

**PLAN FÖR EGENKONTROLL INOM SOCIALSERVICEN**

**INNEHÅLL** (Numreringen i innehållsförteckningen motsvarar föreskriftens numrering gällande innehållet)

1 UPPGIFTER OM SERVICEPRODUCENTEN (4.1.1).....	2
2. VERKSAMHETSIDÉ, VÄRDERINGAR OCH VERKSAMHETSPRINCIPER (4.1.2) .....	2
3. RISKHANTERING (4.1.3).....	3
4. UPPGÖRANDE AV PLANEN FÖR EGENKONTROLL (3).....	5
5. KLIENTENS STÄLLNING OCH RÄTTIGHETER (4.2) .....	5
4.2.1 BEDÖMNING AV SERVICEBEHOVET .....	5
4.2.1 UPPRÄTTANDE, GENOMFÖRANDE OCH UPPFÖLJNING AV VÅRD- OCH SERVICEPLANEN.....	5
4.2.2 BEMÖTANDET AV KLIENTEN.....	6
4.2.3 KLIENTENS DELTAGANDE I UTVECKLANDET AV KVALITETEN OCH EGENKONTROLLEN VID ENHETEN .....	7
4.2.4 KLIENTENS RÄTTSSKYDD .....	7
6. EGENKONTROLL AV SERVICEINNEHÅLLET (4.3).....	8
4.3.1 VERKSAMHET SOM FRÄMJAR VÄLBEFINNANDE OCH REHABILITERING .....	8
4.3.2 NÄRING (UPPFÖLJNING AV TILLRÄCKLIGT NÄRINGS- OCH VÅTSEKINTAG SAMT NUTRITIONEN HOS KLIENTERNA) .....	9
4.3.3 HYGIENPRAxis .....	9
4.3.4 HÄLSO- OCH SJUKVÅRD.....	9
4.3.5 LÄKEMEDELSBEHANDLING UPPFÖLJNING AV VERKSAMHETSENHETENS PLAN FÖR LÄKEMEDELSBEHANDLING, UPPDATERING, GENOMFÖRANDE OCH UPPFÖLJNING AV GENOMFÖRANDET.....	10
4.3.6 SAMARBETE MED OLIKA AKTÖRER .....	10
7. KLIENTSÅKERHET (4.4).....	11
4.4.1 PERSONAL.....	11
4.4.2 LOKALER.....	12
4.4.3 TEKNISKA LÖSNINGAR, PASSERKONTROLL SAMT TRYGGHETS- OCH LARMAPPARATER FÖR KLIENTERNA.....	13
4.4.4 APPARATER OCH UTRUSTNING FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD SAMT VEDERBÖRLIG ANMÄLAN OM RISKSITUATIONER FÖRKNIPPADE MED UTRUSTNING .....	13
8 BEHANDLING AV KLIENT- OCH PATIENTUPPGIFTER (4.5).....	13
9 SAMMANDRAG AV UTVECKLINGSPLANEN .....	14
10 UPPFÖLJNING AV PLANEN FÖR EGENKONTROLL (5).....	14
11 KÄLLOR.....	15
INFORMATION TILL DIG SOM ANVÄNDER BLANKETTEN .....	16

## 1 UPPGIFTER OM SERVICEPRODUCENTEN (4.1.1)

Serviceproducent	
Privat serviceproducent Namn: Attendo Mi-Hoiva Ab	Kommunens namn: Vasa
Serviceproducentens FO-nummer: 0784328-9	Samkommunens namn: Vasa
	Namn på samarbetsområde för social- och hälsovården:
Verksamhetsenhetens namn Attendo Kaarlentupa	
Serviceenhetens förläggningkommun och kontaktuppgifter Vasa, Effektgatan 10, 65320 Vasa, 0447800729	
Serviceform; klientgrupp för vilken service produceras; antal klientplatser <i>Effektiverat serviceboende, äldre personer 66 platser</i> <i>Effektiverat serviceboende, utvecklingsstörda 12 platser</i>	
Verksamhetsenhetens gatuadress Effektgatan 10	
Postnummer 65320	Postort Vasa
Verksamhetsenhetens ansvariga föreståndare Bergqvist Tuula	Telefon 0447800729
E-post tuula.bergqvist@attendo.fi	
<b>Uppgifter om verksamhetstillstånd (privat socialservice)</b>	
Tidpunkt för beviljande av regionförvaltningsverkets/Valvras tillstånd (privata enheter som tillhandahåller verksamhet dygnet runt) 4.10.2010	
Service för vilken tillstånd beviljats	
<b>Anmälningspliktig verksamhet (privat socialservice)</b>	
Kommunens beslut om mottagande av anmälan	Tidpunkt för regionförvaltningsverkets registreringsbeslut
<b>Service som anskaffats som underleverans samt producenter</b>	
<i>Livsmedelsleverantör: Meira Nova</i> <i>Hygien-, vård- och städprodukter: Lyreco Oy</i> <i>Fastighetsunderhåll: Coor Service Management Lp Oy, FO-nummer: 1963712</i> <i>Laboratorieundersökningar (invånare med servicesedel): SYNLAB Finland</i> <i>Tvättjänster: Kokko-Pesu Oy</i> <i>Skrivartjänst: Topcart Oy</i> <i>Säkerhet, personsäkerhetslarm: Viria Oy, Everon</i> <i>Företagshälsovård: Terveystalo Oy</i> <i>Städtjänster: SOL Palvelut Oy</i>	

## 2. VERKSAMHETSIDÉ, VÄRDERINGAR OCH VERKSAMHETSPRINCIPER (4.1.2)

### Verksamhetsidé

Attendo Kaarlentupa fungerar i ett envåningshus i Vasa, på adressen Effektgatan 10. Enheten producerar effektiviserat boende åt äldre människor (78 platser). Invånarna kan med kommunens beslut bli permanenta invånare, med servicesedel bli invånare eller för intervallperiod samt permanenta eller för intervallperioder som själv betalande invånare. Attendo Kaarlentupa ligger i Melmo i Vasa på adressen Effektgatan 10, som ligger i slutet av en gata i närheten av naturen och skogen. Byggnaden blev färdig och verksamheten började 2010. De fysiska lokalerna är i ursprungligt skick.

I enheten finns fem grupper, med 12-17 boende, (1x12 platser, 2x16 platser och 2x17 platser). Enhetens grupper ligger i en kedja i en lång byggnad. I byggnadens mittendel finns distributionskök, lagerrum, sociala utrymmen, städcentral, servicelokaler och lokaler för

avfallshantering. I varje grupphem finns två vingar och i grupphemets mellandel finns gemensamma utrymmen avsedda för invånarna. Det finns två olika typer av invånarrum, rum för en och två personer, vilka är avsedda för par. Rummen är 20 kvadratmeter och tvårumslägenheterna är på 27 kvadratmeter. Alla rum och de gemensamma utrymmena är tillgängliga. Man har inte gjort några ändringar på verksamhetsmiljön och lokalerna under 2019. Våren 2022 renoverades verksamhetsområdet och utrymmen, grupphemens kök samt invånarrummens wc-skjutdörrar. Invånarrummens värmepumpar har bytts hösten 2022. Byggnadens utomhus- samt inomhusbelysning förnyas under 2023.

Vår uppgift är att trygga en god livskvalitet och självständighet till livets slut eller tills vårdrelationen upphör. Vi erbjuder personlig omsorg och service i enlighet med klientens fysiska, psykiska och sociala behov. Vårt mål är att ge våra klienter en god livskvalitet. Vården ges i enlighet med en individuell vård- och serviceplan, som upprättas tillsammans med invånaren och när invånaren så vill, tillsammans med närstående med ett halvt års mellanrum.

Vår vision är att vara med och "Stärka människan" och det betyder att varje kund känner att denne kan delta, att man lyssnar på denne samt bemöter denne med värme och respekt. Invånaren uppmuntras till självständighet och egna initiativ så att dennes vistelse tryggas och livskvalitet förbättras till exempel med stimulans och aktiviteter.

Vår vision är att "stärka individen". Det betyder att vi strävar efter att var och en av våra klienter ska känna sig delaktigt, lyssnad på och bemött med värme och respekt. Vi stödjer våra klienters självständighet för att hjälpa dem att känna sig trygga och främja deras livskvalitet.

### Värderingar och verksamhetsprinciper

Verksamheten på vår enhet styrs av våra värderingar **kompetens, engagemang och omtanke** och de framkommer på ett övergripande sätt i vår verksamhet samt i bemötandet av klienterna anhöriga/närstående, beställare och intressegrupper samt inom arbetsgemenskapen.

**Kompetens**, med hjälp av vår kompetens strävar vi efter att förstå behoven och önskemålen hos varje klient. Vi är stolta över det högklassiga arbete som vi utför och vi delar resultaten öppet. Vi gör de rätta sakerna vid rätt tid, vi är noggranna och fäster uppmärksamhet vid detaljer. Vi utvecklas och utvecklar genom att söka lösningar där andra ser problem.

**Engagemang**, vi är stolta över det vi gör och att vi är en del av Attendo. Vi är pålitliga och håller våra löften, vi är engagerade och vårt mål är alltid att överträffa förväntningarna. Vål utfört arbete ger oss tillfredsställelse.

**Omtanke**, vi vill att människorna ska känna sig trygga. Vi hjälper människorna att hjälpa sig själva. Vi respekterar varje människa och lyssnar och anpassar vår verksamhet vid behov. Vi arbetar i team där alla stöder varandra.

Våra verksamhetsprinciper är i enlighet med värderingarna rättvisa och jämlikhet, individualitet, respekt för människovärdet och integriteten, självbestämmanderätt och autonomi samt att främja välbefinnande och undvika skador.

Genom diskussioner med enhetens personal kommer man fram till värderingarna och verksamhetsprinciperna och beskriver hur de framkommer konkret i vardagen. På vår enhet är en person utnämnd till Coach för utmärkt service (ERPA-coach) och coachens uppgift är att tillsammans med enhetschefen förankra värderingarna och utmärkt service i enhetens vardag. ERPA-tränaren tar fram Attendos värdeomeddelanden i samband med månadsmöten. Samtidigt väcker hen aktuella värdeediskussioner om aktuella ämnen. Dessutom väcker denne värdeediskussioner om enhetens vardag när denne går mellan enhetens grupphem.

