Palvelun perustuessa ostosopimukseen muistutus tehdään järjestämisvastuussa olevalle viranomaiselle. Yksikössä tulisi kuitenkin ilman muistutustakin kiinnittää huomiota ja tarvittaessa reagoida epäasialliseen tai loukkaavaan käytökseen asiakasta kohtaan.

Miten varmistetaan asiakkaiden asiallinen kohtelu ja miten menetellään, jos epäasiallista kohtelua havaitaan?

Asiallinen kohtelu varmistetaan siten, että käydään säännöllistä keskustelua, miten asukkaita kohdellaan arvojen ja palvelulupausten pohjalta. Epäasiallinen tai loukkaava kohtelu käsitellään välittömästi kyseisen henkilön kanssa. Käsittelyssä sovitaan siitä, miten asia käsitellään asukkaan/omaisen kanssa. Asia käsitellään aina asukkaan/omaisen kanssa yksikön päällikön toimesta ja tässä yhteydessä heitä ohjataan myös mahdollisen muistutuksen tekemisessä. Epäasiallista tai loukkaavaa kohtelua ei sallita ja se johtaa työntekijän puhutteluun yksikön päällikön taholta ja jatkuessaan rangaistusmenettelyn käynnistämiseen.

Miten asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaisensa tai läheisensä kanssa käsitellään asiakkaan kokema epäasiallinen kohtelu, häiritsevä tapahtuma tai vaaratilanne?

Tilanteessa mukana ollut hoitaja/yksikön päällikkö käy mahdollisimman pian omaisen kanssa läpi ja tarvittaessa tarpeen mukaan ohjaa sosiaaliesimiehelle. Omaisten kanssa mietitään miten tulisi toimia, ettei tapahtunut toistu.

Asiakkaan osallisuus

Asiakkaiden ja omaisten osallistuminen yksikön laadun ja omavalvonnan kehittämiseen

Eri-ikäisten asiakkaiden ja heidän perheidensä ja läheistensä huomioon ottaminen on olennainen osa palvelun sisällön, laadun, asiakasturvallisuuden ja omavalvonnan kehittämistä. Koska laatu ja hyvä hoito voivat tarkoittaa eri asioita henkilöstölle ja asiakkaalle, on systemaattisesti eritavoin kerätty palaute tärkeää saada käyttöön yksikön kehittämisessä. Asiakkaan ja omaisten osallisuus tarkoittaa heidän näkemyksensä ja toiveidensa huomioon ottamista kaikissa palveluun ja toiminnan kehittämiseen liittyvissä tilanteissa.

Läheiset ovat tervetulleita vierailemaan Betel-kodissa ajankohdasta riippumatta.

Palautteen kerääminen, käsittely ja hyödyntäminen toiminnan kehittämisessä

Miten asiakkaat ja heidän läheisensä osallistuvat yksikön toiminnan, laadun ja omavalvonnan kehittämiseen? Miten ja miten usein asiakaspalautetta kerätään?

Asiakaspalautetta saadaan vuosittain toteutettavilla asiakaskyselyillä. Tuloksista tehdään yhteenveto. Jatkuva asukaspalautetta saadaan asukkailta henkilökohtaisesti, hoitoneuvotteluissa, asukkaan palvelusta poistuessa ja asukaspalaverieissa. Omaisten kanssa käydään heidän tarpeensa mukaan keskusteluja palvelusta. Viimeisin asiakaskysely toteutettiin syksyllä v.2023

Miten saatua palautetta hyödynnetään toiminnan kehittämisessä?

Tulokset käydään läpi henkilöstön ja asiakkaiden kanssa yhdessä asukas- ja omaisillassa. Tällöin keskustellaan esiin nousseista toiminnan kehittämistarpeista ja etsitään yhdessä asukkaiden ja omaisten kanssa ratkaisuja kehitettäviin asioihin. Palautetta käsitellään säännöllisesti osastopalaverieissa henkilökunnan kanssa. Palautteessa esiin nousseet kehittämiskohteet otetaan huomioon toiminnan uudistamisessa ja vuosisuunnitelmien tavoitteissa. Pienemmät muutokset pyritään viemään käytäntöön heti (esim. ruokailuaikojen muutokset, toiminnan muokkaaminen ja järjestäminen) ja suuremmat muutokset (tiloja koskevat kehittämis ehdotukset) osana vuosisuunnitelman toteutusta.

Asiakkaan oikeusturva

Sosiaalihuollon asiakkaalla on oikeus laadultaan hyvään sosiaalihuoltoon ja hyvään kohteluun ilman syrjintää. Asiakasta on kohdeltava hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioittaen. Tosiasialliseen hoitoon ja palveluun liittyvät päätökset tehdään ja toteutetaan asiakkaan ollessa palvelujen piirissä. Palvelun laatuun tai saamaansa kohteluun tyytymättömällä asiakkaalla on oikeus tehdä muistutus toimintayksikön vastuuhenkilölle tai johtavalle viranhaltijalle. Muistutuksen voi tehdä tarvittaessa myös hänen laillinen edustajansa, omainen tai läheinen. Muistutuksen vastaanottajan on käsiteltävä asia ja annettava siihen kirjallinen, perusteltu vastaus kohtuullisessa ajassa.

