

PLAN FÖR EGENKONTROLL INOM SOCIALSERVICEN/Service för äldre personer

1. UPPGIFTER OM SERVICEPRODUCENTEN

| | |
|--|--|
| Serviceproducent Namn: Mehiläinen Hoivapalvelut Oy | |
| Serviceproducentens FO-nummer: 2099743-4 | |
| Verksamhetsenhetens namn Villa Joutsen/Svanhemmet | |
| Verksamhetsenhetens placeringskommun och kontaktuppgifter Esbo stad/Äldreservice/Boendeservice/Långtidsvård PB 1, 02770 Esbo, tfn 09 816 56000 | |
| Serviceform; klientgrupp, för vilka tjänsterna produceras; antal klientplatser Serviceboende med heldygnsomsorg 80 klientplatser, serviceboende 8 klientplatser | |
| Verksamhetsenhetens gatuadress Skeppargatan 2 | |
| 02320 | Esbo |
| Ansvarig chef på verksamhetsenheten Riitta Kolsi | Telefon 040 673 8168 |
| E-post riitta.kolsi@mehilainen.fi | |
| Uppgifter om verksamhetstillstånd (privata socialtjänster) | |
| Tidpunkt för beviljande av regionförvaltningsverkets/Valvras tillstånd (privata enheter som tillhandahåller verksamhet dygnet runt 15.5.2018 | |
| Service, för vilken tillståndet har beviljats Serviceboende med heldygnsomsorg | |
| Anmälningsskyldig verksamhet (privat socialservice) | |
| Kommunens beslut om mottagande av anmälan 19.4.2018 | Tidpunkt för regionförvaltningsverkets registreringsbeslut 15.5.2018 |
| Tjänster som upphandlas av underleverantör och underleverantörerna | |
| Städning: Lassila & Tikanoja Oy Tvättservice: Vistan Pesula Oy Fastighetsservice: Are Oy Disponentservice: Newsec | |

2. VERKSAMHETSIDÉ, VÄRDERINGAR OCH VERKSAMHETSPRINCIPER

Verksamhetsidé

Verksamhetsidé för Mehiläinen hoivapalvelut

Villa Joutsen–Svanhemmet erbjuder långtidsvård på serviceboende med heldygnsvård för äldre personer, vilka på grund av begränsningar som ålder eller sjukdom medför behöver vård och omsorg i sina dagliga funktioner dygnet runt. På Svanhemmet strävar vi efter att främja den egna aktiviteten och funktionsförmågan så långt som möjligt enligt klienternas resurser och önskemål.

Mehiläinenns värderingar och verksamhetsprinciper

Mehiläinenns verksamhet vilar på en värdegrund som utgörs av fyra värdepar:

Kunskap och färdighet

- Mehiläinen har förbundit sig starkt till hög yrkeskompetens. Vi beaktar personalens kompetens och yrkeskunskap redan i rekryteringsprocessen och fortsätter att sörja för den genom utveckling och utbildning av personalen, regelbunden bedömning av kompetens och utvecklingsbehov samt utveckling av chefs- och ledningsarbetet.
- I Mehiläinenns service för äldre personer tillämpas metoder som baserar sig på erfarenhet och vetenskaplig forskning. Tjänsterna är certifierade enligt kvalitetsstandard ISO 9000:1 och miljöstandard ISO 14000:1. Bedömningen och utvecklingen av kvaliteten är kontinuerlig.

Hänsynstagande och ansvarsfullhet

- Vi ser till och ansvarar för att våra tjänster genomförs så som vi har kommit överens. Processens framgång och utveckling bedöms regelbundet och planmässigt. Vi dokumenterar förändringar i klientens hälsotillstånd och funktionsförmåga och ger aktivt information om dem. I vårt arbete visar vi respekt och uppmuntrar våra klienter till egen aktivitet så länge det är möjligt.

Partnerskap och företagsamhet

- Vår verksamhet bygger på samarbete mellan servicebeställaren, klienterna och deras närstående. Tjänsterna planeras och utvecklas i samarbete med beställaren. Klientens befintliga resurser kartläggs i samarbete med de anhöriga för att vi ska kunna erbjuda klienten ett individuellt och gott liv ända till dess slut.
- Utvärderingen av arbetets effekter och resultat är också en gemensam process. Vårt arbetssätt är aktivt och vi belönar initiativförmåga och produktivitet.

Tillväxt och utveckling

- Vårt arbete styrs av vilja att ge våra klienter högklassiga tjänster. Vi har förbundit oss till att utveckla innehållet i våra tjänster och skapa nya servicemodeller. Vi är flexibla enligt såväl klienternas som beställarnas föränderliga behov.
- Vårt mål är att vara förstahandsvalet för våra samarbetspartner när de väljer serviceproducent.

Vi gör det enkelt att sköta ärenden med oss, ger övergripande service och bemöter varje kund individuellt

Genomförandet av Mehiläinens värderingar och verksamhetsprinciper i vardagen utvärderas årligen på flera sätt på olika nivåer i organisationen. Vid granskning på individ- och teamnivå har utvecklingssamtalen en viktig roll. Granskningar på enhetsnivå genomförs tätt sammankopplade med den helhetsmässiga årsplaneringen av olika tjänster. I detta sammanhang går vi igenom det år som gått med perspektiv på klienterna, personalen och processerna, jämför den utveckling som skett i relation till målen och ställer upp mål för följande år. Utifrån detta upprättas en verksamhetsplan för enheten. På motsvarande sätt utvärderar vi förverkligandet av värderingarna och verksamhetsidén i den verksamhetsberättelse som upprättas varje år.

Vår verksamhet styrs alltid av gällande lagstiftning samt internationella anvisningar och rekommendationer.

Lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000)

Lag om patientens ställning och rättigheter (785/1992)

Lag om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992) förordning om klientavgifter inom social- och hälsovården (912/1992) med stöd av lagen.

Lag om tillsyn över privat socialservice, (603/1996) och

gällande privata hälso- och sjukvårdstjänster lag om privat hälso- och sjukvård (152/1990).

Lag om behörighetsvillkoren för yrkesutbildad personal inom socialvården (272/2005) och

statsrådets förordning om behörighetsvillkoren för yrkesutbildad personal inom socialvården (608/2005) med stöd av lagen.

Lag och förordning om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994) och (564/1994).

Serviceenhetens verksamhetsidé och värderingar

Svanhemmets värderingar är de samma som koncernens kärnvärderingar. Mehiläinens grundläggande uppgift är skapa bättre hälsa och välmående tillsammans. Verksamheten styrs av kärnvärderingarna, enligt vilka våra tjänster kännetecknas av kunskap och färdighet, hänsynstagande och ansvarsfullhet, partnerskap och företagsamhet samt tillväxt och utveckling. Våra värderingar syns i all vår verksamhet och stöder de val som vår personal gör i sitt dagliga arbete. I våra värderingar betonas en människonära och tillförlitlig verksamhet samt gemensamt arbete och interaktion där man respekterar varandra. Verksamhetsprincipen på vår enhet är vårdarbete som upprätthåller klienternas kondition samt att främja klienternas livskvalitet genom att beakta och stödja deras funktionsförmåga, behov och önskemål. Det vårdarbete som utförs på Villa Joutsen-Svanhemmet främjar ett individuellt och gott liv.

3. RISKHANTERING

Beskrivningar och anvisningar för identifiering och hantering av risker finns i verksamhetssystemet.

