

## PLAN FÖR EGENKONTROLL INOM SOCIALTJÄNSTERNA

### UPPGIFTER OM SERVICEPRODUCENTEN (4.1.1)

Verksamhetsenhetens namn Majbergets servicehem	
Serviceenhetens placeringskommun och kontaktuppgifter Borgå	
Serviceform; klientgrupp som tjänster tillhandahålls för; klientmål Intensifierat serviceboende, 60 platser Producerar tjänster huvudsakligen för äldre	
Verksamhetsenhetens gatuadress Tarkmansvägen 8	
Postnummer 06150	Postort Borgå
Ansvarig chef för verksamhetsenheten Eija Leppä	Telefon 040 489 1943
E-post Eija.leppa@porvoo.fi	
<b>Tjänster som köps av underleverantörer och producenter av dessa</b>	
Mikkelin Pesula: Hyrning och tvätt av sängkläder och arbetskläder Pihlajalinna Oy läkartjänster HUS-logistik/lagertjänster HUS laboratorietjänster HUS röntgentjänster Kungsvägens arbetshälsa Borgå lokalservice: Städ- och måltidstjänster ISS tjänster för fastighetsskötsel Begravningsbyrå Calla Oy: transport av avlidna Gamla Apoteket i Borgå: maskinell läkemedelsutdelning Lojer Oy: Konditionsgranskning och underhåll av hjälpmedel Vivago-system för tillkallande av vårdare	

### VERKSAMHETSIDÉ, VÄRDERINGAR OCH VERKSAMHETSPRINCIPER (4.1.2)

#### Verksamhetsidé

Målet är att erbjuda en god, trygg och professionell service som upprätthåller klientens funktionsförmåga. Servicen är klientorienterad och stöder ett multiprofessionellt samarbete, samt värnar om klientens livskvalitet. Tjänsterna erbjuds på två språk enligt individens behov. Man möjliggör bra och trygg omsorg dygnet runt. Verksamheten förverkligas genom ett tätt samarbete mellan invånaren, anhöriga och andra aktörer. Man stöder invånarnas funktionsförmåga i så stor utsträckning som möjligt genom ett rehabiliterande arbetsgrepp.

#### Värderingar och verksamhetsprinciper

Våra verksamhetsprinciper är respekt för självbestämmanderätten, jämlikt bemötande, trygghet, rättvisa, stimulans, individualitet och invånarorientering.

## RISKHANTERING (4.1.3)

### System och förfaranden för riskhantering

#### Arbetsfördelning för riskhanteringen

#### Identifiering av risker

Riskbedömningar görs regelbundet och åtgärder planeras för att minimera riskerna. Alla anställda har en skyldighet att rapportera faror, risker och brister som de upptäckt. Vid husets möten diskuteras alltid frågor kring arbetssäkerhet och välbefinnande i arbetet samt hantering av registrerade anmälningar.

Borgå stad använder riskanmälningssystemet ZEF för tillbud. Den 1 januari 2020 ersätts ZEF-systemet med HaiPro-systemets arbetarskyddsdel. Med hjälp av riskkartläggningen utreder man riskerna på arbetsplatsen samt åtgärder och tidtabeller för eliminering av farorna och riskerna, och man utser ansvarspersoner. Personalens kompetens säkerställs genom nödvändiga utbildningar och genom att fästa uppmärksamhet vid god inskolning.

Staden använder ett elektroniskt HaiPro-system som används för att anmäla tillbud och farliga situationer som berört invånarna samt avvikelser i läkemedelsbehandling. Anmälningarna behandlas alltid vid husets möten.

Arbetsolyckor rapporteras tillsammans med chefen via en IF-blankett inom 10 dagar och vidarebefordras.

Elektriska hjälpmedel underhålls av Lojer Oy och fel repareras inom 2 vardagar. I oktober 2017 gjordes en säkerhetskartläggning för all eldriven utrustning.

Brandsyner görs av räddningsverket enligt överenskommelse. Enhetens räddnings- och utrymningssäkerhetsplan finns som bilaga.

#### **BILAGA 1**

Enheternas kontaktuppgifter har skickats till Borgå Vatten med tanke på eventuella störningar i vattendistributionen -> gruppheimet Villa Werner 040 354 7676.

Varje anställd avlägger en datasäkerhetsutbildning regelbundet.

I intranätet finns tydliga anvisningar för hur man ska hantera problemsituationer.

Företagshälsovården gör systematiska arbetsplatsbesök. Den senaste arbetsplatsutredningen gjordes hösten 2016.

Kinestetikutbildning har ordnats för personalen inom boendeservicen i flera år. Arbetsgivaren ordnar fortbildning. Alla som deltar i vårdarbetet ska ha tillstånd för läkemedelsbehandling. (Love-utbildning). Planen för läkemedelsbehandling har uppdaterats och godkänts av nämnden.