Muistutuksen vastaanottaja Palvelujohtaja Kati Lampen

Sosiaali- ja potilasasiavastaava yhteystiedot sekä tiedot hänen tarjoamistaan palveluista:

Puhelin: 03 8192504 ma-ti 9-12, ke 9-15, to 9-12

asiavastaavat@pajjatha.fi

Lisätietoja: Sosiaali- ja potilasasiavastaava - Päijät-Sote (pajjat-sote.fi)

Kuluttajaneuvonnan yhteystiedot sekä tiedot sitä kautta saatavista palveluista Valtionvirasto, nro. 029 505 3050, ma-ke, pe klo:9.12 ja to klo:12-15.

Miten yksikön toimintaa koskevat muistutukset, kantelu- ja muut valvontapäätökset käsitellään ja huomioidaan toiminnan kehittämisessä?

Muistutus käsitellään yksikön päällikön, palvelujohtajan ja sitä mahdollisesti koskevien työntekijöiden kanssa ja siihen annetaan kirjallinen vastine 2 viikon sisällä. Tarvittaessa asia käsitellään yksikön osastopalaverissa toiminnan kehittämisen näkökulmasta.

Tavoiteaika muistutusten käsittelylle kaksi viikkoa.

Asukkaan omaisella on mahdollisuus saada tutustua asukkaan tietoihin hyvinvointialueen ohjeiden mukaisesti. Tämä tehdään asiakastietojen pyytäminen lomakkeelle, joka löytyy nettisivuilta:

<https://paijat-sote.fi/asioi-verkossa/lomakkeet/>

Asukkaan omaisuuden säilyttäminen

Asukkaan muuttaessa Betel kotiin, läheistä ohjeistetaan tuomaan hoitajien säilytettäväksi asukkaan rahat, kelakortti ym. rahallisesti arvokkaat asiat. Huoneissa ei suositella säilytettävän arvoesineitä eikä rahaa.

Asukkaalla voi olla käteisvaroja enintään 50–100 € hoitajien lukollisessa kassakaapissa, joka sijaitsee lukitussa lääkehuoneessa, jonne vain hoitajilla on pääsy. Kassakaapin koodi on tiedossa sairaanhoitajalla, asumispalvelupäälliköllä sekä johdon sihteerillä.

Rahat tarkastetaan säännöllisesti. Tarkistus suoritetaan aina työparina, sairaanhoitajan ja päällikön toimesta.

Asukkaan poistuessa yksiköstä asukkaan rahat annetaan asukkaan raha-asioita hoitavalle henkilölle. Hilkasta tulostetaan lompakko -sivulta saldotietosivu. Tulosteeseen kirjataan rahat luovuttavan hoitajan allekirjoitus ja rahat vastaanottavan henkilön allekirjoitus ajankohtatietoineen. Toinen kpl jää yksikköön asukkaan papereiden joukkoon. Toinen kpl ja rahat vastaanottaneelle henkilölle.

PALVELUN SISÄLLÖN OMAVALVONTA

Hyvinvointia, kuntoutumista ja kasvua tukeva toiminta

Asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmiin kirjataan tavoitteita, jotka liittyvät päivittäiseen liikkumiseen, ulkoiluun, kuntoutukseen ja kuntouttavaan toimintaan.

Miten palvelussa edistetään asiakkaiden fyysistä, psyykkistä, kognitiivista ja sosiaalista toimintakykyä sekä osallisuutta?

Ympäri vuorokautisen palveluasumisen hoivan ja hoidon päämääräksi on asetettu asukkaiden arjen osallisuuden vahvistaminen, jonka tavoitteet ja keinot eri tasoilla on yhteisesti sovittu, kirjattu ja viety käytäntöön yksikön arkeen. Kuntouttavien asumispalvelujen kehittäminen on ollut ympäri vuorokautisen palvelun keskeinen sisältö vuodesta 2010 lähtien. Tähän liittyen koko hoitohenkilökunta koulutettiin Ikäinstituutin kunnonhoitajakoulutusmallilla. Betel-kodissa työskentelee Fysios Oy:n fysioterapeutti 3 kertaa viikossa ja yksikössä on vanhuksille sopivia kuntoiluvälineitä sekä kuntoilutila 2 krs:ssa. Paikallisen Kaatumisen ehkäisyn ohjelma on myös yksikössä käytössä. Toimintakykyä ja hyvinvointia tukeva hoiva rakentuu asukkaan, omaisen sekä hoitajien yhdessä laatiman PAHOSUN pohjalta. Suunnitelmaan kirjataan yksilölliset tavoitteet ja keinot asukkaan toimintakyvyn ja terveyden tukemisesta ja niitä arvioidaan säännöllisesti. PAHOSU päivitetään kaksi kertaa vuodessa ja tarvittaessa.