I vår enhet drar vi projektet "Hallitse härdelliä" till 2022 årets slut. Projektet "Hallitse härdelliä" innehåller målsättningarna för vår enhet, mot vilka vi styr under året. De centrala målsättningarna är kund- och närståendes-nöjdhet, som vi utvecklar och förbättrar. Förmän och anställda genomgår utvecklingen av dessa målsättningar varje vecka. Områdes-direktören och områdes-cheferna är också med i projektet.

## 3. RISKHANTERING (4.1.3)

### System och förfaranden för riskhantering

Egenkontrollen baserar sig på riskhantering, där risker och eventuella missförhållanden i samband med servicen på ett mångsidigt sätt beaktas med hänsyn till den service klienten får. Vid riskhantering förbättras kvaliteten och klientsäkerheten genom att man redan i förväg identifierar de kritiska arbetsmoment där risken finns för att de uppställda kraven och målen inte uppnås

- **Risker förknippade med personalen;** bristfällig introduktion, skiftarbete, negativa händelser och tillbud, infektioner och smittsamma sjukdomar, arbeta ensam
- **Risker förknippade med läkemedelsbehandling och dess genomförande;** säkerställande av ansvar och kompetens för läkemedelsbehandling, säker och korrekt förvaring av läkemedel, läkemedelsavvikelser, tillbud, fel och brister i uppföljning av läkemedelsförbrukning
- **Risker förknippade med dataskydd och sekretess;** Behandling av personuppgifter, GDPR-utbildning är obligatorisk för personalen, bristfälliga utrymmen i Elsas och Annas kammare för att garantera datasäkerheten
- **Risker förknippade med tjänsteproduktion och vård:** Personaldimensionering i akut frånvaro eller vid epidemifall på vårdhemmet, bristfälliga språkkunskaper i arbetsskift, arbetstagarnas uppgiftsbilder
- **Risker förknippade med enhetens lokaler:** enhetens lokaler, passerkontroll, trygghet att röra sig, hjälpmedel och utrustning, brandsäkerhet, lyft och förflyttningar, hotfullt beteende, olycksfall, lång byggnad– långa avstånd mellan grupphemmen, föråldrade möbler, ytor och utrustningar
- **Risker förknippade med informationsförmedling:** brott i informationsutbytet, fel och brister i informationsutbytets utrustning

Ansvarsperson för riskfaktorer är vårdhjemmets ledare med stöd av teamledaren och grupphemets sjukskötare.

### Arbetsfördelning vid riskhantering

Riskhanteringen är hela arbetsgemenskapens gemensamma ärende. Arbetsgemenskapen deltar i bedömningen av säkerhetsnivån och -riskerna, upprättandet av planen för egenkontroll och genomförandet av åtgärder som förbättrar säkerheten. Ledningen ansvarar för den strategiska riskhanteringen samt att egenkontrollen ordnas och instruktioner ges samt att arbetstagarna har tillräcklig kunskap i säkerhetsfrågor och att tillräckliga resurser har anvisats för säkerställande av verksamhetens säkerhet. Riskhanteringen är en fortgående process i det praktiska arbetet. Personalen förbinder sig att delta i riskhanteringen med hänsyn till olika yrkesgrupper och deras uppgiftsbeskrivning. Alla arbetstagare på enheten är skyldiga att meddela om missförhållanden, kvalitetsavvikelser och risker som de upptäcker.

På enheten ska det finnas utnämnda ansvarspersoner för varje delområde i verksamheten, se ovan. Ansvarsområdena antecknas i personalens arbetsbeskrivningar och arbetsinstruktioner. Enhetens ansvarsområden fördelas per uppgiftsgrupp, men också enligt ansvarsområde. Till exempel har sjukskötaren ansvar för basvården, förverkligande av närståendevården, läkemedelsvården och invånarnas medicinska synvinkel. Närvårdarna har ansvar för basvården och närståendevårdarens arbete. Olika ansvarsområden omfattas bl.a. av säkerhet, första hjälpen, brandsäkerhet, information, vårdtillbehör, kommunikation och larm. Ansvarsområden har delats mellan personalen efter intresse.

### System och förfaranden för riskhantering

På enheten används kvalitetshanteringsystemet Attendo Quality (AQ) i vilket avvikelser, tillbud och missförhållanden antecknas. AQ-systemet synliggör det högklassiga arbetet, ger tillförlitlig och relevant information om verksamheten samt fungerar som ett verktyg för utveckling och styrning. Riskkartläggning i enhetens tjänsteprocesser och utvecklingsplaner för dem görs en gång per år enligt chefernas årsklockor, och de behandlas på enhetens möten. Räddningsplanen, utredningen av utrymningssäkerheten och planen för läkemedelsbehandling granskas årligen och uppdateras vid behov.

### Identifiering, hantering och dokumentering av risker samt korrigerande åtgärder

Alla i personalen är skyldiga att meddela om missförhållanden, kvalitetsavvikelser och risker som de upptäcker.

1. **Avvikelse och tillbud:** Avvikelseblanketten är personalens skriftliga rapport om olika risksituationer eller avvikande händelser. En avvikelse kan också göras som ett utvecklingsförslag för enhetens verksamhet. Vi klassificerar avvikelser i olika allvarlighetsklasser beroende på händelsen. Även det ämnesområde som den avvikande händelsen är relaterad till definieras separat. Rapportering görs med pappersblankett, varifrån informationen överförs till elektroniskt system. En avvikande situation som är förknippad med en klient antecknas också i klientens dagliga anteckningar. Kvalitetskoordinatören för in de färdiga avvikelseblanketterna i Attendo Quality-systemet. Med hjälp av systemet kan man på skriftlig väg framföra missförhållanden, kvalitetsavvikelser och risker
2. Inkomna rapporter om avvikelser behandlas tillsammans med de aktörer som krävs enligt ärendet. En avvikelse rapport föranleder alltid en granskning av om det finns behov av korrigerande och/eller förebyggande åtgärder. Med korrigerande åtgärder avses förfaranden med vars hjälp man kan utreda orsaker till och följder av missförhållanden, kvalitetsavvikelser, tillbud och negativa händelser samt korrigera brister och förebygga att de uppkommer på nytt. Korrigerande åtgärder följs vid behov med daglig registrering samt bedöms vid månadmöten. Vårdhjemmets personal behandlar och dokumenterar avvikelser och tillbud i ett PM på enhetens möten en gång per månad. Vid allvarliga kvalitetsavvikelser krävs ett snabbt ingripande och omedelbar behandling. Dessa avvikelser dokumenteras och meddelas alltid till den nivå och de samarbetsaktörer som krävs. Vårdhjemmets chef ansvarar för de behövliga korrigerande åtgärderna.
3. Man går också igenom avvikelser och tillbud under områdetets arbetarskyddsmöten och ledningens tillsyn. Samarbetsparter delges årligen genom en sammanställning i verksamhetsberättelsen.
4. **Socialvårdens anmälningsskyldighet:** Yrkesutbildade personer inom socialvården är skyldiga att utan dröjsmål meddela den ansvariga chefen om han eller hon lägger märke till ett missförhållande eller en uppenbar risk för ett missförhållande vid tillhandahållandet av socialvård för klienten. Anmälan på blanketten ska göras omedelbart till den chef som ansvarar för enhetens verksamhet. Anvisningar och blanketter finns på arbetsenhetens informationstavla och N-server, personalen har informerats om detta med ett meddelande via klientdatasystemet. Den chef som ansvarar för enheten kvitterar att blanketten har tagits emot och utreder omedelbart behövliga utredningar och åtgärder för att avlägsna missförhållandet eller en uppenbar risk för ett missförhållande och antecknar dem på blanketten samt säkerställer att åtgärderna vidtas omedelbart. Den person som har tagit emot anmälan ska ge information om ärendet till sin egen chef, som informerar den myndighet som ansvarar för kommunens socialservice. Den person som lämnar anmälan gör anteckningar om klienten i klientdatasystemet. Den chef som ansvarar för enhetens verksamhet ansvarar för att varje arbetstagare på enheten känner till förfarandet för anmälningsskyldigheten. Den person som har gjort anmälan får inte bli föremål för negativa motåtgärder till följd av anmälan.
5. Personalen kan också om de önskar ge respons anonymt via responskanalen. Adressen till responskanalen är [www.attendo.fi/sisainenpalaute](http://www.attendo.fi/sisainenpalaute) och denna är avsedd för internt bruk inom organisationen. Den respons som getts vidarebefordras utifrån de tillgängliga uppgifterna till den aktör som ansvarar för ämnesområdet.

## 6. Information om förändringar

Personalen får information om förändringar via det elektroniska klientdatasystemet och vid behov personligen och på enhetens möten, som dokumenteras. På vår enhet hålls möten regelbundet. Ett PM upprättas vid mötena så att alla arbetstagare kan läsa om de ärenden som har behandlats.

Information till klienterna ges vid klientmöten och/eller genom att dela ut separata meddelanden. Vid behov informeras anhöriga/närstående om förändringar per telefon, e-post eller brev. Samarbetsparter informeras per telefon, e-post eller brev på det sätt som krävs enligt situationen.

## 4. UPPGÖRANDE AV PLANEN FÖR EGENKONTROLL (3)

### Person/-er som ansvarar för planeringen av egenkontrollen

Enhetens chef ansvarar för upprättandet av enhetens plan för egenkontroll tillsammans med enhetens personal. En gemensamt upprättad plan förbinder alla till högklassig verksamhet och kontinuerlig övervakning och utveckling av tjänsterna.

### Enhetens chef

Enhetens chef Tuula Bergqvist, tuula.bergqvist@attendo.fi, tel 0447800729

### Uppföljning och uppdatering av planen för egenkontroll (punkt 5 i föreskriften)

Enhetens chef ansvarar för tidschemat för uppdatering av planen och uppdateringen finns antecknad i chefens årsklocka. Chefen uppdaterar tillsammans med personalen planen för egenkontroll en gång per år eller enligt behov om det har skett förändringar i verksamheten.