Hur lyfter personalen fram missförhållanden, kvalitetsavvikelser och risker som de upptäcker?

Genom att informera chefen omedelbart efter att en risk upptäckts och göra ovan nämnda anmälningar elektroniskt. Elektroniska anmälningar via ZEF och HaiPro. Förverkligade och andra risker diskuteras alltid på gruppheimet genast efter det inträffade, och man funderar på hur man kan förhindra att samma sak upprepas. Alla vårdare som deltar i läkemedelsbehandling har ett skriftligt tillstånd för läkemedelsbehandling. Läkemedelsutdelning i dosetter dubbelkollas alltid och uppgifterna antecknas i ett häfte.

<p><b>Hantering av risker</b></p> <p>Till hanteringen av skador och tillbud hör registrering, analys och rapportering. Serviceproducenten ansvarar för att använda den information som fås genom riskhanteringen i utvecklingsarbetet, men de anställda ansvarar för att göra informationen tillgänglig för ledningen. Till hanteringen av skador hör också samtal med anställda, invånaren och vid behov anhöriga. Om det inträffar en allvarlig skada med ersättning som påföljd ska invånaren eller de anhöriga informeras om hur ersättning kan sökas. Brister och risker kommer fram genom arbetsplatsutredningar. Skriftliga anmälningar (ZEF-anmälningar) görs om hotfulla och farliga situationer, arbetsolycksfall samt tillbud.</p>
<p>Hur hanteras och dokumenteras skador och tillbud på enheten?</p> <p>Anmäls via ZEF och HaiPro och diskuteras vid husets möten. Staden har anvisningar för agerande såväl i hotfulla och farliga situationer som vid arbetsolycksfall och tillbud. Om olycksfall görs en anmälan tillsammans med chefen. Skador går igenom så snabbt som möjligt på arbetsplats- och chefsmöten. Situationer som anknyter till klienter antecknas både i patientdatasystemet Efficca och i systemet HaiPro.</p>
<p><b>Korrigerande åtgärder</b></p> <p>Man föreslår korrigerande åtgärder, utredning av orsakerna utan att beskylla någon och förändring av rutinerna så att de blir tryggare.</p>
<p>Hur reagerar man inom enheten på kvalitetsavvikelser, tillbud och skador som kommit fram?</p> <p>Tas upp vid både veckomöten och husets möten. Man strävar efter att åtgärda upptäckta brister omedelbart och rapportera de avtalade åtgärderna till hela personalen.</p>
<p><b>Informering om förändringar</b></p> <p>Genom rapportering och diskussion i teamet och med chefen samt vid arbetsplatsmöten. Vid behov informerar man anhöriga exempelvis genom att ordna vårdmöten.</p>

### UTARBETANDE AV PLAN FÖR EGENKONTROLL (3)

<p><b>Person eller personer med ansvar för planeringen av planen för egenkontroll</b></p>
<p>Vilka har deltagit i planeringen av egenkontrollen?</p> <p>Katarina Gustafsson, Carina Skog, har uppdaterats vid chefsmöte 7.11.2019 Eija Leppä</p>
<p>Kontaktuppgifter till personen med ansvar för planeringen och uppföljningen av egenkontrollen: Katarina Gustafsson 040 489 1943 <a href="mailto:katarina.gustafsson@porvoo.fi">katarina.gustafsson@porvoo.fi</a> Tf Eija Leppä <a href="mailto:eija.leppa@porvoo.fi">eija.leppa@porvoo.fi</a></p>
<p><b>Uppföljning av planen för egenkontroll (punkt 5 i föreskriften)</b></p>
<p>Hur sköter enheten uppdateringen av egenkontrollplanen?</p> <p>Minst en gång per år och vid behov när verksamheten, situationen eller miljön förändras.</p>
<p><b>Egenkontrollplanens offentlighet</b></p>
<p>Var finns enhetens egenkontrollplan för påseende? I grupphemmen, i registreringsrummet på övre våningen, på anslagstavlan i entrén och hos chefen. Planen finns också under enhetens uppgifter på Borgås webbplats.</p>

## KLIENTENS STÄLLNING OCH RÄTTIGHETER (4.2)

### Utvärdering av servicebehovet

Hur bedöms klientens servicebehov – vilka indikatorer används i bedömningen?

Placering av klienter på en enhet för dygnet runt-omsorg sker via den multiprofessionella SAP-arbetsgruppen (Selvitä-Arviio-Palveluohjaa, utredning, bedömning, servicestyrning). Utgångspunkten är att all tänkbar hjälp som stöder boende i hemmet ska ha testats och utvärderats. Utvärderingen av tjänster görs som ett mångprofessionellt samarbete tillsammans med invånaren/anhöriga. Klientens behov av dygnet runt-omsorg fastställs alltid utifrån en helhetsbedömning och de indikatorer som används är riktgivande. I Borgå används som indikatorer för omsorgen RAI-systemet, minnesmätaren MMSE och mätaren RaVa för funktionsförmåga.