Liikunta-, kulttuuri- ja harrastustoiminnan toteutuminen:

Asukkaille järjestetään viriketoimintaa päivittäin hoitajien tai opiskelijoiden toimesta. Viriketoiminnaksi lasketaan esim. muistipelin pelailu, lehden luku, ulkoilu ja opiskelijoiden järjestämät tuokiot 1x vko. Viriketoimintaa tapahtuu paljon ennen ruokailuja suunnittelematta, suunnitellusti on ulkoilut sekä opiskelijoiden ja vapaaehtoisten järjestämät toiminnot. Yksikössä vierailevat myös erilaiset esiintyjät ja vapaaehtoiset, sekä hartaushetki järjestetään viikoittain. Betel-kodin asukkaat ovat myös tervetulleita Dila-korttelin tapahtumiin.

Miten asiakkaiden toimintakykyä, hyvinvointia ja kuntouttavaa toimintaa koskevien tavoitteiden toteutumista seurataan?

PAHOSU:ssa, toteutuminen ja arvioiminen kirjataan Hilikkaan asiakastietoihin. Toteutumista seurataan päivittäisten toimien yhteydessä. Fysioterapeutti käy yksikössä 3xvko.

Ravitsemus

Miten yksikön ruokahuolto on järjestetty?

Täysihoitoon sisältyy aamiainen, lounas, välipala, päivällinen, iltapala. Välipalaa tarjotaan yksilöllisesti tarpeen mukaan. Ravitsemuksen koostumus on suunniteltu Juvenes-Yhtiöt Oy/Ateriapalvelut Kiven henkilökunnan toimesta Ikäihmisten ravitsemussuositusten pohjalta. Ruokailuvälit ovat alle 4 h päivällä ja yöaikana asukas saa tarpeen mukaan välipalaa.

Miten asiakkaiden erityiset ruokavaliot ja rajoitteet otetaan huomioon?

Asukkaiden ruoka-aine allergiat huomioidaan. Asukkaan kyky syödä ruokaa huomioidaan, esim. onko tarvetta pehmeälle/soseroivalle. Asukkaat punnitaan ja heidän ravitsemustansa arvioidaan MNA-testillä, jonka tulosten perusteella tehdään yksilökohtaisia ruokailujärjestelyjä.

Miten asiakkaiden riittävää ravinnon ja nesteen saantia sekä ravitsemuksen tasoa seurataan?

Ravintola Kivi valmistelee ruuat, erityisruokavalioiden huolehtii niihin kouluttautunut kokki. Ruokahuoltoon osallistuvalla henkilökunnalla on hygieniapassi.

Hygieniakäytännöt

Miten yksikössä seurataan yleistä hygieniatasoa ja miten varmistetaan, että asiakkaiden tarpeita vastaavat hygieniakäytännöt toteutuvat laadittujen ohjeiden ja asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien mukaisesti?

Hygieniakäytännöt ja tartuntojen ehkäisy perustuvat ohjeisiin ja henkilökunnan saamaan säännölliseen koulutukseen. Hygieniaohteet hygieniahoitaja Anne Reimannilta. Puhtaanapito ja siivous sisältyvät infektio-ohjeisiin. Epidemiatilanteissa konsultoidaan alueen infektio- ja lääketieteellisiä asiantuntijoita. Asukkaat saavat kausi-influenssarokotteen ja pneumovax- rokotteen suositusten mukaan. Sekä koronarokotteet (Hyvinvointialueen toimesta). Dilalla on erillinen ohje asumispalveluille esim. koronaepidemiatilanteissa.

Miten infektioiden ja tarttuvien sairauksien leviäminen ennaltaehkäistään?

Toimiminen ohjeiden mukaisesti, pidetään yllä hyvää käsihygieniää. Hoitajille suositellaan kausi-influenssa rokotteiden sekä B-hepatiitti- rokotteen ottamista.

Miten yksikön siivous ja pyykkihuolto on järjestetty? Miten henkilökunta on koulutettu/perehdytetty yksikön puhtaanapidon ja pyykkihuollon toteuttamiseen ohjeiden ja standardien mukaisesti?

Pyykkihuolto Päijät-Hämeen Tekstiilihuolto Oy:ltä, osa asukas pyykistä pestään omilla pesukoneilla yksikössä. Siivouspalvelut ostopalveluna Trinomi Oy:ltä.

Henkilökunnan kanssa asiat on käyty yksikössä lävitse ja jokaisen tulee tarvittaessa perehtyä ohjeisiin.

Terveyden- ja sairaanhoito

Miten varmistetaan asiakkaiden suunhoitoa, kiireetöntä sairaanhoitoa, kiireellistä sairaanhoitoa ja äkillistä kuolemantapausta koskevien ohjeiden noudattaminen?

Uudet työntekijät perehdytetään, ohjeiden muutoksesta tietoa kaikille hoitajille osasto- palaverissa tai Hilikka-viestinä. Uusiin ohjeisiin tutustutaan/luetaan lukukuittauksella.

