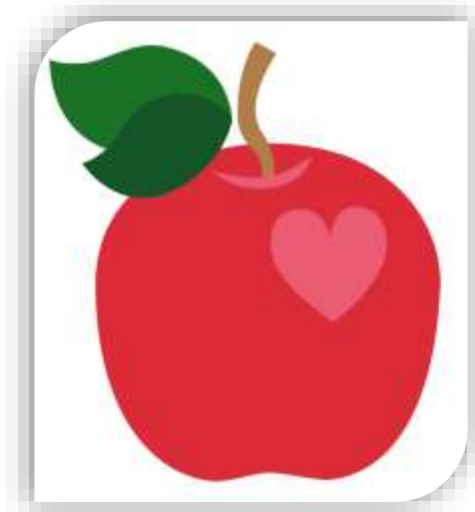


Geriatrisen keskus

Omaohjelmasuunnitelma



Sisällysluettelo

1	Palveluntuottajaa koskevat tiedot	3
2	Omavalvontasuunnitelman laadinta, ylläpito ja seuranta	4
3	Toiminta-ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet.....	5
4	Riskienhallinta	6
4.1	Riskien ja epäkohtien tunnistaminen.....	6
4.2	Riskienhallinnan vastuut.....	7
4.3	Riskien, vaaratapahtumien ja epäkohtien dokumentointi	7
4.4	Riskien, vaaratapahtumien ja epäkohtien käsitteleminen ja korjaavat toimenpiteet.....	9
4.5	Muutoksista ja korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen	10
5	Asiakkaan ja potilaan asema ja oikeudet.....	10
5.1	Palvelutarpeen/hoidontarpeen arviointi	10
5.2	Palvelujen ja hoitoon pääsyn lakisääteiset määräajat	11
5.3	Palvelun/hoidon suunnittelu	13
5.4	Asiakkaan itsemääräämisoikeus.....	13
5.5	Asiakkaan kohtelu.....	14
5.6	Asiakkaan ja potilaan osallisuus ja asiakaspalautte	14
5.7	Asiakkaan ja potilaan oikeusturva	15
6	Palvelujen sisällön omavalvonta.....	18
6.1	Hyvinvointia, kuntoutumista ja kasvua tukeva toiminta.....	18
6.2	Ravitsemus.....	18
6.3	Infektioiden ja tartuntatautien ennaltaehkäisy ja hygieniakäytännöt	18
6.4	Terveyden ja sairaanhoidon toteuttaminen	19
6.5	Lääkehoito.....	19
6.6	Asiakasvarat ja asiakkaan omaisuus	20
6.7	Monialainen yhteistyö.....	20
7	Asiakas- ja potilasturvallisuus	20
7.1	Henkilöstö	21
7.2	Henkilöstön rekrytointi	23
7.3	Henkilöstön perehdytys ja täydennyskoulutus	23
7.4	Toimitilat.....	24
7.5	Teknologiset ratkaisut	25
7.6	Terveydenhuollon laitteet ja tarvikkeet	25
8	Asiakas- ja potilastietojen käsittely	26
9	Yhteenveto kehittämissuunnitelmasta.....	27
10	Omavalvontasuunnitelman hyväksyntä	29

1 Palveluntuottajaa koskevat tiedot

Palveluntuottaja Keski-Uudenmaan hyvinvointialue PL 46, (Suutarinkatu 2) 05801 Hyvinkää kirjaamo.hva@keusote.fi
Y-tunnus 3221340-6
Palveluyksikön nimi Geriatrien keskus
Palveluyksikköön kuuluvat palvelupisteet/etäpalvelut ja yhteystiedot (osoite, puhelinnumero) Järjestetään palveluita koko Keusoten alueella, toimipisteet: Hyvinkää ; Hyvinkään sairaala: Sairaalankatu 3, H-talo, 2 krs, 05850 Hyvinkää, Toimintakerho: Valtakatu 11, 05800 Hyvinkää, Rentto: Suutarinkatu 2 C, 4 krs, 05800 Hyvinkää, Järvenpää ; Myllytie 11, 3 krs, 04410 Järvenpää. Tuusula ; Hyrylän Terveysasema, Hyryläntie 13, 04300 Tuusula. Nurmijärvi ; Sairaalantie 2, 01900 Nurmijärvi. Geriatrian poliklinikka, Keusoten kuntoutuskeskus, Kiljavantie 539, 05250 Kiljava; Vaskomäentie 1, 01800 Nurmijärvi. Mäntsälä ; Karhukuja 1, 4.krs, 04600 Mäntsälä, Toimintakerho Hirvitalo: Kivistöntie 16, 04600 Mäntsälä.
Palvelu ja asiakasryhmät, joille palvelua tuotetaan; asiakaspaikkamäärä palvelupisteittäin Sosiaaliohjaus, sosiaalityö, omaishoito, perhehoito, veteraanityö, muistihoito, ikäihmisten päiväaikainen toiminta (omaishoidon sijaisapu, toimintakerhot, kotiin annettavat toimintatuokiot). Palveluja tarjotaan pääosin 65 vuotta täyttäneelle väestölle, joiden palvelujen tarpeeseen voidaan vastata edellä mainituilla palveluilla.
Vastuuhenkilön/-henkilöiden nimi/nimet, puhelinnumerot ja sähköpostiosoitteet Katri Göös, koordinoiva esimies, p. 050 497 2085, katri.goos@keusote.fi Raisa Laurila, esihenkilö, p. 050 497 1689, raisa.laurila@keusote.fi Hanna Torppa, esihenkilö, p. 040 807 4295, hanna.torppa@keusote.fi

Alihankintana ostetut palvelut ja niiden tuottajat (ostopalvelujen tuottajat)

Omaishoidon palvelusetelit: Lakisäteiset omaishoidon vapaat, palvelusetelituottajiksi hyväksytyiltä palveluntuottajilta.

Veteraanipalvelut, ostopalveluna: Asumispalvelut, ateriapalvelut, lounassetelit, siivous, kotiin annettava kuntoutus, laituskuntoutus (hyväksytyt yksityiset palveluntuottajat).

Tukipalvelun palvelusetelit: palvelusetelituottajiksi hyväksytyiltä palveluntuottajilta.

Geriatrinen keskuksen yhteistyökumppaneita Keusotessa on mm. siivous- ja pesulapalvelut, vartiointipalvelut, ateriapalvelut, kuljetuspalvelut, kiinteistönhuolto, jätehuolto, ICT-palvelut.

Alihankintana/ostopalveluna tuotettujen palvelujen sisältö-, laatu- ja asiakasturvallisuusvaatimusten varmistaminen

Tilaja varmistaa alihankintana/ostopalveluna tuotettujen palveluiden sisällön, laadun sekä asiakas- ja potilasturvallisuuden jo kilpailutusvaiheessa tai palvelusetelipalveluntuottajien hyväksyntäprosessissa tai suorahankintana hankituissa palveluissa sopimusta tehdessä. Tilajalla on vastuu tarkistaa, että palveluntuottaja täyttää tilaajavastuulain mukaiset edellytykset sekä asetetut sisältö-, laatu- ja asiakasturvallisuusvaatimukset. Sopimuksesta vastaavan viranhaltijan tulee valvoa, että palveluntuottaja noudattaa sopimusta ja täyttää palvelulupauksensa. Sopimuksesta vastaava viranhaltija reagoi asiakkailta ja henkilökunnalta saatuihin palautteisiin palveluntuottajien toiminnasta viipymättä.

Alihankintana/ostopalveluna hankittujen palveluiden lain- ja sopimuksenmukaisuutta ja laatua seurataan Tukipalvelut- ja valvontayksikössä.

2 Omavalvontasuunnitelman laadinta, ylläpito ja seuranta

Omavalvontasuunnitelman laadintaan/päivittämiseen osallistuneet

Omavalvontasuunnitelman laatimiseen ovat osallistuneet Katri Göös, koordinoiva esimies, Raisa Laurila esihenkilö ja Hanna Torppa esihenkilö. Omavalvontasuunnitelman pohjana on käytetty vuoden 2023 omavalvontasuunnitelmaa, jota on päivitetty yhdessä Teams-kokouksissa.

Omavalvonnan suunnittelusta ja seurannasta vastaava henkilö ja yhteystiedot

Katri Göös, p. 050 497 2085

Omavalvontasuunnitelman päivitys

Laatu- ja valvontapalvelut päivittävät Keusoten omavalvontasuunnitelman lomakepohjan, jos hyvinvointialueitasoisissa ohjeistuksissa tapahtuu olennaisia muutoksia. Laatu- ja valvontapalvelut tarkistavat lomakepohjan vuosittain joulukuussa. Laatu- ja valvontapalvelut jakavat päivitetyn lomakepohjan palveluyksiköille keskitetysti.

Palveluyksikön omavalvontasuunnitelman päivityksestä vastaa yksikön vastuhenkilö. Palveluyksikkö päivittää omavalvontasuunnitelmansa aina, jos toiminnassa tai ohjeistuksissa

tehdään muutoksia tai kehittämistoimenpiteitä esimerkiksi havaittujen epäkohtien, kehitettyjen omavalvonnan toimintamallien tai palautteiden perusteella. Omavalvontasuunnitelma tulee päivittää myös aina, jos vastuuhenkilöitä vaihtuu. Palveluyksikkö tarkistaa ja päivittää omavalvontasuunnitelman vähintään kerran vuodessa.

Omavalvontasuunnitelman julkisuus

Ajan tasalla olevan omavalvontasuunnitelman pitää olla julkisesti nähtävänä yksikössä siten, että asiakkaat, omaiset ja omavalvonnasta kiinnostuneet voivat helposti ja ilman erillistä pyyntöä tutustua siihen.

Omavalvontasuunnitelma on nähtävillä Keusoten verkkosivuilla www.keusote.fi ja IMS-järjestelmässä.

Omavalvontasuunnitelman toteutumisen seuranta ja raportointi

Palveluyksikön vastuuhenkilö ja henkilökunta seuraavat omavalvontasuunnitelmassa kuvatun toiminnan toteutumista jatkuvasti. Jos toiminnassa havaitaan puutteellisuuksia, yksikkö tekee korjaavat toimenpiteet asian kuntoon saattamiseksi. Palveluyksikkö laatii omavalvontasuunnitelman seurannasta ja korjaavista toimenpiteistä raportin neljän kuukauden välein. Raportti on nähtävillä Keusoten verkkosivuilla www.keusote.fi ja palveluyksikössä omavalvontasuunnitelman yhteydessä.

3 Toiminta-ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet

Yksikön toiminta-ajatus

Geriatrien keskus järjestää ikäihmisille sosiaalityön, sosiaalihojauksen, omais- ja perhehoidon, veteraanityön, geriatrian poliklinikan ja muistikoordinaattorin palveluja, ikääntyvien päivätoimintaa, omaishoidon sijaisapua sekä muita tukipalveluja kotona asumisen tueksi. Palveluja tarjotaan pääosin 65 vuotta täyttäneelle väestölle, joiden palvelujen tarpeeseen voidaan vastata edellä mainituilla palveluilla.

