

Meillä on Global project –niminen palikka, ja kun se on päällä, niin pääsee intrnetiin ja muihin vastaaviin myös etänä.

## 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 .....	6
4.2.4 KLIENTENS RÄTTSSKYDD .....	7
6. EGENKONTROLL AV SERVICEINNEHÅLLET (4.3) .....	7
4.3.1 VERKSAMHET SOM FRÄMJAR VÄLBEFINNANDE OCH REHABILITERING .....	8
4.3.2 NÄRING (UPPFÖLJNING AV TILLRÄCKLIGT NÄRINGS- OCH VÅTSEKINTAG SAMT NUTRITIONEN HOS KLIENTERNA).....	8
4.3.3 HYGIENPRAxis .....	8
4.3.4 HÄLSO- OCH SJUKVÅRD .....	9
4.3.5 LÄKEMEDELSBEHANDLING UPPFÖLJNING AV VERKSAMHETSENHETENS PLAN FÖR LÄKEMEDELSBEHANDLING, UPPDATERING, GENOMFÖRANDE OCH UPPFÖLJNING AV GENOMFÖRANDET .....	9
4.3.6 SAMARBETE MED OLIKA AKTÖRER .....	9
7. KLIENTSÅKERHET (4.4).....	10
4.4.1 PERSONAL.....	10
4.4.2 LOKALER.....	11
4.4.3 TEKNISKA LÖSNINGAR, PASSERKONTROLL SAMT TRYGGHETS- OCH LARMAPPARATER FÖR KLIENTERNA.....	12
4.4.4 APPARATER OCH UTRUSTNING FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD SAMT VEDERBÖRLIG ANMÄLAN OM RISKSITUATIONER FÖRKNIPPADE MED UTRUSTNING .....	12
8 BEHANDLING AV KLIENT- OCH PATIENTUPPGIFTER (4.5).....	12
9 SAMMANDRAG AV UTVECKLINGSPLANEN .....	13
10 UPPFÖLJNING AV PLANEN FÖR EGENKONTROLL (5).....	13
11 KÄLLOR.....	14
INFORMATION TILL DIG SOM ANVÄNDER BLANKETTEN .....	15

## 1 UPPGIFTER OM SERVICEPRODUCENTEN (4.1.1)

Serviceproducent	
Privat serviceproducent Namn: ATTENDO OY	Kommunens namn: PARGAS STAD
Serviceproducentens FO-nummer: 1755463-2	Samkommunens namn: PARGAS STAD
	Namn på samarbetsområde för social- och hälsovården: EGENTLIGA FINLANDS SJUKVÅRDSDISTRIKT
Verksamhetsenhetens namn ATTENDO LILLA RO	
Serviceenhetens förläggningkommun och kontaktuppgifter PARGAS STAD	
Serviceform; klientgrupp för vilken service produceras; antal klientplatser <i>Boendeservice med heldygnsvård, 24 platser intensifierad service, 6 platser serviceplatser. Allt som allt 30 platser</i>	
Verksamhetsenhetens gatuadress NORRGÅRDSVÄGEN 4 B	
Postnummer 21600	Postort PARGAS
Verksamhetsenhetens ansvariga föreståndare HENRIETTE SCHMIDT-FJÄDER	Telefon 044-4943591
E-post henriette.schmidt-fjader@attendo.fi	
<b>Uppgifter om verksamhetstillstånd (privat socialservice)</b>	
Tidpunkt för beviljande av regionförvaltningsverkets/Valvras tillstånd (privata enheter som tillhandahåller verksamhet dygnet runt) 28.9.2018	
Service för vilken tillstånd beviljats Verksamhet som kräver tillstånd/effektiverat serviceboende/serviceboende	
<b>Anmälningsskyldig verksamhet (privat socialservice)</b>	
Kommunens beslut om mottagande av anmälan	Tidpunkt för regionförvaltningsverkets registreringsbeslut
<b>Service som anskaffats som underleverans samt producenter</b>	
<i>Livsmedelsleverantören är Meira Nova. Vi beställer livsmedelsvaror x2 i veckan Hygien-, vård och städprodukter beställs från Lyreco Tvätt – och måltidstjänster produceras i det egna vårdhemmet. Patient rummens städning sköts x1 /veckan av Kiinteistö huolto Ted Wallin</i>	