Genom regelbunden riskkartläggning utreds risker relaterade till tjänsterna, enhetens arbetsförhållanden, arbetets belastningsfaktorer och eventuella riskfaktorer. Målet är att förebygga olycksfall och risksituationer samt att minska belastningen av arbetet. Utredningen används som grund vid planering av enhetens verksamhet och uppdatering av riskhanteringsplanen.

System och metoder för riskhantering

I riskhanteringsprocessen kommer man överens om förfaringssätt med vilka risker och kritiska arbetskedan kan identifieras. Personalen anmäler olägenheter, kvalitetsavvikelser och risker som de observerar och som inte ingår i en sedvanlig och smidig vardag via HaiPro, som är ett rapporteringssystem för ogynnsamma

händelser inom social- och hälsovården. HaiPro-programmet används med tanke på klient- och arbets säkerheten. De anmälningar som görs via HaiPro-programmet är en god mätare för de utvärderingar av risker och avvikelser som görs två gånger per år tillsammans med personalen.

Alla säkerhetsavvikelser och funktionella fel behandlas på enhetens arbetsplatsmöten under ledning av enhetschefen och antecknas i ett PM.

Arbetsfördelning för riskhantering

Enhetens ledning ansvarar för vägledning och ordnande av egenkontroll samt information i säkerhetsärenden till arbetstagarna. Enhetschefen har huvudansvaret för riskhanteringen. Arbetstagarna deltar i bedömningen av säkerhetsnivån och riskerna, upprättandet av planen för egenkontroll och genomförande av åtgärder som förbättrar säkerheten.

Utredning och bedömning av risker sker genom observationer i det dagliga vårdarbetet. Kartläggningen görs i en grupp som enhetschefen sammankallar. Gruppens sammansättning fastställs enligt situationen. Erfarenheter och yrkeskunskaper hos enhetens personal utnyttjas vid kartläggningen. På enheten finns utsedda personer i vars arbetsbeskrivning hanteringsprocessen för risker och funktionella fel har definierats.

Risker i verksamheten framkommer i det normala dagliga arbetet och hela personalen deltar i kartläggningen av risker. De kartläggs med hjälp av egenkontrollen, arbetarskyddet och räddningsplanen. Avvikelser eller risksituationer kan uppkomma av olika orsaker, till exempel i vård situationer, läkemedelsbehandling, relaterat till lokaler, apparater, dataskydd, eller på grund av klienten själv. Personalen är skyldig att omedelbart rapportera om risker. Av personalen förutsätts engagemang, förmåga att lära av fel och att kunna anpassa sig till förändringar, så att enheten kan erbjuda så säkra och högklassiga tjänster som möjligt.

Enhetens räddningsplan har godkänts av räddningsmyndigheten och en plan för egenkontroll enligt livsmedelslagen har godkänts av hälsovårdsmyndigheten.

Identifiering av risker

Information om risker samlas in på ett mångsidigt sätt, inte endast utifrån HaiPro-anmälningar. Diskussioner med personalen, klienterna och anhöriga ger värdefull information. Granskning av lokaler, kartläggning av risker och arbetsplatsutredningar ger tilläggsinformation om eventuella risker i verksamhetsmiljön. Bedömning av risker görs även i det dagliga arbetet. Riskerna kan vara relaterade till uppgiften, arbetsmiljön eller den egna förmågan att klara av uppgiften. Enskilda risker upplevs kanske inte som betydelsefulla, men samverkan av flera risker kan medföra att den totala risknivån blir hög.

Kan riskfaktorn avlägsnas? Kan sannolikheten för att risken uppstår på nytt minskas? Är det möjligt att minska följderna genom att förbereda sig bättre? Vad kan du själv göra?

Det är varje arbetstagares skyldighet att anmäla faror som han eller hon observerar och att förbinda sig till de förfaranden med vilka identifierade risker kan hanteras.

Arbetstagaren ska anmäla faror och risker till enhetschefen eller skyddsombudet.

Arbetstagarna på vårdhemmet ska utan dröjsmål meddela den person som ansvarar för verksamheten om de lägger märke till ett missförhållande eller en uppenbar risk för ett missförhållande riktat mot klienten (socialvårdslagen 48 §). På så sätt säkerställs god vård, omsorg och övervakning för patienten. Anmälan görs i Mehinet, blanketten finns under Sharepoint/tukipalvelut/laadunhallinta.

Missförhållanden kan vara förknippade med klientsäkerheten eller illabehandling. Rättsskyddet för den person som gör anmälan får inte äventyras. Anmälan kan göras anonymt.

Hantering av risker

Alla negativa händelser och tillbud antecknas enligt anvisningarna i HaiPro-systemet. Anmälningarna behandlas på enhetens arbetsplatsmöten under ledning av enhetschefen. Anmälningar som kräver omedelbara åtgärder behandlas så snabbt som möjligt av chefen. Vid behov behandlas anmälningar också tillsammans med klienter och deras anhöriga.

Avvikelse behandlas så snabbt som möjligt efter att anteckningen om avvikelsen har gjorts, minst en gång per månad på enhetens veckomöte. Ansvarspersonen för teamet och enhetschefen ansvarar för behandlingen av avvikelsen.

Till behandlingen av negativa händelser, avvikelser och tillbud hör att anteckna, analysera och rapportera dem. Serviceproducenten ansvarar för att den information som har erhållits i riskhanteringen utnyttjas i utvecklingsarbetet, medan arbetstagarna ansvarar för att informationen blir tillgänglig för ledningen. Till behandlingen av negativa händelser hör också diskussioner om dem med arbetstagare, klienten och vid behov med anhöriga. Om det sker en allvarlig negativ händelse vars följder är ersättningsgilla ska klienten eller anhöriga få information om ansökning av ersättning.

Korrigerande åtgärder

Vid kvalitetsavvikelser, tillbud och negativa händelser fastställs korrigerande åtgärder med vilka upprepningar av situationen förhindras i fortsättningen. Till dessa åtgärder hör bland annat att utreda orsakerna till situationen och utifrån detta ändra förfaringssätten så att de blir säkrare. Även för de korrigerande åtgärderna görs uppföljningsanteckningar och -anmälningar.

Vid behandling av kvalitetsavvikelser och andra avvikelser söker man processfel och under behandlingen försöker man hitta lösningar som förhindrar att risksituationer och avvikelser upprepas. Målet är att ändra på arbetsprocessen och ge nya instruktioner för att liknande negativa händelser ska kunna undvikas i fortsättningen. För händelsen görs en instruktion, korrigerande åtgärder och utses en ansvarsperson som sköter ärendet samt fastställs en tidtabell.

Information om förändringar

Alla arbetstagare på enheten informeras om praxisförändringar genom interna meddelanden i klientdatasystemet Domacare. Dessa ärenden behandlas också på enhetens veckomöte över vilket PM skrivs. PM:et kan läsas av alla och det skrivs ut på vårdhjemmets kansli tillsammans med en lista för läskvitering. Vid behov informeras även samarbetsaktörer och klienter.

4. UPPRÄTTANDE AV PLAN FÖR EGENKONTROLL

Person eller personer som ansvarar för planen för egenkontroll

Niklas Härus, chef för vårdtjänster på Mehiläinen Hoivapalvelut, 041 536 9796, kvalitetschef Merja Viitanen 050 336 3967

De planer för egenkontroll som har upprättats på enheten som en del i affärsområdets kvalitetshantering granskas och samtidigt säkerställs att de följer instruktionerna och att de har upprättats på överenskommet sätt.