Kommentoimut [GK1]: Tarkista Minna A.

Arvot ja toimintaperiaatteet

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen arvot eli toimintaamme ohjaavat periaatteet ovat:

- Ihmislähtöisyys
- Yhteistyö
- Vaikuttavuus

4 Riskienhallinta

4.1 Riskien ja epäkohtien tunnistaminen

Omavalvonta perustuu riskienhallintaan, jossa palveluun ja palveluprosesseihin liittyviä riskejä ja mahdollisia epäkohtia arvioidaan monipuolisesti asiakas- ja potilasturvallisuuden ja asiakkaan saaman palvelun näkökulmasta. Asiakas- ja potilasturvallisuutta vaarantavien riskien tunnistaminen on omavalvontasuunnitelman ja omavalvonnan toimeenpanon lähtökohta. Riskit voivat aiheutua esimerkiksi riittämättömästä henkilöstömitoituksesta, fyysisestä toimintaympäristöstä (tilat, kalusteet, laitteet), sosiaalisista tekijöistä (vuorovaikutuksen tai virikkeiden puute, toiset asiakkaat ja henkilökunta), psyykkisistä tekijöistä (kohtelu, ilmapiiri) tai toimintatavoista (esim. perusteeton asiakkaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen, lääkehoidon toimintatavat, kirjaamisen toimintatavat). Usein riskit ovat monien virhetoimintojen summa.

Riskienhallinnan edellytyksenä on, että työyhteisössä on avoin ja turvallinen ilmapiiri, jossa sekä henkilöstö että asiakkaat/potilaat ja heidän omaisensa/läheisensä uskaltavat tuoda esille laatuun ja asiakas- ja potilasturvallisuuteen liittyviä havaintojaan. Riskienhallinnassa laatua ja asiakas- ja potilasturvallisuutta 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 vaaratapahtumien kirjaaminen, analysointi, raportointi ja korjaavien toimenpiteiden toteuttaminen.

Luettelo riskienhallinnan/omavalvonnan toimeenpanon ohjeista/ohjelmista

- Keusoten omavalvontaohjelma
- Keusoten turvallisuus- ja riskienhallintapolitiikka
- Keusoten turvallisuusohjeet
- Keusoten laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelma
- Keusoten valmiussuunnitelma
- Keusoten tietoturvasuunnitelma
- Keusoten osallisuusohjelma
- Keusoten vastuullisuusohjelma
- Keusoten eettiset ohjeet
- Työsuojelun toimintaohjelma
- Työterveyshuollon työpaikkaselvitys
- Henkilöstö- ja koulutussuunnitelma
- Pehdytysuunnitelma/ohjeet
- HaiPro/WPro-järjestelmä, jonka kautta henkilökunta ilmoittaa potilas/-asiakasturvallisuusilmoitukset, työturvallisuusilmoitukset, tietosuoja/-tietoturvailmoitukset ja jossa tehdään vuosittain yksikön vaarojen tunnistaminen ja riskien arviointi sekä kirjataan toimenpiteet riskien poistamiseen/vähentämiseen
- Henkilökunnan ilmoitusvelvollisuus – toimintaohje
- Keusoten lääkehoitosuunnitelma, toiminta- ja työyksikkökohtaiset lääkehoitosuunnitelmat
- Yksikön turvallisuusohjeet, pelastussuunnitelma ja poistumisturvallisuus selvitys

- Kirjaamisen käsikirja
- Infektioiden ja tartuntatautiin torjunnan ohjeet ammattilaisille
- Asiakkaiden ja potilaiden omaisuuden käsittely ja säilyttäminen – toimintaohje
- [RAI-arviointijärjestelmä Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen oma-ohjelmasuunnittelussa](#)

4.2 Riskienhallinnan vastuut

Johdon ja esihenkilöiden tehtävänä on huolehtia oma-ohjelmien ohjeistamisesta ja järjestämisestä sekä siitä, että työntekijöillä on riittävästi tietoa turvallisuusasioista. Johto ja esihenkilöt vastaavat siitä, että toiminnan turvallisuuden varmistamiseen on osoitettu riittävästi voimavaroja. Esihenkilön vastuulla on henkilöstön riittävä perehdytys toiminnassa asiakas- ja potilasturvallisuuden kohdistuviin riskeihin. Esihenkilöllä on päävastuu myönteisen asennemuutoksen luomisessa epäkohtien ja turvallisuuskykyjen käsittelylle.

Riskienhallinta vaatii aktiivisia toimia koko henkilökunnalta. Työntekijät osallistuvat turvallisuustason ja -riskien arviointiin, oma-ohjelmasuunnitelman laatimiseen ja turvallisuutta parantavien toimenpiteiden suunnitteluun, toteuttamiseen ja kehittämiseen. Työntekijöillä on velvollisuus tuoda esiin havaitsemansa riskit ja epäkohdat. 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 hyödynnettyksi ottamalla henkilökunta mukaan oma-ohjelmien suunnitteluun, toteuttamiseen ja kehittämiseen.

4.3 Riskien, vaaratapahtumien ja epäkohtien dokumentointi

HaiPro/Wpro-järjestelmä

Henkilökunta ilmoittaa havaitsemansa turvallisuutta vaarantavat tapahtumat omalle lähiesihenkilölleen ripeästi. Turvallisuutta vaarantavan tapahtuman havainnut henkilö ilmoittaa asiasta välittömästi suullisesti ja dokumentoi tapahtuman HaiPro-/WPro-järjestelmässä, joka on henkilökunnan käytössä oleva sähköinen järjestelmä poikkeamien, vaaratapahtumien ja läheltä piti-tilanteiden dokumentointiin, käsittelyyn, seurantaan ja raportointiin. HaiPro/WPro-järjestelmässä on kolme erilaista ilmoitusta:

- **Potilas/asiakasturvallisuusilmoitus:** potilaan/asiakkaan turvallisuutta vaarantavat tapahtumat, jotka aiheuttavat tai voivat aiheuttaa haittaa asiakkaalle
- **Työturvallisuusilmoitus:** henkilöstön turvallisuutta vaarantavat tapahtumat, jotka aiheuttavat tai voivat aiheuttaa haittaa henkilöstölle
- **Tietosuoja-/tietoturvailmoitus:** tapahtumat, joissa henkilötietojen salassapito on vaarantunut tai on havaittu ohjelmisto-, laite tai muun toiminta- tai tietoliikennehäiriön, jolla on voinut olla vaikutusta henkilötietojen salassapitoon

HaiPro/WPro-ilmoituksen voi tehdä kuka tahansa henkilökuntaan kuuluva havaitessaan vaaratapahtuman tai läheltä piti -tilanteen. Ilmoitus saapuu esihenkilön sähköpostiin ja se tulee käsitellä sähköisessä järjestelmässä mahdollisimman pian. Esihenkilö arvioi riskitilanteen

vaikutuksia ja toimenpiteitä käsitellessään ilmoitusta. Esihenkilö voi siirtää ilmoituksen tiedoksi myös esim. omalle esihenkilölleen toimenpiteitä varten. Työturvallisuusilmoitukset ohjautuvat myös työsuojelupäällikölle ja -valtuutetulle. Tietosuoja-/tietoturvailmoituksista ohjautuu tieto myös Keusoten tietosuojatiimille, joka yhdessä yksikön esihenkilön ja ilmoittajan kanssa käy läpi, tehdäänkö tapahtumasta ns. 72 h ilmoitus tietosuojavaltuutetulle ja asiakkaalle. Tietosuojatiimi avustaa tapahtuman käsittelyssä yksikön esihenkilöä.

HaiPron asiakas- ja potilasturvallisuusilmoituksiin tulee reagoida kahden viikon kuluessa ilmoituksen saapumisesta ja ilmoitukset tulee käsitellä valmiiksi kahden kuukauden kuluessa ilmoituksen saapumisesta. Hyvinvointialueen tavoitteena on, että ilmoitusten kokonaismäärä nousee 3 % edelliseen vuoteen verrattuna ja läheltä piti-tilanteiden määrä kaikista ilmoituksista on yli 50 %. Hyvinvointialueen tavoitteena on, että vakavien vaaratapahtumien osuus kaikista vaaratapahtumista on alle 1 %.

Jos asiakkaan palvelun toteutumisessa oleva epäkohta tai sen uhka on toistuva tai yleistynyt, on henkilökunnalla velvollisuus tehdä ilmoitus henkilökunnan ilmoitusvelvollisuus-lomakkeella. (Katso kohta: Henkilökunnan ilmoitusvelvollisuus.)

Asiakkaan/potilaan/läheisen vaaratilanneilmoitus

Asiakkaat, potilaat ja heidän läheisensä voivat tehdä vaaratilanneilmoituksen asiakas- tai potilasturvallisuutta vaarantaneesta tapahtumasta anonymisti tai omalla nimellään. Yhteystietonsa jättäneelle ilmoittajalle vastataan kahden viikon kuluessa ilmoituksen saapumisesta. Ilmoitukset käsitellään luottamuksellisesti vastuuhenkilöiden toimesta.

Vaaratilanteesta voi tehdä ilmoituksen tällä [sähköisellä lomakkeella \(asiakkaat täyttää\)](#).

Yksikön riskien arviointi

Palveluyksiköt/palvelupisteet tekevät WPro-järjestelmässä yksikön/palvelupisteen vaarojen tunnistamisen ja riskien arvioinnin säännöllisesti kerran vuodessa. Riskien arvioinnissa pyritään huomioimaan yksikön/palvelupisteen tyypilliset riskitilanteet ja etsimään ennakkolisesti keinoja näiden vähentämiseen. Yksikkö/palvelupiste laatii arvioinnin sekä tapahtuneiden vaaratilanteiden pohjalta toimenpideohjelman riskien pienentämiseksi/poistamiseksi sekä seuranta-aikataulun. Yksikkö/palvelupiste tekee yhteistyötä työsuojelun ja työterveyshuollon kanssa.

Henkilökunnan ilmoitusvelvollisuus

Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta annetun lain (741/2023) 29 § velvoittaa palvelunjärjestäjän ja palveluntuottajan henkilöstöön kuuluvan tai vastaavissa tehtävissä toimeksiantosuhteessa tai alihankkijana toimivan henkilön ilmoittamaan viipymättä palveluyksikön vastuuhenkilölle tai muulle toiminnan valvonnasta vastaavalle henkilölle, jos hän tehtävissään huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan asiakkaan tai potilaan sosiaali- tai terveydenhuollon toteuttamisessa tai muun lainvastaisuuden.