RAI (Resident Assessment Instrument) är ett brett system för utvärdering av behovet av vård och vårdkvaliteten som är utformat för användning inom äldreomsorgen. De olika indikatorerna i systemet mäter klientens förmåga att klara av vardagen, psykiska och kognitiva välbefinnande, sociala funktionsförmåga och välbefinnande, hälsotillstånd, näringstillstånd och smärta.

MMSE (mini-mental state examination) är ett enkelt test för mätning av den intellektuella funktionsförmågan. Testet ger pålitlig information om kognitiva försämringar vid framskridande minnessjukdom. Uppgifterna mäter bland annat orienteringsförmågan, förmågan att lägga saker på minnet och återkalla dem ur minnet, uppmärksamheten samt uppfattningsförmågan. Ett enskilt utvärderingsresultat kan fungera som ett stöd för bedömningen av servicebehovet, inte som enda kriterium för servicebehovet.

RaVa är en mätare för funktionsförmågan och hjälpbehovet hos äldre (personer över 65 år). Funktionsförmågan bedöms med hjälp av följande funktioner: syn, hörsel, tal, rörelse, blås- och tarmfunktion, ätande, medicin, påklädning, personlig hygien, minne och psyke.

RAI-systemet används, förutom för bedömning av invånarnas vårdbehov, även för planeringen och uppföljningen av vården och omsorgen. Med systemets hjälp jämförs Borgås uppgifter med nationella och internationella uppgifter. En RAI-utvärdering görs för varje ny invånare inom fyra veckor samt alltid när det sker permanenta förändringar i en invånarens hälsotillstånd eller annars två gånger per år.

På vilket sätt inkluderas klienten och/eller hans anhöriga och närstående i bedömningen av servicebehovet?

Ett inledande samtal ordnas med varje ny invånare och hans anhöriga, vårdmöten ordnas vid behov, invånaren och anhöriga bjuds med i utarbetandet och genomläsningen av vårdplanen. Bedömningen görs alltid tillsammans med invånaren och vid behov med hans anhöriga. Man beaktar invånarnas och deras anhörigas önskemål. När en ny invånare flyttar in ordnas alltid ett inledande samtal med invånaren och hans anhöriga, där man bland annat diskuterar invånarens liv, vanor, fritidsintressen och preferenser. Personalen kontaktar också vid behov de anhöriga per telefon.

### Vård-, service- eller rehabiliteringsplan

Hur utarbetas vård- och serviceplanen och hur följs den upp?

De personliga vårdarna uppdaterar planen regelbundet och enligt behov, dock minst två gånger per år. Den ansvariga vårdaren registrerar i Effica dagligen. Invånaren och hans anhöriga deltar i utarbetandet av vård- och serviceplaner om de så önskar. Invånaren och hans anhöriga fyller i ett formulär om invånarens liv. När beslut fattas ska man i första hand lyssna på invånaren (självbestämmanderätt). Vårdarna ordnar fritidsverksamhet dagligen.

Hur säkerställer man att personalen känner till vård- och serviceplanens innehåll och agerar i enlighet med den?

Den personliga vårdaren sköter uppdateringen av klientens vårdplan och rapporterar regelbundet till den övriga personalen om klientens hälsa och hjälpbehov. Alla vårdare har inloggningsuppgifter för Effica, vilket möjliggör en god och säker informationsgång.

## Bemötandet av klienten

### Stärkande av självbestämmanderätten

Hur stärker man på enheten sådana faktorer som omfattas av klientens självbestämmanderätt, såsom privatlivet, friheten att själv bestämma över sina dagliga aktiviteter och möjligheten att själv forma sitt liv?

Det finns anvisningar för användningen av begränsningar. Man strävar efter att låta varje invånare leva sitt liv på sitt eget sätt, med hjälp av information om klientens livshistoria. Man fråga efter och tar reda på invånarnas åsikter. Man strävar efter att dagligen ordna fritidsverksamhet och olika evenemang som ger glädje i invånarnas vardag. Högklassig redovisning. En lag om självbestämmande är under arbete. Invånarna bor i sina egna hem, som ska respekteras. Invånarens egna tankar och önskemål beaktas i fråga om matvanor, sömnrytm, sociala vanor och eventuellt fritidssysselsättningar. Invånarnas rum har lås och personalen knackar alltid innan de går in. Invånarna är fria att röra sig inom enheten och ute, om deras hälsa och säkerhet tillåter det.

### Principer för begränsning av självbestämmanderätten

Vilka principer för begränsningsåtgärder har man avtalat om på enheten?

Filosofin för enhetens vårdarbete godkänner inte användning av tvångsåtgärder och begränsningar. Man strävar efter att minska användningen av begränsningar och tvångsåtgärder genom att utveckla personalens kompetens, vara förutseende och utvärdera verksamhetsmodellerna individuellt samt skapa en trygg miljö. Innan begränsningar tas i bruk undersöker man om förändringar i läkemedelsbehandlingen kan vara till hjälp, och läkemedelsbehandlingen utvärderas regelbundet med beaktande av invånarens funktionsförmåga.