### Offentlighet av planen för egenkontroll

Planen för egenkontroll är ett dokument som ska hållas framlagt. Planen för egenkontrollen finns framlagd i enhetens blankettställningar vid ingångarna, så att klienterna, deras anhöriga och närstående och andra intresserade kan läsa den. Egenkontrollplanen finns också på enhetens webbsidor.

## 5. KLIENTENS STÄLLNING OCH RÄTTIGHETER (4.2)

### 4.2.1 BEDÖMNING AV SERVICEBEHOVET

Klienten har rätt till ändamålsenlig social- och hälsovård av god kvalitet. Klienten ska bemötas så att hans eller hennes människovärde inte kränks och så att hans eller hennes övertygelse och integritet respekteras. Klientens önskemål, åsikt, fördel och individuella behov samt modersmål och kulturella bakgrund beaktas. Behovet av vård och service bedöms tillsammans med klienten. Om klienten inte är förmögen att delta och påverka planeringen av vården och servicen ska klientens vilja utredas tillsammans med klientens juridiska ombud, en anhörig eller någon annan närstående. Utgångspunkten vid bedömningen av vården och servicen är personens befintliga resurser och att upprätthålla och stärka dem. Planeringen av servicebehovet omfattar klientens fysiska, psykiska, sociala och kognitiva välbefinnande. Bedömningen börjar när klienten har flyttat in.

Klientens vårdbehov och hälsa utvärderas med hjälp av de relevanta parametrarna i samband med att vård- och serviceplanen uppdateras, alltså minst var 6 månad och när klientens tillstånd förändras. Klientens hälsa och funktionsförmåga följs upp med hjälp av följande parametrar:

- Seniorer: Rai, MMSE, MNA, Riskbedömning av trycksår (Braden-klassificering)

### 4.2.1 UPPRÄTTANDE, GENOMFÖRANDE OCH UPPFÖLJNING AV VÅRD- OCH SERVICEPLANEN

Vård- och servicebehovet antecknas i en klientspecifik vård- och serviceplan inom en månad efter att klienten har flyttat in på enheten. Planen upprättas tillsammans med klienten, anhöriga, ett juridiskt ombud eller vid behov den aktör som har hänvisat klienten till servicen. Det första utkastet till vård- och serviceplan upprättas av klientens egenvårdare som ansvarar i första hand för komplettering och uppdatering av vård- och serviceplanen. Uppdateringen görs med 6 månaders mellanrum (eller med intervall enligt beställarkundens krav) samt vid behov vid förändringar i klientens hälsotillstånd. Enhetens personal sätter sig in i alla klienters vård- och serviceplaner, dessa är personalens viktigaste verktyg i genomförandet av en helhetsmässig vård av klienterna.

Enheten uppmuntrar både klienten och dennes anhöriga/anhöriga (om klienten så önskar) att delta i utarbetandet och uppdateringen av behandlings- och serviceplanen. Diskussioner om behandling förs alltid vid behov och behandlings- och serviceplanen uppdateras var 6:e månad och vid behov eller när kundens situation förändras. Den personliga vårdgivaren ansvarar för att vård- och serviceplanen görs och håller den uppdaterad samt informerar övriga vårdteam om förändringar.

Handläggningsinstruktion: "Anhörigsamverkan" definierar ett gott samarbete med anhöriga och närstående samt att anhöriga/anhöriga får möjlighet att delta i bedömningen av klientens behov av tjänster, planeringen av behandlingen och få aktuell information om sina nära och kära.

Vid behov kan invånaren på egen bekostnad anskaffa eller enheten kan som köptjänst använda fysioterapeut vid rehabilitering av invånare.

I vård- och serviceplanen beaktas klientens hälsotillstånd som en helhet och olika medlemmar i vårt multiprofessionella team bidrar med sina synpunkter. Klientens personliga vårdare ansvarar för att skapa och uppdatera vård- och serviceplanen. De mål som ställts upp i vårdplanen ska utvärderas med hjälp av dagliga anteckningar.

Anvisning för förfaringssätt "Vårdplan" beskriver hur vård- och serviceplanen ska utformas och följas upp.

#### 4.2.2 BEMÖTANDET AV KLIENTEN

##### **Stärkande av självbestämmanderätten**

Självbestämmanderätten är en grundläggande rättighet för var och en och består av rätten till personlig frihet, integritet och säkerhet. Klientens självbestämmanderätt kan främjas genom att identifiera och stärka resurser. Personalen har till uppgift att respektera och stärka klientens självbestämmanderätt och stöda klientens delaktighet i planeringen och genomförandet av tjänsterna. Varje klient har en egenvårdare, vars uppgift är att identifiera ovanstående. Tillsammans med klienten och klientens anhöriga stärker och betonar vi klientens individualitet. Närståendevårdarens uppgift är att se till att invånaren har möjlighet att assisterat uttrycka sina åsikter till exempel när invånaren har begränsningar som dålig hörsel, hörselskada eller svårigheter att kommunicera och uttrycka sig på normalt talspråk. Som hjälp vid kommunikation kan man använda arbetstagarens kunskap som stödtecken, närståendes expertis baserad på kunskap och erfarenhet och/eller utomstående hjälp som tolk.

Klientens självbestämmanderätt är en av grundpelarna för vår verksamhet. Klientens hem bör respekteras, och hans eller hennes åsikter och önskemål i alla frågor bör beaktas och skrivas in i planen för vård och service. Dags- och veckoprogram behövs för att strukturera vardagen, men arbetet ska alltid vara så individorienterat som möjligt och ta hänsyn till klienternas egna önskemål.

Personalen respekterar klientens självbestämmanderätt och arbetar tillsammans för att stödja klientens möjligheter att påverka beslut som rör hans eller hennes eget liv. Omsorgshemmets föreståndare stärker den individorienterade verksamhetskulturen genom eget exempel samt följer upp och utvecklar verksamheten i enlighet med klienternas önskemål och behov.

I situationer, där kundens självbestämmande äventyrar invånarens eller andras säkerhet och hälsa, går säkerheten före självbestämmanderätten. I de här situationerna är arbetstagaren skyldig att bedöma tryggheten med invånaren, arbetsgemenskapen och läkaren.

##### **Principer och praxis för begränsning av självbestämmanderätten**

Begränsningar används endast för att garantera klientens säkerhet och motiverat. Behovet av begränsningar bedöms i samarbete med klienten och anhöriga samt personalen och läkaren. Beslutet baserar sig alltid på en mångsidig, noggrann och individuell bedömning av klientens situation och med hjälp av tillförlitliga bedömningsverktyg. Beslutet om begränsningar fattas alltid av en läkare och beslutet antecknas i det elektroniska klientdatasystemet. Enhetens ytterdörrar är låsta pga patient-säkerheten. Med de låsta ytterdörrarna säkras att de boende kan röra sig säkert och fritt i enhetens lokaler, utan risk att den boende går vilse.

Anteckningarna görs korrekt och förstäligt och av uppgifterna ska framgå tidpunkten för begränsningen, orsaker/motiv som har lett till begränsningen och åtgärden, åtgärdens längd och person som genomfört den samt konstaterad effekt. Vid behov kan beslutet upphävas. I de situationer då det är nödvändigt att vidta begränsningar ska de begränsande åtgärderna genomföras så säkert som möjligt och med respekt för klientens integritet och människovärde samt i enlighet med grundlagen, de mänskliga rättigheterna och Attendos etiska principer. Anvisningar för användning av begränsande åtgärder för klienterna finns i enhetens introduktionsmapp och på intra. Behovet av begränsande åtgärder bedöms i enheten för äldre med tre månaders mellanrum i samband med egenläkarens närrond. Behovet av begränsning bedöms alltid tillsammans med kommunen i samband med upprättandet av vård- och tjänsteplanen.

##### **Sakligt bemötande av klienten**

Klienten har rätt att få god vård och ett individuellt och jämlikt bemötande. Alla former av osakligt och kränkande bemötande av klienten är absolut förbjudna. Varje arbetstagare är enligt 48 och 49 § i socialvårdslagen skyldig att utan dröjsmål meddela sin chef om han eller hon lägger märke till ett osakligt bemötande. Se avsnitt 3 RISKHANTERING (4.1.3).

##### **Hur behandlar man tillsammans med klienten och vid behov med anhöriga eller närstående osakligt bemötande, negativa händelser eller tillbud som klienten har upplevt?**

När klienten har upplevt osakligt bemötande tar vårdhjemmets personal omedelbart upp ärendet till diskussion på det sätt som situationen kräver tillsammans med vederbörande personer och/eller klientens anhöriga/närstående/företrädare. Man reder ut situationen tillsammans med vederbörande så snabbt som möjligt efter händelsen. Om klienten/närstående är missnöjda med det bemötande som de har fått, har de enligt 23 § i klientlagen rätt att framställa en anmärkning till den som ansvarar för verksamhetsenheten eller till en ledande tjänsteinnehavare. Anmärkningen behandlas omedelbart tillsammans med enhetens chef och områdets servicedirektör och/eller regionchef. Ett skriftligt genmäle på anmärkningen ska ges inom en månad. Ett skriftligt genmäle innehåller ett avgörande, motiveringar och tydligt de åtgärder som man har vidtagit till följd av anmärkningen. Vid behov uppmanar man klienten och klientens anhöriga/närstående/företrädare att kontakta social- eller patientombudsmannen. En händelse som orsakats av reklamation som givits som påminnelse eller i annan form behandlas omedelbart mellan parterna och även gemensamt i gemenskapens möten, där man strävar efter att hitta korrigerande åtgärder, så att man kan undvika motsvarande situationer i fortsättningen. Anmärkningshandlingarna lagras i enhetens arkiv separat från klienthandlingarna.

I AQ-systemet antecknas anmärkningen som en avvikelse. Avvikelser behandlas tillsammans med personalen på enheten en gång per månad.

#### 4.2.3 KLIENTENS DELTAGANDE I UTVECKLANDET AV KVALITETEN OCH EGENKONTROLLEN VID ENHETEN

Kundnöjdheten följs kontinuerligt upp med hjälp av en skriftlig enkät. Resultaten av kundnöjdhetssenkäten diskuteras både bland enhetens personal och centralt inom företaget. Resultaten delges också klienterna och deras anhöriga och närstående, t.ex. under anhörigkvällar och genom infobrev.