Epäkohdalla tarkoitetaan esimerkiksi asiakkaan/potilaan epäasiallista kohtaamista, asiakas-/potilasturvallisuudessa ilmeneviä puutteita, asiakkaan/potilaan kaltoin kohtelua (fyysinen, psyykinen tai kemiallinen eli lääkkeillä aiheutettu kaltoinkohtelu), asiakkaan/potilaan aseman ja

oikeuksien toteuttamisessa olevia vakavia puutteita, asiakkaan/potilaan perushoivassa ja hoidossa olevia vakavia puutteita, toimintakulttuurista johtuvia asiakkaalle/potilaalle vahingollisia toimia, henkilöstön määrä ei täytä lain edellyttämää määrää tai se ei vastaa asiakkaiden palvelutarpeeseen.

Tarkempi toimintaohje ja ilmoituslomake henkilökunnalle löytyvät hyvinvointialueen sisäisestä intranetistä (Keunet). Esihenkilöt vastaavat siitä, että ilmoitusvelvollisuus ja sen menettelyohjeet ovat osa työntekijöiden perehdytystä. Ilmoituksen tehneeseen henkilöön ei saa kohdistaa kielteisiä vastatoimia ilmoituksen seurauksena. Ilmoitus ohjautuu hyvinvointialueella tiedoksi suoraan yksikön vastuuhenkilölle, päällikölle/palvelujohtajalle sekä valvonnasta vastaaville henkilöille. Yksikön vastuuhenkilön/päällikön/palvelujohtajan on ryhdyttävä välittömästi toimenpiteisiin epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan uhan tai muun lainvastaisuuden korjaamiseksi. Ilmoitus voidaan tehdä salassapitosäännösten estämättä. Mikäli epäkohtaa tai epäkohdan uhkaa tai muuta lainvastaisuutta ei korjata viivytyksettä, on ilmoituksen vastaanottaneen henkilön ilmoitettava ja ilmoituksen tehnyt henkilö voi ilmoittaa valvontaviranomaiselle (AVI:iin).

4.4 Riskien, vaaratapahtumien ja epäkohtien käsitteleminen ja korjaavat toimenpiteet

Yksikön esihenkilö tai muu yksikössä sovittu ilmoitusten käsittelijä käsittelee laatupoikkeamat, vaaratapahtumailmoitukset ja epäkohtailmoitukset tapahtuneen luonteen mukaisesti joko työyhteisössä tai niiden henkilöiden kanssa, joita asia koskee. Yhteisen keskustelun tavoitteena on selvittää tapahtuneeseen johtaneet syyt, oppia tapahtuneesta tulevaisuutta ajatellen ja sopia välittömistä ja välillisistä toimista, joilla pyritään ennaltaehkäisemään vastaavat tilanteet tulevaisuudessa.

Ilmoituksen käsittelijä kirjaa HaiPro/WPro-järjestelmässä tehtyihin ilmoituksiin korjaavat toimenpiteet ja tarvittaessa pidemmän ajan kehittämissuunnitelman asian korjaamiseen. Henkilökunnan epäkohtailmoituksiin yksikön esihenkilö antaa kirjallisen vastineen korjaavista toimenpiteistä. Yksikön esihenkilö vie asioita tarvittaessa eteenpäin ylemmille esihenkilöille, johdolle ja muille asiaan liittyville tahoille.

Asiakkaalle/potilaalle tapahtuneissa vaara- ja haittatilanteiden käsittelyissä tärkeä osa on asiakkaan ja tarvittaessa omaisen tiedottaminen tapahtuneesta ja toimenpiteistä sekä asianmukainen dokumentointi asiakas- tai potilaskertomukseen. Jos on tapahtunut korvattavia seurauksia aiheuttanut haittatapahtuma, yksikön esihenkilö huolehtii, että asiakasta tai omaista informoidaan korvausten hakemisessa. Hyvinvointialueen tavoitteena on, että korvattavien potilasvahinkoilmoitusten määrä laskee.

Yksikkö seuraa asiakas- ja potilasturvallisuusilmoitusten ja epäkohtailmoitusten kehitystä ja toistuvia aiheita/ilmiöitä. Yksikkö raportoi ja julkaisee asiakas- ja potilasturvallisuusilmoitusten ja epäkohtailmoitusten toistuvat aiheet/ilmiöt ja niiden perusteella tehdyt korjaavat toimenpiteet omavalvontasuunnitelman seurantaraportissa.

HaiPro/WPro-järjestelmästä saatavia koonteja hyödynnetään yksikön, tulosalueiden ja organisaation turvallisuuden ja laadun kehittämistyössä.

4.5 Muutoksista ja korjaavista toimenpiteistä tiedottaminen

Palveluyksikön esihenkilö tiedottaa sovituista muutoksista ja korjaavista toimenpiteistä työyhteisön palaverissa ja asia kirjataan palaverimuistioon. Jokaisen palaverista poissa olleen työntekijän vastuulla on lukea palaverimuistio. Vastuuhenkilö huolehtii, että muutokset päivitetään asiaan liittyviin yksikön toiminta- ja perehdytysohjeisiin. Tarvittaessa vastuuhenkilö tiedottaa henkilökuntaa asiasta sähköpostitse. Yksikkö tiedottaa yhteistyötahoja muutoksista puhelimitse, sähköpostilla tai kirjeitse, jos tieto on tarpeellinen heidän toimintansa ja yhteistyön kannalta.

5 Asiakkaan ja potilaan asema ja oikeudet

5.1 Palvelutarpeen/hoidontarpeen arviointi

Palvelutarpeen selvittäminen käynnistyy, kun tieto palvelun tarpeesta tulee Geriatriseen keskukseen hakemuksen, ilmoituksen tai muun yhteydenoton kautta. Yhteydenotto asiakkaaseen tapahtuu kiireellisissä asioissa 1–3 vrk kuluessa ja muuten 7 arkipäivän kuluessa.

Omaishoidon tukihakemuksen saapuminen Geriatriseen keskukseen käynnistää suoraan palvelutarpeen arvon. Muistiasiakkaat siirtyvät geriatriiselta poliklinikalta alkudiagnostiikan ja lääkityksen aloittamisen jälkeen muistikoordinaattorin asiakkuuteen, jolloin muistikoordinaattori ja/tai omaishoidon sosiaaliohjaaja tekee palvelutarpeen arvon/selvityksen asiakkaalle. Palvelutarpeen arvioinnin erityistä tukea tarvitsevalle henkilölle tekee sosiaalityöntekijä.

Perhehoitoon hakeudutaan ottamalla yhteys Geriatriisen keskuksen sosiaaliohjaajaan tai keskitettyyn asiakasohjaukseen. Geriatriisen keskuksen veteraanityöntekijät vastaavat alueella asuvien rintamaveteraanien, sotainvalidien ja sotilasinvalidien palvelutarpeen arvioinneista. Ikäihmisten päiväaikaisen toiminnan osalta palvelutarpeen arviot tehdään ikäihmisten asiakasohjauksessa, omaishoidossa, kotihoidossa tai muistikoordinaattoreiden toimesta.

Palvelutarpeiden arvioinnin yhteydessä arvioidaan iäkkään henkilön toimintakyky ja voimavarat monipuolisesti ja luotettavia arviointivälineitä käyttäen. Toimintakykyä arvioitaessa selvitetään, miltä osin iäkäs henkilö pystyy suoriutumaan tavanomaisista elämän toiminnoista asuin- ja toimintaympäristössään, ja missä asioissa hän tarvitsee tukea ja apua. Arvioinnissa otetaan huomioon fyysinen, kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä hänen ympäristönsä esteettömyyteen, asumisen turvallisuuteen ja lähipalvelujen saatavuuteen liittyvät tekijät. Lisäksi arvioinnissa otetaan huomioon toimintakyvyn heikkenemistä ennakoivat riskitekijät, kuten terveydentilan epävakaus, heikko ravitsemustila, turvattomuus, sosiaalisten kontaktien puute tai kipu.

Arvioinnissa huomioidaan asiakkaan toiveet, mielipiteet ja yksilölliset tarpeet, jotka myös dokumentoidaan. Palvelutarpeen selvittämisessä huomion kohteena on toimintakyvyn palauttaminen, ylläpitäminen ja edistäminen sekä kuntoutumisen mahdollisuudet.

Palvelutarpeen arviointi tehdään yleensä iäkkään henkilön omassa kodissa.

Palvelutarpeen arvioinnissa käytetään RAI-CA +Helsa välineistöä. RAI-arviointi tehdään säännöllisen palvelun piirissä oleville asiakkaille puolen vuoden välein tai asiakkaan tilanteen olennaisesti muuttuessa. RAI-välineistön avulla selvitetään asiakkaiden palvelutarpeita sekä kohdennetaan palvelut oikein ja tarpeenmukaisesti.

Muita käytössä olevia mittareita ovat CERAD (kognitiivinen tehtäväsarja), MMSE (suppea muistitesti), MNA (ravitsemustilan arviointi), GDS-15 (myöhäsiän depressioseula), AUDIT-C (alkoholinkäytön riskit), FROP (kaatumisvaaran arviointi), BAI (ahdistusoirekysely), ESS (uneliasuuskysele), CMAI (levottomuusasteikko), muistikysely asiakkaalle ja/tai omaiselle, RAVA (toimintakyky mittari), SPPB (fyysisen toimintakyvyn mittari), puristusvoimamittari, ADL (päivittäiset perustoiminnot), IADL (välineelliset päivittäistoiminnot), TMT-A ja TMT-B (ajokykyarviointi), CDR (muistihäiriön asteen mittari) ja tarvittaessa käytössä on myös muita mittareita.

Palvelutarpeen arvioinnin tukena käytetään tarvittaessa lääkärin tai eri asiantuntijoiden lausuntoja.

Asiakkaiden ja heidän omaistensa/läheistensä osallistuminen palvelutarpeen arviointiin

Arviointi tehdään asiakkaan elämäntilanteen edellyttämässä laajuudessa yhteistyössä asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaisensa ja läheisensä sekä muiden toimijoiden kanssa.

Asiakkaan läheisverkoston kartoittaminen toteutetaan palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä.

5.2 Palvelujen ja hoitoon pääsyn lakisääteiset määräajat

Yksikkö raportoi ja julkaisee lakisääteisten määräaikojen toteutumisen poikkeamat ja tehdyt korjaavat toimenpiteet omavalvontasuunnitelman seurantaraportissa.

Palvelujen lakisääteisten määräaikojen seuranta ja toteutuminen

Geriatriessa keskuksessa lakisääteiset määräajat perustuvat sosiaalihuoltolakiin ja vanhuspalvelulakiin.

Sosiaalihuoltolaki (1301/2014):

36 §: Palvelutarpeen arviointi on aloitettava viipymättä ja saatettava loppuun ilman aiheetonta viivytystä. Arvioinnin tekeminen on aloitettava viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä siitä, kun asiakas, asiakkaan omainen tai läheinen tai hänen laillinen edustajansa on ottanut yhteyttä sosiaalipalveluista vastaavaan kunnalliseen viranomaiseen palvelujen saamiseksi, jos:

- 1) henkilö on yli 75-vuotias;

- 2) henkilö saa vammaisetuksista annetun lain (570/2007) 9 §:n 3 momentin 3 kohdan mukaista ylintä hoitotukea.