Åtgärder som begränsar de grundläggande rättigheterna används endast på order av läkare för att trygga invånarens säkerhet. Begränsningar används endast efter allvarligt övervägande. Begränsningar baserar sig alltid på ett beslut som fattas tillsammans med invånaren, anhöriga och läkaren. Beslut om användning av begränsningar noteras i klienthandlingarna. Om man har beslutat om användning av begränsningar antecknar man alltid i klientens uppgifter när man har tvingats använda begränsningen i fråga. Effekterna av tvångsåtgärder och begränsningar följs upp genom observation och samtal med klienten och anhöriga. Observationerna och följderna skrivs ner och deras effekter diskuteras vid enhetens interna möten. Ett beslut om användning av begränsningar är inte i kraft tills vidare, utan behovet utvärderas regelbundet och beslutet upphävs genast när det är möjligt.

## BILAGA 2

### Bemötandet av klienten

I egenkontrollen anges hur man säkerställer sakligt bemötande av klienter och hur man ska agera om osakligt bemötande upptäcks. Hur ska man tillsammans med klienten och vid behov hans närstående behandla en skada eller farlig situation som drabbat klienten?

Invånarna bemöts sakligt. Osakligt beteende utreds, och vid behov ordnas ett gemensamt möte/vårdmöte. Eventuella farliga situationer utreds genom samtal med invånaren eller anhöriga. Verksamhetsmodellerna diskuteras när en ny arbetstagare anställs. Arbetsgemenskapen respekterar invånarnas självbestämmanderätt, och hela arbetsteamet stöder tillsammans invånarnas möjligheter att enligt sin förmåga påverka lösningarna för sitt liv.

Anställda som konstateras bemöta invånare på ett sätt som kränker deras självbestämmanderätt eller på annat sätt osakligt blir föremål för processer enligt anvisningarna. Om en anställd uppför sig osakligt ska detta meddelas till chefen, som tar upp saken med vårdaren och vid behov vidtar arbetsledningsåtgärder enligt stadens anvisningar. Vid behov diskuteras saken med invånaren och anhöriga samt kontaktar servicechefen.

Alla anställda är skyldiga att meddela sin chef om de upptäcker osakligt beteende gentemot en invånare eller kollega. Osakligt bemötande av en invånare är alltid en avvikelse och hanteras i enlighet med

arbetsenhetens anvisningar. Arbetsenheten använder stadens HaiPro- och Zef-program för att rapportera avvikelser. Stadens anvisningar för anmärkningar finns i intranätet.

#### **Klientens delaktighet**

##### **Klienternas och de anhörigas deltagande i utvecklingen av enhetens kvalitet och egenkontroll**

#### **Insamling av respons**

Hur deltar klienterna och deras närstående i utvecklingen av enhetens verksamhet, kvalitet och egenkontroll? Hur samlar man in klientrespons?

Respons som kommit in behandlas så snart som möjligt tillsammans med personalen. De flesta av invånarna har minnessjukdomar, och att samla in respons från dem är utmanande. Klientnöjdhetssenkäter görs i enlighet med organisationens anvisningar vartannat år. Man behandlar svaren vid gemensamma möten med hela personalen och diskuterar korrigerande åtgärder. Anhöriga ger respons muntligt eller vid behov skriftligt antingen direkt till personalen eller via chefen och/eller servicechefen.

Klienterna kan också ge respons muntligt eller skriftligt till Kompassen, tfn 020 692 250, Krämartorget B, 06100 Borgå.

Respons på Pihlajalinna Oy:s läkartjänster vidarebefordras till direktören för äldre- och handikappservice, som är stadens kontaktperson i frågor som rör läkartjänsterna.

#### **Hantering av respons och användning av den i utvecklingen av verksamheten**

Hur används respons i utveckling av verksamheten?

Respons som kommit in behandlas alltid i grupphemmet och vid behov med anhöriga. Man tar kontinuerligt emot respons och förslag och strävar efter att beakta dem i utvecklingen av verksamheten. En öppen diskussion upprätthålls genom att stärka systemet med personliga vårdare och genom att ordna infotillfällen/diskussionstillfällen/fester eller andra tillställningar för anhöriga. Resultaten av klientnöjdhetssenkäten tas upp vid möten mellan personal och anhöriga. All respons som ges direkt till enheten tas också upp vid enhetens möten, och verksamheten utvecklas vid behov utifrån responsen. I processen för nödvändiga åtgärder ingår uppföljning och utvärdering.