Enhetens egen plan för egenkontroll upprättas i samarbete mellan verksamhetsenhetens ledning och personal. Det kan också finnas separata ansvarspersoner för olika delområden i egenkontrollen. Planen för

| |
|--|
| egenkontroll är också en bilaga till enhetens verksamhetsplan och ingår i varje arbetstagares introduktion på arbetsplatsen. |
| I upprättandet av enhetens plan för egenkontroll deltog: Enhetschefen, teamledarna och den övriga personalen |
| Kontaktuppgifter till den person som ansvarar för planeringen och uppföljningen av egenkontrollen: Riitta Kolsi, riitta.kolsi@mehilainen.fi , tfn 040 673 8168 |
| Uppföljning av planen för egenkontroll (punkt 5 i instruktionen) Planen för egenkontroll uppdateras när det sker förändringar i verksamheten som är relaterade till servicekvaliteten och klientsäkerheten. Planen för egenkontroll granskas när det uppstår behov av uppdatering, dock minst en gång per år före utgången av oktober. Personalen är skyldig att informera den ansvariga personen för egenkontrollen om de upptäcker att det finns behov av uppdateringar. |
| Offentlighet gällande planen för egenkontroll Den aktuella planen för egenkontroll är framlagd på enheten så att var och en lätt kan ta del av den utan separat begäran. Planen för egenkontroll på Villa Joutsen–Svanhemmet finns till påseende på enhetens webbplats och i informationsmappen i vårdhemmets entréhall. |
| Enhetens plan för egenkontroll finns framlagd: I en mapp i vårdhemmets entréhall samt på enhetens webbplats. |

5. KLIENTENS STÄLLNING OCH RÄTTIGHETER

| |
|---|
| Bedömning av servicebehov Bedömningen av servicebehovet och servicebeslutet gällande klientens placering på enheten görs i samarbete mellan klienten, närstående, vid behov servicehandledaren och serviceenheten och klienten/närstående kan påverka valet av serviceenhet. Klienten deltar i upprättandet av den rehabiliterande vårdplanen, fastställandet av målen och beslut som rör klienten själv. Servicebehovet och förändringar i behovet bedöms regelbundet genom daglig uppföljning av klientens hälsotillstånd. Vårdplanen uppdateras med sex månaders mellanrum eller vid förändringar i funktionsförmågan. Utgångspunkten i bedömningen är personens egen uppfattning om sina resurser och stärkandet av dem. Vid utredningen av servicebehovet ligger fokus på att återställa, upprätthålla och främja funktionsförmågan samt möjligheterna till rehabilitering. Bedömningen av servicebehovet omfattar funktionsförmågans samtliga dimensioner, som är fysisk, psykisk, social och kognitiv funktionsförmåga. I bedömningen beaktas dessutom riskfaktorer i olika dimensioner som predisponerar för försämringar i funktionsförmågan, såsom instabilt hälsotillstånd, nedsatt näringstillstånd, otrygghet, få sociala kontakter eller smärta. |
| Hur bedöms klientens servicebehov – vilka mätare används i bedömningen? Utgångspunkten i bedömningen är klientens samt de närståendes uppfattning om klientens resurser och stärkandet av dem. Vid utredningen av servicebehovet ligger fokus på att upprätthålla och eventuellt främja funktionsförmågan. Bedömningen av servicebehovet är övergripande, varvid den fysiska, psykiska, sociala och kognitiva funktionsförmågan beaktas. |

I bedömningen används olika mätare, bland annat RAI, MMSE, MNA, levnadsberättelse-blankett (elämänkaari-lomake) och andra mätare som lämpar sig för klienten och som har avtalats med köparen.

Vårdarnas observationer i vardagen och uppföljningen av dem utnyttjas som mätare, i form av anteckningar och informationsöverföring. På Svanhemmet görs bedömningar av klientens servicebehov och hälsotillstånd regelbundet av ett multiprofessionellt team (sjukskötare, närvårdare, fysioterapeut samt ergoterapeut) i samband med uppdateringar av serviceplanen och RAI-bedömningar.

Hur tas klienten och/eller klientens anhöriga och närstående med i bedömningen av servicebehovet?

Bedömningar av servicebehovet och rehabiliterande vårdplaner görs så långt som möjligt tillsammans med klienten och klientens närstående, och deras åsikter antecknas i klienthandlingarna.

Klienten och klientens närstående har möjlighet att komma och bekanta sig med enheten innan serviceavtalet görs. En tid för att komma och bekanta sig med enheten kan bokas direkt av enhetschefen och under besöket får klienten och de närstående bekanta sig med lokalerna, verksamheten, serviceinnehållet och personalen. Besöket utnyttjas också för precisering av servicebehovsbedömningen och för förberedelser inför flytten till enheten.

Upprättande av en rehabiliteringsplan och uppföljning av dess genomförande

Upprättande av en rehabiliterande vårdplan och uppföljning av dess genomförande

Rehabiliterande vårdplan

Planen baserar sig på den bedömning av funktionsförmågan som klienten och det multiprofessionella teamet har gjort tillsammans. Målen och åtgärderna enligt planen går igenom på personalmöten och varje medlem i arbetsgruppen bekantar sig med den uppgjorda rehabiliteringsplanen. Egen skötaren ansvarar för att planen hålls uppdaterad.

Planen granskas tillsammans med beställaren enligt den tidtabell som har fastställts i ramavtalet eller avtalet om köpta tjänster eller alltid när klientens situation så kräver, dock minst med ett halvt års mellanrum. Vid granskningen bedöms genomförandet av klientens föregående rehabiliterande vårdplan, klientens funktionsförmåga och överenskomna aktiverande åtgärder och deras effekter. Rehabiliteringsplanen skapas i klientdatasystemet. I planen antecknas klientens individuella mål, genomförandesätt, allmänna avtal samt deltagande i social rehabilitering. Funktionsförmågan i vardagen följs upp kontinuerligt och eventuella förändringar ska antecknas i planen.

I verksamhetssystemet finns anvisningar om upprättande av rehabiliteringsplanen, uppföljning, bedömning och antecknande av genomförande.

Bemötande av klienten

Stärkande av självbestämmanderätten

Självbestämmanderätten är en grundläggande rättighet för var och en och den baserar sig på rätten till personlig frihet, integritet och trygghet. Den har ett nära samband med rätten till skydd av integriteten och privatlivet. Personlig frihet omfattar vid sidan av personens fysiska frihet även personens fria vilja och självbestämmanderätt. I personalens uppgifter i tjänster inom socialvården ingår att respektera och stärka klientens självbestämmanderätt och stöda klientens delaktighet vid planeringen och genomförandet av tjänsterna.

Klientens självbestämmanderätt förverkligas när han eller hon deltar i upprättandet av vård- och rehabiliteringsplanen tillsammans med vårdpersonalen. Klienten får möblera sin egen bostad tillsammans med sina närstående.

Klienten beslutar själv om han eller hon vill delta i vårdhjemmets vardag och gruppverksamhet, personalen frågar om klienten vill delta men respekterar självbestämmanderätten och rätten att vägra att delta i gruppverksamhet och utevistelse.

Klienten kan fatta beslut i ärenden som rör vården och dagliga funktioner, om de inte är direkt skadliga eller äventyrar klientens hälsa och säkerhet.