Erityistä tukea tarvitsevan henkilön palvelutarpeen arviointi on aloitettava viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä asian vireille tulosta ja arvioinnin on valmistuttava viimeistään kolmen kuukauden kuluessa vireille tulosta.

45 §: Asiakkaalla on oikeus saada kirjallinen päätös sosiaalipalvelujen järjestämisestä. Kiireellisiä toimenpiteitä koskeva asia on käsiteltävä ja päätös tehtävä käytettävissä olevien tietojen perusteella viipymättä siten, ettei asiakkaan oikeus välttämättömään huolenpitoon ja toimeentuloon vaarannu. Muissa kuin kiireellisissä asioissa päätös on tehtävä ilman aiheetonta viivytystä sen jälkeen, kun asia on tullut vireille. Päätös on toimeenpantava kiireellisissä tapauksissa viipymättä ja muissa kuin kiireellisissä tapauksissa ilman aiheetonta viivytystä. Päätös on kuitenkin toimeenpantava viimeistään 3 kuukaudessa asian vireille tulosta. Aika voi olla tätä pidempi, jos asian selvittäminen erityisestä syystä vaatii pidempää käsittelyaikaa tai toimeenpanon viivästykselle on muu asiakkaan tarpeeseen liittyvä erityinen peruste.

Asian käsittelemisestä ja päätöksenteosta säädetään lisäksi hallintolaissa (434/2003).

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali – ja terveyspalveluista ns. vanhuspalvelulaki (980/2012).

18 §: Hyvinvointialueen on tehtävä päätös iäkkään henkilön kiireellisesti tarvitsemien sosiaalipalvelujen myöntämisestä kirjallisen tai suullisen hakemuksen johdosta ja järjestettävä myönnetty palvelut viipymättä siten, ettei iäkkään henkilön oikeus välttämättömään huolenpitoon vaarannu.

Päätös muiden kuin kiireellisten sosiaalipalvelujen myöntämisestä on tehtävä ilman aiheetonta viivytystä sen jälkeen, kun kirjallinen tai suullinen hakemus on tullut vireille. Iäkkäällä henkilöllä on oikeus saada hänelle myönnetty muut kuin kiireelliset sosiaalipalvelut ilman aiheetonta viivytystä ja viimeistään kolmen kuukauden kuluttua päätöksen teosta.

26 §: Hyvinvointialueen on julkaistava ainakin puolivuositiedot siitä, missä ajassa iäkäs henkilö voi saada hakemansa sosiaalipalvelut. Tiedot on julkaistava sellaisia menetelmiä käyttäen, että iäkkäillä henkilöillä on tosiasiallinen mahdollisuus tietojen saamiseen.

Määräaikojen seuraamisesta vastaa vireille tulleen asian osalta ensisijaisesti se työntekijä, jonka käsiteltäväksi asia on tullut. Esihenkilöiden vastuulla on seurata toimintayksikön kokonaistilannetta ja ryhtyä tarvittaessa toimenpiteisiin määräaikojen noudattamisen varmistamiseksi.

Kaikista asiakastietojärjestelmistä ei ole saatavilla määräaikojen seurantaa, vaan seurantaa on tehtävä manuaalisesti.

Vanhuspalvelujen odotusajat julkaistaan Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen verkkosivuilla.

5.3 Palvelun/hoidon suunnittelu

Asiakas-/potilaskohtaisen suunnitelman laadinta, pivitys ja toteutumisen seuranta

Palvelutarpeen arvioinnin perusteella arvioidaan, onko asiakkaalle tarvetta nimetä omatyöntekijää. Arvioinnin perusteella laaditaan suunnitelma, joka vastaa vanhuspalvelulain tarkoittamaa palvelusuunnitelmaa, sosiaalihuoltolain mukaista asiakassuunnitelmaa tai omaishoitolain tarkoittamaa hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Suunnitelma laaditaan tarvittaessa moniammatillisesti. Asiakkaan nkemykset vaihtoehtoista kirjataan suunnitelmaan. RAI-arvioinnin tulokset tukevat palvelutarpeen arvioinnin ja asiakassuunnitelmaan tekemist. Tavoitteena on tarkistaa suunnitelma vuosittain tai palvelutarpeen muuttuessa työntekijän, asiakkaan tai asiakkaan edustajan aloitteesta.

Suunnitelma kirjataan aina asiakas-/potilastietojrjestelmään. Asiakas antaa suostumuksen siihen, kenelle tietoja saa luovuttaa. Erillistä palvelu-/asiakassuunnitelmaa ei laadita, mikäli sen laatiminen on ilmeisen tarpeetonta.

Kuvaus, miten varmistetaan, ett henkil6st6 tuntee asiakas- ja potilaskohtaiset suunnitelmat ja toimii niiden mukaisesti

Asiakkaan palvelujen jrjestämiseen osallistuvat työntekijät perehtyvät asiakas-, hoito- ja palvelusuunnitelmaan palveluja jrjestessään ja niiden toteutumista seurattessaan. Omatyöntekijän vaihtuessa ja asiakkaan palvelutarpeen tullessa vireille uusi omatyöntekijä perehtyy asiakkaidensa voimassa oleviin asiakas-, hoito- ja palvelusuunnitelmiin.

5.4 Asiakkaan itsemääräämisoikeus

Itsemääräämisoikeuden varmistaminen

Itsemääräämisoikeus on jokaiselle kuuluva perusoikeus, joka muodostuu oikeudesta henkilökohtaiseen vapauteen, yhdenvertaisuuteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Siihen liittyvät läheisesti oikeudet yksityisyyteen ja yksityiselämän suojaan. Henkilökohtainen vapaus suojaa henkilön fyysisen vapauden ohella myös hänen tahdonvapauttaan ja itsemääräämisoikeuttaan. Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan yksilön oikeutta määrätä omasta elämästään sekä oikeutta päättää itseään koskevista asioista. Kyseessä on jokaiselle kuuluva perusoikeus. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa henkilökunnan tehtävänä on kunnioittaa ja vahvistaa asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeutta ja tukea hänen osallistumistaan hoitonsa ja palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen.

Kuvaus, miten yksik6ss6 vahvistetaan ja varmistetaan asiakkaiden/potilaiden itsemääräämisoikeuteen liittyviä asioiden toteutuminen

Geriatrien keskuksessa huomioidaan asiakkaan itsemääräämisoikeus selvittämällä ja ottamalla huomioon hänen henkilökohtaiset toiveensa, mieltymyksensä ja tarpeensa. Palveluntarve selvitetään kokonaisvaltaisesti iäkkään henkilön kanssa ja iäkkään henkilön nkemykset kirjataan

asiakas- /palvelu- / hoitosuunnitelmaan. Itsemääräämisoikeus koskee geriatrien keskuksen kaikkia asiakkaita. Palveluissa tuetaan asiakkaan itsenäistä päätöksentekoa.

Itsemääräämisoikeuden rajoittamisen periaatteet ja käytännöt

Geriatrien keskuksessa ei toteuteta asiakkaan itsemääräämisoikeutta rajoittavia toimenpiteitä.

5.5 Asiakkaan kohtelu

Kuvaus siitä, miten varmistetaan asiakkaiden asiallinen kohtelu ja miten menetellään, jos epäasiallista kohtelua havaitaan

Turvaamme asiakkaillemme oikeuden hyvää kohteluun ihmisarvoa kunnioittaen. Asiakkaillemme on oikeus yhdenvertaiseen kohteluun, tasa-arvoon ja syrjimättömyyteen. Kaikesta poikkeavasta toiminnasta, vaaratilanteista tai huonosta kohtelusta seuraa aina toimenpiteet.

Jos työntekijä käyttäytyy epäasiallisesti asiakasta kohtaan, toisilla työntekijöillä on oikeus ja velvollisuus puuttua tilanteeseen välittömästi ja informoida yksikön esihenkilöä tapahtuneesta. Esihenkilö keskustelee asiasta asianomaisten kanssa ja selvittää, mitä on tapahtunut. Epäasiallisen kohtelun seurauksena voidaan käyttää työnjohdollisia seuraamuksia.

Jos toinen asiakas/omainsen/vierailija käyttäytyy epäasiallisesti toista ihmistä kohtaan, vuorossa oleva työntekijä puuttuu tilanteeseen välittömästi asiallisesti keskustellen.

Kuvaus siitä, miten asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaisensa tai läheisensä kanssa käsitellään asiakkaan kokema epäasiallinen kohtelu, haittatapahtuma tai vaaratilanne

Asiakkaan kokeman epäasiallisen kohtelun, haittatapahtuman tai vaaratilanteen havainnut työntekijä kirjaa käytössä olevaan asiakas-/potilastietojärjestelmään tapahtuneen ja ilmoittaa asiasta asianomaisille. Esihenkilö tai hänen määrittelemä työntekijä keskustelee asiakkaan ja läheisten/omaisten kanssa mahdollisimman pian asiakkaan kokeman epäasiallisen kohtelun, haittatapahtuman tai vaaratilanteen jälkeen tapahtuneesta. Keskustelussa kerrotaan jo tehdyistä korjaavista toimenpiteistä ja mahdollisista tulevista jatkotoimenpiteistä.

5.6 Asiakkaan ja potilaan osallisuus ja asiakaspalaute

Asiakkaiden ja heidän omaistensa/läheistensä osallistuminen yksikön toiminnan, laadun ja omavalvonnan kehittämiseen

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella osallisuudella tarkoitetaan sitä, että asiakkaat tulevat kuulluiksi ja kohdatuiksi palvelutilanteissa. Asiakkailla on käytössään ajantasainen tieto palveluista ja tieto on helposti saavutettavissa. Asiakkailla on myös mahdollisuus vaikuttaa itseään koskeviin päätöksiin ja osallistua palvelujen kehittämiseen.

Asiakaspalaute

Geriatriisessa keskuksessa kannustetaan asiakkaita antamaan palautetta saamastaan palvelusta.

Hyvinvointialueella voi antaa asiakaspalautetta muun muassa seuraavilla tavoilla:

- Keskustelemalla henkilökunnan kanssa ja antamalla suullista palautetta
- Verkkosivujen palautelomakkeen kautta osoitteessa:
<https://www.keusote.fi/etusivu/meilla-asiakkaana/palaute-ja-asiakaskokemus/>
- Käyttämällä palautelaitetta (Roidu) Keusoten toimipisteissä
- Paperisella palautelomakkeella Keusoten toimipisteissä
- Tekstiviestipalautteella yleisimmissä puhelinpalveluissa

Hyvinvointialue mittaa asiakaskokemusta nettosuositeluindeksin eli NPS-mittarin (Net Promoter Score) avulla. NPS-mittari kertoo, miten suuri osa asiakkaistamme suosittelee Keusoten palvelua. NPS-lukema voi olla mitä tahansa lukujen -100 ja 100 väliltä. Mitä korkeampi lukema on, sitä useampi asiakas kertoo suosittelevansa Keusoten palvelua. Hyvinvointialueen tavoitteena on, että NPS olisi yli 80.