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

### Verksamhetsidé

- På Attendo Lilla Ro har vi 30 platser (se ovan uppdelningen)
- Tjänster vi erbjuder är serviceboende för äldre (6 platser) och intensifierad serviceboende för äldre (24 platser). Dessutom har vi intervallvård (intensifierad plats). All vård är heldygnsvård.
- Alla våra klienter har en vård-serviceplan. Vårdarna arbetar enligt den varje dag. Vi ger en personlig omsorg och service i enlighet med klientens fysiska, psykiska och sociala behov. Vårt mål är att ge våra klienter en god livskvalitet.
- Vi vill "stärka individen". Vi strävar efter att var och en känner sig delaktig, lyssnad på och bli bemött med värme och respekt. Vi stöder klienternas självständighet för att hjälpa dem att känna sig trygga och främja deras livskvalitet. Vi försöker hitta lösningar istället för att fokusera på problem.
- Personalen arbetar tillsammans för att stödja klientens möjligheter att påverka beslut som rör hans eller hennes eget liv.

- Terminalvården sker på vårdhemmet. På det första vårdmötet frågas önskemål gällande terminalvården både av klienten själv och anhöriga. Det är ibland svårt att tala om detta ämne, då tas ämnet upp i ett senare skede. Terminalvård är då all aktiv vård avslutas och endast palliativ vård ges.
- 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 service plan. Vi strävar efter att var och en av våra klienter ska känna sig delaktig, lyssnad på och bli 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. Väl 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.

Våra verksamhetsprinciper, som formulerats i enlighet med våra värderingar är: individorientering och personlig service. Fokus på att bibehålla klientens funktionsförmåga, professionalitet, varm och genuin interaktion, trygghet och respekt för klienten.

Vi har en utsedd värderingscoach Matilda Lindblom på Lilla Ro. Det är föreståndaren och värderingscoachen som ansvarar för att värderingarna tillämpas i det dagliga arbetet. Värderingscoachen arrangerar värderingsutbildningar två gånger per år och leder diskussioner kring olika teman var tredje månad. Vi försöker på Lilla Ro ta upp till samtal olika aktuella frågor som kommer upp på avdelningen. Ofta gör värderingscoachen ett frågeformulär gällande saken och från det startar diskussionen.

### 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

Verksamhetens risker identifieras och analyseras årligen eller så ofta som det behövs under ledning av föreståndaren. Hela personalen deltar i riskbedömningen. Riskerna kartläggs med hjälp av bl.a kvalitetshanteringen, egenkontrollen, arbetarskyddet och räddningsplanen. Kvalitetsavvikelser och farosituationer kan uppstå av olika orsaker.

- **Risker förknippade med personalen:**  
bristfällig introduktion, skiftesarbete, negativa händelser och tillbud och smittosamma sjukdomar  
ansvarsperson: Henriette Schmidt-Fjäder
- **Risker förknippade med läkemedelsbehandling och dess genomförande;**  
säkerställande av att de som är med i läkemedelshanteringen har den kompetens och har genomgått skolningar som behövs för att få administrera mediciner. Säker och korrekt förvaring av läkemedel. Rätt förfarande vid läkemedelsavvikelser.  
Uppföljning av läkemedelsförbrukning.  
ansvarsperson: Henriette Schmidt-Fjäder och Anita Ward
- **Risker förknippade med dataskydd och sekretess;**  
Rätt behandling av personuppgifter, GDPR-utbildning för personalen  
ansvarsperson: Henriette Schmidt-Fjäder
- **Risker förknippade med tjänsteproduktion och vård:**  
Personaldimensioneringen skall hållas, bör kolla upp att det på varje skift finns läkemedelskunniga, uppgiftbeskrivning, så att alla vet sina uppgifter  
ansvarsperson: Henriette Schmidt-Fjäder
- **Risker förknippade med enhetens lokaler;**  
problem med enhetens lokaler, passerkontrollen, att det inte är tryggt att röra sig, hjälpmedel och utrustningen inte är i skick, brandsäkerhet, lyft och förflyttningar, hotfullt beteende, olycksfall

- ansvarsperson: Henriette Schmidt-Fjäder
- **Risker förknippade med informationsförmedling**  
ansvarsperson: Henriette Schmidt-Fjäder

Ansvarsfördelningen på avdelningen finns på papper på anslagstavlan, för alla att se!

