

# PLAN FÖR EGENKONTROLL

## Omsorgshemmet Haga

**Jenny Dahlström, Nykarleby 21.9.2021**

## PLAN FÖR EGENKONTROLL INOM SOCIALSERVICEN

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

1 VERKSAMHETSIDÉ, VÄRDERINGAR OCH VERKSAMHETSPRINCIPER	4
2 RISKHANTERING	5
3 UPPGÖRANDE AV PLANEN FÖR EGENKONTROLL	8
4 KLIENTENS STÄLLNING OCH RÄTTIGHETER	8
<b>4.1 BEDÖMNING AV SERVICEBEHOVET</b>	8
<b>4.2 UPPRÄTTANDE, GENOMFÖRANDE OCH UPPFÖLJNING AV VÅRD- OCH SERVICEPLANEN</b>	9
<b>4.3 BEMÖTANDET AV KLIENTEN</b>	9
<b>4.4 KLIENTENS OCH NÄRSTÅENDES DELTAGANDE I VERKSAMHETEN</b>	11
<b>4.5 KLIENTENS RÄTTSSKYDD</b>	12
5 EGENKONTROLL AV SERVICEINNEHÅLLET	13
<b>5.1 VERKSAMHET SOM FRÄMJAR VÄLBEFINNANDE OCH REHABILITERING</b>	13
5.2 NÄRING (UPPFÖLJNING AV TILLRÄCKLIGT NÄRINGS- OCH VÄTSEKINTAG SAMT NUTRITIONEN HOS KLIENTERNA)	14
<b>5.3 HYGIENPRAxis</b>	15
<b>5.4 HÄLSO- OCH SJUKVÅRD</b>	15
<b>5.5 LÄKEMEDELSBEHANDLING UPPFÖLJNING AV VERKSAMHETSENHETENS PLAN FÖR LÄKEMEDELSBEHANDLING, UPPDATERING, GENOMFÖRANDE OCH UPPFÖLJNING AV GENOMFÖRANDET</b>	16
<b>5.6 SAMARBETE MED OLIKA AKTÖRER</b>	19
6 KLIENTSÄKERHET	19
<b>7 PERSONAL</b>	20
<b>8 LOKALER</b>	22
<b>8.1 TEKNISKA LÖSNINGAR, PASSERKONTROLL SAMT TRYGGHETS- OCH LARMAPPARATER FÖR KLIENTERNA</b>	23
<b>8.2 APPARATER OCH UTRUSTNING FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD SAMT VEDERBÖRLIG ANMÄLAN OM RISKSITUATIONER FÖRKNIPPADE MED UTRUSTNING</b>	23
9 BEHANDLING AV KLIENT- OCH PATIENTUPPGIFTER	24
10 SAMMANDRAG AV EGENKONTROLLPLANEN	25
11 KÄLLOR	27

## UPPGIFTER OM SERVICEPRODUCENTEN

<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> Jenny Dahlström		<b>Telefon</b> 044 4941240	
E-post <a href="mailto:jenny.dahlstrom@attendo.fi">jenny.dahlstrom@attendo.fi</a>			
<b>Uppgifter om verksamhetstillstånd (privat socialservice)</b>			
<b>Tidpunkt för beviljande av regionförvaltningsverkets/Valvras 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>Anmälningsskyldig 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	

# 1 VERKSAMHETSIDÉ, VÄRDERINGAR OCH VERKSAMHETSPRINCIPER

## 1.1 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/enhetschef samt klienten och deras närstående. Klienterna är delaktiga i sin vård i mån av möjlighet, och även i de vardagliga sysslorna på ett boende, enligt önskemål och individuella behov.

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 Asko-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.

## 2 RISKHANTERING

### 2.1 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, läkemedelsavvikelser, 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 arbetsskiften 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

### 2.2 Arbetsfördelning vid riskhantering

Riskhanteringen är hela arbetsgemenskapens gemensamma ärende, men platschefen har det överliggande ansvaret. På årsbasis utförs lagstadgade riskbedömningar enligt arbetsskyddslagen 1 gång per år av säkerhetsansvariga och de berörda inom personalgruppen. Därtill görs en skild riskanalys för interna processer. För båda analyserna görs utvecklingsplaner för att förminska risker som identifierats. Arbetsgemenskapen deltar i bedömningen av säkerhetsnivån och -riskerna, upprättandet av planen för egenkontroll och genomförandet av åtgärder som förbättrar säkerheten. Ledningen ansvarar för den strategiska riskhanteringen samt att egenkontrollen ordnas och instruktioner ges samt att arbetstagarna har tillräcklig kunskap i säkerhetsfrågor och att tillräckliga resurser har anvisats för säkerställande av verksamhetens säkerhet. Riskhanteringen är en fortgående process i det praktiska arbetet. Personalen förbinder sig att delta i riskhanteringen med hänsyn till olika yrkesgrupper och deras uppgiftsbeskrivning. Alla arbetstagare på enheten

