

# PLAN FÖR EGENKONTROLL

## Omsorgshemmet Haga

**Malin Åkerman**

**19.11.2019 Nykarleby**

**Uppdaterad 31.1.20 / Jennie Rosengård**

**Uppdaterad 30.8.20/ J.R**

**Uppdaterad 22.10.20, s. 10, principer kring självbestämmanderätt och begränsningar / J.R**

## PLAN FÖR EGENKONTROLL INOM SOCIALSERVICEN

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

2. VERKSAMHETSIDÉ, VÄRDERINGAR OCH VERKSAMHETSPRINCIPER (4.1.2) .....	4
3. RISKHANTERING (4.1.3) .....	5
4. UPPGÖRANDE AV PLANEN FÖR EGENKONTROLL (3) .....	8
5. KLIENTENS STÄLLNING OCH RÄTTIGHETER (4.2) .....	8
4.2.1 BEDÖMNING AV SERVICEBEHOVET .....	8
4.2.1 UPPRÄTTANDE, GENOMFÖRANDE OCH UPPFÖLJNING AV VÅRD- OCH SERVICEPLANEN .....	9
4.2.2 BEMÖTANDET AV KLIENTEN.....	9
4.2.3 KLIENTENS DELTAGANDE I UTVECKLANDET AV KVALITETEN OCH EGENKONTROLLEN VID ENHETEN .....	11
4.2.4 KLIENTENS RÄTTSSKYDD.....	12
6. EGENKONTROLL AV SERVICEINNEHÅLLET (4.3) .....	13
4.3.1 VERKSAMHET SOM FRÄMJAR VÄLBEFINNANDE OCH REHABILITERING.....	13
4.3.2 NÄRING (UPPFÖLJNING AV TILLRÄCKLIGT NÄRINGS- OCH VÄTSEKINTAG SAMT NUTRITIONEN HOS KLIENTERNA).....	14
4.3.3 HYGIENPRAXIS.....	15
4.3.4 HÄLSO- OCH SJUKVÅRD .....	15
4.3.5 LÄKEMEDELSBEHANDLING UPPFÖLJNING AV VERKSAMHETSENHETENS PLAN FÖR LÄKEMEDELSBEHANDLING, UPPDATERING, GENOMFÖRANDE OCH UPPFÖLJNING AV GENOMFÖRANDET .....	16
4.3.6 SAMARBETE MED OLIKA AKTÖRER .....	20
7. KLIENTSÄKERHET (4.4).....	20
4.4.1 PERSONAL.....	21
4.4.2 LOKALER.....	22
4.4.3 TEKNISKA LÖSNINGAR, PASSERKONTROLL SAMT TRYGGHETS- OCH LARMAPPARATER FÖR KLIENTERNA .....	24
4.4.4 APPARATER OCH UTRUSTNING FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD SAMT VEDERBÖRLIG ANMÄLAN OM RISKSITUATIONER FÖRKNIPPADE MED UTRUSTNING....	24
8 BEHANDLING AV KLIENT- OCH PATIENTUPPGIFTER (4.5) .....	25
9 SAMMANDRAG AV UTVECKLINGSPLANEN .....	26
10 UPPFÖLJNING AV PLANEN FÖR EGENKONTROLL (5) .....	27
11 KÄLLOR.....	28

## 1 UPPGIFTER OM SERVICEPRODUCENTEN (4.1.1)

<b>Serviceproducent</b>		<b>Kommunens namn:</b> Nykarleby	
Privat serviceproducent Namn: Attendo Oy		Samkommunens namn: Staden Jakobstad, Social- och Hälsovårdsverket	
Serviceproducentens FO-nummer: 1755463-2		Namn på samarbetsområde för social- och hälsovården: Staden Jakobstad, Social- och Hälsovårdsverket	
<b>Verksamhetsenhetens namn</b> Attendo Omsorgshemmet Haga			
<b>Serviceenhetens förläggningkommun och kontaktuppgifter</b> Nykarleby Stad, Topeliusplanaden 7, 66900 Nykarleby, Tel +358 67856111			
<b>Serviceform; klientgrupp för vilken service produceras; antal klientplatser</b> Effektiverat serviceboende med heldygnssorg för äldre personer, 30 platser			
<b>Verksamhetsenhetens gatuadress</b> Östra Ävägen 7			
<b>Postnummer</b> 66900		<b>Postort</b> Nykarleby	
<b>Verksamhetsenhetens ansvariga före- stående</b> Jennie Rosengård		<b>Telefon</b> 044 4941240	
E-post <a href="mailto:jennie.rosengard@attendo.fi">jennie.rosengard@attendo.fi</a>			
<b>Uppgifter om verksamhetstillstånd (privat socialservice)</b>			
<b>Tidpunkt för beviljande av regionförvaltningsverkets/Valviras tillstånd (privata enheter som tillhandahåller verksamhet dygnet runt)</b> 19.12.2018			
<b>Service för vilken tillstånd beviljats</b> Effektiverat serviceboende för äldre personer, 30 klientplatser			
<b>Anmälningspliktig verksamhet (privat socialservice)</b>			
<b>Kommunens beslut om mottagande av anmälan</b> 6.5.2019		<b>Tidpunkt för regionförvaltningsverkets registreringsbeslut</b> 19.12.2018	
<b>Service som anskaffats som underleverans samt producenter</b>			
Livsmedelsleverantör: Meira Nova Hygien-, vård- och städprodukter: Lyreco Patientalarmsystem: 9Solutions Kontorsmaterial: Lyreco		Elsängar: Stieglmeyer Fastighetsservice: JS Fastighetsservice	

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

### Verksamhetsidé

Attendo Haga är ett effektiverat serviceboende som öppnats i maj 2019. Serviceboendet erbjuder dygnet runt service för äldre personer och det finns plats för 30 klienter här. Effektiverat serviceboende ordnas för personer som behöver mycket hjälp, vård och övervakning och det finns personal dygnet runt på plats. Staden Jakobstad beviljar servicesedlar för vården där värdet på sedeln är beroende på klientens inkomster.