Muntlig eller skriftlig respons är alltid välkommen. Respons kan ges direkt till enhetens personal eller lämnas i enhetens responslåda. Respons kan lämnas i enhetens kansli, i enhetschefens postlåda, eller i Kaarlentupas allmänna postlåda, som befinner sig vid uppfarten till Kaarlentupa. Responsblanketter finns i blankettställningen bredvid ingången. Responsen samlas och genomgås vid månadmötet. Vårdhemmets föreståndare tar emot respons per telefon, via e-post eller personligen. Respons kan också ges till den kvalitets- och utvecklingsansvarige eller via länken "Anna meille palautetta" ("Ge respons"): [palaute@attendo.fi](mailto:palaute@attendo.fi). Länkarna finns längst ner på Attendos webbsida.

Mottagen respons dokumenteras i AQ-kvalitetshanteringssystemet, och från systemet är det möjligt att få rapport om vad responsen innehöll, samt om den blivit behandlad och på vilken sätt. På detta sätt analyseras responsen.

Invånare och närstående uppmuntras till att ge respons med öppen diskussion och en intresserad attityd. Speciellt frågar man efter utvecklingsförslag och idéer för utveckling av verksamheten genom direkt respons samt av resonsgivare och/eller deltagare som ges på kvällen för närstående. Närstående uppmuntras till att ge respons och i situationen lyssnar man på närstående och tar tacksamt emot respons samt man funderar tillsammans hur verksamheten kan utvecklas och bedömas på nytt.

##### **Insamling av respons**

Fortgående klientrespons och nöjdhetsmätningar som utförs regelbundet ingår i den fortgående utvecklingen av verksamheten. Den som ger respons kan vara en klient, en närstående eller en annan samarbetsaktör. Respons kan ges muntligt direkt till vederbörande eller allmänt vid klientmöten, skriftligt i enhetens responslåda, per telefon eller e-post, via webbplatsens responskanal. Man erhåller klientrespons av klienter och anhöriga/närstående också genom att aktivt diskutera med klienterna och de anhöriga/närstående. Kvällar som ordnas för anhöriga/närstående är också ypperliga tillfällen för insamling av respons och utvecklingsidéer.

Klientnöjdhetssenkäter utförs två gånger per år.

##### **Behandling och användning av respons i utvecklingen av verksamheten**

Den erhållna responsen antecknas i AQ-systemet, behandlas på enhetens möten och dokumenteras i PM. Resultaten och utvecklingsåtgärderna utifrån klientnöjdhetssenkäterna behandlas tillsammans med personalen vid enhetens möten samt med klienterna och anhöriga/närstående vid kvällar för anhöriga/närstående. Resultaten och responsen av klientnöjdhetssenkäterna utnyttjas i utvecklingen av enhetens verksamhetskvalitet, upprättandet av verksamhetsplanen och för att stärka fungerande praxis som har framkommit i responsen. Enhetens chef ansvarar för behandlingen och utnyttjandet av responsen tillsammans med personalen. Enhetens chef vidarebefordrar den erhållna responsen till organisationsnivån enligt vårt kvalitetsystem.

På basis av kundnöjdhetssenkäten 2021 var NPS resultatet följande: boende 32, närstående 8 och de anställda 47. Enhetens mål är att förbättra kvaliteten som speglar sig på hur nöjd den boende är med den vård han eller hon får. Detta beaktas mera och mera med respekt till den boendes egenbestämmanderätt och den boendes möjlighet att inverka på beslutet av vårdplanen. Att specificera egenvårdarens arbetsuppgifter är en del i förbättringen av kvaliteten och den boendes nöjdhet.

#### 4.2.4 KLIENTENS RÄTTSSKYDD

##### **a) Mottagare av anmärkningar**

Patientombudsmannen:

Besök och postadress:

Österbottens välfärdsområde  
Vasa centralsjukhus, A1  
Hietalahdenkatu 2-4  
65130 Vasa

Telefonnummer 06 213 1080  
Telefontider måndag – torsdag 09:00 – 14:00

E-postadress: [palateniasiamies@ovph.fi](mailto:palateniasiamies@ovph.fi) (osäkrad e-post)

Patientombudsmannen:

- hjälper till med frågor när det gäller patientens rättigheter
- ge råd om hur patienten kan gå tillväga i överklaganden när det gäller behandling eller vård
- ger råd och hjälper till med påminnelser och patientskadeärenden

##### **b) Socialombudsmannens namn och kontaktuppgifter samt uppgifter om vilka tjänster som erbjuds**

Du når socialombudsmannen mån-fre kl 08.00-14.00.  
Telefonnummer: 040 507 9303  
E-postadress: [sosialiasiamies@ovph.fi](mailto:sosialiasiamies@ovph.fi) (osäkrad e-post)  
Besöksadress: Ruutikellarintie 4, Vasa

Informationen finns att ses på anslagstavlor i gruppbestädernas entréhall.

Socialombudsmannens arbetsuppgifter inkluderar:

- Ge klienter råd i frågor som rör tillämpningen av lagen
- Hjälper kunden att göra en påminnelse
- Informerar om kundens rättigheter
- Agera på något sätt för att främja och förverkliga kundens rättigheter
- Följa utvecklingen av kundernas rättigheter och status i kommunen och rapportera om det årligen till kommunstyrelsen.

**c) Konsumentrådgivningens kontaktuppgifter och uppgifter om vilka tjänster som erbjuds**

Konsumentrådgivningens tfn: 029 505 3050 Servicetider mån, tis, ons, fre kl. 9-12 tors kl 12-15.

Konsumentrådgivningens uppgifter:

- Bistår och medlar i tvister mellan konsumenten och företaget
- Ger information till konsumenten och företaget om konsumentens rättigheter och skyldigheter

**d) På vilket sätt behandlas anmärkningar, klagomål och andra tillsynsbeslut gällande enhetens verksamhet och hur beaktas de i utvecklingen av verksamheten?**

Anmärkningar, klagomål och andra tillsynsbeslut beaktas i utvecklingen av verksamheten genom att alltid gå igenom dem på enhetens möten och tillsammans med personalen utarbeta korrigerande åtgärder för dem samt dokumentera dem på vederbörligt sätt i PM. Dessutom informerar enhetens chef servicedirektören och/eller regionchefen om serviceanmärkningar, klagomål och andra tillsynsbeslut. Enhetens chef ger ett skriftligt genmäle till den person som har gjort anmälan. En avvikelserapport ges om alla anmärkningar och klagomål i AQ-systemet.

**e) Målsatt tid för behandling av anmärkningar**

Enligt myndigheternas bestämda tid.

## 6. EGENKONTROLL AV SERVICEINNEHÅLLET (4.3)

### 4.3.1 VERKSAMHET SOM FRÄMJAR VÄLBEFINNANDE OCH REHABILITERING

**Främjande av klienternas fysiska, psykiska, kognitiva och sociala funktionsförmåga, välbefinnande och delaktighet**

För varje klient upprättas i samarbete en individuell och helhetsmässig vård- och serviceplan som styr det dagliga vårdarbetet och där klientens resurser och behov, preferenser och faktorer som är viktiga för honom eller henne beaktas. Planen styr främjandet och upprätthållandet av klientens fysiska, psykiska, kognitiva och sociala funktionsförmåga och välbefinnande samt ett gott liv ur klientens perspektiv. I check-listan Livskvalitet, som ska upprättas för varje klient och uppdateras regelbundet, definieras centrala faktorer som påverkar klientens livskvalitet samt egenvårdarens roll i främjandet av livskvaliteten. Vi skapar förutsättningar för en meningsfull vardag på bl.a. följande sätt:

- Klienterna får vakna och gå och lägga sig när det passar dem. Vi följer dygnsrytmen och handleder klienterna för att se till att de får tillräckligt med sömn.
- Basservicen (hjälp med personlig hygien, påklädning, toalettbesök etc.) sköts i enlighet med klientens vanor.
- Personlig hälso- och sjukvård (medicinering, mätningar, laboratorieprov, sårvård etc.) planeras in i enlighet med dygnsrytmen.
- Måltiderna, kaffestunderna och mellanmålen strukturerar dagen, men kan också anpassas enligt klientens önskemål.
- Klienterna uppmuntras att umgås med varandra och delta i sociala aktiviteter med respekt för var och ens personliga önskemål.
- Bastubad är en viktig del av den finländska vardagen, och så är också fallet på våra enheter.
- Vi främjar en meningsfull vardag genom att ordna dagliga aktiviteter (kultur, andlig verksamhet, pyssel, lässtunder, musik och berättelser).
- Utomhusaktiviteter kan ordnas om klienterna så vill.
- Motionsaktiviteter som främjar den fysiska funktionsförmågan (gymnastik och utomhusaktiviteter) ordnas dagligen och anpassas enligt klientens kondition och resurser.

Anteckningar om aktiviteter, utevistelse, egenvårdarens observationer och närståendes observationer i klientdatasystemet framkommer i programmet Attendo Quality. Med hjälp av det här programmet följer och utvecklar man den verksamhet som har utförts på månadsnivå.

**Uppföljning av hur målen för verksamhet som främjar klienternas funktionsförmåga, välbefinnande och rehabiliterande aktiviteter uppfylls (daglig motion, utevistelse, rehabilitering och rehabiliterande aktiviteter)**

Särskilt den egna handledaren/vårdaren följer upp hur klienten anpassar sig på vår enhet i inledningsskedet genom att observera och diskutera med klienten (och anhöriga/närstående) om deras känslor och tankar. När den första vård- och serviceplanen är färdig följer man upp och bedömer hur målen uppfylls genom dagliga anteckningar. Vid behov uppdateras och ändras den personliga planen så att den i högre grad motsvarar klientens önskemål och behov. I fortsättningen uppdateras planen en gång i halvåret och alltid vid behov. Check-listan för Livskvalitet fungerar också som ett styrmedel. För att bedöma funktionsförmågan och rehabiliteringseffekter använder man bl.a. mätare för funktionsförmågan, följer näringstillståndet och vikten regelbundet samt utför RAI-mätningar på klienterna två gånger per år. Vid behov följer man också effekterna av eventuella läkemedelsbehandlingar och läkemedelsändringar på klienternas välbefinnande. Uppföljningen genomförs och registreras i kunduppgiftssystemet enligt läkarens givna instruktioner, vars instruktioner vårdpersonalen vid behov kompletterar.