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

### **2.3 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. Räddningsplanen, utredningen av utrymningssäkerheten och planen för läkemedelsbehandling granskas årligen och uppdateras vid behov.

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

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

#### **2.4.1 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 elektroniskt på en separat blankett, som finns lagrad i N-servern Kaarlepori/Avvikelser. 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. Kvalitetsansvariga för in de färdiga avvikelseblanketterna i Attendo Quality-systemet.

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 följer av missförhållanden, kvalitetsavvikelser, tillbud och negativa händelser samt korrigerar 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.

### **2.4.2 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 i samband med inskolningen på arbetsplatsen samt påminns årligen i samband med diskussion i ärendet på månadsmöte i januari. 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.

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.

### **2.4.3 Information om förändringar**

Personalen får information om förändringar på enhetens veckomöten, som dokumenteras och läs kvitteras av alla frånvarande. Veckomötet dit hela personalen är välkomna hålls varje onsdags eftermiddag på Haga. För dem som har ledig dag finns möjlighet att delta via teams. En gång per månad hålls ett större månadsmöte 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)

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 fyra gånger per år ett informationsbrev om aktuella händelser hemskickat per post. Däremellan kan det komma kortare information med SMS. Egenvårdarna strävar till att ha månatlig kontakt till sina klienters anhöriga.

### **3 UPPGÖRANDE AV PLANEN FÖR EGENKONTROLL**

#### **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**

Jenny Dahlström, Östra Åvägen 7, 66900 Nykarleby, Tel 044 4941240, [jenny.dahlstrom@attendo.fi](mailto:jenny.dahlstrom@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 november och uppdatering i mars. Uppdateringen sker i samarbete med personalen medan kontrollen utförs av endast enhetschefen.

#### **Offentlighet av planen för egenkontroll**

Planen för egenkontroll är ett offentligt dokument som ska vara lättillgängligt för alla, därför finns den på vår hemsida <https://www.attendo.fi/yksikot/attendo-haga-sv/>. Den finns i utprintad version för personalen att läsa (och kvittera) i myndighetsmappen i mötesrummet samt på N-servern elektroniskt. För klienter och anhöriga finns den tillgänglig på anslagstavlan i matsalen.

### **4 KLIENTENS STÄLLNING OCH RÄTTIGHETER**

#### **4.1 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. 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 egenvårdartid med sin klient. 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 hela personalens ansvar att klienternas behov dagligen iakttas och bemöts individuellt

## **4.2 UPPRÄTTANDE, GENOMFÖRANDE OCH UPPFÖLJNING AV VÅRD- OCH SERVICEPLANEN**

Inför uppgörandet av planen ombeds närstående att fylla i en blankett kring livsloppet. Denna kan fyllas i tillsammans med klienten eller enskilt. 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, närstående, 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 uppgjorts av egenvårdaren i samarbete med sjukskötaren eller enhetschefen. 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.

## **4.3 BEMÖTANDET AV KLIENTEN**

### **4.3.1 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 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 även mycket till de anhöriga som har kunskap om hur klienten framförde sina åsikter och tankar innan minnes sjukdomen.

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.

#### **4.3.2 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 begränsnings tillfälle 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 på inskolningsplattformen valo.attendo.fi. 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.

#### **4.3.3 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).

#### **4.3.4 Behandling av respons kring osakligt bemötande**

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.

#### **4.4 KLIENTENS OCH NÄRSTÅENDES DELTAGANDE I VERKSAMHETEN**

Närstående får vid inflyttning ett informationsbrev om vår verksamhet och praktiska ärenden gällande flytten, samt info om våra fria besökstider, kontaktuppgifter till boendet och enhetsschefen. 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 är välkomna att ringa, för att diskutera klientens mående och aktuella ärenden, när som helst och vi försöker att alltid ta oss tid att prata en stund med anhöriga om de är på plats och besöker. Informationsbrev skickas ut fyra gånger per år till alla anhöriga och däremellan kan det skickas SMS med aktuell information.