På Haga strävar vi till att ge klienterna en meningsfull vardag med samvaro och aktiviteter som handarbete, pyssel, gymnastik och utevistelse. Klienterna ska inom en månad efter inflyttning ha en uppgjord vård- och serviceplan, som uppdateras minst två gånger per år. I serviceplanens uppgörande deltar egenvårdare och sjukskötare samt klienten och deras individuella behov beaktas. Klienterna är delaktiga i sin vård i mån av möjlighet, och även i de vardagliga sysslorna på ett boende, så som tvätt och disk.

Vi strävar till att klienten i mån av möjlighet kan vårdas i livets slutskede på servicehemmet, men ifall det krävs större vårdinsatser kan flytt till sjukhus bli aktuell. Vi arbetar för att ha en öppen verksamhet, med insyn i klienternas vardag för de anhöriga och att klienterna upplever att de kan fritt diskutera med personalen om eventuella önskemål eller klagomål. Detta förverkligas bland annat genom att det är fria besökstider och en strävan efter att en helhetsmässigt god vård för klienten uppfylls.

### 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.

På vår enhet ska det finnas 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. På vår enhet är det teamleadern som nu just bär detta ansvar.

### 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, skiftesarbete, negativa händelser, nära på-händelser och -tillbud, infektioner och smittsamma sjukdomar
- **Risker förknippade med läkemedelsbehandling och dess genomförande;** säkerställande av ansvar och kompetens för läkemedelsbehandling, säker och korrekt förvaring av läkemedel, läkemedelsavvikelse, tillbud, uppföljning av läkemedelsförbrukningen
- **Risker förknippade med dataskydd och sekretess;** Behandling av personuppgifter, GDPR-utbildning är obligatorisk för personalen och genomförs i samband med inskolningen.
- **Risker förknippade med tjänsteproduktion och vård:** Personaldimensioneringen, planering av personal i arbetsskiftet samt en uppdaterad uppgiftsbeskrivning
- **Risker förknippade med enhetens lokaler;** enhetens lokaler, passerkontroll, egna nycklar, trygghet att röra sig, hjälpmedel och utrustning, brandsäkerhet, lyft och förflyttningar, hotfullt beteende, olycksfall
- **Risker förknippade med informationsförmedling** Personalen bör säkerställa att själva vara uppdaterade, läsa mail, PM:n från möten och gruppmeddelande via klientdatasystemet

#### **Arbetsfördelning vid riskhantering**

Riskhanteringen är hela arbetsgemenskapens gemensamma ärende, men platschefen har det överliggande ansvaret. 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, kvalitetsavvikelse och risker som de upptäcker.

## **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. **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. Rapporteringen görs endera elektroniskt på en separat blankett, som finns lagrad i N-servern Kaarlepori/Avvikelser eller som utprintad version manuellt från samma ställe. En avvikande situation som är förknippad med en klient antecknas också i klientens dagliga anteckningar. Kvalitetskoordinatören eller platschefen sparar färdigt antecknade avvikelser elektroniskt och manuellt i en skild mapp som förvaras i mötesrummet. Verksamhetschefen 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 avvikelserapport 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. Vårdhemmets 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. Vårdhemmets chef ansvarar för de behövliga korrigerande åtgärderna och uppföljning görs.
3. Man går också igenom avvikelser och tillbud under området arbetskyddsmöten 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 blanketten finns på arbetsenhetens N-server, personalen har informerats om detta med ett meddelande via klientdatasystemet och på möte. 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 Haga hålls varje vecka personalmöte dit alla är välkomna och dit vi har en teams länk för frånvarande personer så de kan delta. En gång per månad hålls ett större månadmöte dit så många som möjligt deltar fysiskt. Inför mötena samlas mötesärenden i kalendern och föredragningslistan skrivs en-två dagar i förväg så att alla kan bekanta sig och sätta till ärenden. Ett PM upprättas vid mötena så att alla arbetstagare kan läsa om de ärenden som har behandlats. Personalen är skyldig att aktivt delta och ta till sig informationen, varje mötesprotokoll läskvitteras. Brådskande ärenden kan ibland informeras via en personal grupp på WhatsApp. (Tas i beaktande att inte kunna identifiera klienter i kommunikationen)
7. 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. Anhöriga får två gånger per år ett informationsbrev om aktuella

händelser hemskickat per post. Egenvårdarna strävar till att ha månatlig kontakt till sina klienters anhöriga.

#### 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**

Jennie Rosengård, Östra Ävägen 7, 66900 Nykarleby, Tel 044 4941240, [jennie.rosengard@attendo.fi](mailto:jennie.rosengard@attendo.fi)

##### **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, kontroll av planen sker i augusti och uppdatering i januari. 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. Den finns i utprintad version för personalen att läsa i myndighetsmappen i mötesrummet samt på N-servern elektroniskt. För klienter och anhöriga finns den tillgänglig på anslagstavlan i matsalen.