Asiakaspalautteen käsittely ja hyödyntäminen toiminnan kehittämisessä

Yksikkö käsittelee asiakaspalautteet viiden arkipäivän kuluessa. Asiakaspalautteeseen ei anneta automaattisesti vastausta kirjallisessa muodossa. Mikäli halutaan yhteydenottoa, tulee palautteeseen laittaa mukaan yhteystiedot. Asiakaspalautteen voit antaa myös nimettömänä. Tietosuojaan turvaamiseksi palautelomakkeille ei tule kirjata henkilötunnusta tai muuta arkaluonteista tietoa.

Asiakaspalautteiden pohjalta toimintayksikössä tehdään tarvittavia välittömiä kehittämistoimenpiteitä. Asiakaspalautteista kerättyjä kohteja ja asiakastyytyväisyyskyselyjen tuloksia hyödynnetään pidemmällä aikavälillä toiminnan kehittämisessä sekä laajemmin Keusoten palvelujen kehittämisessä ja johtamisessa.

Yksikkö raportoi ja julkaisee asiakaspalautteissa toistuvat aiheet/ilmiöt ja niiden perusteella tehdyt korjaavat toimenpiteet omavalvontasuunnitelman seurantaraportissa.

5.7 Asiakkaan ja potilaan oikeusturva

Asiakkaalla ja potilaalla on oikeus laadultaan hyvään palveluun ja hoitoon sekä hyvään kohteluun ilman syrjintää. Palvelut ja hoito on järjestettävä laissa säädetyn ajan kuluessa. Palvelujen ja hoidon vaihtoehtoista on kerrottava avoimesti ja ymmärrettävästi. Asiakasta ja potilasta on kohdeltava hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioittaen. Palvelun ja hoidon laatuun tai kohteluun liittyvät palautteet ja tyytymättömyys voidaan useimmiten selvittää avoimella keskustelulla yksikössä ja yksikön lähiesihenkilön kanssa.

Muistutus

Asiakkaalla ja potilaalla on oikeus tehdä muistutus, jos hän on tyytymätön saamaansa palveluun, hoitoon tai kohteluun. Muistutuksessa tulee kertoa mahdollisimman yksityiskohtaisesti, mihin

asiaan tai asioihin on tyytymätön saamissaan terveydenhuollon tai sosiaalihuollon palveluissa. Jos mahdollista, muistutukseen tulee nimetä myös henkilö/henkilöt, joiden toimintaan on tyytymätön. Tarvittaessa muistutuksen tekemisessä auttaa potilas- tai sosiaaliasiavastaava.

Muistutus käsitellään siinä palveluyksikössä, jota muistutus koskee. Yksikön johto (palvelujohtaja/integraatiojohtaja, tulosalueen päällikkö, koordinoiva esimies tai ylilääkäri) selvittää muistutuksessa kerrotun asian työntekijöidensä ja muiden asianosaisten kanssa pyytää tarvittaessa kirjallisen selvityksen. Yksikön johto antaa muistutukseen kirjallisen vastineen, jossa kuvataan, mihin toimenpiteisiin muistutuksen johdosta on ryhdytty tai miten asia muuten on ratkaistu. Kirjallinen vastine annetaan asiakkaalle neljän viikon kuluessa.

Muistutukseen annetusta vastauksesta ei voi valittaa, eikä muistutuksen tekeminen rajoita potilaan tai asiakkaan oikeutta käyttää asiassa muita oikeusturvakeinoja. Jos asiakas ei ole tyytyväinen saamaansa vastaukseen, hän voi tehdä kantelun aluehallintovirastoon tai Valviraan. Asiakas voi tehdä kantelun ilman muistutusta, mutta muistutus on usein nopein tapa saada selvitys tilanteeseen.

Muistutuksen laadinta

Muistutuksen voi laatia sähköisellä lomakkeella tai tulostaa paperisen muistutuslomakkeen Keusoten verkkosivujen kautta:

<https://www.keusote.fi/etusivu/meilla-asiakkaana/edut-ja-oikeudet/asiakkaan-ja-potilaan-oikeudet/>

Paperinen muistutuslomake lähetetään Keusoten kirjaamoon osoitteella:

Keski-Uudenmaan hyvinvointialue / kirjaamo
PL 46
05801 Hyvinkää

Muistutusten, kanteluiden ja valvontapäätösten käsittely ja huomioiminen toiminnan kehittämisessä

Yksikön johto (palvelujohtaja/integraatiojohtaja, tulosalueen päällikkö, koordinoiva esimies tai ylilääkäri) käsittelee muistutukset, kantelut ja epäkohtailmoitukset palveluyksikön esihenkilön ja työntekijöiden kanssa viipymättä. Asiasta ja tilanteesta riippuen asiaa käsitellään joko yksittäisten työntekijöiden tai koko työyhteisön kanssa. Yksikön johto pyytää tarvittavat kirjalliset selvitykset asianosaisilta ja muodostaa kokonaiskuvan tilanteesta. Yksikön johto antaa vastineen hyvinvointialueen muistutus- ja kanteluprosessin mukaisesti.

Yksikön esihenkilö käy valvontaviranomaisen antamat valvontapäätökset henkilöstön kanssa läpi. Yksikkö korjaa virheellisen toiminnan ja tekee tarvittaessa kehittämissuunnitelman, jos asia vaatii pidemmän ajan toimenpiteitä. Esihenkilö tiedottaa muutetuista toimintatavoista henkilökuntaa työyhteisön palavereissa, huolehtii, että asia kirjataan palaverimuistioon ja asiaan liittyviin toiminta- ja perehdytysohjeisiin.

Hyvinvointialueen tavoitteena on, että muistutusten ja kanteluiden lukumäärä ei kasva suhteessa edelliseen vuoteen.

Yksikkö raportoi ja julkaisee toistuvien aiheiden/ilmiöiden perusteella tehdyt korjaavat toimenpiteet oma- ja neuvonta- ja kuntapalveluiden seurantaraportissa.

Sosiaali- ja potilasasiavastaavien yhteystiedot sekä tiedot heidän tarjoamistaan palveluista

Sosiaali- ja potilasasiavastaavat:

- Susanna Honkala p. 040 807 4756 ja Anne Mikkonen p. 040 807 4755
- Puhelinajat: ma klo 12.30-15, ti-ke klo 8.30-12.00, to klo 9-15
- Sosiaali- ja potilasasiavastaaville voi lähettää sähköpostia tietoturvallisesti suojatulla yhteydellä käyttäen Keusoten turvapistipalvelua: <https://turvaposti.keusote.fi/>. Syötä lähettäjäkenttään oma sähköpostiosoiteesi ja nelinumeroinen tunnistenumero numerokenttään. Lisää vastaanottajakenttään sosiaali.potilasasiavastaava@keusote.fi, kirjoita haluamasi viesti, lisää mahdolliset liitteet ja lähetä.
- Postiosoite: Keski-Uudenmaan hyvinvointialue, Sosiaali- ja potilasasiavastaavat, PL 46, 05801 Hyvinkää
- Asiakasvastaanotto vain ajanvarauksella hyvinvointialueen järjestämissä tiloissa

Sosiaali- ja potilasasiavastaavan tehtävät ovat:

- Neuvoa ja tiedottaa asiakkaita sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista sekä potilasta potilaan asemasta ja oikeuksista annetuissa laissa liittyvissä asioissa.
- Neuvoa ja avustaa asiakasta ja potilasta sekä heidän läheisiä edustajansa, omaista tai muuta läheistä muistutuksen tekemisessä.
- Neuvoa, miten kantelu, oikaisuvaatimus, valitus, vahingonkorvausvaatimus, potilas- tai lääkevahinkoa koskeva korvausvaatimus, tai muut asiakkaan ja potilaan oikeusturvaan liittyvä asia voidaan panna vireille toimivaltaisessa viranomaisessa.
- Toimia asiakkaan ja potilaan oikeuksien edistäjänä ja toteuttajana.
- Seurata asiakkaiden ja potilaiden oikeuksien ja aseman kehitystä hyvinvointialueella ja antaa selvitykset vuosittain aluehallitukselle ja kunnille.

Sosiaali- ja potilasasiavastaava on puolueeton henkilö, joka toimii asiakkaiden ja potilaiden edun turvaajana. Sosiaali- ja potilasasiavastaavan tehtävä on neuvoa-antava. Sosiaali- ja potilasasiavastaava ei tee päätöksiä eikä myönnä etuuksia. Sosiaali- ja potilasasiavastaava voi toimia myös sovitteluvassa roolissa asiakkaan/potilaan ja työntekijän välisissä ongelmallisissa tilanteissa.

Sosiaalihuollon asiakkaan omatyöntekijä

Sosiaalihuoltolain 42 §:n mukaan sosiaalihuollon asiakkaalle on nimettävä asiakkuuden ajaksi omatyöntekijä. Työntekijää ei tarvitse nimetä, jos asiakkaalle on jo nimetty muu palveluista vastaava työntekijä tai nimeäminen on muusta syystä ilmeisen tarpeeton. Omatyöntekijänä toimivan henkilön tehtävänä on asiakkaan tarpeiden ja edun mukaisesti edistää sitä, että asiakkaalle palvelujen järjestäminen tapahtuu palvelutarpeen arvioinnin mukaisesti.

6 Palvelujen sisällön omavalvonta

6.1 Hyvinvointia, kuntoutumista ja kasvua tukeva toiminta

Asiakaskohtaisen fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edistäminen

Geriatrien keskuksen palvelujen tavoitteena on turvata mahdollisimman terve ja toimintakykyinen ikääntyminen alueensa palvelujen piirissä olevalle ikääntyvälle väestölle. Asiakkaan kanssa kartoitetaan hänelle tarkoituksen mukaiset palvelukokonaisuudet kotona asumisen tueksi. Kaikille asiakkaille tehdään moniammatillisesti voimavaralähtöinen hoito- ja palvelusuunnitelma, jossa näkyy yksilöllinen toimintakykyisyyden tuki. Näitä toteutetaan toisaalta yhdenmukaisten ja kaikille samojen peruseräiteiden avulla, toisaalta huomioiden asiakkaiden yksilölliset tarpeet ja tavoitteet.

Geriatriessa keskuksessa tarjotaan päivätoimintaa ja tukipalveluita.