### 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.

### System och förfaranden för riskhantering

På enheten används kvalitetshanteringssystemet 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. **Avvikelser 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 av avvikelser, sker på Lilla Ro så att: Avvikelse blanketterna finns i en mapp i sköterskekansli. Sköterskan skriver in avvikelserna på blanketten och kvalitetsansvariga vårdaren Björn Himberg skriver in det i kvalitetsprogrammet Attendo Quality. Avvikelsen kommer sedan på mail till föreståndaren för godkänning.. En avvikande situation förknippad med en klient skrivs även in i rapporteringssystemet Hilka. Kvalitetskoordinatören eller vårdhjemmets föreståndare sparar färdigt antecknade avvikelser i en mapp som har skapats för enheten. Med hjälp av systemet kan man på skriftlig väg framföra missförhållanden, kvalitetsavvikelser och risker.
2. Vi har en mapp i sköterske kansliet. Där skriver vi upp avvikelserna efter det skriver kvalitetsansvariga upp avvikelserna i Attendo Quality systemet
3. Inkomna rapporter om avvikelser behandlas tillsammans med de aktörer som krävs enligt ärendet. En avvikelserrapport 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 följer av missförhållanden, kvalitetsavvikelser, tillbud och negativa händelser samt korrigera brister och förebygga att de uppkommer på nytt. 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.
4. Man går också igenom avvikelser och tillbud under områdets arbetarskyddsmöten och ledningens tillsyn. Samarbetsparter delges årligen genom en sammanställning i verksamhetsberättelsen.
5. **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. Blanketterna finns i en mapp i sköterskekansliet, anvisningar på anslagstavlan. Personalen är informerad om saken. 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.
6. 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.

#### 7. **Information om förändringar**

8. 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. Vid personalens gemensamma möten och via anslag på arbetsplatsen (anslagstavlan i sköterske kansliet), och vid behov personligen.

9. Information till klienterna eller deras anhöriga ges vid klientmöten, och/eller genom att dela ut separata meddelanden. Vid behov informeras anhöriga om förändringar per telefon, e-post eller brev. Samarbetsparter informeras per telefon, e-post eller brev på det sättet 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. Som en del av introduktionen läser varje ny vårdare egenkontrollen. Kvitte sitt namn, då egenkontrollen är läst.

Planen har upprättats i samråd med personalen. Egenkontrollen är en del av introduktionen.

### **Enhetens chef**

**Henriette Schmidt-Fjäder 044-4943591**

### **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.

På anslagstavlan i tamburen finns en lapp där det står att man kan fråga efter egenkontrollens mappen och att den förvaras i sköterskornas kansli. Den förvaras i kansliet pga att den annars lätt "får fötter".

## 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.

Då boaren flyttar till oss utnämns en egenvårdare. Egenvårdaren handhar en extra expertis gällande just sin klient. Cirka inom en månad från flytten ordnas tillsammans med klienten, anhöriga, egenvårdare och vårdhjemmets läkare ett vårdmöte. I vissa fall även föreståndaren. På vårdmötet diskuteras vårdmålen och eventuella vårdönskemål. Klientens vårdbehov och hälsa utvärderas då vård- och serviceplanen uppdateras, det här med hjälp av olika tester. På Lilla Ro använder vi oss av Rava, mmse och MNA.

### 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 en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården.

På Lilla Ro börjar egenvårdaren skriva på vård- och serviceplanen, då klienten flyttar in. Märk väl, det tar en tid att lära känna klienten ifråga. Efter vårdmötet, skriver egenvårdaren färdigt vård- och serviceplanen. Detta i mån om möjlighet tillsammans med klient och dennes anhöriga. Var sjätte månad och vid behov uppdateras planen. Då planen är skriven, delger egenvårdaren för resten av vårdteamet, det väsentliga i planen. Alla de andra i teamet, läser vårdplanen på Hilikka. Uppdateringen görs med 6 månaders mellanrum (eller med intervall enligt beställarkundens krav) samt alltid 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.

Rehabiliteringsplanen är sammankopplad till vårdplanen. På Lilla Ro finns ingen egen fysioterapeut. Vårdarna sköter om rehabiliteringsplanen, med lättare gymnastikprogram, övningar som t.ex fått av fysioterapeut. Om det inte räcker, skriver vårdhjemmets läkare remiss till fysioterapeut. Den fysioterapin kan ges på vårdhemmet eller hos fysioterapeuten.