#### 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.

En egenvårdare utses direkt åt den nya klienten och antecknas i klientdatasystemet. Anhöriga och klienten informeras och egenvårdaren presenterar sig och sina uppgifter. Egenvårdaren fungerar som en länk mellan boendet och de anhöriga, har varje vecka ett kvartssamtal med klienten och dokumenterar det. Egenvårdaren är också med och gör upp



Vård- och serviceplanen, samt uppdaterar den. Klientens servicebehov bedöms inom en månad efter inflyttning och vi använder RAI som huvudmätare och därtill MNA, Braden, Frat, IADL, BADL, samt MMSE enligt behov.

Det är dock på hela personalens ansvar att klienternas behov iakttas och bemöts individuellt och gör kontinuerliga uppdateringar i vårdplanen. Personalen är i nyckelposition för att göra de dagliga bedömningarna av klientens tillstånd och är skyldiga att rapportera vidare ifall behov föreligger.

#### 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 Haga har vård och serviceplanerna i majoritet uppgjorts av sjukskötare och i viss mån av närvårdare, egenvårdare är involverade i processen och kommer att göra uppdateringar. Uppdateringen görs med 6 månaders mellanrum 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.

Enheten har för tillfället ingen egen fysioterapeut som ansvarar för rehabiliteringsplaner, på hälsovårdscentralen finns fysioterapeuter tillgängliga och de kontaktas vid behov bland annat för hjälpmedelsutlåning.

#### 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.

Egenvårdare och verksamhetens chef strävar efter att prata med anhöriga och klienten själv, för att få fram deras önskemål och rätten att själva bestämma. Majoriteten av klienterna är minnessjuka varför deras förmåga att kommunicera inte alltid är den bästa, i sådana fall lyssnar vi mera till de anhöriga som har kunskap om hur klienten framförde sina åsikter och tankar innan minnessjukdomen. Med hjälp av levnadsberättelsen samt checklistan för livskvalité framkommer en del av klientens önskemål.

Balansgången mellan att lyssna till klientens egna önskemål samt att göra etiskt och moraliskt rätt är ett dilemma, i sådana fall är det viktigt med ett multiprofessionellt team som samarbetar kring svåra frågor. Till exempel kan en sådan situation vara när klienten nekar vård, som är nödvändig för att förbättra hälsotillståndet men självbestämmanderätten för klienten är essentiell. I sådana fall behövs och krävs diskussion med anhöriga, läkare och klient för att förverkliga god vård och omsorg.

## **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 varje begränsningstillfälle funderar man ifall det är nödvändigt och vid behov kan begränsningen lämnas ogjord. Ifall begränsningar lämnas ogjorda förs informationen vidare till ansvarig sjukskötare och tillståndet för begränsningar kan dras tillbaka ifall om det inte längre är aktuellt. 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, samt N-servern Kaarlepori. På Haga är det vanligt med begränsning i form av att ha sängstödet uppe när klienten vilar eller sover på natten, eftersom de inte bör stiga upp på egen hand utan behöver vårdpersonal för att ta sig till toaletten. Tillståndet för begränsade åtgärderna är tidsbundna och utvärderas 4 ggr/år i samband med läkarrond, diskuteras med personalen innan hur behovet ser ut för klienterna.

## **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 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. Ärendet diskuteras på följande möte och bokförs, uppföljning planeras beroende på ärendets art.

Anmärkningshandlingarna lagras i enhetens arkiv skilt 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

Anhöriga får vid inflyttning ett informationsbrev om vår verksamhet och praktiska ärenden gällande flytten. Skild informationsblankett om våra fria besökstider samt kontaktuppgifter till boendet och vårdpersonalen samt till verksamhetschefen finns tillgängliga. Vi strävar efter att vara lätta att kontakta, ingen ska behöva känna att de stör eller tränger sig på. Vi bemöter alla anhöriga på ett behagligt sätt, så att de känner sig välkomna till Haga.

Anhöriga ringer ganska ofta till personalen och chefen för att diskutera klientens mående och aktuella ärenden och vi försöker att alltid ta oss tid att prata en stund med anhöriga om de är på plats och besöker. Informationsbrev skickas ut två gånger per år till de anhöriga samt att egenvårdare har regelbunden kontakt, på så sätt involveras de anhöriga och vi kan tillsammans diskutera förbättringsmöjligheter och kvalitetsutveckling på Haga. Genom att vi visar oss samarbetsvilliga främjar vi en öppen miljö, där diskussioner lätt kan föras utan att det ska upplevas nedlåtande eller kränkande, utan mera som en gemensam strävan till en god vardag för klienter och personal.

Gemensamma tillfällen för alla boende ordnas minst två gånger per år i form av till exempel julfest och sommarfest. Dessa tillfällen är trevliga för alla inblandade parter, klienten, anhöriga och vårdpersonalen och gynnar vår verksamhet. Under dessa tillfällen kan aktuell information delges närvarande och respons kan samlas in samband med detta.

#### **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. Baserat på resultaten i enkäten görs en plan upp, denna plan har inte gjorts ännu vid Haga då svarsprocenten för år 2019 var så låg så att man inte kunde behandla svaren utan risk för igenkännande av respondent.