Hur stärks frågor förknippade med klienternas självbestämmanderätt på enheten, såsom integritet, frihet att själv bestämma om sina egna dagliga aktiviteter och möjligheter till ett individuellt liv på egna villkor?

I tjänsterna följer vi lagar och förordningar om detta och vår praxis baserar sig på verksamhetssätt som är etiskt hållbara och respekterar klienten samt på Mehiläinens värderingar. Vi beaktar också individuella specialbehov och önskemål. Eventuella begränsningar avtalas i samarbete med klienten och anhöriga och de grundar sig alltid på en läkares bedömning av situationen. De grundar sig på säkerhetsaspekter och användningen av dem utvärderas regelbundet.

Klientens självbestämmanderätt förverkligas när han eller hon deltar i upprättandet av vård- och rehabiliteringsplanen tillsammans med vårdpersonalen. Klienten får möblera sin egen bostad tillsammans med sina närstående.

Klienten beslutar själv om han eller hon vill delta i vårdhjemmets vardag och gruppverksamhet, personalen frågar om klienten vill delta men respekterar självbestämmanderätten och rätten att vägra att delta i gruppverksamhet och utevistelse.

Klienten kan fatta beslut i ärenden som rör vården och dagliga funktioner, om de inte är direkt skadliga eller äventyrar klientens hälsa och säkerhet.

Principer för begränsning av självbestämmanderätten

På Svanhemmet har alla klienter möjlighet att röra sig fritt i det egna grupphemmet. I övrigt begränsas den fria rörligheten med låsta ytterdörrar för att garantera säkerheten.

I övrigt kan klientens självbestämmanderätt begränsas endast om klienten saknar förmåga att bestämma om sin vård och förstå följderna av sina handlingar och om det till följd av detta finns risk för att klienten med sitt beteende äventyrar sin egen hälsa och säkerhet eller andra personers hälsa och säkerhet. En begränsningsåtgärd kan också vidtas vid behov av att garantera klientens funktionsförmåga och/eller säkerhet i de dagliga aktiviteterna eller under vila (till exempel sänggrindar eller magnetbälte vid sittande).

En begränsning är därmed alltid en metod som vidtas i sista hand och den ska genomföras med hänsyn till människovärdet och integriteten. Innan hjälpmedel som begränsar rörligheten tas i bruk ska man

- 1) bedöma olägenheterna och nyttan ur klientens perspektiv och anteckna slutledningarna (tillsammans med klienten, klientens anhöriga, vårdpersonalen och läkaren)
- 2) välja en metod för begränsningen som begränsar klientens grundläggande rättigheter så lite som möjligt
- 3) det ska finnas en tidsbegränsad läkarordination om användningen av begränsande apparater, hjälpmedel och utrustning och ordinationen ska antecknas i klientens vård- och rehabiliteringsplan. Läkaren antecknar också ordinationen i klienthandlingarna.
- 4) behovet av att fortsätta med begränsningen utvärderas regelbundet och läkaren fattar beslutet om att begränsningsåtgärden ska avslutas och ger anvisningar om detta till personalen
- 5) efter beslutet ansvarar vårdpersonalen för ändamålsenlig användning av redskapen, att bruksanvisningen efterföljs, tillräcklig övervakning av klienten och introduktion av nya arbetstagare och studerande
- 6) motivet till att det begränsande redskapet används, användningen och användningstiden antecknas systematiskt i klientdatasystemet
- 7) varje gång när man använder redskapet bedömer man om det är nödvändigt att begränsa rörligheten vid den aktuella tidpunkten för att kunna garantera klientens säkerhet

Bemötande av klienten

På Mehiläinen följer vi principen om fortgående utveckling: frågor relaterade till klientens ställning, rättigheter och rättsskydd bedöms regelbundet i enlighet med kvalitetssystemet. Det är viktigt att samla information och att reagera på den samt att företagskulturen i organisationen främjar en fortgående utveckling.

Om personalens bemötande av klienten har varit osakligt eller kränkande har personalen anmälningsplikt om detta till närmaste chefen och enhetschefen. Klienten har rätt att göra en anmärkning till ansvarspersonen för verksamhetsenheten. På enheten finns anvisningar om anmärkningsförfarande och klienten får handledning och hjälp i framställandet av en anmärkning (till exempel socialombudsman). Alla situationer behandlas tillsammans med enhetschefen och en anteckning om avvikelse görs om dem. Korrigeringsåtgärderna fastställs och enhetens närmaste chef ansvarar för att de genomförs.

Om avvikelsen är mycket allvarlig/har omfattande effekt till exempel på samarbetet med servicebeställaren ska chefen för vårdtjänster och kvalitetschefen informeras.

Klienten bemöts enligt våra värderingar och verksamhetsprinciper med hänsyn och respekt. Varje arbetstagare har ett personligt ansvar för att säkerställa detta. Illabehandling förebyggs genom introduktion och utbildning. I arbetsgemenskapen stöds öppen växelverkan, vilket innebär att frågor kan diskuteras öppet redan innan problem har uppkommit. Om illabehandling av en klient framkommer ingriper man omedelbart och reder öppet ut situationen utan dröjsmål. Chefen diskuterar först enskilt med sakägarna.

Om man misstänker att en närstående till klienten behandlar klienten illa fysiskt eller psykiskt under permissioner eller under besök, ordnar man en vårdförhandling där man diskuterar frågan med den anhöriga. Besök av anhöriga kan inte begränsas. Om situationen fortgår kontaktar man områdets socialarbetare och klientens behandlande läkare för en utvidgad vårdförhandling. I denna deltar utöver klienten och klientens anhöriga även en läkare, socialarbetare, egen skötare, enhetschefen och eventuellt andra representanter. Vid behov konsulterar man andra myndigheter såsom polisen eller intressebevakare för att man ska hitta en lämplig lösningsmodell. I denna situation gör man en bedömning av om klientens fysiska eller psykiska hälsa är i fara. Vid behov ska klienten överflyttas för att få ändamålsenlig vård.

Om en av enhetens klienter behandlar en annan klient illa, ska man på enheten genast vidta åtgärder för att illabehandlingen ska upphöra. Klienternas säkerhet kommer i första hand. Vid ingripande i illabehandling krävs det en helhetsmässig utredning av klientens situation. Lösningen av situationen ska i första hand grunda sig på identifiering av orsakerna till beteendet hos den klient som har förorsakat hot eller fara. Dessutom ska klientens läkemedelsbehandling granskas.

Det finns anvisningar om anmälning av illabehandling i planen för egenkontroll under punkten Identifiering av risker.

Klientens delaktighet

Beaktande av klienternas och deras närståendes åsikter och erfarenheter är en väsentlig del i utvecklingen av servicens innehåll, kvaliteten, klientsäkerheten och egenkontrollen. Respons samlas genom både fortgående enkäter (Roidu) och en mer omfattande enkät som genomförs en gång per år.

Insamling av respons

En gång per år genomförs inom omsorgstjänsterna en omfattande enkät om klientnöjdheten, där olika delar i serviceprocessen kartläggs. Enkäten genomförs på hösten, från oktober till november. Respons av beställarkunderna samlas regelbundet med hjälp av olika undersökningar.

Klienternas närstående uppmuntras att delta i utvecklingen av verksamheten tillsammans med personalen och klienterna. Ett tätt och nära samarbete med de närstående ger också bättre möjligheter till responsutbyte. Respons av närstående efterfrågas och samlas aktivt.