Miten pitkäaikaissairaiden asiakkaiden terveyttä edistetään ja seurataan?

Asukkaat saavat kotisairaanhoitotasoiset terveydenhuollon palvelut yksikössä ja niiden toteutumisesta vastaavat yksikön sairaanhoitaja ja päällikkö. Vastuuhoitajat toteuttavat mittauksia ja arviointeja. Asukkaan terveydenedistäminen ja terveydentilan seurantaan liittyvät tutkimukset sekä toimet perustuvat asukkaan palvelu- ja hoitosuunnitelmaan.

Mittausten/tutkimusten tarpeellisuuden ja ajankohdan sekä säännöllisyyden päättää lääkäri. Mittauksista ja tutkimuksista tulokset viedään lääkärin arvioitavaksi sairaanhoitajan toimesta.

Kuka yksikössä vastaa asiakkaiden terveyden- ja sairaanhoidosta?

Asukkaiden lääkehoidosta vastaa Pihlajalinnan lääkäri Maria Koski, joka käy Dila-kodeissa 1x kuukaudessa sovitusti ja on tavoitettavissa puhelimitse arkisin erikseen sovittuina soittoaikoina. Kerran viikossa on sovittu puhelinkiertoaika, jolloin sairaanhoitaja konsultoi lääkäriä tarvittavista asioista. Omalääkärin ollessa poissa on arkisin käytössä Pihlajalinnan takapäivystäjä klo 8–16 välisenä aikana p. 02070007070. Muina aikoina sairaanhoitaja ja lähihoitajat soittavat päivystysavun viranomaisnumeroon, nro. 044 482 5082 sekä Ilta- ja viikonloppuaikaan lähihoitajat arvioivat hoidon kiireellisyyden ja/tai tilaavat tarvittaessa ensihoidon paikalle, jonka henkilökunta arvioi vielä uudelleen sairaalahoidon tarpeen. Dilan vakituisen lääkärin poissaolojen aikana on käytettävissä ennalta sovitusti sijaislääkäri.

Lääkäri: Maria Koski Pihlajalinna

Päällikkö: Tea Särkkä tea.sarkka@dila.fi puh 040-715 4586

Sairanhoitaja: Ruti Roos, ruti.roos@dila.fi puh 044-713 2610

Lääkehoito

Yksikön lääkehoito perustuu yksikkökohtaiseen lääkehoitosuunnitelmaan, jota päivitetään säännöllisesti. Lääkehoitosuunnitelma on osa henkilöstön perehdyttämistä. Turvallinen lääkehoito -oppaassa linjataan muun muassa lääkehoidon toteuttamiseen periaatteet ja siihen liittyvä vastuunjako sekä vähimmäisvaatimukset, jotka yksikön ja lääkehoidon toteuttamiseen osallistuvan työntekijän on täytettävä. Oppaan ohjeet koskevat sekä yksityisiä että julkisia lääkehoitoa toteuttavia yksiköitä. Oppaan mukaan palveluntuottajan on nimettävä yksikölle lääkehoidon vastuhenkilö. Yksikön lääkehoidon vastaavana toimii yksikön päällikkö Tea Särkkä.

Miten lääkehoitosuunnitelmaa seurataan ja päivitetään?

Lääkehoitosuunnitelma päivitetään kerran vuodessa ja aina tarvittaessa. Käydään vuoro- puhelua sairaanhoitajan kanssa, seurataan lääkepoikkeamia. Sairanhoitaja ja yksikön päällikkö huolehtivat yksikön käytäntöjen vastaavan lääkehoitosuunnitelmaa.

Kuka vastaa lääkehoidosta?

Lääkäri: Maria Koski Pihlajalinna

Päällikkö: Tea Särkkä tea.sarkka@dila.fi puh 040-715 4586

Sairanhoitaja: Ruti Roos, ruti.roos@dila.fi puh 044-713 2610

Monialainen yhteistyö

Miten yhteistyö ja tiedonkulku asiakkaan palvelukokonaisuuteen kuuluvien muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunantajien ja eri hallinnonalojen kanssa on järjestetty?

Tietojenluovutusluvan mukaisesti tietojen luovuttaminen jatkohoitopaikkaan. Erilliset sairaanhoitajan lähete, lääkelista, hoitotahto/linjaus, hoitotyönyhteenveto annetaan asukkaalle mukaan hänen lähtiessään yksiköstä jatkohoitoon tai käydessään lääkärin vastaanotolla.

ASIAKASTURVALLISUUS

Yhteistyö turvallisuudesta vastaavien viranomaisten ja toimijoiden kanssa

Sosiaalihuollon omavalvonta koskee asiakasturvallisuuden osalta sosiaalihuollon lainsäädännöstä tulevia velvoitteita. Palo- ja pelastusturvallisuudesta sekä asumisterveyden turvallisuudesta vastaavat eri viranomaiset kunkin alan oman lainsäädännön perusteella. Asiakasturvallisuuden edistäminen edellyttää kuitenkin yhteistyötä muiden turvallisuudesta vastaavien viranomaisten ja toimijoiden kanssa. Palo- ja pelastusviranomaiset asettavat omat velvoitteensa edellyttämällä mm. poistumisturvallisuussuunnitelman ja ilmoitusvelvollisuus palo- ja muista onnettomuusriskeistä pelastusviranomaisille.