#### 4.2.4 KLIENTENS RÄTTSSKYDD

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

Anmärkningar lämnas till den tjänsteman i kommunen som ansvarar för verksamheten, för Haga är det chefen för äldreomsorgen Pirjo Knif, tel 044 7877240 eller [pirjo.knif@jakobstad.fi](mailto:pirjo.knif@jakobstad.fi) eller servicechef Marketta Koskela, tel 050 4385989 eller [marketta.koskela@jakobstad.fi](mailto:marketta.koskela@jakobstad.fi).

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

Eivor Back, socialombudsman, kontaktuppgifter: 044 7555006 eller [socialombudsman.jakobstad@gmail.com](mailto:socialombudsman.jakobstad@gmail.com). Kontakta socialombudsmannen i frågor som gäller tillämpning av socialservice inom den offentliga och privata socialvården. Anhöriga och övriga närstående till klienter samt samarbetsparter kan också ta kontakt med socialombudsmannen.

Socialombudsmannens kontaktuppgifter ska vara synliga för alla och finns på anslagstavlan i dagsalen.

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 avvikelserapport 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.

På Haga försöker vi främja klienternas rörelseförmåga genom att alla kommer till matsalen för gemensamma måltider som lunch och middag. Vi har jumppastund varje vecka gruppvis men även individuella träningstillfällen för flera av klienterna. Vi uppmuntrar klienterna att göra alla dagliga funktioner de klarar av själva, men finns till som moraliskt stöd och vid behov även konkret hjälp. En del av klienterna är gärna med i de vardagliga sysslorna som finns i ett hem, att duka bord, plocka disk och tvätta bland annat.

Vi ser klienterna som individer och eventuella önskemål som att få håret rullat eller naglarna lackade, eller lite fotmassage kan ges ifall så önskas. Egenvårdaren har varje vecka en stund tillsammans med sin klient, som inte är relaterat till en vårdåtgärd, där de diskuterar aktuella ämnen som klienten önskar. Som förslag kan de titta i fotografiböcker, läsa ur en andaktsbok, plantera blommor eller pyssla något. Egenvårdaren lär känna sin klient via anhöriga och genom att tillsammans prata om deras tidigare liv och erfarenheter.

Via de olika mätinstrument som finns kan man enkelt se vilka områden som behöver stärkas och hurdana klientens behov är. Mätningarna görs vid ankomst till boendet och uppdateras regelbundet.

Anteckningar om aktiviteter, utevistelse, egenvårdares 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 varje månad.

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

Särskilt egenvårdaren följer upp hur klienten anpassar sig på vår enhet i inledningskedet 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 näringstillståndet och vikten regelbundet samt utför RAI-mätningar på klienterna en gång per år. Vid behov följer man också effekterna av eventuella läkemedelsbehandlingar och läkemedelsändringar på klienternas välbefinnande.

Det är en viktig uppgift för egenvårdaren 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 egenvårdaren kan tillbringa tid tillsammans med klienten varje vecka.

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

På Attendo Haga finns en anställd kock som arbetar heltid vardagar. Vi följer Attendos föreskrifter gällande matlistor och har 6 veckors rullande schema med noggrant uttänkta menyer för hela dagen. Dagens måltider är frukost, lunch, eftermiddagskaffe, middag och kvällsmål och näringsinnehållet är specifikt uträknat att tillgodose de äldres behov. Maten är inhemsk och tillagas i vårt eget kök, samt förbereds och värms upp till kvällar och helger. Vid storhelger som midsommar, jul- och nyår förekommer specialmenyer. Vi strävar till att alla klienter samlas i matsalen till åtminstone lunch och middag, vid behov kan klienten tillfälligt äta frukost eller kvällsmål på rummet. Kosten är en av de viktigaste kvalitetsfaktorerna.

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.

En skild plan för egenkontroll styr matservicen och den 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 viktninskning ingriper man genom att öka energiinnehållet i maten om det är svårt för klienten att äta större portioner. Även proteinrika livsmedel rekommenderas. Viktninskning 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 hygienervice styr för sin del säkerställandet av hygienivån, planen uppdateras av enhetens chef tillsammans med enhetens städare. Personalen använder aseptiska arbetsätt i sin verksamhet. En god handhygien är det absolut bästa sättet att undvika infektioner. Vägledningen i handhygien ordnas för personalen vid behov, i pausrummet finns en mapp märkt Hygieninfo. Klienterna och anhöriga på enheten informeras om vikten av handhygien samt ifall eventuella epidemier är aktuella. Infektionsskötaren eller hygienkötaren 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 är en av vårdarna utnämnd till hygienansvarig. Hygienansvarigas uppgifter är att se till och följa upp att klienternas dagliga hygien blir omskött och vägleda personalen i hygienpraxis. I pausrummet finns en hygienmapp, där anvisningar finns från beställarkommunen som vi också följer. Dessa anvisningar om hygienpraxis är uppgjorda i samarbete med hygienkötaren Chatrine Norrbacka och hennes kontaktuppgifter finns på Social- och Hälsovårdsverkets hemsida.

#### 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 hälsovårdscentralen ansvarar för icke-brådskande sjukvårdstjänster till klienten. Läkaren besöker enheten en gång i månaden, vanligen första tisdagen per månad. Därtill har läkaren och ansvariga sjuksköterskan telefonrond de övriga tisdagarna. Läkaren fattar beslut om klientens vårdåtgärder och enhetens personal genomför dem och följer de ordinationer som har getts om behandling av sjukdomar. Samarbete med hemsjukhuset finns, ifall klienten behöver intravenös läkemedelsbehandling eller andra vårdkrävande åtgärder som vårdpersonalen på boendet inte har resurser till, kontaktas hemsjukhuset.