Kvaliteten i Mehiläinens omsorgstjänster mäts med en kvalitetsindexenkät som genomförs regelbundet. Enkäten har separata frågeserier för närstående, klienter och personal. Kvalitetsindexet baserar sig på Mehiläinens fem kvalitetslöften: 1) individuell omsorg, vägledning och stöd, 2) säkerhet, 3) ett eget trivsamt

hem, 4) social gemenskap och delaktighet 5) läcker mat. Villa Joutsen–Svanhemmens eget kvalitetsindex bildas av responsen. Om respondenten har varit mycket kritisk ger systemet ett larm för servicenivån, som förmedlas för kännedom till enhetschefen, kvalitetsorganisationen och affärsledningen. Servicenivålarmet sätter igång omedelbara åtgärder för korrigerande av den aktuella situationen.

Klientresponsen samlas med olika metoder: i vardagen och i olika forum, efter händelser och vid individuella diskussioner samlar vi åsikter om hur väl vi har lyckats och vad vi borde utveckla. Klientmöten är bra forum för utveckling av verksamheten och vi gör PM över dem. Klientmöten på Villa Joutsen–Svanhemmet är evenemang som ordnas varje vecka och som leds av en ergoterapeut. PM finns till påseende i gemensamma lokaler i ifrågavarande grupphem.

Behandling av respons och användning i utveckling av verksamheten

All kundrespons som fås dokumenteras på verksamhetsenheten enligt gällande anvisningar. Responsgivaren kan vara en serviceanvändare, en anhörig/närstående, en arbetstagare i en intressegrupp eller någon annan samarbetsaktör. Kundrespons dokumenteras via klientdatasystemet. Responsen behandlas på personalmöten. Respons och nöjdhetsenkäter utnyttjas också vid upprättandet av verksamhetsplanen.

Resultaten av nöjdhetsenkäter går igenom enhetsvis och sammanställs på affärsområdesnivå. Enheternas resultat går igenom på personalmöten och på gemensamma möten tillsammans med klienterna. Bland klienterna samlas aktivt förslag för att förbättra klientnöjdheten och utveckla servicen. Resultaten används både i form av korrigerande åtgärder för att förbättra kvaliteten och för att stärka fungerande praxis.

Genom regelbunden översyn av det system för kundrespons som används säkerställer vi funktionsdugligheten i befintliga anvisningar och förfaranden. Även genom interna auditeringar försöker vi hitta utvecklingsobjekt i kundresponsystemet.

Klientens rättsskydd

a) Mottagare av anmärkningar

Enhetschef Riitta Kolsi, riitta.kolsi@mehilainen.fi, tfn 040 673 8168

b) Socialombudsmannens namn och kontaktuppgifter samt information om de tjänster som socialombudsmannen erbjuder

Eva Peltola
eva.peltola@espoo.fi
Social- och hälsovårdssektorn, PB 205, 02070 Esbo stad
tfn 09 816 51032

Socialombudsmannen är en opartisk person, som arbetar för att trygga klienternas rättigheter. Utöver information till och samarbete med enskilda klienter omfattar socialombudsmannens arbete också information till och samarbete med olika myndighetsaktörer, klientorganisationer och serviceproducenter.

Socialombudsmannen kan vid upptäckt av missförhållanden eller brister föra ärendet för kännedom och åtgärder direkt till socialnämnden eller regionförvaltningsverket.

I lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (24 §) definieras socialombudsmannens uppgifter enligt följande:

- Ge klienterna råd i frågor som gäller tillämpningen av denna lag
- Bistå klienten i att framställa en anmärkning
- Informera om klientens rättigheter
- I övrigt arbeta för att främja klientens rättigheter och för att de skall bli tillgodosedda

- Följa hur klienternas rättigheter och ställning utvecklas i kommunen och årligen till kommunstyrelsen avge en redogörelse för detta.

c) Beskrivning av hur anmärkningar, klagomål och andra övervakningsbeslut gällande enhetens verksamhet behandlas och beaktas i utvecklingen av verksamheten

Klienterna och anhöriga får vägledning i anmärkningsförfarandet. Syftet är att man först behandlar ärenden på enheten och i vårdställets egen kommun och om ärendet inte blir utrett övergår man till klagomålsförfarande. Ett anmärkningsförfarande kan också inledas på initiativ av personalen om den anser att det är nödvändigt.

Chefens ansvar:

1. ta varje anmälan om missförhållanden på allvar
 2. anteckna och arkivera de anmälningar som har emottagits
 3. ingripa i ärendet och diskutera korrigerande åtgärder med personalen
 4. verkställa korrigerande åtgärder för att ändra praxis och avlägsna missförhållanden
 5. gå igenom anmälningar regelbundet på arbetsplatsmöten
 6. anteckna genomgångna anmälningar i mötets PM
- När en anmärkning/klagan har mottagits inleds utredningsarbetet
 - Utifrån utredningen fastställs korrigerande åtgärder
 - När en klagan har mottagits upprättas ett officiellt genmäle (till exempel till regionförvaltningsverket) där de korrigerande åtgärderna förklaras.
 - När myndigheten har fattat sitt beslut om klagomålet vidtar man åtgärder enligt myndigheternas anvisningar
 - Om det med anledning av anmärkningen konstateras att det finns behov av ändringar i praxisen, informeras hela arbetsgruppen om dessa via enhetens elektroniska system.
 - Socialombudsmannens kontaktuppgifter finns alltid tillgängliga för användarna av servicen och deras närstående.
 - Beskrivning enligt enhet och tjänst om information till påseende: beskrivning över behandling av anmärkningar gällande enhetens verksamhet
 - Alla anmärkningar gällande servicen behandlas av enhetschefen och servicedirektören. Chefen för vårdtjänster och kvalitetschefen informeras alltid om anmärkningar. Den ansvariga socialarbetaren i klientens hemkommun ska också informeras om anmärkningen och bemötandet av anmärkningen (klientlagen 23 §)
 - Den chef som ansvarar för enheten ansvarar för hanteringsförfarandet vid anmärkningar och klagomål samt för upprättandet av ett genmäle. Utvecklingschefen bereder tillsammans med ansvarspersonerna genmälen på klagomål som godkänns av chefen för vårdtjänster.

e) Målsatt tid för behandling av en anmärkning

Anmärkningar framställda av privatpersoner behandlas inom en vecka och myndighetsbegäran, som kräver utförligare utredningar, inom den utsatta tiden.

f) Anmälningsskyldighet för personal inom socialvården

Enligt 48 och 49 § i socialvårdslagen ska personal inom socialvården utan dröjsmål meddela den person som ansvarar för verksamheten om de vid skötseln av sina uppgifter lägger märke missförhållanden eller en uppenbar risk för ett missförhållande vid tillhandahållandet av socialvård för klienten. Den person som tar emot anmälan ska anmäla ärendet till den ledande tjänsteinnehavaren inom kommunens socialvård. Anmälan kan göras trots sekretessbestämmelserna.

Om en arbetstagare vid skötseln av sina uppgifter lägger märke missförhållanden eller en uppenbar risk för ett missförhållande vid tillhandahållandet av socialvård för klienten, kan arbetstagaren göra anmälan. Med missförhållanden avses till exempel osakligt bemötande av klienten, verbal kränkning av klienten, brister som framkommer i klientsäkerheten, illabehandling av klienten och åtgärder i verksamhetskulturen

som är skadliga för klienterna. Även risk för ett missförhållande som är uppenbar eller som kan leda till ett missförhållande ska anmälas.