#### 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.

Klientens självbestämmanderätt är en av grundpelarna för vår verksamhet. Klientens hem bör respekteras, och hans eller hennes åsikter och önskemål i olika frågor bör beaktas och skrivas in i planen för vård,-och service. Dags,-och veckoprogram behövs för att strukturera vardagen på Lilla Ro. Arbetat skall trots det vara så individorienterat som möjligt och ta hänsyn till klientens egna önskemål.

Personalen respekterar självbestämmanderätten och arbetar tillsammans för att stöda klientens möjlighet att påverka beslut som rör hans,-hennes eget liv. Om klienten inte själv kan kommunicera, måste vårdarna/eller klientens anhöriga diskutera och sinsemellan komma överens om hur de skall gå tillväga för att klientens självbestämmande rätt skall beaktas. Vårdhemmets föreståndare, dvs.jag Henriette stärker den individorienterade verksamhetskulturen genom eget exempel. Samt följer upp och utvecklar verksamheten i enlighet med klienternas önskemål och behov.

Det också viktigt att diskutera situationer där det finns risk för att självbestämmanderätten får en omvänd effekt och klienten blir utan den vård han eller hon skulle behöva? Ett svårt ämne som dock är av största vikt.

##### **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.

Anteckningarna görs korrekt och förståeligt 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.

Vår utgångspunkt är att de begränsande åtgärderna inte skall behövas. Om begränsande åtgärder krävs för att trygga klientens egen eller andra personers säkerhet, då skall åtgärderna vara motiverade och ett tidsbegränsat tillstånd från läkare är ett krav.

På Lilla Ro använder vi oss av följande begränsande åtgärder: Skranket uppe till natten, eller då klient ligger i sängen, hygienhalare på till natten, säkerhetsbälte på i rullstolen. Skranket uppe i sängen används så att klienten inte skall falla från sängen. Hygienhalare på till natten, används för att blöjan inte skall tas bort. Obehagligt att vakna då sängen är våt. Bälte på i rullstol, används då klienten är orolig och vill stiga upp, men benen inte bär. Vi utvärderar begränsningarna var tredje månad. Då en begränsning måste läggas in diskuterar vi alltid först med de anhöriga, sedan med läkaren. Om både anhöriga och läkare godkänner, dokumenteras det i elektroniska rapportsystemet Hilikka. En begränsning kan upphävas om inte behovet mera finns. I rapportsystemets skrivs begränsningen för varje enskild klient av mig föreståndaren och av vår läkare. Begränsningen är alltid tidsbegränsad. Begränsningen kan upphävas när som helst, om den inte behövs.

##### **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 arbetstagarare 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 vårdhemmets 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 två veckor. 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 incident som resulterat i en anmärkning eller annan typ av reklamation ska omedelbart diskuteras med de berörda parterna och även vid personalens gemensamma möten, där man försöker hitta lösningar som garanterar att motsvarande situationer inte uppstår i framtiden. Viktigt i en sådan situation är också att fundera om det t.ex skulle behövas ett vårdmöte, där olika frågor kan tas upp. Om så behövs sker en uppföljning av mötet. Där vi kollar upp om vi uppnått målen.

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

Vi på Lilla Ro, försöker uppmuntra våra anhöriga att vara delaktiga i vården. Alltid viktigt att komma ihåg att den anhöriga har en stor kännedom om sin egen. Den anhöriga är varmt välkommen till vårdhemmet, de kan vara delaktiga i vården genom att bara sitta och

umgås med sin egen. Den anhöriga är en stor resurs i vården, och kan ge en hjälpsam hand åt vårdarna. Vi bjuder alltid på en kopp kaffe åt våra anhöriga. Vi vill att de skall känna sig välkomna.

#### **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.

Klientnöjdhetsenkäter utförs en gång 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 klientnöjdhetsenkäterna behandlas tillsammans med personalen vid enhetens möten samt med klienterna och anhöriga/närstående vid kvällar för anhöriga/närstående. Resultaten och responsen av klientnöjdhetsenkäterna 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 kvalitetssystem.