Asiakas-turvallisuutta varmistaa omalta osaltaan myös holhoustoimilain mukainen ilmoitusvelvollisuus maistraatille edunvalvonnan tarpeessa olevasta henkilöstä sekä vanhuspalvelulain mukainen velvollisuus ilmoittaa iäkkästä henkilöstä, joka on ilmeisen kykenemätön huolehtimaan itsestään.

Miten yksikkö kehittää valmiuksiaan asiakasturvallisuuden parantamiseksi ja miten yhteistyötä tehdään muiden asiakasturvallisuudesta vastaavien viranomaisten ja toimijoiden kanssa?

Yksikön pelastus- ja turvallisuussuunnitelma on pelastusviranomaisen taholta hyväksytty 23.11.2015 ja päivitetty 16.8.19. Turvallisuuskävely, pelastustarkastus 19.10.21 ja 26.10.22. Paloturvallisuusharjoitukset 23.8. 2018, alkusammutuskoulutukset 4.11.2021, aiemmat 31.10.19 ja 7.11.19.

Asukashälytysjärjestelmän poikkeavuudet saadaan suoraan operaattorilta - sitä ei tarvitse erikseen testata. Laitteiden rikkouduttua saadaan uusi tilalle välittömästi. Yökön turvanappi, jolla saadaan suora yhteys Avarnin vartijaan; testataan 2 viikon välein. Laite hälyttää Avarniin, jos virtataso on vähäinen. Asukashälytysjärjestelmän ominaisuuksien hyödyntäminen asukastarpeiden mukaan.

Asukkaiden hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmien ajantasaisuus. Asukasturvallisuus on osa jatkuvaa kehittämistä, josta käydään päivittäin keskustelua ja minkä esiin tullessiin epäkohtiin puututaan välittömästi. Vaara- ja haittatapahtumien kirjaus ja käsittely palaverissa. Tarvittaessa muutetaan toimintamalleja ja tehdään uusia toimintaohjeita. Dilan koronaohjeet.

Henkilöstö

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

Henkilöstösuunnittelussa otetaan huomioon toimintaan sovellettava lainsäädäntö. Jos toiminta on luvanvaraista, otetaan huomioon myös luvassa määritelty henkilöstömitoitus ja rakenne. Tarvittava henkilöstömäärä riippuu asiakkaiden avun tarpeesta, määrästä ja toimintaympäristöstä. Sosiaalipalveluja tuottavissa yksiköissä huomioidaan erityisesti henkilöstön riittävä sosiaalihuollon ammatillinen osaaminen.

Mikä on yksikön hoito- ja hoivahenkilöstön määrä ja rakenne?

Vakituisen henkilöstöön kuuluu asumispalvelupäällikkö, sairaanhoitaja, 12 lähihoitajaa ja 4 hoiva-avustajaa.

Mitkä ovat sijaisten käytön periaatteet?

Poissaolot ilmoitetaan yksikön päällikölle, sairaanhoitajalle ja yksikköön. Yksikön päällikön luvalla 3-5 päivää. Poissaolon aikaisiin työpäiviin hankitaan sijainen.

Miten henkilöstövoimavarojen riittävyys varmistetaan?

Henkilöstömitoitus vanhuspalvelulain mukaisesti, välilliseen asiakastyöaikaan huomioidaan puolikkaan hoitajan työaika. Henkilöstömitoitusta tarkistetaan päivittäin. Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista ja Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä. Sairaanhoitajalla, lähihoitajalla sekä hoiva-avustajilla on omat työnkuvansa (liite). Poissaolot, loma-ajat, juhlapyhät ennakoidaan. Työvuorolistat tehdään kuudeksi viikoksi kerrallaan.

Miten varmistetaan riittävä tuki- ja avustavissa työtehtävissä työskentelevien henkilöstön määrä?

Valtaosa on ulkoistettu, 0,5 henkilöä on varattu välilliseen asukastyöhön.

Kuinka henkilöstön hyvinvointia ja työturvallisuutta edistetään?

Työvuorolistat suunnitellaan 6 viikon jaksoissa, henkilökunnan on mahdollista osallistua omien työvuorojen suunnitteluun. Työvuorosuunnittelussa pyritään ergonomiseen työvuorosuunnitteluun. Henkilöstöllä on käytössä työterveyspalvelut, virikesetelit ja vapaa-ajan tapaturmavakuutus. Henkilökuntaa koulutetaan säännöllisesti työturvallisuusnäkökulma huomioon ottaen. Käytössä on myös Haipro-järjestelmä, minkä ilmoitukset käsitellään säännöllisesti henkilökunnan kesken sekä työsuojelu- ja yhteistoiminta toimikunnassa kootusti.