Med illabehandling avses fysisk, psykisk, sexuell eller kemisk, dvs. med läkemedel orsakad, illabehandling. Illabehandling innefattar till exempel att klienten knuffas, slås eller hotas, utnyttjas fysiskt eller ekonomiskt, tilltalas på ett osakligt och sårande sätt, att det finns allvarliga brister i tillgodoseendet av klientens ställning och rättigheter, den grundläggande omsorgen och vården.

Anmälan görs omedelbart på blanketten för personalens anmälningsskyldighet när en arbetstagare lägger märke till ett missförhållande eller risk för ett missförhållande riktat mot klienten. Blanketten finns i elektronisk form på Mehinet sharepoint/tukipalvelut/laadun hallinta. Anmälan ska göras omedelbart på blanketten till den person som ansvarar för enhetens verksamhet dvs. enhetschefen. Mottagaren av anmälan informerar servicechefen om anmälan och konsulterar denna innan anmälan till kommunen görs. Den person som tar emot anmälan ska anmäla ärendet till den ledande tjänsteinnehavaren inom kommunens socialvård eller ansvarspersonen för tillsynen om kommunen har utsett en ansvarsperson.

”För anmälningar om missbruk, missförhållanden och eller äventyrande av klientsäkerheten finns det på Mehiläinens interna intranet Mehinet en kanal, där arbetstagarna kan göra en anonym anmälan: <https://mehilainen.sharepoint.com/tukipalvelut/laadunhallinta/Sivut/Whistle-blowing---V%C3%A4%C3%A4rink%C3%A4yt%C3%B6sten-ilmoittaminen.aspx>

EGENKONTROLL AV SERVICEINNEHÅLLET

Verksamhet som stöder välbefinnande, rehabilitering och tillväxt

Främjande av klientens fysiska, psykiska, kognitiva och sociala funktionsförmåga samt välbefinnande

Utgångspunkten i främjandet av klienternas funktionsförmåga och välbefinnande är att respektera människans individualitet, människans önskan om ett meningsfullt och betydelsefullt liv, att tillvarata klientens resurser och att ge klienten valfrihet. Genom att ta hänsyn till klientens önskemål och återstående resurser säkerställer man att klientens fysiska funktionsförmåga upprätthålls med utövande av motion och andra hobbyer. Främjande av den psykiska funktionsförmågan sker genom att man bland annat identifierar depression, ser till att nattsömn är tillräcklig och att dygnsrytmen är regelbunden samt stöder gemenskapen och anhöriga. Den sociala funktionsförmågan stöds genom gruppverksamhet och möjlighet till sociala kontakter samt besök på enheten och verksamhet som riktas utanför enheten. Olika former av stimulerande hobbyer stöder det helhetsmässiga välbefinnandet.

Genomförande av klienternas motions- och hobbyverksamhet

På Villa Joutsen–Svanhemmet arbetar två ergoterapeuter varav den ena är svenskspråkig och besöker gruppheimmet Uikku på tisdagar och den andra besöker gruppheimmen Kuikka och Koskelo på onsdagar. Ergoterapeuterna leder gruppverksamhet och individuella aktiviteter tillsammans med den övriga personalen på vårdhemmen. I verksamheten beaktas årstiderna, helger och andra speciella dagar samt klienternas önskemål. På vårdhemmet arbetar också en fysioterapeut som ger terapi i grupp och individuellt samt deltar tillsammans med den övriga personalen i ledningen av klienternas aktiviteter, utövande och annan verksamhet som upprätthåller klienternas funktionsförmåga. I personalens arbetsuppgifter för varje arbetsskift ingår planering och genomförande av motions- och hobbyverksamhet, med enskilda klienter eller i grupp.

På Svanhemmet används SävelSirkku som främjar aktivitet, som ett verktyg för vårdarna.

En gång per vecka ordnas ett kafé med olika teman för klienterna.

Uppföljning av hur målen för klienternas funktionsförmåga, välbefinnande och rehabilitering uppfylls:

Hur målen för klienternas funktionsförmåga, välbefinnande och rehabilitering uppnås följs upp med Domacare-anteckningar, RAI-bedömningar, och till exempel Sävel-Sirkkus verksamhetsrapporter utnyttjas i uppföljningen av aktiviteter.

Kosten

Matsedeln planeras i enlighet med de nationella näringsrekommendationerna samt med hänsyn till klienternas individuella behov och matvanor. I vård- och serviceplanen utreder vi alla frågor gällande matvanorna och kosten för varje klient, bland annat specialdieter, hälsomässiga begränsningar och preferenser. Matsedlarna görs upp så att de är mångsidiga och hälsosamma. Vårdhemmets matsedel görs upp av husets kock och enligt rekommendationerna av Mehiläinens Kokkikaarti är maten hälsosam, säker, balanserad och varierad.

Frukosten serveras flexibelt enligt hur det passar klienterna ca kl. 7–10, lunch serveras kl. 12, eftermiddagskaffe kl. 14.30, middag kl. 17 och kvällsmål kl. 19.30. Nattmat erbjuds/serveras hela natten till de som är vakna.

Dagligen utvärderas att klienten får tillräckligt med föda och vätska, vid behov görs en vätskelista upp. Vikten följs upp åtminstone en gång i månaden. Domacare-mätningarna ger direkt klienternas aktuella BMI. Dessutom används RAI-mätaren för funktionsförmågan och MNA-testet i uppföljningen av näringen. Kosttillskott och proteinberikad mat används för att förebygga oavsiktlig viktminskning.

www.ravitsemusneuvottelukunta.fi

Hygienpraxis

I Mehiläinens hygienplan beskrivs följande ämnesområden: Hygien i vårdarbetet, infektionsbekämpning, hygien i verksamhetsmiljön, livsmedelshygien, utbildning. Mehiläinens nationella hygienkommitté stöder enhetens hygienarbete. På enheten finns en utsedd kontaktperson som ansvarar för livsmedels- och miljöhygien (egenkontroll för hälsoskydd och livsmedelsförsörjning). Enheten har en plan för egenkontroll av livsmedelsförsörjningen.

Enheten har en städplan som har gjorts upp av Lassila & Tikanoja som producerar städtjänsterna. I städplanen nämns vilka ämnen som används och tidtabellen för städningen.

Det finns anvisningar för hygienpraxisen och för förebyggandet av infektioner. Anvisningarna uppdateras i samarbete med Esbo stads hygienskötare.

Vid eventuella epidemier kontaktas Esbo stads hygienskötare omedelbart.

Sedvanliga försiktighetsåtgärder används i vården av alla klienter oberoende av infektionssituationen. Målet med försiktighetsåtgärderna är att förhindra att mikrober överförs från arbetstagarna till klienterna, från klienterna till arbetstagarna och via arbetstagarna från en klient till en annan. Handskar ska användas vid arbetsskeden där huden kommer i beröring med bl.a. klienternas slemhinnor eller sekret. Arbetsordningen är från ren till smutsig.

Anvisningar för infektionssmittor:

www.thl.fi/fi_FI/web/infektiotaudit-fi/taudit-

För att förebygga smittosamma sjukdomar vidtar vi till exempel följande försiktighetsåtgärder:

- handtvätt med tvål
- eventuella begränsningar för användning av smycken och konstnaglar
- effektiv renhållning av kontaktytor (dörrar, handtag, stolar, strömbrytare, kranar)
- användning av skyddshandskar vid behov för att förebygga epidemier

De som arbetar med klienterna ska antingen ha ett skydd av att de har haft sjukdomen eller ett tillräckligt vaccinationsskydd mot mässling och vattkoppor samt ett vaccinationsskydd mot säsongsinfluensa.