#### **4.2.4 KLIENTENS RÄTTSSKYDD**

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

**I första hand tar jag, föreståndare Henriette Schmidt-Fjäder emot anmärkningar (044-4943591), [henriette.schmidt-fjader@attendo.fi](mailto:henriette.schmidt-fjader@attendo.fi)**

**Tjänsteman i kommunen som ansvarar för verksamheten är: Camilla Bergman- Kärpijoki, Äldre omsorgschef (050-5962614)**

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

**tisdag-torsdag 10-13 (0108305106)**

**Maija-Kaisa Sointula**

**Merikratos oy**

**Runsalavägen 11B**

**20200 Åbo**

**sosiaaliamies@merikratos.fi**

Socialombudsmannens namn och kontaktuppgifter finns synliga på anslagstavlan i tamburen.

Till socialombudsmannens uppgifter hör:

- Ge klienterna råd i frågor som gäller tillämpningen av lagen
- Bistå klienten i upprättande av en anmärkning
- Informera om klientens rättigheter
- I övrigt arbeta för att främja klientens rättigheter och för att de ska bli tillgodosedda
- Följa hur klienternas rättigheter och ställning utvecklas i kommunen och årligen till kommunstyrelsen avge en redogörelse för detta.

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

Konsumentrådgivningens tfn: 029553 6901 vardagar 9–15

elektronisk kontakt: svar på den elektroniska kontaktblanketten ges inom cirka fem arbetsdagar. Svaren ges i regel per telefon (blanketten finns på [www.kkv.fi](http://www.kkv.fi))

Konsumentrådgivningens uppgifter:

- Hjälpa och medla vid tvister mellan konsumenter och företag
- Ge konsumenter och företag information 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 avvikelsesrapport ges om alla anmärkningar och klagomål i AQ-systemet.

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

Fyra veckor

## **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.

En personlig vård- och serviceplan görs upp för varje klient. Planen styr den dagliga vården. Planen tar hänsyn till klientens resurser, utgångspunkt och mål. I vardagsfunktionerna har egenvårdaren en nyckelroll med tanke på att hon varit med och kartlagt önskemål gällande vården. Anhöriga är experter på sin egna med tanke på vanor, hobbyn etc. Vårdarna stöder hälsan och funktionsförmågan genom vardagliga aktiviteter såsom motion, påklädning, samvaro och utomhusaktiviteter tillsammans med de övriga klienterna på vårdhemmet. Vi skapar förutsättningar för en meningsfull vardag. Sjukskötaren på vårdhemmet handhar långt den medicinska vården.

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 minst 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 näringsstillståndet och vikten regelbundet samt utför RAVA mätningar på klienterna en gång per år. Vid behov följer man också effekterna av eventuella läkemedelsbehandlingar och läkemedelsändringar på klienternas välbefinnande.

Dagliga anteckningar i elektroniska hilka programmet. För att bedöma funktionsförmågan och rehabiliteringseffekter använder vi mätare för funktionsförmågan. På Lilla Ro använder vi oss av RAVA 1 gg/år, samt tar vikten x1/månaden och så följer vi upp näringsstillståndet (MNA)

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)

Menyerna planeras i enlighet med de nationella näringsrekommendationerna och med hänsyn till klientens personliga behov och önskemål. Personalen på vårdhemmet får hjälp av Attendos matservicechef, som följer med, övervakar och utvecklar måltidsservicen i samarbete med personalen på vårdhemmet. I vård- och serviceplanen kartlägger vi också klientens vanor gällande mat bl.a specialdieter skrivs ned. Vi erbjuder hälsosam, näringsrik, varierad och mångsidig finsk husmanskost. Vi tillämpar en sex veckors roterande meny, som är utformad för att tillgodose näringsbehovet hos äldre människor. Egenkontrollplanen för matservicen förvaras i tillagningsköket och uppdateras årligen och vid behov.

För matservicen på Attendo ansvarar: Marika Salovaara (johtaja ateria ja puhtauspalvelut) 040-6832256

Johanna Laurila (Ateria ja puhtauspalvelu päällikkö) 044-4944559

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. Klienternas måltider är ordnade så att tiden mellan kvällsmålet och frukosten inte är över 11 timmar. Klienternas måltider övervakas och klienterna får hjälp med ätandet enligt behov.

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

Vid planering och uppföljning av klientens näringsbehandling används MNA-mätaren. 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 viktminskning ingriper man genom att öka energiinnehållet i maten om det är svårt för klienten att äta större portioner. Även proteinrika livsmedel rekommenderas. Viktminskning relaterad till minnessjukdom följs upp och vid behov konsulteras läkare eller näringsterapeut. Resultaten och vidtagna åtgärder antecknas i klientdatasystemet.