Gemensamma tillfällen för alla boende ordnas minst två gånger per år i form av julfest och sommarfest. Dessa tillfällen ordnas i avslappnad och hemlik stil.

Utöver denna allmänna kommunikation till anhöriga så definieras i varje vård- och serviceplan personliga önskemål för kontakten mellan egenvårdare och anhörig.

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

Fortgående respons tas emot genom aktiva diskussioner med klienter och närstående. Respons kan ges muntligt direkt till personal på plats eller i samband med klientmöten, skriftligt i enhetens resposlåda, per telefon eller e-post. Två gånger om året (maj och november) utförs elektroniska trivselförfrågningar. Till den närmaste anhöriga skickas då en länk per SMS till förfrågan. Förfrågan kan även besvaras på en tablett vid enheten. Tabletten används även när klienterna svarar på enkäten, antingen med hjälp av sin egenvårdare eller så självständigt. Svaren behandlas anonymt.

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

Den erhållna responsen antecknas i AQ-systemet, behandlas på enhetens möten och dokumenteras i PM. Baserat på resultaten gör personalgruppen upp en utvecklingsplan. Baserat på förfrågan i slutet av 2020 har personalen nu satsat på att öka antalet aktiviteter samt egenstunder för klienterna. Med egenstund menas kortare stunder av aktiv närvaro

utöver grundvårdssituationer. Dessa stunder är tänkta att skapa mera trygghet och sammanhang i vardagen.

Utvecklingsplan för verksamheten baserat på trivselförfrågningar, förfrågan gjort i maj 2021-> planen uppgjord i Juli 2021. Resultatet visade NPS 62. Vi skall upprätthålla det goda resultatet i anhöriga enkäten genom att vi ser de anhöriga, tar emot dem då de kommer och "springer inte undan", personalen utstrålar en god sammanhållning.

I utvecklingsplanen framkom att vi skall försöka förbättra klienternas upplevelse av att de kan påverka sin vardag. Detta har gjorts genom att ge alla klienter en egentid varje dag. Vi försöker alltid låta alla klienter välja det de kan och vill själva, men vissa rutiner behövs för att vardagen skall fungera. Med hjälp av en resultattavla i allrummet kan både anhöriga, klienter och personal följa med dagligen vem som fått egentid och aktivitet den dagen/veckan.

#### **4.5 KLIENTENS RÄTTSSKYDD**

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

Anmärkningar lämnas till den tjänsteman i kommunen som ansvarar för verksamheten, för Haga är det t.f. chefen för äldreomsorgen 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 samarbetspartner 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) Behandlande av anmärkningar och tillsynsbeslut**

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. Målsättningen är att alla klagomål skall behandlas inom fyra veckor.

### **5 EGENKONTROLL AV SERVICE INNEHÅLLET**

#### **5.1 VERKSAMHET SOM FRÄMJAR VÄLBEFINNANDE OCH REHABILITERING**

##### **5.1.1 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. En check-listan, som upprättas för varje klient, definieras centrala faktorer som påverkar klientens livskvalitet samt egenvårdarens roll i främjandet av livskvaliteten. Listan checkas var tredje månad.

På Haga främjar vi klienternas rörelseförmåga och känsla av gemenskap genom att alla kommer till matsalen för gemensamma måltider som lunch och middag. Vi har gympa stund 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.

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.

##### **5.1.2 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. För att bedöma funktionsförmågan och rehabiliterings effekter 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.

## **5.2 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.

Klientens nutrition planeras som en del i vård- och serviceplanen: bl.a. utreds specialdieter, hälsomässiga begränsningar och preferenser.. 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 mat servicen 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 viktminskning ingriper man genom att öka energiinnehållet i maten om det är svårt för klienten att äta större portioner. Även proteinrika livsmedel rekommenderas. Viktminskning relaterad till minnessjukdom följs upp och vid behov konsulteras läkare eller näringsterapeut. Resultaten och vidtagna åtgärder antecknas i klientdatasystemet.

### 5.3 HYGIENPRAXIS

Enhetens städserviceplan styr för sin del säkerställandet av hygiennivån, planen uppdateras av enhetens chef tillsammans med enhetens städare. Det finns skilda dags och veckorutiner för städ som säkerställer enhetens renlighet.