**Brådskande sjukvård:** Journässig sjukvård, dygnet runt finns i Jakobstad på Social- och hälsovårdsverkets jourmottagning på Malmska. Dagtid vardagar konsulteras i första hand vår egen läkare Viktoria Ovnanyan och remiss till jouren kan skrivas. I klientdatasystemet finns sjukvårdsremiss, där all data gällande klienten snabbt blir utprintad och kan tas med till sjukhuset/vårdcentralen.

**Oväntade dödsfall:** På enheten finns en anvisning för Dödsfall på enheten. Den finns i en mapp i kansliets vita skåp samt enhetens N-server Kaarlepori/Exitus på Haga. Ifall ett dödsfall är oväntat underrättas enhetens chef omedelbart, annars först vid nästa arbetsdag.

### **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 och motion.

Vårdpersonalen äter tillsammans med klienterna lunch och middag, och kan således enkelt följa med att klienterna äter som planerat. Likadant uppföljs och dokumenteras ifall avvikelser förekommer i frukost och kvällsmål.

Grundundersökningar på klienterna görs varje månad med kontroll BT, vikt, puls och saturation, vid behov kan fasteblodsockerkontroll också göras. Blodprover tas två gånger per år, som rutin grundlab bestående av Pvk, crp, K, Na och Krea och vid behov kan andra blodprov även kontrolleras. Ansvariga sjukskötaren ansvarar för att dessa ordinationer utförs regelbundet. Egenvårdaren kan även utföra kontrollerna och följa med att de blivit utförda.

Klienternas läkemedelsbehandling utvärderas x 1/månad eller vid behov, detta sker i samband med läkarronden på enheten.

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

Enhetschefen Jennie Rosengård samt ansvarig sjukskötare Jenny Dahlström

#### **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. I uppdateringen deltar enhetschefen samt ansvariga sjukskötaren. Läkaren undertecknar enhetens plan 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 läkemedelsbehandlings 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 innehåller av den legitimerade yrkesutbildade personen inom hälso- och sjukvården, sjukskötare Jenny Dahlström, som också övervakar personalens kompetens inom läkemedelsbehandling.

Verksamhetschefen tillsammans med ansvariga läkaren Viktoria Ovnanyan och sjukskötaren ansvarar för läkemedelsbehandlingen vid enheten. Sjukskötaren har ansvar för det praktiska arbetet på vardagar, att se till att läkemedelsfördelningen utförs korrekt och av personer som har tillstånd att utföra läkemedelsbehandling. Sjukskötaren sköter kontakten till läkaren och apoteket, samt uppdaterar medicinlistor och ansvarar för läkemedelsrummet. Verksamhetschefen planerar arbetslistor och märker ut för varje skifte vem som är läkemedelsansvarig under det skiftet. Den personen kvitterar ut nyckel till läkemedelsrummet av tidigare ansvarig och har alltid på sig nyckeln, tills följande skiftes medicinansvariga kommer. Nyckelkvitteringslistor sparas i Läkemedelsmappen i medicinrummet.

Mediciner delas till dosetter av sjukskötare eller närvårdare och dubbelkontrolleras innan de tas i bruk, medicindelningen kvitteras på lista i medicinrummet av båda personerna. Den medicinansvariga i morgonskiftet ansvarar för delning från dosett till medicinkoppar varje dag, detta sker efter lunchen. Medicinen delas då för ett dygn framåt i olika färgade koppar, middag-blå, nattmedicin-röd, morgonmedicin-grön och lunchmedicin-gul. Flytande läkemedel och pulver doseras i koppar i skild korg på medicinkärran av nattsköterskan för hela dygnet. Den medicinansvariga i skiftet kontrollerar på morgonen att alla mediciner som administreras skilt, som ögondroppar, plåster och inhalationer plockas fram och att narkotikaläkemedel tas från N-skåpet och sätts i klientens medicinkopp. N-läkemedel har skilda uppföljningskort, räknas och kvitteras av två vårdare.

Läkemedel på Attendo Haga är klientspecifika och finns inlåsta i medicinrummet i plastlådor märkta med klientens namn, signum och rumsnummer. Läkemedel delas varje vecka i dosett märkt med klientens namn och rumsnummer. Den medicinansvariga delar och kontrollerar dosetterna måndag och tisdag eftermiddag. Samtidigt kontrolleras mängden läkemedel att det räcker en dryg vecka framåt, annars noteras det på en skild medicinbeställningsblankett. Där ska framgå klientens namn, signum, läkemedlets namn och styrka. Medicinansvarig kontrollerar samtidigt med dosettdelning även läkemedel som administreras separat så som Levolac, Lantus, Exelon, Vagifem m. fl.

Endast medicinansvarig i skiftet vistas i medicinrummet och dörren är alltid låst. Den medicinansvariga ansvarar för att ingen obehörig vistas där, samt att dörren alltid är stängd. I läkemedelsrummet finns bra belysning samt ventilation och en arbetsbänk där medicinerna kan ställas i ordning i lugn och ro. Vi strävar till att inte komma in och störa när medicindelning pågår. De flesta klienter får mediciner 2-6 gånger per dygn och samma klockslag som måltider är vanliga.