6.2 Ravitsemus

Palvelutarpeen arvioinnin ja asiakastapaamisten yhteydessä arvioidaan ikäihmisen ravitsemuksen toteutumista käyttäen arvioinnin tukena RAI-CA+ Helsa- välineistöä, tarpeen vaatiessa MNA-ravitsemustestiä sekä painon seurantaa. Asiakkaalle annetaan tukea ja ohjausta ravitsemuksessa ja nesteen saannissa hänen tarpeitaan vastaavasti ikääntyneiden ravitsemussuositusten mukaisesti. Asiakkaan ravitsemus on tärkeä osa kokonaisuhyvinvointia. Ravitsemuksen seurantaa tehdään yhteistyössä asiakkaan, omaisten ja muiden yhteistyötahojen kanssa.

Päivätoiminnassa tarjotaan ravitsemussuositusten mukainen lounas ja päiväkahvi. Päivätoiminnan lounasruokailussa huomioidaan erityisruokavaliot sekä huolehditaan riittävästä nesteen saannista. Lounasruokailu toteutetaan yhteisruokailuna ja henkilöstön avustamana ja valvonnassa.

6.3 Infektioiden ja tartuntatautien ennaltaehkäisy ja hygieniakäytännöt

Yleisen hygieniatason seuranta ja asiakkaan tarpeen mukaisten hygieniakäytäntöjen varmistaminen

Geriatrien keskuksen henkilöstö huomioi hyvän hygienian ja aseptiikan kaikessa toiminnassaan Keusoten ja Ikääntyneiden ja vammaisten palvelualueen voimassa olevia ohjeita, rajoituksia ja suosituksia noudattaen.

Infektioiden ja tartuntatautien leviämisen ennaltaehkäisy ja seuranta

Henkilöstö noudattaa Keusoten antamia ohjeita. Noudatetaan tavanomaista käsihygieniaa ja varotoimia ja suojautumisen ohjeita. Työssä ei olla sairaana.

Henkilöstö käyttää pääsääntöisesti omia vaatteitaan työssä. Suojautuminen tarpeen ja ohjeiden mukaisesti.

Toimitilat siivotaan tilakohtaisten vaatimusten ja sopimusten mukaisesti.

Hygieniayhdyshenkilön nimi ja yhteystiedot

Raisa Laurila, esihenkilö raisa.laurila@keusote.fi

6.4 Terveyden ja sairaanhoidon toteuttaminen

Asiakkaiden suun terveydenhoidon sekä kiireettömän ja kiireellisen sairaanhoidon järjestäminen

Geriatrinen keskuksen henkilöstö ohjaa asiakkaita tai omaisia tarvittaessa hammashoittoon ja kiireettömän sairaanhoidon palveluihin. Kiireellisessä sairaanhoitoa vaativassa tilanteessa ja äkillisessä kuolemantapauksessa noudatetaan Keusoten erillisohjetta.

Pitkäaikaissairaiden asiakkaiden terveyden edistäminen ja seuranta

Geriatrinen keskuksen henkilöstö tukee ja ohjaa asiakasta ja hänen omaistaan terveyden ja kokonaisyhyvinvoinnin edistämiseksi sekä elämän loppuvaiheeseen liittyvissä asioissa ja palveluissa. Mahdollisiin muutoksiin asiakkaiden terveydentilassa reagoidaan ja asiakkaita ohjataan terveyspalveluihin.

Terveyden- ja sairaanhoidosta vastaava henkilö

Ei koske Geriatriasta keskusta. Terveyden- ja sairaanhoidon vastuu on asiakkaan omilla sovitulla verkostoilla; perusterveydenhuolto, mielenterveys- ja päihdepalvelut ja erikoissairaanhoito tms.

6.5 Lääkehoito

Turvallinen lääkehoito perustuu säännöllisesti seurattavaan ja päivitettävään lääkehoitosuunnitelmaan, joka on laadittu STM:n Turvallinen lääkehoito-oppaan (THL 2021) mukaisesti. Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella on laadittu organisaatiotasoinen lääkehoitosuunnitelma, jonka päivityksestä vastaa farmasian asiantuntijapalvelut. Niissä palveluissa, joissa on useita samoin periaattein toimivia yksiköitä, laaditaan ns. toimintayksikkökohtainen lääkehoitosuunnitelma, jossa kuvataan ne periaatteet ja toimintatavat, jotka ovat yhteisiä kaikille yksiköille. Jokaisessa lääkehoitoa toteuttavassa yksikössä laaditaan työyksikkökohtainen lääkehoitosuunnitelma Keusoten lääkehoitosuunnitelman ohjeiden mukaisesti. Jos samoin periaattein toimivia yksiköitä ei ole useita, laaditaan suoraan työyksikkötasoinen lääkehoitosuunnitelma. Lääkehoidon turvallisuus varmistetaan yksiköissä lääkehoitosuunnitelman mukaisesti.

Yksikön lääkehoitosuunnitelman toteutumisen seuranta ja päivitys

Geriatrinen keskuksen oma lääkehoitosuunnitelma on valmisteilla.

Yksikön lääkehoidon kokonaisuudesta vastaava henkilö

Esihenkilö Raisa Laurila

6.6 Asiakasvarat ja asiakkaan omaisuus

Keusotella on hyvinvointialuetasoinen toimintaohje asiakkaiden ja potilaiden omaisuuden käsittelyyn ja säilyttämiseen.

Geriatrien keskuksen yksikössä ei säilytetä eikä käsitellä asiakkaiden käteisvaroja.

6.7 Monialainen yhteistyö

Yhteistyö ja tiedonkulku asiakkaan palvelu- tai hoitokokonaisuuteen kuuluvien muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunantajien ja hallinnonalojen kanssa

Tiedonkulku toteutetaan joko sähköisesti potilas / asiakastietojärjestelmien kautta tai yhteistyökokousten kautta. Geriatrien keskuksen asiakkaiden osalta yhteistyötä tehdään laaja-alaisesti ja tarpeenmukaisesti eri toimijoiden kanssa mm: ikääntyneiden asiakasohjaus, arkitiimi, kotihoito, vammaispalvelu, aikuissosiaalityö, mielenterveys- ja päihdepalvelut, perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, kolmassektori ja yksityiset palveluntuottajat.

7 Asiakas- ja potilasturvallisuus

Asiakas- ja potilasturvallisuuden edistäminen perustuu kansalliseen Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelmaan 2022–2026. Asiakas- ja potilasturvallisuus varmistetaan Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen laadun, asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelman mukaisesti. Yksikön turvallisuus- ja pelastussuunnitelmat ovat osa henkilöstön perehdytystä.

Turvallisuuden vastuut yksikössä

Hätätilanteissa palvelee yleinen hätänumero 112. Esihenkilöt vastaavat turvallisuudesta yksiköissä tiimeistä nimettyjen työsuojelupariensa kanssa.

Yhteistyö muiden asiakas- ja potilasturvallisuudesta vastaavien viranomaisten ja toimijoiden kanssa

Toimipaikkakohtaisesti osassa kuntia on vartijapalvelua ja henkilökohtaiset / huonekohtaiset turvapainikkeet käytettävissä yksikön aukioloaikoina.

Miten yksikkö kehittää valmiuksiaan asiakas- ja potilasturvallisuuden parantamiseksi

Hyvinvointialueella on käytössä Potilasturvaportti-verkkopalvelu, jossa on asiakas- ja potilasturvallisuutta koskeva pakollinen koulutuskokonaisuus sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöille. Koulutus tulee suorittaa viiden vuoden välein. Lisäksi Potilasturvaportissa on mahdollisuus suorittaa erilaisia lisäkoulutuksia asiakas- ja potilasturvallisuuteen. Esihenkilö

seuraa asiakas- ja potilasturvallisuuskoulutusten suorittamista ja puuttuu asiaan, jos koulutusta ei ole suoritettu.

Geriatriisessa keskuksessa on toimipaikkakohtaiset turvallisuus- ja pelastussuunnitelmat. Turvallisuuskävelyt toimipaikkakohtaisesti käynnistetään vuoden 2021 aikana ja jatkossa toteutetaan vuosittain. Henkilöstöä on ohjeistettu lataamaan työpuhelimensa Suomi 112 sovelluksen.

Riskienarviointi on jatkuvaa toimintaa ja päivittäminen tapahtuu kerran vuodessa tai esille tulleiden palautteiden mukaan.

Tehdään säännöllistä yhteistyötä Keusoten turvallisuustyöryhmien, paloviranomaisten ja kiinteistöviranomaisten kanssa.

Asiakasturvallisuutta varmistaa omalta osaltaan myös holhoustoimilain mukainen ilmoitusvelvollisuus Digi- ja väestötietovirastolle edunvalvonnan tarpeessa olevasta henkilöstä sekä vanhuspalvelulain mukainen velvollisuus ilmoittaa iäkkästä henkilöstä, joka on ilmeisen kykenemätön huolehtimaan itsestään. Henkilöstöllä on velvollisuus tehdä pelastuslain mukainen ilmoitus ilmeisestä palon vaarasta tai muusta onnettomuusriskistä.

Asiakasturvallisuuden turvaamiseksi henkilöstölle järjestetään koulutuksia, alkusammutusharjoituksia ja hätäensiapukoulutuksia.

Kotikäynneillä asiakkaiden kodeissa ohjataan asiakkaita asiakkaiden kodin turvallisuuteen liittyvissä asioissa mm. palovaroitin ja turvaliesi.

Perhehoitoa toteutetaan perhehoitajien yksityiskodeissa. Hyvinvointialue hyväksyy perhehoitokodit turvallisuuskäytökohdat huomioiden. Perhekoteihin tehdään vuosittaiset valvontakäynnit turvallisuuden varmistamiseksi.

7.1 Henkilöstö

Yksikön henkilöstön määrä ja rakenne

Hyvinkää

Hyvinkään sairaala: Sairaalankatu 3, H-talo, 2 krs, 05850 Hyvinkää: 1 sosiaalityöntekijä, 2 sosiaalihoaja, 1 perhehoidon sosiaalihoaja, 2 omaishoidontuen ohjaaja, 3 sihteeriä, 1 muistikoordinaattori

Päivätoiminta: Valtakatu 11, 05800 Hyvinkää: 1 kodinhoitaja, 4 lähihoitajaa

Rennto: Suutarinkatu 2 C, 4 krs, 05800 Hyvinkää: 1 erityissosiaalihoaja, koordinoiva esimies, 2 esihenkilöä, 1 erityissosiaalihoaja, yhteistilat ei omia huoneita

Järvenpää

Mylytie 11, 3 krs, 04410 Järvenpää: 1 sosiaalityöntekijä, 2 sosiaaliohjaajaa, 2 omaishoidontuen ohjaajaa, 1 muistikoordinaattori, 2 lähihoitajaa

Tuusula

Hyrylän Terveysasema, Hyrylantie 13, 04300 Tuusula: 1 sosiaalityöntekijä, 1 sosiaaliohjaaja, 2 omaishoidontuen ohjaajaa, 1 muistikoordinaattori, 2 lähihoitajaa

Nurmijärvi; Sairaalan tie 2, 01900 Nurmijärvi: 1 sosiaalityöntekijä, 1 sosiaaliohjaaja, 2 omaishoidontuen ohjaajaa, 1 muistikoordinaattori, 1 lähihoitaja

Päivätoiminta: Lumikello, Vaskomäentie 1, 01800 Nurmijärvi: 3 lähihoitajaa

Geriatrisen poliklinikka, Keusoten kuntoutuskeskus, Kiljavantie 539, 05250 Kiljava: 4 muistihoitajaa
Kuntoutussairaala, Kiljavantie 539, 05250 Kiljava: 1 sosiaalityöntekijä

Mäntsälä: Karhukuja 1, 4.krs, 04600 Mäntsälä, 1 omaishoidontuen ohjaaja, 1 muistikoordinaattori, 1 lähihoitaja

Päivätoiminta: Hirvitalo, Kivistöntie 16, 04600 Mäntsälä

Henkilöstövoimavarojen riittävyyden varmistaminen ja seuranta

Henkilöstövoimavarojen riittävyys varmistetaan työaika- ja henkilöstösuunnittelulla. Henkilöstölle tarjotaan Keusote tasoisesti määritelty palkka ja mielekäs työnkuva. Henkilöstön velvollisuutena on tiedottaa esihenkilöille poikkeamista käsittelyajoissa tai tehtävien ruuhkaantumisesta niin, että voidaan tarvittaessa ryhtyä työtehtävien ja henkilöstövoimavarojen uudelleenjärjestelyyn.