Henkilöstön rekrytoinnin periaatteet

Mitkä ovat yksikön henkilökunnan rekrytointia koskevat periaatteet?

Vapautuvat ja uudet toimet täytetään ensisijaisesti sisäisillä henkilösiirroilla. Jos henkilökuntaa ei ole siirrettäväksi, toimi laitetaan julkisesti haettavaksi ja täytetään sopivimmilla hakijalla perustuen koulutuksen, työkokemuksen ja haastattelun näyttämään kokonaisuuteen. Hakijoiden alkuperäinen tutkintotodistus ja rekisteröintitodistus pyydetään ennen työsopimuksen allekirjoitusta ja rekisteröinti tieto tarkistetaan Terhikistä. Hakijoiden suosittelijoille soitetaan. Sijaisten rekrytointia tehdään julkisella hakumenettelyllä ja suorien yhteydenottojen perusteella. Sijaisten kelpoisuus varmistetaan samoilla periaatteilla kuin vakinaisten työntekijöiden kelpoisuus. Rekrytointia suorittavat palvelujohtaja, sairaanhoitaja ja/tai yksikön päällikkö, niin, että haastattelemassa on kaksi.

Kuvaus henkilöstön perehdyttämisestä ja täydennyskoulutuksesta

Miten huolehditaan työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytyksestä asiakastyöhön ja omavalvonnan toteuttamiseen?

Uudet työntekijät perehdytetään yksikön päällikön toimesta organisaation yleisiin asioihin, toimintaperiaatteisiin ja tiloihin sekä hoitajien toimesta välittömään ja välilliseen asukastyöhön. Työhön perehtyminen käynnistyy siten, että uusi työntekijä on ylimääräisenä vähintään yhden aamuvuoron, iltavuoron sekä tarvittaessa yövuoron, joiden aikana hän perehtyy ko. vuoron tehtäviin nimetyn ohjaajan kanssa. Tämän jälkeen perehtyminen tapahtuu työssä siten, että vastuuta lisätään osaamisen ja valmiuksien kasvaessa. Sairaanhoitaja toimii uuden työntekijän mentorina ja arvioi edistymistä, vastuun sekä tehtävien lisäämistä yksilöllisesti työntekijän kanssa. Perehtymisessä on

käytössä talon perehdytysuunnitelma (liite), joka aikataulutetaan uuden työntekijän kanssa ja varmentaa perehtymisen nimikirjoituksellaan. Betel-kodilla on oma yksikön sisäinen perehdytysuunnitelma.

Miten henkilökunnan täydennyskoulutus järjestetään?

Yksikön henkilökunnan koulutuksesta laaditaan vuosittain suunnitelma (liite). Henkilöstön osaamisen kehittämisessä painopiste on toimintojen prosessinomaisessa kehittämisessä, jolloin koulutus ja kehittäminen kytketään kiinteästi toisiinsa ja toteutetaan yksiköiden sisällä asiantuntijoiden toimesta. Yksikön RAI-tuloksien perusteella saadaan tietoa koulutustarpeesta, esim. diagnooseista. Työhyvinvoinnin kehittämistoimet toteutetaan osana laitoksen työhyvinvoinnin edistämistä. Kehityskeskustelut käydään vuosittain. Osaamisen ja työhyvinvoinnin seuranta ja suunnitelmien toteumista arvioidaan puolivuosittain yksikön, palvelulinjan ja laitoksen tasolla. Henkilöstökysely vuosittain.

Henkilökunnan ilmoitusvelvollisuus

Noudatamme Betel-kodissa Valvontalakia 29§, joka velvoittaa henkilökuntaa ilmoittamaan yksikön vastuuhenkilölle, jos hän huomaa tehtävissään tai saa tietoonsa epäkohdan asukkaan hoidon toteuttamisessa. Ilmoitusvelvollisuuden toteuttamisesta on laadittu toimintayksikölle ohjeet, jotka ovat osa omavalvontasuunnitelmaa. Laissa korostetaan, ettei ilmoituksen tehneeseen henkilöön saa kohdistaa kielteisiä vastatoimia ilmoituksen seurauksena.

Ilmoituksen vastaanottaneen tulee käynnistää toimet epäkohdan tai sen uhan poistamiseksi ja ellei niin tehdä, ilmoituksen tekijän on ilmoitettava asiasta aluehallintovirastolle. Yksikön omavalvonnassa on määritelty, miten riskienhallinnan prosessissa epäkohtiin liittyvät korjaavat toimenpiteet toteutetaan. Jos epäkohta on sellainen, että se on korjattavissa yksikön omavalvonnan menettelyssä, se otetaan välittömästi siellä työn alle. Jos epäkohta on sellainen, että se vaatii järjestämisvastuussa olevan tahon toimenpiteitä, siirretään vastuu korjaavista toimenpiteistä toimivaltaiselle taholle.