Personalen tvättar och spritar händerna innan de går in i medicinrummet och handskar används alltid i kontakt med läkemedel. Finns även en doseringssked och pincett för läkemedel. Som övriga hjälpmedel finns en medicinkrossare och -delare.

Medicinansvarig vårdare har alltid fram aktuell medicinlista och kontrollerar att alla läkemedel finns framsatta åt klienten. Eventuella förändringar kan ske vid tillfälliga antibiotikakurer eller andra specifika läkemedel, samt medicinjusteringar som kan ha gjorts sedan personalen varit på jobb senaste gång.

Vid behov läkemedel finns i klientens egen plastlåda och delas inte regelbundet i dosett. Läkemedel som administreras separat plockas fram i början av varje skifte av den som är medicinansvarig. Smärtplåster, ögondroppar, inhalationer och injektioner plockas fram på läkemedelsvagnen bredvid brickan med läkemedel som är delade för ett dygn framåt.

Laxeringsmedel som oljor, droppar och pulver delas i medicinkoppar av nattpersonalen för ett dygn framåt, märks med namn och klockslag och sätts bredvid medicinbrickan. Narkotiska preparat delas i medicinkoppar först när medicinansvariga kommer på jobb på morgon- eller kvällsskifte. Den som delar narkotika i medicinkoppar kontrollerar att medicinen ges på rätt sätt, rätt dos och tidpunkt samt åt rätt patient. Narkotika- och HCl-preparat räknas alltid och noteras på ett skilt kort i N-mappen, samt dubbelkontrolleras av en annan vårdare. Som påminnelse har vi små papperslappar märkta med N, som finns satt i medicinkoppen av vårdare som delar dagens dos i koppar.

På brickan har varje klient ett eget fack där deras medicinlista finns, där syns också tydligt namn, signum och rumsnummer. Den medicinansvariga ger medicinkoppen åt klienten och ansvarar också för att medicinen tas, vissa av klienterna klarar sig själva, medan vissa behöver tillsyn och hjälp med att ta medicinen.

Vissa klienter behöver få sina mediciner krossade, detta görs strax före utdelning åt klienten. Viktigt att observera sådana läkemedel som inte får krossas, som Somac och kapslar som inte ska öppnas eller krossas.

Läkemedel som tas vid behov och narkotiska läkemedel doseras inte färdigt. Sådana preparat som inte kan förvaras utanför förpackningen (t.ex. frystorkade tabletter) öppnas i sin förpackning strax innan de administreras till klienten.

På vår enhet sätts morgonens narkotikapreparat i medicinkoppar kl ~7.30 av medicinansvarig. På narkotikakortet antecknas den tidpunkt då medicinen delas i medicinkoppen. Kvällens narkotikapreparat delas i medicinkoppar efter middagen kl ~18, men då antecknas klockslaget 20.00 och klienterna får sin kvällsmedicin i samband med kvällsmålet som serveras mellan kl 19-20. Narkotikapreparaten räknas varje gång och dokumenteras på narkotikakortet, dubbelkontrolleras och kvitteras av andra vårdaren i arbetsskiftet.

För att säkerställa korrekt tillvägagångssätt gällande läkemedelsbehandling följs vissa kriterier. Endast ansvarig medicinskötare vistas i rummet, delning av mediciner i dosetter sker på en tidpunkt när det är lugnt på boendet och efter att alla klienters dosetter delats så kontrollerar en annan skötare att alla mediciner är korrekt delade. Detta innebär att man räknar antalet tabletter för varje klockslag, samt ser att de överensstämmer med de mediciner som borde finnas i facket på det klockslaget. Till hjälp kan olika internetsidor fungera samt att kontrollera i klientens medicinlåda hur tabletten ser ut. Den som delar mediciner i dosett gör en anteckning på vem och när dosetterna delats, på en tabell som finns på anslagstavlan i medicinrummet, den som dubbelkontrollerar dosetterna kvitterar också när detta gjorts, samt eventuella avvikelser. Avvikelser rapporteras vidare via en avvikelseblankett.

Uppdaterade medicinlistor för alla klienter finns i en mapp i läkemedelsrummet och den är alltid framme under medicindelning, vid eventuella oklarheter diskuterar medicinansvarig med ansvarig sjukskötare eller verksamhetschefen. Eftersom mediciner delas från dosett till olikfärgade medicinkoppar dagligen, är det ett tydligt och enkelt system att se att klienten verkligen fått sina mediciner och på rätt klockslag. I händelse av avvikelser, där klienten inte tar sin medicin eller tappar den, antecknas detta i ett skilt häfte som finns i medicinrummet samt i klientdatasystemet och som avvikelserapport.

Läkemedel får delas, krossas eller lösas upp endast om det är tillåtet enligt de anvisningar som tillverkaren har gett. På klientens läkemedelslista antecknas om läkemedel ska krossas eller lösas upp.