Det är en viktig uppgift för den egna handledaren/skötaren att se till att eventuella förändringar i klientens funktionsförmåga och hälsotillstånd antecknas i vård- och serviceplanen samt att omsätta informationen i praktiken och förmedla den till den övriga personalen vid enhetens möten. En viktig metod för att följa upp främjandet av ett gott liv är att den egna handledaren/vårdaren kan tillbringa tid tillsammans med klienten varje vecka.



#### 4.3.2 NÄRING (UPPFÖLJNING AV TILLRÄCKLIGT NÄRINGS- OCH VÄTSEKINTAG SAMT NUTRITIONEN HOS KLIENTERNA)

Klientens nutrition planeras som en del i vård- och serviceplanen: bl.a. utreds specialdieter, hälsomässiga begränsningar och preferenser. Enhetens matsedel planeras enligt nationella näringsrekommendationer och klienternas individuella behov och matvanor beaktas. Den lokala personalen får hjälp av Attendos matservicechef, som följer med, övervakar och utvecklar måltidsservicen i samarbete med personalen på enheterna.

Frukost serveras i enlighet med klienternas önskemål omkring kl. 7-10, lunch omkring kl. 11-13, eftermiddagskaffe omkring kl. 14, middag omkring kl. 16.30 och kvällsmål omkring kl. 19-20. Nattmat finns tillgänglig/serveras under hela natten för dem som är vakna. Klienternas måltider är ordnade så att tiden mellan kvällsmålet och frukosten inte är över 11 timmar. Klienternas måltider övervakas och klienterna får vid behov hjälp med ätandet. Invånarens näring följs vid varje måltid och man ser till att alla invånare erbjuds näring vid varje måltid. Vid behov följer man intaget av näring och/eller vätska med en separat blankett. Avvikande näring rapporteras skriftligt och muntligt.

Planen för egenkontroll styr matservicen och planen uppdateras en gång per år.

Vid planering och uppföljning av klientens näringsbehandling används MNA-mätaren, som ingår i RAI-programmet. Om klienten har nedsatt aptit eller vätskeintag, ska mat- och vätskemängder följas upp i dagliga anteckningar och vid behov med hjälp av vätskelistor. Om klienten har sväljsvårigheter erbjuder man vid behov näring i puré- eller vätskeform, trögflytande drycker samt lämpliga hjälpmedel som underlättar näringsintaget. Klienterna vägs en gång per månad och vid behov oftare. Personalen reagerar på eventuella kraftiga viktförändringar. Vid till exempel viktnedgång ingriper man genom att öka energiintaget i maten om det är svårt för klienten att äta större portioner. Även proteinrika livsmedel rekommenderas. Viktnedgång relaterad till minnessjukdom följs upp och vid behov konsulteras läkare eller närings terapeut. Resultaten och vidtagna åtgärder antecknas i klientdatasystemet.

#### 4.3.3 HYGIENPRACTIS

Enhetens plan för hygienservice styr för sin del säkerställandet av hygienivån, planen uppdateras av enhetens chef tillsammans med Sol Palvelut Oy. Personalen använder aseptiska arbetssätt i sin verksamhet. En god handhygien är det absolut bästa sättet att undvika infektioner. Instruktioner för handhygien finns på anslagstavlor vid ingångsentréerna och vid vattenposterna. Vid epidemier riktar man särskild uppmärksamhet på instruktioner för handhygien genom att lägga fram ytterligare instruktioner. Infektionssköterskan konsulteras vid behov. Infektionssköterskan konsulteras vid behov.

Att se till klienternas personliga hygien ingår i det dagliga vårdarbetet. Klienten får vägledning och stöd/hjälp i skötseln av den personliga hygien enligt klientens funktionsförmåga och individuella behov, vilket har beskrivits i klientens vård- och serviceplan. Genomförandet av hygien samt dess tillräcklighet och hudens skick följs upp och antecknas i klientdatasystemet. Vid skötseln av hygien respekteras intimitetsskyddet. På enheten finns en hygienansvarig, som fungerar som kontaktperson mot Vasa stads hygienavdelning. Grupphemmens sjuksköterska ser till och följer upp att klienternas dagliga hygien blir omskött och vägleder personalen i hygienpraxis.

#### 4.3.4 HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

**a) På vilket sätt säkerställs iakttagandet av de anvisningar som utfärdats om klienternas tandvård, icke-brådskande sjukvård, brådskande sjukvård samt oväntade dödsfall på enheten?**

Tandvård: Tjänster inom mun- och tandvård sköts på hälsovårdscentralens tandklinik eller om invånaren så vill på egen bekostnad hos privat tandläkare. Vid behov kan man få remiss till mun- och kindkirurgin vid Vasa centralsjukhus.

Icke-brådskande sjukvård: I kundens icke-brådskande sjukvårdstjänster ansvarar äldrevårdens grupphem Terveystalon julkiset palvelut oy:s egenläkare och för Fannys kammarens boende bashälsovården dvs. hälsocentralens egenläkare. Terveystalon julkiset palvelut ab:s egenläkare är i kontakt per telefon med grupphemmen en gång i veckan och gör besök på plats under när-ronden med tre månaders mellanrum. När det gäller invånarna i fannyn kammaren är man alltid vid behov i kontakt med hälsocentralens egenläkare antingen per telefon eller genom att besöka mottagningen med invånaren. Läkaren fattar beslut om klientens vårdåtgärder och enhetens personal genomför dem och följer de ordinationer som har getts om behandling av sjukdomar. Med hemsjukhuset har man tätt samarbete, om invånaren behöver sådan sjukvårdstjänst, t.ex. re-hydrering som inte kan utföras på enheten. Hemsjukhuset vårdar sådana invånare, som enligt läkares bedömning har bedömts behöva hemsjukhusets tjänster.

Brådskande sjukvård: I akuta situationer är Vasa centralsjukhusets samjour det närmsta jourhuset. Terveystalon julkiset palvelut ab:s egenläkare eller bakjour upprättar en remiss till samjour åt äldre delens invånare och sjuksköterskan skriver ut en vårdremiss ur kunduppgiftssystemet Hilka och en läkemedelslista som invånaren tar med. För Fannys kammaren boende går man i allmänhet direkt till jour utan remiss från läkare. Anvisningen för Remittering av en kund till samjouren förvaras på arbetsdatorns N-station.

Oväntade dödsfall: Ring 112, för fler anvisningar. På enheten finns en anvisning för Dödsfall på enheten, som finns i N-stationens handledningsmapp "Förfarandestruktioner". När ett dödsfall inträffar ska enhetens chef omedelbart underrättas.

**b) På vilket sätt främjas och uppföljs hälsotillståndet hos klienter med kroniska sjukdomar?**

Klienternas hälsotillstånd främjas individuellt genom att stöda egen aktivitet, god grundvård, vilken innefattar att tillgodose närings- och vätskeintag, hygien, motion och grundbehoven. Invånarnas blodtryck och vikt mäts månadsvis. Laboratorieprover tas enligt läkares ordinationer. Ansvarspersoner är grupphemmens sjuksköterska och mätningarna utför grupphemmens alla sköterskor. Äldre delens läkare bedömer invånarnas medicinering med minst tre månaders mellanrum i samband med närrond och alltid vid behov. För utvecklingsstörda bedöms invånarnas medicinering alltid efter behov.

### **c) Vem svarar för klienternas hälso- och sjukvård vid enheten?**

Terveystalon julkiset palvelut Ab:s egenläkare (äldre delens invånare) och Vasa hälsocentrals egenläkare (en del av invånarna i Fanny kammare).

#### **4.3.5 LÄKEMEDELSBEHANDLING UPPFÖLJNING AV VERKSAMHETSENHETENS PLAN FÖR LÄKEMEDELSBEHANDLING, UPPDATERING, GENOMFÖRANDE OCH UPPFÖLJNING AV GENOMFÖRANDET**

Enhetens plan för läkemedelsbehandling i enlighet med THL:s handbok Turvallinen lääkehoito (Säker läkemedelsbehandling, endast på finska) uppdateras en gång per år och alltid vid behov. Vårdhemmets chef, teamledare och sjuksköterskor deltar i uppdateringen. Läkaren skriver under enhetens läkemedelsbehandlingsplan.

Läkemedelsbehandlingsplanen vägleder genomförandet av läkemedelsbehandlingen på enheten.

Planen för läkemedelsbehandling styr genomförandet av läkemedelsbehandling på enheten. I planen för läkemedelsbehandling definieras hur läkemedelsbehandlingen genomförs på enheten, hur kompetensen för läkemedelsbehandling säkerställs och upprätthålls, introduktion, ansvar och skyldigheter vid läkemedelsbehandling, tillståndspraxis, läkemedelsförsörjning (bl.a. leverans, förvaring och förstöring av läkemedel), dosering och administrering av läkemedel, bedömning av läkemedelsbehandlingens effekt, information till klienten, anteckningar och informationsförmedling om läkemedelsbehandling samt förfarande vid felsituationer i läkemedelsbehandlingen.

Genomförandet av läkemedelsbehandlingen följs upp genom att anteckna effekter av läkemedelsbehandlingen i klienternas dagliga observationer. Huvudansvaret för genomförandet och uppföljningen av klienternas läkemedelsbehandling innehas av den legitimerade yrkesutbildade personen inom hälso- och sjukvården Tuula Bergqvist vårdhemmets chef, som också övervakar personalens kompetens inom läkemedelsbehandling.

#### **För läkemedelsbehandlingen vid enheten ansvarar Terveystalon julkiset palvelut Ab:s läkare Tea Kölhi och Vasa stads hälsocentrals läkare Annika Granlund (för en del av invånarna i Fannys kammare).**

Enhetens chef uppdaterar läkemedelsplanen, övervakar förverkligandet av läkemedelsbehandlingen, försäkrar att instruktionen för arbetstagarna och kompetensen är tillräcklig. Dessutom behandlar denne avvikelser i enheten samt bedömer utvecklings- och utbildningsbehovet. Sjukskötarens uppgift är att tillsammans med läkare regelbundet bedöma invånarens läkemedelsbehandling med minst tre månaders mellanrum. Sjukskötaren kontrollerar läkemedelsbehandlingarnas registreringar, planerar genomförandet av invånarens läkemedelsbehandling och bedömer effekten av läkemedelsbehandlingen. Dessutom är denne på enhetsnivå ansvarig för instruktion av arbetstagarnas läkemedelsbehandling. Den skiftesspecifika läkemedelsbehandlingsansvariges uppgift är att sköta genomförandet av invånarens läkemedelsbehandling och följa upp effekten av läkemedelsbehandlingen. Denne gör vid behov läkemedelsändringar åt invånaren. Denne dokumenterar, handleder och förmedlar information om läkemedelsbehandlingen åt klienten och närstående.