#### 4.3.3 HYGIENPRAXIS

Enhetens plan för hygienservice styr för sin del säkerställandet av hygiennivån, planen uppdateras av enhetens chef tillsammans med enhetens städare. Personalen använder aseptiska arbetssätt i sin verksamhet. En god handhygien är det absolut bästa sättet att undvika infektioner.

På Lilla Ro, ansvarar föreståndare Henriette för att god handhygien följs. En ny vårdare som kommer till vårdhemmet, lärs upp hur händerna skall tvättas och desinfekteras. Lappar uppsatta, om hur händerna tvättas. Likaså kan anhöriga följa samma hygienpraxis. Då anhöriga och besökare kommer in i vårdhemmet finns det alltid handdesinfektion. Infektionsskötaren 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 hygienen samt dess tillräcklighet och hudens skick följs upp och antecknas i klientdatasystemet. Vid skötseln av hygien respektas intimitetsskyddet.

#### 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 hos en privat tandläkare.

Icke-brådskande sjukvård:

Läkaren på klientens enhet/den egna hälsovårdscentralen ansvarar för icke-brådskande sjukvårdstjänster till klienten.

Läkaren Nina Alopaeus Attendo Lilla Ro's egen läkare ansvarar för icke brådskande sjukvårdstjänster till klienten. Läkaren besöker Lilla Ro en gång i veckan och vid behov. Läkaren fattar beslut om klientens vårdåtgärder och personalen genomför dem och följer de ordinationer som har getts. Vi har samarbete med hemsjukhuset då det är frågan om iv-vätskor eller iv-medicin.

Brådskande sjukvård:

Jourmässig sjukvård. Pargas hvc (vardagar 8-16). Den gemensamma juren inom åboregionen. Tyks i Åbo är vårt närmaste sjukhus. Sjukskötaremiss printas ut på Lilla Ro från elektroniska datasystemet Hilikka. Anvisning på anslagstavlan. Ring 112.

Oväntade dödsfall:

Vi ringer först vårdhimmets läkare, sedan 112.

Finns anvisning i introduktions mappen om händelseförloppet vid oväntat dödsfall. Då ett oväntat dödsfall inträffar ringer alltid vårdarna till föreståndaren.

**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.

Vård- och serviceplanerna hålls uppdaterade. Sjukskötaren och närvårdaren bokför måendets förändringar och meddelar dessa till läkaren. Rehabiliterande arbetssätt som innehåller fysisk, psykisk, social och mental vård. Vid behov även fysioterapitjänster. Samarbete med anhöriga, vårdmöten. Kontroller som görs regelbundet skrivs in i almanackan. Almanackan hänger med alltid då vi har rapport etc.

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

**Vårdhimmets Läkare Nina Alopaeus**

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

Enhetsplanen för läkemedelsbehandling i enlighet med THL:s handbok Turvallinen lääkehoito (Säker läkemedelsbehandling, endast på finska) uppdateras en gång per år och alltid vid behov. I uppdateringen deltar föreståndare/sjukskötare Henriette Schmidt-Fjäder och sjukskötare Anita Ward. Läkaren undertecknar enhetsplanen för läkemedelsbehandling.

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 Henriette Schmidt-Fjäder sjukskötare/föreståndare och Anita Ward sjukskötare, som också övervakar personalens kompetens inom läkemedelsbehandling.

**För läkemedelsbehandlingen vid enheten ansvarar Läkare Nina Alopaeus**

Sjukskötare Anita Ward och sjukskötare/föreståndare Henriette Schmidt-Fjäder har huvudansvaret i läkemedelsbehandlingen. Då närvårdaren gått igenom skolning och visat att hon kan, får hon delta i läkemedelshanteringen på avdelningen. Fortbildning ges av ledande farmaceuten Annelie Fjäder vid Pargas HVC. Läkemedelsändringar sker vanligtvis på vardagen av sjukskötaren. Uppdatering av klientspecifika planer skrivs upp i systemet av sjukskötaren eller närvårdaren. Den läkemedelsansvariga i arbetsskiftet är på vardagsmorgnar sjukskötaren. Om inte sjukskötaren är på jobb, på kvällen och på veckoslut är det en närvårdare som har ansvaret. (Lop+pkv genomfört samt visat "näyttö").