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 kansli finns en mapp märkt Hygieninfo. Dessa anvisningar om hygienpraxis är uppgjorda i samarbete med hygienskötaren Chatrine Norrbacka och hennes kontaktuppgifter finns på Social- och Hälsovårdsverkets hemsida. Klienterna och anhöriga på enheten informeras om vikten av handhygien samt ifall eventuella epidemier är aktuella. Infektionsskötaren eller hygienskötaren 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.

### 5.4 HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

**Tandvård:** Tjänster inom mun- och tandvård sköts på hälsovårdscentralens tandklinik eller hos en privat tandläkare.

**Icke-brådskande sjukvård:** Egenläkaren, Viktoria Ovnanyan på hälsovårdscentralen ansvarar för icke-brådskande sjukvårdstjänster till klienten. Läkaren besöker enheten en gång i månaden. Därtill har läkaren och ansvariga sjuksköterskan telefonrond varje vecka. Läkaren fattar beslut om klientens vårdåtgärder och enhetens personal genomför dem och följer de ordinationer som har getts om behandling av sjukdomar. Vi samarbetar med hemsjukhuset för att kunna vårda klienterna hemma så långt som möjligt.

**Brådskande sjukvård:** Jourmässig 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 jousen 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 på White boarden i kansli samt enhetens N-server Kaarlepori/rutinbeskrivningar

#### **Uppföljning av klienternas hälsotillstånd**

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

För enhetens hälso- och sjukvård ansvarar enhetschefen Jenny Dahlström samt teamleader sjukskötare Jessica Åstrand.

## **5.5 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. Planen kontrolleras och godkänns av sjukvårdsområdets ansvarige läkare Markku Kautiainen.

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

Genomförandet av läkemedelsbehandlingen följs upp genom att anteckna effekter av läkemedelsbehandlingen i klienternas dagliga observationer. Huvudansvaret för genomförandet och uppföljningen av klienternas läkemedelsbehandling innehålls av den legitimerade yrkesutbildade personen inom hälso- och sjukvården, sjukskötare Jessica Åstrand, som också övervakar personalens kompetens inom läkemedelsbehandling.

För läkemedelsbehandlingen på enheten ansvarar egenläkaren Viktoria Ovnanyan och ansvariga sjukskötaren Jessica Åstrand. 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. Enhetschefen 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 och närvårdare, med medicindelningslov, 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, insulin och inhalationer plockas fram och att narkotika läkemedel 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 och rumsnummer. Läkemedel delas varje vecka i dosett märkt med klientens namn och rumsnummer. Den medicinansvariga delar och kontrollerar dosetterna vart eftersom. Samtidigt kontrolleras mängden läkemedel att det räcker en dryg vecka framåt, annars noteras det på en skild medicin beställningsblankett. Där ska framgå klientens namn, signum, läkemedlets namn och styrka, samt ifall receptet bör förnyas. Medicinansvarig kontrollerar samtidigt med dosettindelning även läkemedel som administreras separat så som Levolac, Lantus, Exelon, Vagifem m. fl. Apoteksbeställningen görs via apotekets nättjänst varje torsdag av ansvariga sjuksköterskan.

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, datum och klockslag och sätts bredvid medicinbrickan. Narkotiska preparat delas i medicinkoppar först när medicin ansvariga kommer på jobb på morgon- eller kvällsskiftet. Den som delar narkotika i medicinkoppar kontrollerar att medicinen ges på rätt sätt, rätt dos och tidpunkt samt åt rätt patient. Narkotika- och HCI-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 medicin ansvariga 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 och är uppmärkt på medicinbrickan. 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 dubbel kontrollerar 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.

Alla klienters läkemedelslista går igenom varje månad av läkaren som rondar klienterna. Läkaren skriver själv med egen inloggning in de ändringar hon gör på när rondan annars förs ändringarna in av den som mottagit informationen. Alla läkemedelsändringar dokumenteras i klientdatasystemet under rubriken Lääkityshuomio.. 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 en i 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 skiftesansvariga 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 läkemedels observationer i klientdatasystemet. Läkemedel vid behov som har administrerats till klienten antecknas via sidan för tilläggläkemedel i klientdata systemet. 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.

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.

## **5.6 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 beställar kommunen 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 vidare åtgärder baserat på föreskrifter.

## **6 KLIENTSÄKERHET**

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 risk kartläggningarna.

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.