#### **4.3.6 SAMARBETE MED OLIKA AKTÖRER**

Vården av klienten utförs genom ett multiprofessionellt samarbete enligt individuella behov. Samarbetet genomförs tillsammans med parter i invånarens kommun per telefon, e-post och vid behov också vid besök. Hemsjukhuset hjälper vid behov när klienten skrivs ut i sjukvårdsåtgärder, som enheten inte har rättigheter eller beredskap för. Samarbete som rör invånarens hälso- och sjukvård beskrivs noggrannare i följande kapitel.

**Äldre delens grupphem.** I frågor rörande invånarens boende samarbetar man intensivt med Vasa stads SAS-byrå och möjliga utplaceringsparter i tjänstesedelklienternas hemkommun. Taxitjänst används regelbundet för klientens behov, enligt möjlighet att röra sig och förmåner (t.ex. Fpa-taxi). Invånarnas hälso- och sjukvård genomförs i samarbete med Vasa stads köptjänst och Terveystalon Julkiset Palvelut Ab, där både egenläkare kan nås med telefonkontakt liksom jourläkare som är anträffbar dygnet runt per telefon. Vid behov skriver läkaren ut en remiss till Vasa centralsjukhussamjour och i brådskande fall skickar skötaren invånaren direkt med ambulans till samjouren. Laboratorieundersökningar genomförs tillsammans med Vasa stads hälsocentral. Laboratorieundersökningar för tjänstesedelklienter som kommer utanför staden förverkligas som köptjänst genom det privata SYNLAB Suomi:s enhet i Vasa.

**Fannys kammarens** sju boende genomförs samarbetet regelbundet med socialarbetare bland annat i samband med upprättandet av vård- och tjänsteplanen och alltid efter behov. Invånarens rörelse och övning av vardagsaktiviteter i närområdena stöds av kommunens utsedda personliga assistenter samt taxiförmån. Invånarens hälso- och sjukvård genomförs i samarbete genom kommunens bashälsovård, där enhetens egenläkare finns under tjänstetider. I enheten har man kontakt med Vasa centralsjukhussamjourns sjukvårdsrådgivning i jourrelaterade frågor eller i brådskande fall skickas invånaren direkt till samjouren.

#### **Tjänster som produceras av underleverantörer (punkt 4.1.1 i föreskriften)**

Tjänster som köps av underleverantörer övervakas regelbundet genom responsinsamling, gemensamma möten och regelbundet samarbete. Den som ansvarar för avtalet följer kvaliteten och avtalsenligheten för tjänsterna. Enhetens underleverantörer:

Livsmedelsleverantör: Meira Nova

Hygien-, vård- och städ produkter: Lyreco Oy

Fastighetsunderhåll: Coor Service Management Lp Oy, FO-nummer; 1963712

Tvätt tjänster: Kokko-Pesu Oy

Skrivartjänst: Topcart Oy

Säkerhet, personsäkerhetslarm: Viria Oy, Everon

Arbetshälsovård: Terveystalo

Städtjänster: SOL Palvelut Oy

## 7. KLIENTSÄKERHET (4.4)

Klientsäkerheten säkerställs genom bra planering, underhåll och service av lokaler, säkerhetssystem, apparater och utrustning, bra anvisningar och utbildning för personalen, respons som samlas av klienterna samt med kontinuerlig övervakning, uppföljning och utvecklingsarbete. Klientsäkerheten tryggas för sin del också av förpliktelsen enligt lagen om förmyndarverksamhet att meddela till magistraten om en person som är i behov av intressebevakning samt förpliktelsen enligt äldreomsorgslagen att anmäla om en äldre person som uppenbart är oförmögen att sörja för sin omsorg.

Avvikelse och tillbud rapporteras i AQ-kvalitetssystemet. **Vårdhemmets chef eller kvalitetskoordinator** antecknar i kvalitetssystemet korrigerande åtgärder, ansvarsperson eller tidtabell för genomförandet av åtgärden samt bedömning av åtgärdernas effekter

### **Samarbete med säkerhetsansvariga myndigheter och aktörer**

Räddningsplanen, utredningen av utrymningssäkerheten och planen för läkemedelsbehandling granskas årligen och uppdateras vid behov. Enheten har regelbundet samarbete med brand- och räddningsmyndigheterna i samband med granskningar och alltid enligt behov. Enhetsspecifika riskkartläggningar utförs årligen och utifrån resultaten upprättas en utvecklingsplan för riskkartläggningarna.

För personalen ordnas regelbundet brand- och räddningsutbildning med praktiska övningar samt upprätthålls första hjälpen-beredskapen. På enheten ordnas också regelbundet säkerhetspromenader och utrymningsövningar som dokumenteras på vederbörligt sätt.

### 4.4.1 PERSONAL

#### **Antalet anställda i vård och omsorg, personalstruktur och principer för anlitande av vikarier**

##### **a) Antal anställda inom vård och omsorg samt personalstruktur:**

På enheten arbetar en yrkeskunnig och utbildad personal samt personal enligt rekommendationer och tillsynsmyndigheten. Personaldimensioneringen för äldre delens grupp är 0.6 at/klient. Personalen består av vårdpersonal, administrativ personal och övrig personal. För att minimera riskerna så finns i varje arbetsskift, personal som har skolning, tillräcklig språkkunskap och läkemedelslov, i varje gruppboende. På nattskiten säkerställs detta genom pararbete.

Enhetens chef är Tuula Bergqvist, som är utbildad sjukskötare.

Enheten har totalt 5 sjuksköterskor, 31 när-vårdare, 1 geronom, 3 socionomer, 3 vårdbiträden, 1 hemsköterska som fast anställda. Det finns 5 extra personal (städning och tvätt, köksarbetare, fastighetsskötsel). Dessutom har enheten 5 lärlingselever och elever från olika yrkesläroanstalter.

##### **a) Enhetens principer för anlitande av vikarier:**

Vid rekrytering av vikarier är utgångspunkten alltid enhetens funktionsmässiga behov och klienternas säkerhet samt myndigheternas krav. Plötslig frånvaro hos enhetens personal försöker man alltid i första hand ordna med arrangemang av arbetsskiften samt lån av arbetstagare inom enheten. Målet är att anlita vikarier som är bekanta för klienterna och som känner enhetens verksamhet. Teamledaren och vårdhemmets chef ansvarar för vikariearrangemangen. Inkallning av vikarier hör till varje arbetstagare på vårdhemmet.

##### **b) Säkerställande av tillräckliga personalresurser?**

Enhetens chef ansvarar för planeringen av arbetsskiften och för att tillräckliga personalresurser är inplanerade i arbetsskiften. Tillräckliga personalresurser, kompetens och utbildningsbehov, frånvaro och behov av vikarier bedöms regelbundet på enheten. På vår enhet är personalresurserna och -strukturen tillräcklig i förhållande till de tjänster som produceras. Personalnöjdhetenkäter utförs två gånger per år. Resultaten av dem går igenom på personalmöten och med hjälp av resultaten utvecklas metoder som främjar personalens ork.

##### **Principer för rekrytering av personal**

Personalrekryteringen styrs av arbetslagstiftningen och kollektivavtalen. I dessa fastställs arbetstagarnas och arbetsgivarnas rättigheter och skyldigheter.

Enhetens chef ansvarar för rekryteringen. Rekryteringsprocessen innefattar att kartlägga behovet av arbetstagare, den egentliga sökningen av arbetstagare (externa och interna annonser, att ta emot arbetsansökningar, gallra för intervjuer, intervjuer, besluta om val och informera om dem), konstatera att den valda arbetstagaren har yrkesbehörighet [enhetens chef ansvarar för kontrollen av identiteten, yrkesrättigheterna och behörigheten (examensbetyg, JulkiTerhikki, JulkiSuosikki eller genom att ringa till Valvira), kontrollera arbetstillstånd och yrkesrättigheter hos personer med utländsk bakgrund, ta referenser, examens- och arbetsintyg, upprätta och underteckna arbetsavtal. Personaladministrationen ger stöd och vägledning i rekryteringen.

##### **Beskrivning av introduktion och fortbildning av personalen**

Enhetens chef eller teamledaren ansvarar för introduktionen av nya arbetstagare, arbetstagare som övergår till nya uppgifter och studerande. Vid behov kan chefen delegera en del av introduktionen till en annan erfaren arbetstagare.

Enhetens vård- och omsorgspersonal får introduktion i klientarbete, behandling av klientuppgifter och dataskydd samt genomförande av egenkontroll i enlighet med Attendos introduktionsanvisningar. Det samma gäller även studerande som arbetar på enheten och arbetstagare som har varit borta från arbetet en längre tid. På introduktionsblanketten specificeras det som ingår i introduktionen och dessa punkter går igenom tillsammans med arbetstagaren för att säkerställa kompetensen, och för varje avsnitt som har avklarats görs en tydlig anteckning på blanketten. I samband med introduktionen går man även igenom planen för egenkontroll samt vad den innefattar.

När alla avsnitt är genomgångna uppdateras introduktionsblanketten och chefen och den underordnade undertecknar den. Enhetens chef ansvarar för lagringen och arkiveringen av introduktionsblanketten.

Egenskötare. Enhetens instruktionsmaterial på N-stationen omfattar instruktioner för egenskötarearbetet. Dessutom diskuterar man om egenskötarens uppgifter i vardagen, i närståendes kvällsmöten och personalmöten. Enhetens kvalitetskoordinator uppmärksammar registreringar rörande egenskötarens uppgifter och ger respons samt instruktioner åt arbetstagarna av genomförandet kvalitetsuppföljning.