#### **Klientens rättsskydd**

a) Mottagare av anmärkningar

Borgå stad Registratorskontoret, social- och hälsovårdssektorn, Stadshusgatan 5, 06100 Borgå, [SOTEKIRJAAMO@porvoo.fi](mailto:SOTEKIRJAAMO@porvoo.fi)

Kompassen, Krämartorget B, 06100 Borgå, tfn 020 692 250

b) socialombudsmannens namn och kontaktuppgifter samt information om service som hon erbjuder

Sosiaali- ja potilasasiainmies / Social- och patientombudsman:

Pamela Stenberg  
puh. / tel. 044 729 7987  
a-to klo 9–12 / må-to kl. 9–12  
sosiaaliasiamies@phshyky.fi

Verksamheten grundar sig på lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården.

Till socialombudsmannens uppgifter hör bland annat

- juridisk rådgivning
- att hjälpa till med att lämna in anmärkningar
- att informera klienterna om deras rättigheter

Patientombudsmannens uppgifter definieras i lagen om patientens ställning och rättigheter

Enligt 11 § i denna lag är patientombudsmannens uppgifter att

1. ge patienten råd i frågor som gäller tillämpningen av denna lag
2. bistå patienten i att lämna in anmärkningar och klagomål
3. informera om patientens rättigheter samt
4. även i övrigt arbeta för att främja patientens rättigheter och för att de skall bli tillgodosedda.

c) konsumentrådgivarens namn och kontaktuppgifter samt information om den service som erbjuds

Den nationella konsumentombudsmannen tfn 08 955 36 901 (finska) 02 955 36 902 (svenska)

**Klientens delaktighet**

**Klienternas och de anhörigas deltagande i utvecklingen av enhetens kvalitet och egenkontroll**

**Klientens rättsskydd**

## EGENKONTROLL AV SERVICENS INNEHÅLL (4.3)

### Verksamhet som stöder välbefinnande, rehabilitering och tillväxt

a) Främjande av klienternas fysiska, psykiska, kognitiva och sociala funktionsförmåga och välbefinnande

Ett rehabiliterande arbetsgrepp, vård som upprätthåller arbetsförmågan och individuella motion dagligen, en meningsfull vardag. I sitt arbete använder vårdpersonalen ett arbetsgrepp som upprätthåller och främjar invånarens funktionsförmåga. Utgångspunkten för vår verksamhet och en av våra värderingar är att erbjuda en meningsfull vardag för alla invånare. Personalens aktivitet har en viktig roll i detta. Man uppmuntrar till gemensamma stunder (måltider, utevistelse, fritidsaktiviteter) och strävar efter att uppmuntra anhöriga, frivilliga och föreningar att delta. För dem som vill ordnas utevistelse dagligen.

Hur följer man upp målen för klienternas funktionsförmåga, välbefinnande och rehabiliterande verksamhet?

Daglig registrering i Effica under "rehabilitering".

Metoder för upprätthållande av funktionsförmågan antecknas i klientens vård- och serviceplan. Alla invånare får hjälp att förflytta sig från sina egna rum till de allmänna utrymmena i enlighet med sitt eget mående, och invånarens återstående funktionsförmåga upprätthålls så länge som möjligt (gå, stiga upp med hjälp, äta själv, klä på sig etc.) Vård- och serviceplanerna ses över enligt behov, en RAI-utvärdering görs alltid när hälsotillståndet förändras. Funktionsförmågan följs upp i det dagliga vårdarbetet och antecknas i Effica två gånger per dygn per invånare. Vårdteamet funderar tillsammans på nödvändiga ändringar.

### Kost

Hur följer man i enhetens egenkontroll upp att klienterna får tillräckligt med näring och vätska samt deras näringsnivå?

Man ber om information vid det inledande samtalet när en ny klient flyttar in, klienterna vägs regelbundet, MNA-screening, regelbundna möten om näring med husets näringsansvariga/chef/kökschef, näringsarbetsgruppen för äldre utvecklar näringsvården för äldre och ordnar utbildning. Invånarnas BMI mäts och MNA-tester görs regelbundet, minst två gånger per år. Servicehemmet har en egen näringsansvarig som ger aktuell information om näring och handleder den övriga personalen i frågor som rör näring.

MNA (näringstest) görs i samband med RAI-utvärderingen. Borgå stads lokalservice/Kostservicen ansvarar för måltidstjänsterna. Borgå stads riktlinjer för näring följs. Näringsarbetsgruppen har utarbetat en näringshandbok som ger anvisningar till personalen. Personalen har fått utbildning i näringshandbokens innehåll. Man ger handledning och råd i frågor som rör näring. Klienterna och anhöriga informeras om eventuella näringstillskott. Vid behov används näringsdagbok, lista över vätskor och viktuppföljning.

### Hygienrutiner

Hur följer man på enheten upp den allmänna hygiennivån och hur säkerställer man att hygienrutiner som motsvarar klienternas behov förverkligas i enlighet med anvisningarna samt klienternas vård- och serviceplaner?