Ansvarspersonen på enheten ansvarar för att säkerställa att alla arbetstagare är lämpliga för arbetet enligt lagen om smittsamma sjukdomar. För mässlingens och vattkopporas del efterfrågas information om insjuknande i sjukdomen eller vaccination och för influensans del begärs ett vaccinationsintyg. Arbetstagaren kan även lämna in ett utlåtande från företagshälsovården om lämplighet enligt lagen om smittsamma sjukdomar.

Enheterna har städplaner med anvisningar för sekretdesinfektioner och omnämningen om vilka medel och redskap som ska användas.

En plan för egenkontroll av livsmedelförsörjningen har gjorts upp för egenkontroll av livsmedel.

Alla arbetstagare som deltar i matlagningen har hygienpass.

Hälso- och sjukvård

Mehiläinens patientsäkerhetsplan samt de nationella riktlinjerna och anvisningarna för patientsäkerheten finns på patientsäkerhetssidorna på intranätet.

Interna och externa auditeringar används för att följa upp hur de nationella riktlinjerna och anvisningarna samt den gemensamma praxisen genomförs. I de sektorspecifika sjukvårdsanvisningarna betonas att rekommendationerna och läkarens vårdanvisningar ska följas.

Verksamhetsanvisningarna för hur hälso- och sjukvården ordnas på enheterna och vilka anvisningar som efterföljs finns i kvalitetssystemet. Främjande av hälsa är ett eget område i kvalitetsbeskrivningen. Det finns sektorspecifika anvisningar om mätningar, screeningar och undersökningar. Det finns en separat anvisning om hur hälsoundersökningar ordnas. Hälsotillståndet följs upp enligt anvisningarna och praxisen i klientdatasystemets kvalitetssystem.

För klienterna ordnas den medicinska vård och behandling som de behöver enligt kvalitetssystemet och inom ramarna för avtalet. I vården följs den behandlande läkarens anvisningar och God medicinsk praxisrekommendationerna.

Villa Joutsen–Svanhemmet har en läkare från Attendo för de klienter som är Esbobor. Läkaren går rondan på vårdhemmet en gång per månad och telefonrondor ordnas en gång per vecka. HusLabs provtagare besöker vårdhemmet en gång per vecka och vid behov tar även sjuksköterna blodprov. Enheterna har maskiner för snabba analyser samt mätning av CRP och INR.

Vid behov om klientens hälsa snabbt förändras kontaktas Esbo mobila sjukhus, LiiiSa, som skickar ut en sjukskötare på hembesök och sjukskötare konsulterar en läkare.

Hur säkerställer enheten att anvisningarna för klienternas tandvård, icke-brådskande sjukvård, brådskande sjukvård och plötsliga dödsfall efterföljs?

En tandhygienist kontrollerar regelbundet klienternas mun och tänder och ger anvisningar/råd för tandvården eller de åtgärder som behövs. Vi ingriper i akuta tandproblem genom att så snabbt som möjligt ta hand om dem via primärhälsovården eller en privat serviceproducent. I protesfrågor kontaktar vi en tandtekniker och konsulterar de närstående. Klienternas tandvård ordnas i regel på Esbovikens tandklinik.

Den icke-brådskande sjukvården ordnas med Esbo stads avtalsläkare. Våra sjukskötare bär huvudansvaret för den icke-brådskande sjukvården, vid akuta fall är det de vårdare som arbetar under skiftet som bär ansvaret för att ge hjälp och larma mer hjälp via nödcentralen.

För icke-brådskande sjuktransporter använder vi 9Lives-ambulanserna.

Vid dödsfall följer vi Esbo stads skriftliga anvisningar. Anvisningarna finns i varje grupphems mapp med verksamhetsanvisningar och vi går igenom dem med varje ny arbetstagare.

Hur främjas de långtidssjuka klienternas hälsa och hur följer man upp deras hälsotillstånd?

Vid uppföljningen av långvariga sjukdomar följer vi serviceavtalet och vårdplanen och i verksamhetssystemet finns det allmänna anvisningar för hur klienternas hälsa främjas och för sjukvården. Långtidssjukdomar, deras behandling och främjandet av hälsan beaktas i de individuella rehabiliteringsplanerna och klienterna ges stöd för att ta hand om sitt hälsotillstånd genom handledning. Enhetens ansvariga sjukskötare säkerställer att uppföljningen av sjukdomen följer klientens personliga anvisningar.

c) För klienternas hälso- och sjukvård på enheten ansvarar:

Läkartjänsterna köps av Esbo stad, serviceproducent är Attendo Terveyspalvelut Oy. Den stadigvarande läkaren besöker enheten minst en gång per månad från och med 1 januari 2019. Dessutom kan läkaren nås per telefon vardagar kl. 8–16, vid övriga tider kontaktar vi jourhavande läkare vid Jorvs sjukhus. Sjukskötarna och alla andra som deltar i vårdarbetet ansvarar för det praktiska utförandet och uppföljningen inom ramarna för sin kompetens. Alla arbetstagare ansvarar för att muntligt och skriftligt rapportera observerade förändringar i klientens hälsotillstånd.

Läkemedelsbehandling

En säker läkemedelsbehandling baserar sig på en plan för läkemedelsbehandling som regelbundet följs upp och uppdateras. Enheten har en läkemedelsbehandlingsplan som gjorts upp enligt SHM:s handbok för säker läkemedelsbehandling (daterad 23012015) och hela personalen har satt sig in i handboken. Planen för läkemedelsbehandling definierar enhetens processer för läkemedelsbehandling och verkställandet av den följs upp regelbundet.

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

Planen för läkemedelsbehandling uppdateras alltid då det behövs, men minst varje år innan utgången av september. Läkemedelsavvikelser registreras i Haipro-systemet och i en sammanfattning som behandlas under enhetens möten. Orsakerna till avvikelserna och eventuella processfel analyseras gemensamt och man planerar de åtgärder som behövs för att förebygga läkemedelsfel. Vid behov kompletteras planen för läkemedelsbehandling.

b) Vem ansvarar för läkemedelsbehandlingen på enheten?

Enhetschefen, specialistsjukskötare Riitta Kolsi och den teamansvariga, sjukskötaren Anita Karki. Alla närvårdare som arbetar på grupphemmet och som har avlagt provet för läkemedelstillstånd ansvarar för genomförandet av klienternas läkemedelsbehandling.

Samarbete med andra servicegivare

Hur genomförs samarbetet och informationsutbytet med de övriga social- och hälsovårdsgivare som tillhör klientens servicehelhet?

En närstående eller en följeslagare från boendeservieenheten följer alltid med klienten vid icke-brådskande läkarbesök, på förhand överenskomna besök, för att säkerställa informationsförmedlingen. När klienten överförs till brådskande sjukvård säkerställs informationsförmedlingen med en remiss och vid behov även genom att ringa upp den mottagande instansen. När klienten skickas till jouren är det viktigt att kontrollera att det remitterande vårdhemmets kontaktuppgifter är rätt på remissen. De närstående ska omedelbart informeras om klientens situation och om att denne skickats till akutvården. Under vårdamtalen med de närstående har man kommit överens om hur informationen ska skickas och om de även ska kontaktas nattetid.