Alla klienters läkemedelslista går igenom varje månad av läkaren som rondar klienterna. Alla läkemedelsändringar dokumenteras i klientdatasystemet under rubriken Lääkityshuomio eller Lääkärihuomio av den som mottagit ändringen. Där bör tydligt framgå vilken läkare som ordinerat läkemedlet, namn, styrka, dosering, tidsintervall och ev avslutande eller uppföljning av medicinering. Sedan görs ändringar på klientens läkemedelslista och två kopior printas ut, en till klientens pappersjournal och en till mappen i läkemedelsrummet. Den som printar ut kontrollerar att alla ändringar är tydliga, samt markerar med märkpenna N-läkemedel (röd) och HCI-läkemedel (gul) samt ifall det är en kur som ska avslutas. Vid skiftesbyte informerar personalen varandra muntligt om dessa förändringar, eller informerar att ändringar gjorts och de läses av personalen under den tysta rapporten. Alla vårdare ansvarar för att iaktta eventuella biverkningar av mediciner, att dokumentera effekten av läkemedel samt i akuta situationer åtgärda biverkningar samt informera läkare.

Uppföljning av läkemedelsbehandlingens effekter, avvikande situationer eller andra händelser antecknas i klientens läkemedelsobservationer i klientdatasystemet. Läkemedel vid behov som har administrerats till klienten antecknas via sidan för tilläggläkemedel i klientdatasystemet. På så sätt kan man tydligt och i uppdaterad form följa mängden tilläggläkemedel som har getts under en viss tidsperiod. Vid anteckning om administrering av läkemedel registreras det läkemedel som administreras, den mängd som ges, datum, klockslag, orsak till att läkemedlet ges. Anteckningar om tilläggläkemedel visas automatiskt i klientens dagliga observationer. Namnet på den som gör anteckningen sparas automatiskt i systemet. Alla läkemedelsanteckningar som studerande gör ska godkännas av handledaren eller en person som handledaren har befullmäktigat. Se anteckning av HCI- och N-läkemedel 4. Identifiering av risker relaterade till läkemedelsbehandling och beredskap för dem.

Enskilda anteckningar bör göras endast ifall avvikelser uppstått och klienten inte fått sin medicin enligt läkemedelslistan. Det är på medicinansvarig vårdare att observera och dokumentera ifall det uppstår biverkningar eller andra effekter av läkemedelsbehandlingen, övrig personal kan rapportera observationer åt den medicinansvarige.

Anafylaktiska reaktioner och andra livshotande läkemedelsreaktioner antecknas i klientdatasystemet som livshotande läkemedelsreaktioner. Förutom diagnosen (riskens namn) anges vid läkemedelsreaktion antingen preparatets handelsnamn eller aktiva substans (information i anslutning till riskinformation). En sådan risk är kritisk och av bestående natur. Lindrigare reaktioner (t.ex. urtikaria) antecknas som en risk som ska observeras i vården. Om det är frågan om en förväntad vanlig biverkning av läkemedlet

antecknas den inte som riskinformation, men observationen antecknas till exempel i dagliga anteckningar.

#### 4.3.6 SAMARBETE MED OLIKA AKTÖRER

Vården av klienten utförs genom ett multiprofessionellt samarbete enligt individuella behov. Ifall klienten ska besöka hälsovården eller sjukvården skickas aktuella dokument med klienten i ett slutet kuvert för att skydda klientens uppgifter. Eftersom beställarkommunen och boendet har olika klientdatasystem så bör informationen skrivas ut.

Samarbete sker med hälsovårdscentralens laboratorium, personalen på boendet kan själva utföra provtagningen men proverna förs till laboratoriet för analys. Ifall klienten konstateras ha infektion som kräver intravenös behandling så kontaktas hemsjukhuset och man kommer överens om tidpunkter för administrering, vid behov kan även boendets sjukskötare ge någon av doserna beroende på tidpunkt.

De flesta klienter klarar inte av förflyttning mellan olika instanser utan hjälp och följeslagare, därför beställs taxi via förmedlingscentralen och endera åker anhöriga eller vårdpersonalen med klienten dit de ska.

Efter sjukhusvistelse eller-besök skickas oftast epikris till klienten och vårdpersonalen tar del av informationen och gör eventuella vidareåtgärder baserat på föreskrifter.

#### ***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.

Fastighetsservicen handhas av utomstående, JS Fastighetsservice.

## 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. Enhetschefen 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 säkerhetsvandringar 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 minst 0,5 arbetstagare/klient.
- Enhetens chef är Jennie Rosengård, som är utbildad socionom.
- På enheten finns dessutom 2 sjukskötare, 11 närvårdare samt 2 vårdbiträden. Antalet för stödpersonal är 3 (städning, kock och administrativ ledare)
  - För tillfället arbetar 2 sjukskötare, sju närvårdare och två vårdbiträden på enheten
- På enheten kan det också finnas studerande 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. Enhetschefen 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.

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 utvecklingsskedet 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 verkar i en ny byggnad i ett plan. Vår enhet har sammanlagt 30 klientrum, fördelade på fyra flyglar med namnanknytning till den lokala skärgården, Lillön, Torsön, Långön och

Rönnskär. Rummen är en persons rum på 20 m<sup>2</sup> och i alla rum finns toalett och dusch. Klienten möblerar själv sin bostad, förutom el-säng, nattduksbord och brandsäkra gardiner.

Servicehemmets gemensamma vistelserum och matsal är cirka 120 m<sup>2</sup>. På serviceboendet finns stora gemensamma utrymmen till förfogande för klienterna, en gemensam matsal/dagsal med sittplatser kring matbord och uppdelat i vardagsrum med soffor och fåtöljer. Finns även ett skilt vardagsrum med tv-möjligheter i anslutning till två av flyglarna. I vårdhemmet finns en gemensam bastu och tvättrum, samt tvättstuga.