Organisationen har hygienansvariga som regelbundet deltar i möten (hygienkommittén) och utbildningar, skriftliga anvisningar finns: ESBL, MRSA, NORO och Clostridium. Vid behov konsulteras hygienskötarna inom HUS Borgå sjukhus och HUS mobila enhet samt Borgå stads smittskyddsläkare. Förbrukningen av handdesinfektionsmedel följs upp på årsnivå. Man tillämpar en aseptisk arbetsordning, och tvätt som är nedsmutsad med kroppsvätskor hanteras enligt särskilda rutiner. De anställda ska ha gällande hygienpass.

### Hälso- och sjukvård

a) Hur säkerställer enheten att anvisningarna för tandvård, icke-brådskande sjukvård och brådskande sjukvård för klienterna samt plötsliga dödsfall följs?

Alla vårdare tillhandahåller högklassig vård. Pihlajalinna Oy läkartjänster har gett skriftliga anvisningar för olika typer av sjukdomsfall och för dödsfall. Vårdarna har möjlighet att konsultera bakjouren per telefon



24/7. Varje invånare får besök av en tandhygienist varje år. Vid behov tar man hjälp av hemsjukhuset i situationer som kräver specialkompetens (t.ex. IV-läkemedel eller krävande vård i livets slutskede).

b) Hur främjar och följer man upp hälsan hos klienter med kroniska sjukdomar?

Individuell vård och omsorg, högklassig registrering, samtal och rapportering

c) Vem på enheten ansvarar för hälso- och sjukvården för klienterna?

De personliga vårdarna har i regel ansvaret tillsammans med sjukskötare. En ansvarig utnämns separat för varje arbetsskift. Man samarbetar med hela teamet och ansvarsläkaren.

#### Läkemedelsbehandling

a) Hur följer man upp och uppdaterar verksamhetsenhetens plan för läkemedelsbehandling?

Till planen för läkemedelsbehandling hör en allmän del som gäller hela staden och en enhetsspecifik del (B-del). Den uppdateras årligen eller när det sker betydande förändringar i verksamheten. Planen för läkemedelsbehandling finns tillgänglig för personalen på grupphemmen. Personalen ska vart femte år avlägga en utbildning i läkemedelsbehandling med tillhörande tentamen (LOVE-utbildning) med godkänt resultat och påvisa sitt kunnande för en sjukskötare genom ett praktiskt prov. Sjuksköterna visar prov på sin IV-kompetens.

b) Vem ansvarar för läkemedelsbehandlingen på enheten?

Pihlajalinna Oy:s ansvarsläkare tillsammans med vårdpersonalen

#### Samarbete med andra serviceproducenter

Hur genomförs samarbetet och informationsutbytet med andra serviceproducenter inom social- och hälsovården som deltar i servicehelheten för klienten?

Uppgifter i Effica, Kanta-arkivet, uppgifter i programmet Serena i samarbete med SAS-skötaren, samarbete med hemvården, korttidsvård, dagverksamhet, sjukhus, minnespolikliniken etc.

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

Hur säkerställer man att tjänster som produceras av underleverantörer motsvarar kraven på innehåll, kvalitet och klientsäkerhet?

Plan för egenkontroll

Tillsynsbesök

Servicesedelproducenternas verksamhet följs upp.

Valvira och RFV gör vid behov inspektionsbesök och begär utredningar

#### KLIENTSÄKERHET (4.4)

##### Samarbete med myndigheter och aktörer som ansvarar för säkerheten

Hur utvecklar enheten sin beredskap att förbättra klientsäkerheten och hur samarbetar man med andra myndigheter och aktörer som ansvarar för klientsäkerhet?

Räddningsplanen och utrymningssäkerhetsplanen uppdateras en gång per år. Brandsyn görs en gång per år. Personalen fyller i checklistan för sin egen räddningskompetens två gånger per år, alla nya anställda/vikarier/studerande får inskolning i brandsäkerhet. I grupphemmen görs säkerhetsrundor två gånger per år, där man funderar på hur räddningen ska ske om det inträffar en brand.

Det finns separata anvisningar för efterlevnaden av sekretessreglerna.

HaiPro-verksamhet

Efficas inloggningsanvisningar x 2/dygn

Säkerhetsutbildning för personalen

Intressebevakare vid behov

**BILAGA 3:** Räddningsplan och utrymnings säkerhetsplan

## Personal

### Vård- och omsorgspersonalens antal, struktur och tillräcklighet samt principer för användning av vikarier

a) Hur många personer ingår i enhetens vård- och omsorgspersonal och hur ser personalstrukturen ut?

4 sjukskötare  
32 närvårdare  
1 chef

b) Vilka är principerna för användning av vikarier inom enheten?

Sjukskötaren på grupphemmet Villa Saara vikarierar chefen.  
För sjukskötarna anlitas inga vikarier vid frånvaro.  
I huset finns alltid två sjukskötare under semesterperioden.