Toimitilat

Yksikön jokaisella asukkaalla on käytössä oma huone, joiden koot vaihtelevat 19.5–30.5 neliömetrin välillä. Asunnoissa on minikeittiövarustelu, WC-pesutila ja osassa lasitettu terassi. 3. ja 4. kerrosten wc:t ovat sähkösäätyiset ja 5. kerroksessa wc-pöntöt ovat korotetut.

Kaikissa asunnoissa ovat paloturvalliset verhot, kiinteät valaisimet, hoivasänky, patja sekä vuodevaatteet. Muut kalusteet asukas tuo itse. Yksikössä on asukkaiden käytössä erillinen seniorikuntoilulaitteilla varustettu kuntoilutila 2 krs:ssa. Kerroksissa 2–5 on ruokailu- ja oleskelutilat.

Yksikön saunat sijaitsevat 3 ja 5. kerroksissa. Yhteisiin tiloihin on esteetön pääsy ja niitä käytetään aktiivisesti päivittäisessä toiminnassa. Kerroksissa 2–5 ovat sähkösäätöiset ovet rappukäytäviin päin toimien henkilökohtaisilla tageilla. Ulko-ovet yksikköön päin suljetaan yöksi. Ulkoilu tapahtuu laitoksen vieressä olevassa puistossa tai sisäpihan Tammipuistossa hoitajien kanssa.

Teknologiset ratkaisut

Henkilökunnan ja asiakkaiden turvallisuudesta huolehditaan erilaisilla hälytys- ja kutsulaitteilla.

Mitä kulunvalvontaan ja asiakkaiden omaan käyttöön tarkoitettuja teknologisia ratkaisuja yksiköllä on käytössään?

Kerroksen ovet sähkölukittu. Lääkehuoneeseen pääsyä voidaan sähkölukituksella rajata. Asukkailla on asukashälytysjärjestelmän hälytysrannekkeet.

Miten asiakkaiden henkilökohtaisessa käytössä olevien turva- ja kutsulaitteiden toimivuus ja hälytyksiin vastaaminen varmistetaan?

Laitteiden toimiminen varmistetaan kerran kuukaudessa hoitajien toimesta. Hoitajat vastaavat hälytykseen, hälytys tulee kerroshoitajan puhelimeen ja hoitaja menee tarkistamaan asukkaan tilanteen. Hoitaja pystyy keskustelemaan asukkaan kanssa hälytyksen yhteydessä.

Turva- ja kutsulaitteiden toimintavarmuudesta vastaavan henkilön nimi ja yhteystiedot?

Sairaanhoitaja Ruti Roos ruti.roos@dila.fi

Terveysdenhuollon laitteet ja tarvikkeet

Miten varmistetaan asiakkaiden tarvitsemien apuvälineiden ja terveydenhuollon laitteiden hankinnan, käytön ohjauksen ja huollon asianmukainen toteutuminen?

Lista terveydenhuollonlaitteista liitteenä. Käytön ohjaus kuuluu perehdytykseen ja itseopiskeluun, jokaisella myös vastuu kysyä ohjeita, jos ei osaa jotain laitetta käyttää.

Yksikössä on digitaali- ja elohopea- RR-mittareita, INR-pikamittari, istuinvaaka, lämpömittareita, verensokerimittareita, otoskooppi, sähkösäätöisiä hoivasänkyjä, henkilönostimet sekä asukkaiden siirtämiseen käytettäviä apuvälineitä ja talutusvöitä sekä 5pkl G- tuoleja. Välineet pidetään ehjinä, uusia välineitä hankitaan tarvittaessa. Ollaan tarvittaessa yhteydessä apuvälinelainaamoon/Lojerin huoltoon. Betel-kodin hoivasänkyjen, nostureiden, vaa'an, G-tuolien huollot säännöllisesti vuosittain.

Miten varmistetaan, että terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista tehdään asianmukaiset vaaratilanneilmoitukset?

Asukasta koskevat vaaratilanteet kirjataan Hilkkaan asukkaan tietoihin. Hoitaja tekee Safetumille vaaratilanneilmoituksen, jonka päällikkö käsittelee sekä viedään käsiteltäväksi työsuojelutoimikuntaan. Laitteen rikkoontuessa tehdään huoltopyyntö tai hankitaan uusi laite.

Terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista vastaavan henkilön nimi ja yhteystiedot Betel-kodin päällikkö Tea Särkkä p. 040 7154 586

ASIAKAS- JA POTILASTIETOJEN KÄSITTELY JA KIRJAAMINEN

Henkilötiedolla tarkoitetaan kaikkia tunnistettuun tai tunnistettavissa olevaan luonnolliseen henkilöön liittyviä tietoja. Sosiaalihuollossa asiakas- ja potilastiedot ovat arkaluonteisia, salassa pidettäviä henkilötietoja. Terveyttä koskevat tiedot kuuluvat erityisiin henkilötietoryhmiin ja niiden käsittely on mahdollista vain tietyin edellytyksin. Hyvältä tietojen käsittelyltä edellytetään, että se on suunniteltua koko käsittelyn ajalta asiakas- työn kirjaamisesta alkaen arkistointiin ja tietojen hävittämiseen saakka. Käytännössä sosiaalihuollon toiminnassa asiakasta koskevien henkilötietojen käsittelyssä muodostuu lainsäädännössä tarkoitettu henkilörekisteri. Henkilötietojen käsittelyyn sovelletaan EU:n yleistä tietosuoja-asetusta (EU) 2016/679. Tämän lisäksi on käytössä kansallinen tietosuoja laki (1050/2018), joka täydentää ja täsmentää tietosuoja-asetusta. Henkilötietojen käsittelyyn vaikuttaa myös toimialakohtainen lainsäädäntö.