På enheten upprättas årligen en utbildningsplan för personalen och för denna utnyttjas den respons och de utvecklingsbehov som har framkommit i utvecklingssamtalen och verksamheten. I utbildningsplanen beaktas tyngdpunktsområden i verksamhetsplanen, rådande behov på enheten, arbetstagarnas individuella kompetensbehov samt specialbehov relaterade till arbetsuppgifterna. Utbildningsbehovet preciseras vid behov under året, om till exempel kompetenskrav relaterade till klienterna uppkommer. Utbildningarna planeras så att de stöder arbetstagarnas yrkeskompetens och motsvarar behovet inom social- och hälsovården och kravförändringar. Enhetens chef har till uppgift att se till att den skyldighet som gäller fortbildning uppfylls för varje arbetstagare.

Personalutbildning ordnas i form av intern och extern utbildning på individuell nivå, enhets- och regionnivå. Skyldigheten som gäller fortbildning är minst tre dagar per år för varje arbetstagare med beaktande av bl.a. arbetstagarens arbetsuppgifter och utbildning samt utvecklingskedet för arbetsgemenskapens funktioner. De utbildningar som genomförs antecknas i personaldatasystemet. Varje år görs en sammanställning i verksamhetsberättelsen över de utbildningar som genomförts under föregående år. Det här hör till enhetschefens uppgifter.

#### 4.4.2 LOKALER

Kaarlentupa fungerar på en våning. I vårdhemmet finns sammanlagt 74 boendeplatser. Rummen är 20 m<sup>2</sup> (70 st.) och 29 m<sup>2</sup> (4 st.). Klienten möblerar själv sin bostad eller med hjälp av närstående/egenskötare.

I enheten finns fem gruppem (1x12, 2x15 och 2x16 rum). I gruppemmen med 15 rum är två rum avsedda för par. Varje gruppem har egna vistelserum och matsalar. Gruppemmen har en egen inhägnad innergård. I vårdhemmet finns en gemensam bastu och tvättrum i två hem.

Lokalerna är tillgängligt planerade och lätta att gå runt i. I invånarnas rum och sanitetsutrymmen är det möjligt att ge hjälp med skötare. Vi satsar på utrymmenas trivsel och hemtrevnad.

Stöda och främja möjligheten att röra sig och egen aktivitet samt säkerhet och hemtrevnad ingår i vår vårdfilosofi. I planeringen av lokalerna har detta beaktats bl.a. på följande sätt:

- tillräckligt med ledstänger och viloplatser
- trappstegen är låga och breda
- förbindelserna mellan olika rum är planerade så att det är möjligt att röra sig med hjälpmedel
- sänkta trösklar
- dörröppningarna är tillräckligt breda
- belysningen är indirekt och ger ett mjukt ljus som skapar stämning. Belysningen kan ökas individuellt i rummen till exempel när klienten har nedsatt synförmåga.
- god ljudisolering
- möbler och annan lös egendom väljs enligt målgruppen
- färgsättningen är lugn och hemtrevlig
- inredningstextilierna förhindrar eko och buller samt ökar hemtrevnaden

Säkerheten och trivseln på utomhusområden beaktas under olika årstider (sandning och snöskottning). Säkerheten ökas av inhägnaden, bra belysning och övervakning av området. Gårdsplanen är hemtrevlig och säker. På gårdsplanen finns bänkar, planteringar och soltak eller -skärmar. Området är tillgängligt och säkert att röra sig på. Parkeringsplatser och biltrafik stör inte vistelse och rörelse i området.

En utgångspunkt i vår verksamhet är att ge möjlighet till en meningsfull vardag för alla klienter oberoende av klientgrupp och lokal. Personalens aktivitet är här av betydelse. Lokalerna erbjuder dock goda förutsättningar till ett aktivt socialt liv till samboende på enheten. Gemensamma stunder (måltider, hobbyer, utevistelse osv.) uppmuntras. Det är lätt för klienterna att röra sig och mötas både i det egna smågruppshemmet och i större grupper tillsammans med klienter från hela huset.

- I klientrummen utförs underhållsstädning en gång per vecka
- Städsvätskan utförs av enheten
- Tvättsvätskan utförs av enheten och som köpt tjänst
- Insamling av smutsvätt och sortering som köpt tjänst.
- Regelbundna hygicult-mätningar.

Genomförandet och kvaliteten på hygienjämnerna följs upp två gånger per år med en "kvalitetsrund för hygienjämnerna" och resultaten, responsen och utvecklingsobjekten går igenom med enhetens personal. Ett PM skrivs om behandlingen.

#### 4.4.3 TEKNISKA LÖSNINGAR, PASSERKONTROLL SAMT TRYGGHETS- OCH LARMAPPARATER FÖR KLIENTERNA

På enheten används sköterskelarmsystem (klienten har ett larmarmband som skickar larm till vårdaren). Alla larm besvaras med ett besök hos klienten. Larmen och kvitteringen av dem registreras i programmet för sköterskelarm, där larmen och besvarandet av dem följs upp regelbundet.

Leverantören av sköterskelarmsystemet ansvarar för dess underhåll. De armband som hör till sköterskelarmsystemet fungerar med batterier och larmar när batteriets hållbarhetstid snart går ut. Systemet är kopplat till de mobiltelefoner som används och bärs av sköterskorna, dit larmen skickas.

Dessutom används sköterskornas personlarm, till exempel vid hotfulla situationer, för att larma övrig personal och säkerhetstjänsten Oy Evero Ab till platsen.

I grupphejmens korridorer i närheten av utgångarna finns rörelsedetektorer, som reagerar på rörelser nattetid. Alla larm besvaras med ett besök hos klienten. Larmen och kvitteringen av dem registreras i programmet för sköterskelarm, där larmen och besvarandet av dem följs upp regelbundet. **Leverantören av sköterskelarmsystemet ansvarar för dess underhåll.** Säkerhetsapparaternas funktion kontrolleras regelbundet av personalen och genom regelbunden apparatservice. De armband som hör till sköterskelarmsystemet fungerar med batterier och larmar när batteriets hållbarhetstid snart går ut.

Enhetens ytterdörrar är alltid låsta och dörrarna är försedda med kodlås. Invid ytterdörren finns en ringklocka och telefonnummer för besökare på enheten. Varje arbetstagare är skyldig att kontrollera apparaternas funktion och omedelbart vidta åtgärder om problem har uppkommit i apparaten.

##### **Namn och kontaktuppgifter för den person som ansvarar för säkerhets- och anropsutrustning**

Mari Fazli, [mari.fazli@attendo.fi](mailto:mari.fazli@attendo.fi), Jaana Kalliomäki, [jaana.kalliomaki@attendo.fi](mailto:jaana.kalliomaki@attendo.fi)

Ansvarspersonerna har bekantat sig i uppgifterna om att han eller hon är medveten om sitt ansvar, eftersom ansvaret kan få allvarliga konsekvenser om en försummelse orsakar en skada hos klienten etc.

#### 4.4.4 APPARATER OCH UTRUSTNING FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD SAMT VEDERBÖRLIG ANMÄLAN OM RISKSITUATIONER FÖRKNIPPADE MED UTRUSTNING

Anvisningen "Produktsäkerhet på Attendo" innehåller Attendos praxis gällande apparater och utrustning för hälso- och sjukvård, deras användning, underhåll och spårning. Hjälpmedlen har anskaffats av Haltija, som upprätthåller IDR-enhetsregistret. Där finns ovan nämnda information och registrering av farosituationer kan göras via det. I enhetens N-stations instruktionspärm finns instruktioner för inloggning i och användning av IDR, så att personalen vid behov kommer åt information om apparater även när chefen inte är på plats. I äldre delen används Terveystalon julkiset palvelut Ab:s diagnostikapparater. Uppgifter om deras apparater finns i Terveystalon julkiset palvelut eget register.

På enheten används nödvändiga hjälpmedel, apparater och utrustning i vården av klienterna såsom blodtrycks- och blodsockermätare, lyftanordningar, rullstolar, rollatorer, sängar. Med klientens egenskötare som hjälp ser grupphejmets sjukskötare till och kartlägger klientens behov av hjälpmedel och kontakter kommunens hjälpmedelscentral för att klienten ska få lämpliga hjälpmedel till sitt förfogande. Enhetens arbetstagare får introduktion om de apparater och den utrustning för hälso- och sjukvård som används på enheten samt rapportering av risksituationer. Användning, justering, underhåll och service sker enligt de användningsändamål och anvisningar som tillverkaren har angett. I registret över enhetens hjälpmedel och apparater som ska underhållas samt i registret över apparater som ska kalibreras antecknas underhålls- och kalibreringsintervall för apparater för hälso- och sjukvård samt underhåll och kalibreringar som har utförts. Den person som ansvarar för apparatunderhåll har ansvaret för detta.

Enheten ser också till att utrustningen är säker och att bruksanvisningarna är tydliga. Incidenter rapporteras i AQ-systemet genom en incidentrapport. Incidenter diskuteras med personalen från fall till fall. Utifrån situationen utarbetas nödvändiga åtgärder/förslag till förbättringar för att undvika liknande situationer i framtiden. Incidenter som rör utrustning rapporteras också till tillverkaren av utrustningen eller till den auktoriserade representanten. Allvarliga incidenter ska rapporteras inom 10 dagar och andra incidenter inom 30 dagar (lagen om utrustning och förmödenheter för hälso- och sjukvård 629/2010). [https://www.fimea.fi/laakinnalliset\\_laitteet/fimealle-tehtavat-ilmoitukset/ilmoitus-vaaratilanteesta](https://www.fimea.fi/laakinnalliset_laitteet/fimealle-tehtavat-ilmoitukset/ilmoitus-vaaratilanteesta)

##### **Namn och kontaktuppgifter till den person som ansvarar för apparater och utrustning för hälso- och sjukvård**

Tuula Bergqvist vårdhemmets chef, [tuula.bergqvist@attendo.fi](mailto:tuula.bergqvist@attendo.fi), tel 0447800729

#### 8 BEHANDLING AV KLIENT- OCH PATIENTUPPGIFTER (4.5)

Tillsammans med personalen går man regelbundet igenom lagstiftning, föreskrifter och myndighetsbestämmelser som utfärdats med stöd av lagar. På Attendo finns en separat anvisning för dokumentering, dataskydd och arkivering, som styr en högklassig och säker behandling av klient- och patientuppgifter. Lagar, föreskrifter, bestämmelser –lista över länkar finns på grupphejmens anslagstavlor och i instruktionspärmen på N-stationen. Alla arbetstagare ska genomföra GDPR-utbildningen. Attendos IT-stödjtjänster utgör regelbunden övervakning för säkerställande av dataskyddet. Tystnadsplikten ingår i anställningsavtalet, för studerande ingår den i utbildningsavtalet. Vid behov kan man sluta ett separat sekretessavtal.