Utfallet av antal arbetstimmar beräknas var tredje vecka.

Vikarier anlitas vid frånvaro enligt chefens eller den ansvariga vårdarens övervägande, dock alltid så att minimibemanningen på alla avdelningar uppfylls. Minimibemanning 3 på morgonen och 2 på kvällen, utöver veckoslut och helgdagar högst 2 dagar som vardag.

Tillsättningstillstånd för vikariat på över 3 månader ansöks enligt anvisningarna, man följer stadens anvisningar, samarbete med stadens rekryteringsbyrå

c) Hur säkerställs personalresursernas tillräcklighet?

Enligt anvisningarna för förfarandet för tillsättningstillstånd. Alla fasta befattningar annonseras ut via KuntaRekry. Telefonsamtal till Valvira gällande eventuella tilläggsanteckningar. Extrapersonal används i första hand vid frånvaro. Koordinatorn, den ansvariga vårdaren och chefen ansvarar för att skaffa vikarier på vardagar, någon annan utsedd ansvarig vårdare under andra tider. Vikarier vid oväntad frånvaro skaffas bland extrapersonalen eller via Kuntarekry.

### Rekryteringsprinciper

a) Vilka principer styr enhetens rekrytering av personal?

För vikariat över 3 månader ansöker man om tillsättningstillstånd hos personalchefen och direktören för social- och hälsovårdsväsendet och beaktar först de personer som kan omplaceras. Vikarier för under 3 månader tillsätts av chefen. Vid oväntad frånvaro skaffar koordinatorn, den ansvariga vårdaren, chefen eller personalen vikarier. För fasta befattningar ordnas en intern rekrytering på 2 veckor. Befattningarna kan laddas upp i KuntaRekry samtidigt.

### **BILAGA 4:** Stadens rekryteringsplan

Kontroll av de anställdas uppgifter i Terhikki.

b) Hur beaktar man i rekryteringen lämpligheten och tillförlitligheten särskilt hos personer som ska arbeta i klienters hem eller med barn?

Arbetsintervjuer, kontroll av Terhikki-kod

### Beskrivning av inskolning och fortbildning av personalen

a) Hur sköter enheten inskolningen av anställda och studerande i klientarbete, behandling av klientuppgifter och dataskydd?

Personalen går en elektronisk datasäkerhetsutbildning.

Alla har skriftliga tillstånd för Effic och Pihlajalinna, man diskuterar regelbundet sekretessen och påminner om dess betydelse, särskilt med studerande och nya anställda.

Studeringe undertecknar ett särskilt formulär om tystnadsplikt och varje arbetsavtal har en punkt om tystnadsplikt, som den anställda förbinder sig till genom sin underskrift.

Uppgifter om invånarna registreras i patientdatasystemet Effic, som skyddas av lösenord. Inloggningsuppgifter ges av Effic-administratören enligt chefens förslag.

Grundläggande uppgifter om invånarna finns också i invånarmapparna, som förvaras i registreringsrummet. Uppgifter om invånarna lämnas endast ut under övervakning. För att uppgifter om en invånare ska kunna lämnas ut krävs invånarens samtycke. Om invånaren på grund av sitt hälsotillstånd inte kan ge sitt samtycke, kan samtycke ges av invånarens lagliga representant.

Enhetens chef ansvarar för att sköta hanteringen av uppgifter om invånare på arbetsplatsen och att ordna lokalerna så att uppgifter inte blir tillgängliga för utomstående. GDPR-lagen/2018. Logguppgifterna kontrolleras 4 gånger per år för de enheter som definieras av ledningsgruppen för social- och hälsovårdssektorn. Logguppgifterna granskas av en systemexpert.

Samtal som anknyter till invånarens uppgifter ska ske med respekt för invånarnas integritet.

För att komma in i Pihjalalinna Oy:s system får personalen användaruppgifter från Pihjalalinna.

En checklista för inskolningen används.

Studeringe får en egen handledare och man begär respons från studeringe via Webropol.

b) Hur ordnas fortbildning för personalen på enheten?

Målet är 3 utbildningsdagar per person och år  
En gemensam utbildningsplan för varje år görs i Aspa.

#### **Lokaler**

Principer för användning av lokalerna

De allmänna utrymmena är tillgängliga för alla. Invånarnas bostäder är tillgängliga för invånarna/anhöriga/vårdpersonalen. Personalens registreringsrum är inte tillgängliga för andra.

Hur ordnas städningen och tvätten på enheten?

Lokalservicen ansvarar för städningen, kvaliteten/respons diskuteras med chefen för städningen två gånger per år. Vårdpersonalens arbetskläder och invånarnas sängkläder hyrs och tvättas av Mikkelin Pesula. Tvättstugeskötaren tvättar invånarnas egen tvätt i husets tvättstuga. Vårdpersonalen ansvarar också för invånarnas tvätt.