## **7 PERSONAL**

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

#### **7.1 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 0,55 arbetstagare/klient.
- Enhetens chef är Jenny Dahlström, som är utbildad sjukskötare.
- På enheten finns dessutom för tillfället 1 sjukskötare, 6 närvårdare samt 6 vårdbiträden, varav 4 är på läroavtal för att bli närvårdare. Antalet för stödpersonal är 3 (städning, kock och administrativ ledare)
- På enheten kan det också finnas studerande från olika yrkesläroanstalter.

#### **7.2 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 arbetsskiftet. Målet är att anlita vikarier som är bekanta för klienterna och som känner enhetens verksamhet. Enhetschefen ansvarar för vikarie arrangemangen. Akut inkallning av vikarier hör till skiftes ansvariga utanför kontorstid.

#### **7.3 Säkerställande av tillräckliga personalresurser**

Enhetens chef ansvarar för planeringen av arbetsskiftet och för att tillräckliga personalresurser är inplanerade i arbetsskiftet. 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.

#### **7.4 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.

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

Enhetens chef ansvarar för introduktionen av nya arbetstagare, arbetstagare som övergår till nya uppgifter och studerande. Introduktionen i praktiska arbetet genomförs av utsedd handledare.

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 nyanställda undertecknar den sedan sparas den elektroniskt i personal administrationsprogrammet.

Trivsselfrågan för personalen utförs två gånger per år (maj och november) och baserat på den gör personalgruppen upp en utvecklingsplan. 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.

## 8 LOKALER

Enheten verkar i en ny byggnad i ett plan. Vår enhet har sammanlagt 30 klientrum, fördelade på fyra flyglar med namn anknytning 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.

Vår vård filosofi är att främja möjligheten att röra sig och den egna aktiviteten samt säkerhet och hemtrevnad. 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 gruppheimmet 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.

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
- Städsvätskan utförs av enhetens personal
- Tvättservicen utförs av enhetens personal
- Insamling av smutsvätt 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.

## **8.1 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.

Vi köper in säkerhetstjänster av BotniaSec och de ansvarar för säkerheten på Attendo Haga. Deras kontaktuppgifter är: Karl-Johan Ström, Tel 0207616381 eller [johan@botniasec.fi](mailto:johan@botniasec.fi) 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.

## **8.2 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/Hjälpmiddel 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>.

Enhetschefen ansvarar för hjälpmedlen.

## **9 BEHANDLING AV KLIENT- OCH PATIENTUPPGIFTER**

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 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 och studeranden har ett eget personligt lösenord för inloggning i klient datasystemet och inloggningarna kan spåras. I klient datasystemet 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. Hilkka, 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>

### ***Dataskyddsbud 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***

Jenny Dahlström, Attendo Haga, Östra Åvägen 7, 66900 Nykarleby, Tfn 044 4941240,  
[jenny.dahlstrom@attendo.fi](mailto:jenny.dahlstrom@attendo.fi)

## **10 SAMMANDRAG AV EGENKONTROLLPLANEN**

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

Den dagliga verksamheten styrs av aktivitetsplaner/veckoprogram och klienternas personliga vård- och serviceplaner. Utifrån den information som fås med hjälp av trivselförfrågningarna samlas utvecklingsobjekt som används vid upprättandet av utvecklingsplan. Enskilda utvecklingsbehov och åtgärder genomförs alltid när behov uppkommer.

Enhetsspecifika risker i verksamheten bedöms i utrymningssäkerhets utredningen, 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. Avvikelser och tillbud behandlas alltid så fort som möjligt i personalgruppen för att kunna identifiera orsaken bakom dem och minska risken för att de upprepas.

Enhetens interna auditering hjälper enheten att svara på klienternas och myndigheternas förväntningar och stöder den kontinuerliga utvecklingen. Intern auditering utfördes under hösten 2020 och maj 2021 och avvikelserna har korrigerats.

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

Planen för egenkontroll godkänns och fastställs av verksamhetsenhetens ansvariga chef. Ort och datum 21.9.21 Nykarleby
--

Underskrift
-------------

Namnförtydligande Jenny Dahlström
--------------------------------------

## 11 KÄLLOR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Till stöd för planering av säker läkemedelsbehandling:**

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

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

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

## **Dataskyddsbudsmannens byrå: anvisningar för behandling av klient- och patientuppgifter**

Rekisteri- ja tietoturvaselosteet:

<http://www.tietosuoja.fi/fi/index/materiaalia/lomakkeet/rekisteri-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>