#### 4.3.6 SAMARBETE MED OLIKA AKTÖRER

Vården av klienten utförs genom ett multiprofessionellt samarbete enligt individuella behov.

Samarbetet säkerställs vid behov genom gemensamt överenskomna regelbundna rutiner, kommunikationsmetoder och öppen kommunikation (t.ex när det gäller planeringen och genomförandet av ett besök på hvc). Gemensamma nätverksmöten ordnas vid behov. Samarbetsaktörer som vi har är hvc, lab.tjänster, hemsjukhuset, taxi, polikliniker)

### **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.

Underleverantörer som vi använder är t.ex apoteket, centrallagret etc.

Meira Nova (matleveranser), Lyreco (vård och,-städförnödenheter)

## **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.

Avvikelser 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.

- Enhetens dimensionering för vårdpersonal är 0,56-0,60. (Specifierat i lovet från Valvira).
- Enhetens föreståndare är Henriette Schmidt-Fjäder, som är utbildad sjukskötare
- För tillfället har vi 21 klienter på Attendo Lilla Ro. Vi har plats för 30. På enheten finns totalt 1x sjukskötare, 1x vårdare med sjukskötarcompetens 10x närvårdare. Antalet för assisterande personal är 1 (sköter om byket, köket, assisterande) kock x 1
- På enheten finns också studerande från olika läroanstalter.
- På enheten finns även vikarier.

##### **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. 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 en gång 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 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.

#### Egenvårdarens uppgifter och närvårdar uppgifterna finns utprintade på anslagstavlan.

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

Enheten är inrymd i en nybyggd byggnad i ett plan. Vårdhemmet har sammanlagt 30 klientrum. Rummen är 20 m<sup>2</sup>. Klienten inreder själv sitt rum. Från vårdhemmets sida finns det en säng och klädskåp. I alla klient rum finns en wc med dusch.

Lilla Ro har fyra gruppem. Gruppemmen heter Linet, Klöver, Bäck och Ljungen. Enheten har två allrum, med tv och soffgrupp.

Ett litet tillredningskök, en stor gemensam matsal/festsal och en uteterass. På gården finns en Pergola, under Pergolan finns bord och stolar och en grill. På den inhängnade gårdsplanen finns en liten gångstig, växthus, kaninhägnad, gunga och bänkar.

Vårdhemmet har en gemensam bastu och ett gemensamt badrum.

Att främja möjligheten att röra sig och egen aktivitet samt säkerhet och hemtrevnad. Detta har beaktats på följande sätt:

- det finns tillräckligt med ledstänger och viloplatser
- trappstegen är låga och bräda
- lokalerna är planerade så att man obehindrat kan röra sig med olika hjälpmedel mellan dem
- trösklarna är försedda med ramper
- dörröppningarna är breda
- belysningen är indirekt, varm till färgen och stämningsskapande. Belysningen kan förbättras i enskilda rum om t.ex synen försämras
- bra ljudisolering
- inredningen har planerats av experter
- möbler och annat lösöre väljs för att passa målgruppen
- färgskalan är lågmäld och hemtrevlig
- inredningstextilier används för att förebygga eko och buller och öka hemtrevligheten

I arbetet att göra gårdsplanen trygg och säker tar vi hänsyn till årstidsväxlingarna (sandning och snöskottning). Staket (en stor helt inhängnad gårdsplan), bra belysning och övervakning ökar tryggheten. Gårdsplanen är hemtrevlig och säker. Klienternas vistelse på gårdsplanen störs inte av parkeringsarrangemang eller biltrafik.

En av utgångspunkterna för vår verksamhet är att alla klienter ska erbjudas en meningsfull vardag, oavsett hur lokalerna ser ut. För att detta skall lyckas är det viktigt att personalen är aktiv. Lokalerna ger goda förutsättningar för aktiv social samvaro på enheten. Gemensamma aktiviteter (måltider, hobbyer, utomhusaktiviteter etc.) uppmuntras. Det är enkelt att ta sig fram i byggnaden och det är möjligt för hela byggnadens invånare att samlas och umgås.

Enheten följer den plan för städ- och tvättjänster som utarbetats och övervakas av Attendos städ- och tvättjänst koordinator. Planen innehåller information om bl.a målen och det centrala principerna för städningen, städfrekvensen, städkraven för olika utrymmen, städmedel och utrustning, tvätt, underhåll av utrustning och sopsortering. Alla anställda förväntas bekanta sig med planen.