På enheten används det elektroniska klientdatasystemet Hiikka, i vilket tillräckliga och vederbörliga anteckningar om vården av klienten görs. Varje arbetstagare har ett eget personligt lösenord för inloggning i klientdatasystemet och inloggningarna kan spåras. I klientdatasystemet finns olika användarnivåer som förbättrar dataskyddet och behandlingen av klientuppgifter. Enhetens personal behandlar klienternas uppgifter i den utsträckning som behövs i deras arbete.

Utlämning av klientuppgifter till utomstående görs endast med klientens uttryckliga samtycke eller inom de gränser som lagstiftningen tillåter.

På koncernnivå har en plan för egenkontroll upprättats gällande datasäkerhet och dataskydd samt användning av datasystem. Planen finns på intra. Utöver denna har system som används för behandling av klientuppgifter separata planer för egenkontroll (t.ex. Hiikka, RAI, RAVA), och dessa finns på intranätet. Nya arbetstagare och studerande får introduktion i datasäkerhet och dataskydd under introduktionsprocessen. I introduktionen av nya arbetstagare och studerande ingår behandling av personuppgifter och dataskydd. På enheten ordnas dessutom regelbundet utbildning om datasäkerhet och dataskydd.

Attendos dataskyddsbeskrivningar finns på <https://www.attendo.fi/tietosuoja>

#### **Dataskyddsombud för Attendo Oy**

Attendo Oy  
Tietosuojavastaava  
PL750 (Itämerenkatu 9)  
00181 Helsinki  
[tietosuojavastaava@attendo.fi](mailto:tietosuojavastaava@attendo.fi)

#### **Enhetschefens uppgifter**

Tuula Bergqvist, [tuula.bergqvist@attendo.fi](mailto:tuula.bergqvist@attendo.fi), tel. 0447800729

## 9 SAMMANDRAG AV UTVECKLINGSPLANEN

### **De utvecklingsbehov som kommit från klienter, personal och via riskhanteringen samt tidsschema för genomförande av korrigerande åtgärder**

Planen för egenkontroll fungerar som en del av enhetens kvalitetsövervakningssystem samt introduktionen. Med hjälp av regelbundna anteckningar kan man följa att egenkontrollen genomförs i praktiken.

Den årliga verksamhetsplanen, aktivitetsplaner/veckoprogram och klienternas personliga vård- och serviceplaner styr klientarbetet och den dagliga utvecklingen. Utifrån den information som fås med hjälp av klientnöjdhetenkäter samlas utvecklingsobjekt som används vid upprättandet av verksamhetsplanen. Enskilda utvecklingsbehov och åtgärder genomförs alltid när behov uppkommer. Vi ordnar gemensamma kvällar för klienterna och anhöriga/närstående som är gemensamma för hela enheten. Under dessa kvällar funderar vi tillsammans på utvecklingsobjekt och idéer för att förbättra klienternas välbefinnande.

Enhetsspecifika risker i verksamheten bedöms i utrymningssäkerhetsutredningen, räddningsplanen, planen för egenkontroll enligt livsmedelslagen, planen för läkemedelsbehandling samt kartläggningar av serviceprocessen, arbetarsäkerheten och arbetshälsorisker. Med hjälp av de årliga riskkartläggningarna kan man identifiera och beskriva risker i enhetens verksamhet, bedöma riskernas betydelse och sannolikheten för att de ska inträffa samt fastställa praxis för hantering, övervakning och rapportering av risker.

Med AQ-systemet följer man antalet avvikelser och tillbud. Vid enhetens möten, arbetarskyddsmöten och ledningens syner går man regelbundet igenom avvikelser och tillbud och bedömer om de vidtagna åtgärderna har varit tillräckliga. Behandlingen av avvikelserapporter om avvikande verksamhet och korrigerande av verksamhet utifrån rapporterna styrs dessutom av kvalitetssystemet och gemensamma instruktioner från koncernen om utvecklingsbehov och -objekt.

Enhetens internrevision hjälper enheten att möta kunders och myndigheters förväntningar och stödjer en kontinuerlig utveckling. Enhetens internrevision har genomförts under 2021. Läkemedelsbehandlingen kommer att granskas hösten 2022,

Genomförandet av planen för egenkontroll på enhetsnivå under ledning av enhetens chef. Planen för egenkontroll uppdateras vid behov och minst en gång per år.

## 10 UPPFÖLJNING AV PLANEN FÖR EGENKONTROLL (5)

Planen för egenkontroll godkänns och fastställs av verksamhetsenhetens ansvariga chef. Ort och datum Vaasa 29.9.2022
Underskrift Tuula Bergqvist

## 11 KÄLLOR

### VID UPPGÖRANDET AV BLANKETTEN HAR FÖLJANDE HANDBÖCKER, ANVISNINGAR OCH KVALITETSREKOMMENDATIONER ANVÄNTS:

Fackorganisationen för högutbildade inom socialbranschen Talentia rf, Yrkesetiska nämnden: Vardagen, värderingarna och etiken. Etiska riktlinjer för yrkespersonen inom det sociala området.

<https://talentia.e-julkaisu.com/2018/etiska-riktlinjer/docs/talentia-etik-2018.pdf>

SHM:s publikationer (2011:15): Riskhantering och säkerhetsplanering. Handbok för ledningen och säkerhetsexperterna inom social- och hälsovården:

[http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74506/STM\\_julkaisu\\_16\\_2011\\_riskienhallinta\\_sv.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74506/STM_julkaisu_16_2011_riskienhallinta_sv.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

SHM:s publikationer (2014:4): Kvalitetsrekommendation för barnskyddet

[http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70286/URN\\_ISBN\\_978-952-00-3492-4.pdf](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70286/URN_ISBN_978-952-00-3492-4.pdf)

SHM:s publikationer (2013:11): Kvalitetsrekommendation för att trygga ett bra åldrande och förbättra servicen

[http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80133/07\\_2017\\_Laatusuositusjulkaisu\\_sv\\_kansilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80133/07_2017_Laatusuositusjulkaisu_sv_kansilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

SHM:s handböcker (2003:4): Yksilölliset palvelut, toimivat asunnot ja esteetön ympäristö. Vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuositus

<https://www.thl.fi/documents/10542/471223/asumispalveluiden%20laatusuositus.pdf>

Potilasturvallisuus, Arbetarskyddsfonden & Teknologiska forskningscentralen VTT: Vaaratapahtumista oppiminen. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiolle

[http://www.vtt.fi/files/projects/typorh/opas\\_terveydenhuolto-organisaatioiden\\_vaaratapahtumista\\_oppimiseksi.pdf](http://www.vtt.fi/files/projects/typorh/opas_terveydenhuolto-organisaatioiden_vaaratapahtumista_oppimiseksi.pdf)

Till stöd för planering av säker läkemedelsbehandling:

Turvallinen lääkehoito -opas: [http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/\\_julkaisu/1083030](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1083030)

Valviras föreskrift Anmälan från yrkesmässiga användare om riskhändelser i samband med produkter och utrustning för hälso- och sjukvård:

Valviras föreskrift 4/2010: <https://www.valvira.fi/web/sv/-/foreskrift-4-2010-anmalan-fran-yrkesmassiga-anvandare-om-riskhandelser-i-samband-med-produkter-och-utrustning-for-halso-och-sjukvard>

Dataskyddsombudsmannens byrå: anvisningar för behandling av klient- och patientuppgifter

Rekisteri- ja tietoturvaselosteet: <http://www.tietosuoja.fi/fi/index/materiaalia/lomakkeet/rekisteri-jatietosuojaoselosteet.html>

Personuppgiftslagen och behandling av klientuppgifter inom socialvården:

<https://tietosuoja.fi/documents/6927448/10594424/Behandling+av+klientuppgifter+inom+socialv%C3%A5rden.pdf/f3ec60fa-f210-6d21-f741-0eaa2b8d4e2/Behandling+av+klientuppgifter+inom+socialv%C3%A5rden.pdf.pdf>

Henkilötietolaki ja asiakastietojen käsittely yksityisessä sosiaalihuollossa.pdf

Kuvaus henkilöstön perehdyttämisestä ja osaamisen varmistamisesta liittyen tietosuoja-asioihin ja asiakirja hallintoon sekä muuta lisätietoa sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista: <http://www.sosiaaliportti.fi/File/eef14b19-bacf-4820-9f6e-9cc407f10e6d/Sosiaalihuollon+asiakasasiakirjat.pdf>

Egenkontroll av tidsfrister för barnskydd

<https://www.valvira.fi/documents/18502/315806/Egenkontroll+av+tidsfrister+for+barnskydd.pdf/34d473f8-61d3-48ac-ae2b-aabccf274534>

Egenkontroll av tidsfrister för utkomststöd

<https://www.valvira.fi/documents/18502/315806/Egenkontroll+av+tidsfrister+for+utkomststod.pdf/db8498f0-df90-4f41-b12e-3d9a2f10de45>

## INFORMATION TILL DIG SOM ANVÄNDER BLANKETTEN

Blanketten är avsedd till stöd för serviceproducenterna vid uppgörandet av en plan för egenkontroll. Blanketten har utarbetats i enlighet med Valviras föreskrift (1/2014). Föreskriften trädde i kraft 1.1.2015. Blanketten omfattar samtliga sakheter som ingår i föreskriften, och varje verksamhetsenhet tar i sin egen plan för egenkontroll upp de omständigheter som i praktiken gäller dem. Blanketten beskriver för varje innehållsområde de frågor som bör tas med i den aktuella punkten. När en egen blankett färdigställs bör överflödigt text strykas och Valviras logo bytas ut mot serviceproducentens logo, varefter planen för egenkontroll gäller verksamhetsenhetens egen verksamhet.