Esihenkilö vastaa resurssien riittävyydestä ja seuraa työaika lain määrittelyn mukaisesti.

Koordinoiva esihenkilö tukee esihenkilöitä työajan suunnittelussa, sekä huolehtii sujuvan työn tekemisen turvallisista ja terveellisistä olosuhteista.

Henkilöstöllä on mahdollisuus ottaa yhteyttä työsuojeluvaltuutettuun/ pääluottamusmieheen/ työterveyshuoltoon. Yksikkö raportoi ja julkaisee henkilöstön riittävyyden poikkeamat ja niiden perusteella tehdyt korjaavat toimenpiteet omavalvontasuunnitelman seurantaraportissa.

Yksikön sijaisten käytön periaatteet

Sijaisia käytetään pitkäaikaisissa sijaisuuksissa. Vuosilomat ja lyhytaikaiset sairauspoissaolot toteutetaan töiden uudelleenjärjestelyillä henkilöstön kesken. Sijaiset hankitaan hyvinvointialueen rekrytointiprosessin mukaisesti.

Vastuuhenkilöiden/lähiesihenkilöiden tehtävien organisointi niin, että lähiesihenkilötyöhön on riittävästi aikaa

Koordinoiva esihenkilö tukee esihenkilöitä työajan suunnittelussa, sekä huolehtii sujuvan työn tekemisen turvallisista ja terveellisistä olosuhteista.

7.2 Henkilöstön rekrytointi

Henkilökunnan rekrytointia koskevat periaatteet

Henkilöstön rekrytointi tapahtuu hyvinvointialueen rekrytointiprosessin mukaan. Esihenkilö aloittaa rekrytoinnin rekryluvan hakemisella (yli 6 kuukauden määräaikausudet ja vakinaiset tehtävät). Vakituinen henkilökunta rekrytoidaan julkisen hakuprosessin kautta. Määräaikainen henkilökunta rekrytoidaan joko sisäisesti tai julkisen hakuprosessin kautta. Ammattihenkilöille on määriteltävä kelpoisuusedellytykset, jotka ilmoitetaan työpaikkailmoituksessa. Esihenkilö arvioi työntekijöiden soveltuvuuden ja luotettavuuden työtehtäviin rekrytointivaiheessa. Esihenkilö tarkistaa alkuperäiset opinto- ja työtodistukset haastattelun yhteydessä. Esihenkilö varmistaa työntekijän ammattioikeudet sosiaalihuollon tai terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteristä (Suosikki/Terhikki). Tartuntatautilain 48 §:n mukaista rokotussuojaa edellytetään tartuntatautien vakaville seurauksille alttiiden asiakkaiden ja potilaiden parissa työskenteleviltä. Uusien työntekijöiden koeajan pituus on vakituksilla 6 kk ja määräaikaisilla puolet työsuhteen pituudesta, mutta korkeintaan 6 kk. Esihenkilön tehtäviin kuuluu palveluksessaan olevien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden toiminnan valvonta koko työsuhteen ajan.

Työntekijöiden riittävän kielitaidon varmistaminen

Työntekijöillä pitää olla suomen kielen suullinen ja kirjallinen taito sellainen, että kykenee sujuvasti asiakastyöhön, potilasturvallisuus huomioiden. Sosiaalityöntekijöiltä ja sosiaaliohjaajilta edellytetään virkamiesruotsin suorittamista.

Lasten, iäkkäiden ja vammaisten henkilöiden kanssa työskentelevien soveltuvuuden ja luotettavuuden varmistaminen rekrytoinnissa

Rikosrekisteriote tarkistetaan ennen työsopimuksen tekemistä. Tarkistaminen dokumentoidaan HR-järjestelmään.

7.3 Henkilöstön perehdytys ja täydennyskoulutus

Henkilöstön perehdytys

Perehdyttäminen on osa laadunhallintatyötä, jolla varmennetaan henkilöstön osaaminen ja ammattitaito eri tilanteissa. Henkilöstö perehdytetään Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen yleisen ja Geriatriksen keskuksen tehtäväkohtaisten perehdytysuunnitelmien mukaisesti, joita päivitetään tarpeen mukaan. Omavalvontasuunnitelma on osa perehdyttämissuunnitelmaa. Omavalvontasuunnitelma on luettavissa IMS-järjestelmässä ja esihenkilö käy työntekijän kanssa yhdessä läpi suunnitelman sisällön.

Esihenkilö vastaa uuden työntekijän perehdyttämishojelman toteutumisesta perehdytysuunnitelman mukaisesti. Koko tiimi osallistuu perehdytykseen eri työntekijöille sovitun osa-alueiden osalta.

Asiakastyöhön perehdyttämisen osa-alueita ovat:

- toimintaa määrittävä lainsäädäntö ja Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen omat soveltamisohjeet
- Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen palvelukokonaisuus ja tärkeimmät yhteistyötahot
- asiakastietojärjestelmät
- turvallisuus asiakastyössä

Henkilökunnan täydennyskoulutus

Henkilökunnan osaamisen kehittämisen tulee olla suunnitelmallista ja pitkäjänteistä. Hyvinvointialueen henkilöstöpalvelut laativat yhteistyössä palvelualueiden kanssa vuosittain henkilöstö- ja koulutussuunnitelman työntekijöiden ammatillisen osaamisen ylläpitämiseksi ja edistämiseksi.

Täydennyskoulutusta järjestetään niin omana sisäisenä koulutuksena kuin ulkoisina koulutuksina. Henkilökunnan osaamista ja koulutustarpeita arvioidaan suhteessa sosiaali- ja terveyspalvelujen toimintakäytäntöjen kehittämiseen ja hyvinvointialueen strategiaan. Lisäksi jokaisen työntekijän henkilökohtaiset koulutustarpeet käydään läpi kehityskeskustelussa vuosittain. Työntekijöillä on velvollisuus oman ammatillisen osaamisen ylläpitämiseen ja työnantajalla on velvollisuus mahdollistaa henkilökunnan täydennyskoulutukseen osallistuminen. Täydennyskoulutusta on mahdollistettava vähintään 3 päivää vuodessa.

Ensiapukoulutusta, turvallisuuskoulutuksia, lääkehoidon verkkokoulutusta (LoVe), tietoturva- ja tietosuojakoulutusta ja eri sähköisten järjestelmien koulutusta on tarjolla säännöllisesti kaikille niitä tarvitseville.

7.4 Toimitilat

Tilojen käytön periaatteet

Geriatrien keskuksen tilat sijaitsevat yhteensä 11 eri toimipisteessä eri kunnissa koko Keusoten alueella ja tilojen osoitetiedot löytyvät omavalvontasuunnitelman yhteystieto-osioista (kohta 1). Asiakkaita otetaan vastaan päivätoiminnan tiloissa ja muissa kokoustiloissa (päivätoiminnan ryhmätoiminta ja muut ryhmätoiminnot) sekä työntekijöiden asiakasvastaanottotiloissa. Pääosa asiakkaiden tapaamisista tapahtuu kuitenkin asiakkaan kotona tai perhekodissa. Työskentely tapahtuu osin työnantajan tarjoamassa työpisteessä ja osin etätöyönä henkilöstön kotona. Osa työstä tapahtuu etätöyönä henkilöstön kotona.

Perhehoitoa toteutetaan perhehoitajien yksityiskodeissa. Perhehoitokodit ovat Keusoten hyväksymiä.

Tilojen terveydelliset olosuhteet

Asiakkaille ja henkilöstölle pyritään tarjoamaan toimivat ja turvalliset toimintaolosuhteet.

7.5 Teknologiset ratkaisut

Yksikön käytössä olevat kulunvalvontaan tarkoitetut teknologiset ratkaisut

Osassa yksiköitä on käytössä sähköinen kulunvalvonta.

Asiakkaiden henkilökohtaisessa käytössä olevat teknologiset ratkaisut (yksikön järjestämät)

Ei koske Geriatriasta keskusta.

Asiakkaiden käytössä olevien teknologisten ratkaisujen (yksikön järjestämien) toimivuuden ja häilytyksiin vastaamisen varmistaminen

Ei koske Geriatriasta keskusta

Turva- ja kutsulaitteiden toimintavarmuudesta vastaava henkilö ja yhteystiedot

Ei koske Geriatriasta keskusta

7.6 Terveysthuollon laitteet ja tarvikkeet

Sosiaali- ja terveydenhuollossa käytettävien laitteiden ja tarvikkeiden turvallisesta käytöstä sekä vastuista ja velvoitteista on säädetty laissa lääkinnällisistä laitteista (719/2021). Lääkinnällisellä laitteella tarkoitetaan instrumenttia, laitteistoa, välinettä, ohjelmistoa, materiaalia tai muuta yksinään tai yhdistelmänä käytettävää laitetta tai tarviketta, jonka valmistaja on tarkoittanut muun muassa sairauden tai vamman diagnosointiin, ehkäisyyn, tarkkailuun, hoitoon, lievitykseen tai anatomian tai fysiologisen toiminnon tutkimukseen tai korvaamiseen. Hoitoon käytettäviä laitteita ovat mm. pyörätuolit, rollaattorit, sairaalasängyt, nostolaitteet, verensokeri-, kuume- ja verenpainemittarit, kuulolaitteet, haavasidokset ym. vastaavat.

Terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden hankinta, käytön ohjaus ja huolto

Ei koske Geriatriasta keskusta lukuun ottamatta päiväaikaista toimintaa.

Terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista tehtävät vaaratilanneilmoitukset

Terveydenhuollon laitteen tai tarvikkeen aiheuttamasta vaaratilanteesta on tehtävä HaiPro-ilmoituksen lisäksi ilmoitus Fimealle ja laitteen/tarvikkeen valmistajalle, valtuutetulle edustajalle, maahantuojalle tai jakelijalle. Ilmoitus tulee tehdä, jos vaaratilanne johtuu laitteen tai tarvikkeen ominaisuuksista, ei-toivotuista sivuvaikutuksista, suorituskyvyn poikkeamasta tai häiriöstä, riittämättömästä merkinnästä, riittämättömästä tai virheellisestä käyttöohjeesta tai muusta

käyttöön liittyvästä syystä. Ilmoitus on tehtävä myös silloin, kun laitteen tai tarvikkeen osuus tapahtumaan on epäselvä. Laitteesta tai tarvikkeesta on ilmoitettava tunnistamisen ja yksilöinnin kannalta riittävät tiedot ja onko laitteella CE-merkintä. Ilmoitukseen kirjataan tarkka tapahtuman kuvaus, aika, paikka ja jos potilaan ominaisuudet ovat mahdollisesti myötävaikuttaneet laitteella syntyneeseen vaaratilanteeseen. Potilaan henkilötietoja ei ilmoiteta.

Vakavasta vaaratilanteesta on ilmoitettava Fimealle 10 vrk:n kuluessa ja muista vaaratilanteista 30 vrk:n kuluessa.

Ilmoitus tehdään sähköisesti tai kirjallisesti Fimean verkkosivuilta:
https://www.fimea.fi/laakinnalliset_laitteet/vaatimukset-ammattimaisille-kayttajille/vaaratilanteista-ilmoittaminen

Laitte tai tarvike säilytetään mahdollisia jatkotutkimuksia varten. Laitetta ei saa korjata ilman valmistajan lupaa.

Terveystietojen laitteista ja tarvikkeista vastaavan henkilön nimi ja yhteystiedot

Ei koske Geriatriasta keskusta lukuun ottamatta päiväaikaista toimintaa.

8 Asiakas- ja potilastietojen käsittely

Asiakas- ja potilastietojen kirjaaminen

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella on käytössä asiakas- ja potilastietojärjestelmäkokonaisuus: Pegasos-OMNI360, ProConsona-OMNI360, WinHIT. Hyvinvointialueella on valmisteilla kirjaamisen käsikirja, jossa on yhdenmukaisen kirjaamisen ohjeistus THL:n kansallisten määritysten mukaisesti. Käsikirja valmistuu osio kerrallaan. Valmiina on ohjeet vastaanottopalveluiden lääkäreille ja hoitajille. Myös potilaskertomuksen käytöstä kertova osio on valmis ja henkilöstön käytettävissä.

Sosiaalihuollon kirjaamisen käsikirja on valmisteilla ja se ohjaa ammattilaisia kirjaamisessa. Kirjaamisen tulee tapahtua lain mukaisesti ilman aiheetonta viivästystä.

Henkilötietojen käsittelyn osaamisen varmistaminen

Koko henkilöstö suorittaa vuosittain henkilöstön tietoturva- ja tietosuojaoaamisen peruskurssin ja GDPR-osion verkkokoulutuksena Navisec-järjestelmässä. Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palveluissa työskenteleville on lisäksi omat tietoturva- ja tietosuojaoasiat, jotka henkilöstö suorittaa vuosittain. Esihenkilöt ja johto suorittavat lisäksi tiedonhallinnan vastuuosion vuosittain. Osaaminen varmistetaan jokaisessa osiossa Navisec Flex -tentillä. Esihenkilö seuraa, että kaikki työntekijät suorittavat koulutuksen. Tietosuojatiimi seuraa ja raportoi suoritusten toteutumista yksikkötasolla.

Työntekijä allekirjoittaa salassapito- ja tietoturvaluottoussuunnitelman, jolloin hän vahvistaa lukeneensa ja ymmärtäneensä salassapito- ja tietosuojasuunnitelmissa esitetyt periaatteet ja sitoutuu noudattamaan tietosuojan ja henkilötietojen käsittelyyn liittyviä ohjeita sekä säädöksiä.

Henkilötietojen käsittelyyn sekä tietosuojan ja tietoturvan perusteista järjestetään säännöllisesti koulutusta, johon työntekijällä on mahdollisuus osallistua. Tietosuojavastaavan uutiskirjeillä huolehditaan siitä, että henkilöstö saa ajantasaista tietoa tietosuojan ja tietoturvan liittyvistä asioista ja nostetaan esille mahdollisia epäkohtia, joihin henkilöstön tulee kiinnittää huomiota.

Hyvinvointialueella on käytössä HaiPro -järjestelmä, jonne tehdään tietosuoja- ja tietoturvailmoitukset, mikäli henkilötietojen salassapito on vaarantunut tai on havaittu ohjelmisto-, laite- tai muu toiminta- tai tietoliikennehäiriö, jolla on voinut olla vaikutusta henkilötietojen salassapitoon. Tietosuojatiimi käy yhdessä ilmoittajan ja esihenkilön kanssa läpi tapahtuman ja toimet. Tietosuojatiimi seuraa palveluyksikön tietosuoja- ja tietoturvailmoitusten määrää ja sisältöjä ja puuttuu mahdollisiin epäkohtiin ja ohjeistaa yksikön toimintaa ilmoitusten pohjalta.

Rekisteri- ja tietosuojaselosteiden nähtävillä olo ja asiakkaan informointi tietojen käsittelyyn liittyvissä kysymyksissä

25.5.2018 alkaen henkilötietojen käsittelyä ohjaa EU:n yleinen tietosuoja-asetus (GDPR) sekä 1.1.2019 voimaan astunut Tietosuojalaki, joka toimii henkilötietojen käsittelyä koskevana yleislakina. Keski-Uudenmaan hyvinvointialue toimii potilas- ja asiakasrekisterien rekisterinpitäjänä. GDPR asetus velvoittaa rekisterinpitäjää informoimaan rekisteröityä hänen henkilötietojensa käsittelystä. Informointi toteutetaan <https://www.keusote.fi/etusivu/meilla-asiakkaana/tietosuoja/henkilotietoihin-liittyvat-oikeudet-ja-niiden-toteuttaminen/> verkkosivustolle kootun tiedon avulla. Asiakkaita informoidaan suullisesti tietojen käsittelyyn liittyvissä kysymyksissä.

Rekisteri- ja tietosuojaselosteet ovat julkisesti nähtävissä Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen verkkosivulla <https://www.keusote.fi/etusivu/meilla-asiakkaana/tietosuoja/tietosuojaselosteet/>

Tietosuojavastaavan yhteystiedot

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen tietosuojavastaava Satu Jokinen,
tietosuojavastaava@keusote.fi

9 Yhteenveto kehittämissuunnitelmasta

Yksikön kehittämistarpeet ja suunnitellut toimenpiteet palvelun laatuun sekä asiakas- ja potilasturvallisuuteen liittyen

Geriatrinen keskuksen tavoitteena on tarjota laadukkaita palveluja ikääntyville asiakkaille Keusoten alueella. Tiimeissä on käynnistetty palveluprosessin kuvaaminen ja kehittäminen jatkuu Lean-mallin mukaisesti.

SHQS -laatuohjelma on otettu käyttöön päivittäisen laadunhallinnan parantamiseksi. Tavoitteena on tunnistaa ja nostaa esiin kehittämisen kohteita itsearvioinnin kautta sekä vahvistaa moniammatillista työskentelyä. Laadun, toiminnan ja asiakastyytyvyyden kehittämiseen osallistuu koko henkilöstö. Työntekijöiden osaamiseen ja työssä jaksamiseen kiinnitetään erityistä huomiota muuttuvien työkuvioiden, asiakkaiden moninaisten tarpeiden sekä palvelualueilta tulevien yhteistoimintaodotukset huomioon ottaen.

Asiakaspalautetta kerätään Roidu asiakaspalauttejärjestelmän avulla, asiakaskyselyin ja RAI-arviointivälineen palauteosiota hyödyntäen. Asiakaspalautteet huomioidaan toiminnan kehittämiskohteiden valinnassa. Yksittäisiä kehittämistarpeita ja toimenpiteitä toteutetaan aina tarpeen esiinnyttyä.

Yksikkökohtaisia toiminnan riskejä arvioidaan poistumisturvallisuusselvityksessä, pelastussuunnitelmassa, lääkehoitosuunnitelmassa sekä palveluprosessi- ja työturvallisuuskartoituksissa. Vuosittain tehtävät riskikartoitukset auttavat tunnistamaan ja kuvaamaan yksikön toimintaan liittyviä riskejä, arvioimaan riskien merkittävyyttä ja toteutumisen todennäköisyyttä sekä määrittelemään toimintatavat riskien hallitsemiseksi, valvomiseksi ja raportoimiseksi. HaiPro ja WPro työkalut on otettu osaksi arjen työtä. Tiimikokouksissa käydään säännöllisesti läpi HaiPro ja WPro ilmoitukset. Yhteisen keskustelun avulla opitaan tapahtuneesta ja sovitaan toimista, joilla pyritään ennaltaehkäisemään vastaavat tilanteet tulevaisuudessa.

Geriatrien keskuksessa käytetään RAI-järjestelmää asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa ja ohjauksessa sekä käytämme järjestelmästä saatavaa tietoa palveluiden kohdentamiseksi oikea-aikaisesti. RAI:n käytön laajentamista selvitetään mm. perhehoitoon siirtyvien asiakkaiden kohdalla.

Palveluiden kehittämistyötä tehdään aktiivisesti Keusoten sisäisten toimijoiden kanssa sekä tiiviisti osana Kestävän kasvun -hanketta, joka tulee jatkumaan vuoden 2025 loppuun. Teknologian käyttöönotto palvelujen tuottamisessa Keusoten ikääntyneille asiakkaille tulee monipuolistamaan palveluvalikkoa. Vapaaehtoistoimintaa edistetään osana ikääntyneille suuntautuvia palveluita. HYTE-yhteistyötä kehitetään järjestöjen kanssa. Ikääntyvien palvelut ovat asiakaslähtöisiä huomioiden asiakkaan yksilölliset voimavarat. Etäpalveluiden kehittäminen on yhtenä tavoitteena Geriatrien keskuksessa. Jatkamme edelleen omais- ja perhehoidon palvelukokonaisuuksien kehittämistyötä.

10 Omaavontasuunnitelman hyväksyntä

Omaavontasuunnitelman allekirjoittaa palveluyksikön vastuhenkilö/-t.

Omaavontasuunnitelman hyväksyy tulosalueen päällikkö sähköisesti IMS-järjestelmässä (hyväksyntätiedot näkyvät ylätunnisteessa).

Omaavontasuunnitelma päivitetty, paikka ja päiväys

19.4.2024

Palveluyksikön vastuhenkilön allekirjoitus ja nimenselvennys

Koordinoiva esihenkilö Katri Göös

Esihenkilöt Raisa Laurila ja Hanna Torppa