Att främja möjligheten att röra sig och den egna aktiviteten samt säkerhet och hemtrevnad ingår i vår vård filosofi. 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 klientrummen till exempel när klienten har nedsatt synförmåga.
- god ljudisolering
- inredningen har planerats av experter
- möbler och annat lösöre väljs enligt målgruppen
- färgsättningen är lugn och hemtrevlig
- inredningstextilierna förhindrar ekoljud och buller samt ökar hemtrevnaden

Säkerheten och trivseln på utomhusområden beaktas under olika årstider (sandning och snöskottning). Inhägnad ökar säkerheten (en stor gårdsplan för grupphemmet som är inhägnad från vägg till vägg), bra belysning och övervakning av området. Gårdsplanen är hemtrevlig och säker. På gårdsplanen finns en gunga, bänkar och planteringar. Området är tillgängligt och säkert att röra sig på. Parkeringsplatser och biltrafik finns inte på vistelseområdet.

En utgångspunkt i vår verksamhet är att ge möjlighet till en meningsfull vardag för alla klienter. De gemensamma utrymmena erbjuder goda möjligheter till ett aktivt socialt liv tillsammans på enheten. Gemensamma stunder (måltider, hobbyer, utevistelse osv.) uppmuntras. Det är lätt för klienterna att röra sig och mötas både i det mindre vardagsrummet och i större grupper tillsammans med klienter från hela huset.

På vår enhet finns en tvättstuga med ändamålsenliga maskiner för såväl småtvätt som lakan. Tvättservicen sköts av städerskan samt vårdpersonalen. Klienterna får också delta i tvättservicen om de önskar till exempel genom att föra och hämta sin tvätt i tvättstugan, vika lakan, hänga tvätten på tork osv. enligt klienternas egna önskemål.

- I klientrummen utförs underhållsstädning minst en gång per vecka
- Städsvicen utförs av enhetens personal
- Tvättservicen utförs av enhetens personal
- Insamling av smutstvätt och sortering för tvätt av enhetens personal

– Regelbundna hygienmätningar.

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

På enheten används sköterskelarmsystem från 9Solutions (klienten har ett larmarmband som skickar larm till vårdarens telefon). 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. Därtill har vi ett rörelselarm kopplat till samma system som flyttas till det klientrum där det behövs.

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. I dörröppningssystemet lagras logguppgifter, med vilken nyckel man har kommit in i huset samt i vilka gemensamma lokaler (till exempel läkemedelsrummet) man har rört sig.

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

BotniaSec, Karl-Johan Ström, tel 0207616381 eller [johan@botniasec.fi](mailto:johan@botniasec.fi) ansvarar för säkerheten på Attendo Haga. De har alarmmottagning samt beredskap varje månad, uttryckningar vid larm samt har installerat säkerhetsteknik, som de ansvarar för att underhålla. Säkerhetsföretaget ansvarar för att besvara enhetens nödanrop som sker via panikknapp som vårdpersonal bär med sig nattetid.

#### 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. På N-servern Kaarlepori/Produktsäkerhet finns apparaturlista och rutinbeskrivning över produktsäkerheten samt anvisningar om kontroll av elsängarna samt i Introduktionsmappen.

På enheten används behövliga hjälpmedel, apparater och utrustning i vården av klienterna såsom blodtrycks- och blodsockermätare, lyftanordningar, rullstolar, rollatorer och 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***

Jennie Rosengård, verksamhetschef, Attendo Haga, Östra Ävågen 7, 66900 Nykarleby, Tfn 044 4941240, [jennie.rosengard@attendo.fi](mailto:jennie.rosengard@attendo.fi)

## 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 hittar personalen i Introduktionsmappen och på N-servern Kaarlepori/Lagstiftning. Alla arbetstagare ska genomföra GDPR-utbildningen, intyg finns utskrivna i en skild mapp som förvaras hos verksamhetschefen. 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 Hilikka, 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***

Päivi Luotola (Head of IT), PB 750, 00181 Helsingfors. tfn 0306342000.  
[paivi.luotola@attendo.fi](mailto:paivi.luotola@attendo.fi)

### ***Enhetschefens uppgifter***

Jennie Rosengård, Attendo Haga, Östra Åvägen 7, 66900 Nykarleby, Tfn 044 4941240,  
[jennie.rosengard@attendo.fi](mailto:jennie.rosengard@attendo.fi)

## 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 interna auditering hjälper enheten att svara på klienternas och myndigheternas förväntningar och stöder den kontinuerliga utvecklingen. Intern auditering har ännu inte genomförts på enheten eftersom den är nyöppnad, vi planerar att utföra det under 2020.

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 19.11.2019 Nykarleby Malin Åkerman  Uppdaterad: 31.1.20 Nykarleby / Jennie Rosengård 31.8.20 Nykarleby / Jennie Rosengård
Underskrift  Namnförtydligande Jennie Rosengård

## 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)

[Valvira föreskrift Anmälan från yrkesmässiga användare om riskhändelser i samband med produkter och utrustning för hälso- och sjukvård:](#)

Valvira 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-jatietosuojaselosteet.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](https://tietosuoja.fi/documents/6927448/10594424/Henkilotietolaki+ja+asiakastietojen+kasittely+yksityisessa+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>

Uppdaterat 31.8.20:

- Medicindelningens delen, s. 17-18
  - dosettdelnings dagar måndag och tisdag
  - märkning av N- och HCl läkemedel. (N=röd och HCl=gul)