Rekisterinpitäjällä tarkoitetaan sitä tahoa, joka yksin tai yhdessä toisten kanssa määrittelee henkilötietojen käsittelyn tarkoitukset ja keinot. Henkilötietojen käsittelijällä tarkoitetaan esimerkiksi yksikköä/palvelua, joka käsittelee henkilötietoja rekisterinpitäjän lukuun. Rekisterinpitäjän tulee ohjeistaa mm. alaisuudessaan toimivat henkilöt, joilla on pääsy tietoihin (tietosuoja-asetus 29 artikla).

Tietosuoja-asetuksessa säädetään myös henkilötietojen käsittelyn keskeisistä periaatteista. Rekisterinpitäjän tulee ilmoittaa henkilötietojen tietoturvaloukkauksista valvontaviranomaiselle ja rekisteröidylle. Rekisteröidyn oikeuksista säädetään asetuksen 3 luvussa, joka sisältää myös rekisteröidyn informointia koskevat säännöt. Tietosuojavaltuutetun toimiston verkkosivuilta löytyy kattavasti ohjeita henkilötietojen asianmukaisesta käsittelystä.

Terveys- ja hyvinvoinnin laitos (THL) on antanut sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköille viranomaismääräyksen (2/2015) sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain 19h §:ssä säädetystä tietojärjestelmien käytölle asetettujen vaatimusten omavalvonnasta. Tietojärjestelmien omavalvontasuunnitelma on erillinen asiakirja, jota ei ole säädetty julkisesti nähtävänä pidettäväksi, mutta on osa yksikön omavalvonnan kokonaisuutta.

Asiakastyön kirjaaminen

Miten työntekijät perehdytetään asiakastyön kirjaamiseen?

Asiakastiedot kirjataan sähköisesti Hilka-ohjelmassa. Asiakastietojen kirjaamisesta, käsittelystä ja salassapitosäännösten noudattamisesta on laitoksen erillinen asiakirjahallintoa koskeva ohjeistus. Ohjeistus kuuluu perehdytysohjelmaan, tarvittaessa järjestetään koulutusta, viimeksi sisäisenä koulutuksena vuonna 2023 koko henkilökunnalle.

Hoitajat saavat tarvittaessa koulutusta kirjaamiseen ja PAHOSUN:n tekemiseen kirjaamisvastaavalta sekä uudet työntekijät perehdytetään hänen toimestaan.

Miten varmistetaan, että asiakastyön kirjaaminen tapahtuu viipymättä ja asianmukaisesti?

Jokaisessa työvuorossa hoidon toteuttanut hoitaja kirjaa hoitotoimenpiteet ja asukkaan voinnin asiakastietoihin.

Miten varmistetaan, että toimintayksikössä noudatetaan tietosuojaa ja henkilötietojen käsittelyyn liittyvä lainsäädäntöä sekä yksikölle laadittuja ohjeita ja viranomaismääräyksiä?

Dilalla on asiakastietojen käsittelyohje ja tietoturvaomavalvontasuunnitelma.

Miten huolehditaan henkilöstön ja harjoittelijoiden henkilötietojen käsittelyyn ja tietoturvaan liittyvästä perehdytyksestä ja täydennyskoulutuksesta?

Työntekijät suorittavat Skholen tietosuoja- ja tietoturvakoulutuksen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tietosuojavastaavan nimi ja yhteystiedot

Anne Rauhamaa, anne.rauhamaa@dila.fi, nro. 0447132203.

Onko yksikölle laadittu salassa pidettävien henkilötietojen käsittelyä koskeva seloste?

Kyllä X Ei

Vuodelle 2025 Betel-kodin tavoitteet ovat:

1. Tavoitteena on kehittää henkilöstön osaamista asukkaiden RAI- tulosten hyödyntämisessä yksilöllisen PAHOSUN laatimisessa ja asukkaan toimintakyvyn ylläpitämisessä.
2. Dila kotien asukkaista 80 % osallistuvat oman RAI-arvioinnin tekemiseen.

OMAVALVONTASUUNNITELMAN SEURANTA

Oma- ja ulkovalvontasuunnitelman hyväksyminen ja vahvistaminen toimintayksikön vastaava johtaja.

Paikka ja päiväys

Lahti 5.3.2025



Allekirjoitus

Kati Lampén, palvelujohtaja

Liitteet

1. Fyysisen rajoittamisen ohje
2. Työnkuvat
3. Koulutussuunnitelma