#### **Tekniska lösningar**

Hur säkerställer man att de säkerhetsanordningar och anordningar för tillkallande av personal som klienterna har fungerar och att larmen besvaras?

Vivago-systemet för tillkallande av vårdare finns installerat i huset. Varje klient får en aktivitetsklocka som mäter kroppsfunktioner och som vårdarna kan använda sig av exempelvis nattetid. En del invånare har säkerhetsarmband som larmar om de försöker lämna gruppheimmet eller huset.

#### **Anskaffning av hälso- och sjukvårdsutrustning, handledning i användningen och underhåll**

Hur säkerställer man att hjälpmedel som klienterna behöver införskaffas, att klienterna handleds i användningen av dem och att hjälpmedlen underhålls korrekt?

Enheten har vissa egna hjälpmedel såsom lyftanordningar, rollatorer, rullstolar, duschstolar och duschbritsar, men i övrigt lånar invånarna hjälpmedel från stadens hjälpmedelsutlåning. Staden har ett

avtal med Lojer Oy om underhåll av egna hjälpmedel. Rehabiliteringsteamet konsulteras vid behov i frågor som rör användning och/eller anskaffning av hjälpmedel samt ergonomi. De personliga vårdarna ansvarar för att beställa hjälpmedel från hjälpmedelsutlåningen. Till deras uppgifter hör också att ha hand om hjälpmedlen, sköta rengöringen och underhållet av dem samt återlämna dem när klientrelationen avslutas, om en anhörig inte kan göra detta. De personliga vårdarna ger råd och handledning gällande användningen av hjälpmedel, vid behov konsulteras rehabiliteringsteamet/fysioterapeuten. Den personliga vårdaren utvärderar regelbundet behovet av hjälpmedel.

Namn och kontaktuppgifter till personen med ansvaret för produkter och utrustning för hälso- och sjukvård.

Lojer Oy ansvarar för hjälpmedel

Pihlajalinna Oy ansvarar för snabbdiagnostikutrustning -> [koordinaattori@pihlajalinna.fi](mailto:koordinaattori@pihlajalinna.fi)

Pihlajalinna Oy:s snabbmätare HB, CRP, EKG, INR. Sjukskötarna har hand om mätarna med tillbehör och gör kalibreringar en gång per år.

#### **Behandling av klient- och patientinformation**

a) Hur säkerställer man att verksamhetsenheten följer lagstiftningen om dataskydd och behandlingen av personuppgifter samt de anvisningar och myndighetsföreskrifter kring registrering av klient- och patientuppgifter som enheten fått?

Vårdpersonalen har tillstånd för Efficca och Pihlajalinna. Information om varje invånare registreras i Efficca vid varje skifte. Tystnadsplikten betonas och personalen genomgår en datasäkerhetsutbildning. Studerande får handledning och inskolning.

b) Hur sköts inskolningen och fortbildningen när det gäller datasäkerhet och behandlingen av anställdas och praktikanter personuppgifter?

Datasäkerhetsutbildning, studerande skolas in och man begär en separat underskrift av dem gällande sekretessförbindelse och dess betydelse. Alla vårdare genomgår en datasäkerhetsutbildning och varje anställd får i början av sin anställning personliga inloggningsuppgifter till de olika datasystemen genom att underteckna en sekretessförbindelse med tillhörande krav. Avdelningen har anvisningar för registreringen och vid behov ordnas utbildning om registreringen.

Inskolningen av personalen i dataskyddsfrågor och hantering av dokument ingår i det allmänna inskolningsprogrammet.

Personuppgiftslagen, bruksanvisningen för Efficca, sekretessplikt, stadens anvisningar

c) Var finns enhetens register- eller dataskyddsbeskrivning till påseende offentligt? Om enheten endast har en registerbeskrivning, hur informeras klienterna om frågor som gäller behandlingen av uppgifter?

Finns i Efficca-tillståndet.

Egna registerbeskrivningar för Borgå planeras -> publiceras på [porvoo.fi](http://porvoo.fi)

d) Dataskyddsombudets namn och kontaktuppgifter

Dataskyddsombud Johanna Päivärinta, 040 741 7383

## **SAMMANDRAG AV UTVECKLINGSPLANEN**

Riskbedömning 2019

Personalenkät 2019

Kontinuerlig uppdatering av planen för läkemedelsbehandling

Verksamhetsplan årligen.

Stärkande av systemet med personliga vårdare.

Utveckling av välbefinnandet i arbetet (Tyhy-eftermiddagar, utvecklingseftermiddagar, arbetsplatsmöten, enkät bland personalen varje månad om hur arbetet fungerar, löpinlänkar vid behov)

## **GODKÄNNANDE AV EGENKONTROLLPLANEN**

(Planen för egenkontroll godkänns och bekräftas av verksamhetsenhetens ansvariga chef)

Ort och datum

Borgå 20.11.2019

Underskrift

Eija Leppä