- I klientrummen utförs underhållsstädning en gång per vecka. Utförs av kiinteistöhuolto Ted Wallin
- Städsvärdningen på resten av enheten, utförs av enheten
- Tvättsvärdningen utförs av enheten
- Insamling av smutsvätt och sortering för tvätt av enheten
- Regelbundna hygienmätningar utförs av enheten

Genomförandet och kvaliteten på hygien tjänsterna följs upp två gånger per år med en "kvalitetsrund för hygien tjänsterna" 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**  
Enheten använder ett trygghetsalarm. Klienten har ett armband på armen som hon eller han kan använda för att kalla på vårdaren. Systemet som används heter 9solutions. Varje larm följs upp genom ett besök, hos den klient som larmat. Alla larm och uppföljningsåtgärder loggas i systemet och följs upp regelbundet.

Leverantören (9solutions) av sköterskealarmsystemet ansvarar för dess underhåll. Personalen testar systemet regelbundet för att kontrollera att det fungerar korrekt. Systemet är endel av byggnadens teknik och har en egen reservströmkälla som kan användas i fall av elavbrott.. Larmarmbandet fungerar med batterier och signalerar när batteriet håller på att ta slut.

Enheten använder passerkontroll. Enhetens ytterdörrar är alltid låsta. Invid ytterdörren finns en ringklocka och även telefonnummer till Lilla Ro. I dörröppningssystemet lagras logguppgifter, med vilken nyckel man har kommit in i huset samt i vilka gemensamma lokaler man har rört sig.

**Namn och kontaktuppgifter för den person som ansvarar för säkerhets- utrustningen:**

**9 solutions**

**Technical Support**

[support@9solutions.com](mailto:support@9solutions.com)

**+358 207529055**

ansvarsperson: Matilda Lindblom, Björn Himberg

**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. Förvaras i en mapp i sköterskekansliet

På enheten används behövliga hjälpmedel, apparater och utrustning i vården av klienterna såsom blodtrycks- och blodsockermätare, lyftanordningar, rullstolar, rollatorer, sängar. Klientens egenvårdare/fysioterapeut/sjukskötare ser till och kartlägger klientens behov av hjälpmedel och kontaktar 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.

På enheten ser man också till att apparaterna är säkra och bruksanvisningarna tydliga. Risksituationer rapporteras med en avvikelserapport i AQ-systemet. Risksituationer behandlas med personalen på enheten från fall till fall. Utifrån situationen vidtas behövliga åtgärder/ges utvecklingsförslag så att motsvarande situationer kan undvikas i fortsättningen. Risksituationer förknippade med apparater anmäls också till tillverkaren av apparaten eller utrustningen eller till den auktoriserade representanten. Risksituationer orsakade av apparater eller utrustning för hälso- och sjukvård ska också alltid anmälas till Valvira så fort som möjligt: <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/terveysteknologia/valviralle-tehtavat-ilmoitukset/ilmoitus-vaaratilanteesta>

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

Föreståndare Henriette Schmidt-Fjäder 044-4943591

## 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 finns i introduktionsmappen. Alla arbetstagare ska genomföra GDPR-utbildningen. Attendos IT-stödtjänster 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 HILKKA, 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**

Jarno Mustakallio. 040-4897521. tietosuojavastaava@attendo.fi

#### **Enhetschefens uppgifter**

Föreståndare Henriette Schmidt-Fjäder 044-4943591

## 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 klientnöjdhetssenkäter 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 utrymnings säkerhetsutredningen, 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.

Enhetsens interna auditering hjälper enheten att svara på klienternas och myndigheternas förväntningar och stöder den kontinuerliga utvecklingen. En intern auditering på enheten genomfördes senast år 20.8.20.

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 Pargas 30.9.20	
Underskrift	Namnförtydligande föreståndare Henriette Schmidt-Fjäder

## 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>

Dataskyddsbudsmannens byrå: anvisningar för behandling av klient- och patientuppgifter

Rekisteri- ja tietoturvaselosteet: <http://www.tietosuoja.fi/fi/index/materiaalia/lomakkeet/rekisteri-jatietosuoja selosteet.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-f741-0eeaa2b8d4e2/Behandling+av+klientuppgifter+inom+socialv%C3%A5rden.pdf.pdf>

[Henkilotietolaki 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 sakhelheter 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.