Tjänster som produceras som underleverans

Hur säkerställs att de tjänster som produceras som underleverans motsvarar de uppställda kraven på innehåll, kvalitet och klientsäkerhet?

I kvalitetshanteringens beskrivs underleveranser och samarbetsaktörer per affärsområde.

Serviceanskaffningarna beskrivs i Mehiläinens anvisningar för anskaffningsverksamhet och i anskaffningspolicyn.

Syftet med anskaffningspolicyn är att skapa förutsättningar för systematiska och helhetsekonomiska anskaffningar. Med hjälp av den säkerställs koncernens fördel genom att skapa en enhetlig praxis och

enhetliga avtalsmetoder som effektivt styr koncernens användning av resurser. Inom Mehiläinen efterföljs en ansvarsfull anskaffningspolicy och miljöfrågorna beaktas i mån av möjlighet. De valda leverantörernas verksamhetsmodeller stöder så väl som möjligt Mehiläinenns egen miljöpolicy. Kvalitetsutvärderingen av de nationella produkt- och tjänsteleverantörerna sker årligen i samband med att avtalen uppdateras.

Andra än nationella tjänste- eller produktleverantörer räknas upp av enhetschefen och kvalitetskontroll sker årligen enligt anvisningarna. Vi följer kontinuerligt upp underleverantörernas verksamhet. Centrala kriterier är kvaliteten på tjänsten/produkten, att leveransen sker i rätt tid och kostnaderna. Vi reklamerar omedelbart avvikelser. Protokoll förs under samarbetsmötena och dessa sparas på intranätet.

En förteckning över underleverantörer: L&T: städning, Vistan Pesula: sängklädsvård

Uppdateras av Mehiläinenns anskaffningspersonal. Enhetschefen kan sluta lokala leveransavtal.

6. KLIENTSÄKERHET

Samarbete med de myndigheter och aktörer som ansvarar för säkerheten

Enheten samarbetar med de myndigheter som ansvarar för säkerheten och med andra aktörer inom säkerhetsfrågor. Genom samarbete hålls alla säkerhetsrelaterade planer uppdaterade (bl.a. räddningsplanen, utrymnings säkerhetsplanen osv.). Planerna efterföljs och verkställandet av dem följs regelbundet upp.

Hur utvecklar enheten sin beredskap att förbättra klientsäkerheten och hur sker samarbetet med övriga myndigheter och aktörer som ansvarar för klientsäkerheten?

Målet med rapporteringen av avvikelser i klientsäkerheten är att utveckla praxis som ökar klientsäkerheten. En mer omfattande granskning av lokalerna sker varje kvartal och klientsäkerheten utvecklas tillsammans med den centraliserade kvalitetsorganisationen.

Granskningar utförda av hälsomyndigheterna och räddningsväsendet genomförs regelbundet.

Räddningsövningar, säkerhetsronder (1 gång/mån.) och primärläckningsövningar ordnas regelbundet för personalen. Enheterna har tillgång till verksamhetsmodellen AVEKKI vars syfte är att hantera våldsamma och aggressiva situationer. Personalen har gått AVEKKI-kursen i februari 2019. Grundutbildningar och fortbildningar ordnas regelbundet.

Personal

Vård- och omsorgspersonalens antal, sammansättning och tillräcklighet samt principer för användningen av vikarier

a) Hur ser enhetens vård- och omvårdnadspersonal ut till antalet och sin sammansättning?

När klientplatserna är fullbelagda arbetar sammanlagt 48 personer på Villa Joutsen–Svanhemmets serviceboende med heldygnsvård. Av dessa är 8 sjukskötare, 33 närvårdare, 1 ergo- eller fysioterapeut, 2 omvårdnadsbiträden och 4 arbetstagare inom stöduppgifter. Personaldimensioneringen är 0,55 arbetstagare/klient.

b) Vilka är enhetens principer för användningen av vikarier?

Vikarier skaffas i god tid för sådan frånvaro som är känd på förhand.

Vid plötslig frånvaro bland personalen försöker man alltid få en vikarie från den egna vikarielistan. Vårdhemmet använder egna timanställda.

| |
|--|
| <p>c) Hur säkerställs att personalresurserna är tillräckliga?</p> <p>Enhetschefen ansvarar för planeringen av arbetsskiftena och användningen av personalresurserna. Realiseringen av arbetsskiftsplanen följs upp dagligen och man reagerar snabbt på frånvaror och behovet av vikarier.</p> |
| <p>Principer för rekryteringen av personal</p> |
| <p>a) Vilka är principerna för rekryteringen av enhetens personal?</p> <p>Genomförande av rekrytering</p> <p>I personalstrategin som är en del av koncernstrategin definieras ärenden gällande personalen, vilka baserar sig på Mehiläinens vision, mission och verksamhet enligt värderingarna på alla koncernnivåer. Utmaningarna och möjligheterna för affärsverksamheten och personalledningen är gemensamma. Respektive chef ansvarar för personalplaneringen och rekryteringen enligt sina uppgifts- och ansvarsområden. HR-teamet stöder detta arbete med sin verksamhet.</p> <p>Resurskartläggning för nya arbetstagare</p> <p>Viss personal som väljs för tillsvidareanställning omfattas av resurskartläggning, se nedan. Behovet av kartläggning övervägs från fall till fall vi fråga om de som anställs för tidsbundna arbetsförhållanden. I kartläggningen bedöms arbetstagarens lämplighet för uppdraget och arbetsgemenskapen, men även personens framtida utvecklingsområden, vilka kan användas i de personliga utvecklingssamtalen med arbetstagaren.</p> <p>Rekrytering av vikarier</p> <p>Rekryteringen av vikarier beskrivs som en del av personalprocessen. Vikariernas kompetens och yrkesbehörigheter kontrolleras i samband med varje rekrytering.</p> <p>Rekryteringen av personalen styrs av arbetslagstiftningen och kollektivavtalen där både arbetstagarens och arbetsgivarens rättigheter och skyldigheter definieras. Särskilt vid anställning av arbetstagare som arbetar hemma hos klienterna och med barn beaktas personernas lämplighet och pålitlighet. Dessutom kan enheten ha egna rekryteringsprinciper för sin personalstruktur och personalens kompetens. Det är viktigt att öppet informera både arbetsökande och arbetsgemenskapens arbetstagare om dessa.</p> <p>Rekryteringsannonser sätts ut på adressen www.mol.fi/oppna arbetsplatser. Behörigheten hos alla arbetstagare granskas i Julkiterhikki/Julkisuosikki då arbetsavtalet undertecknas. Hela personalens behörighet kontrolleras årligen automatiskt i Julkiterhikki/Julkisuosikki. Vikarierna skaffas enligt vikarieanvisningarna och enhetens vikarielista.</p> |
| <p>b) Hur beaktas lämpligheten och pålitligheten vid rekryteringen särskilt hos de som arbetar hemma hos klienterna och med barn?</p> <p>Om enheten producerar tjänster för stödboende görs en egen introduktion för stödboendets personal och man följer nära och regelbundet upp hur de klarar av och presterar i arbetet. Alla arbetstagares behörigheter kontrolleras i Julkiterhikki och Julkisuosikki då arbetsavtalet undertecknas. Hela personalens behörighet kontrolleras årligen automatiskt i Julkiterhikki och Julkisuosikki.</p> <p>Drogtestning av arbetstagare</p> <p>Arbetstagarna testas för droger i samband med rekryteringen enligt verksamhetsplanen för företagshälsövården.</p> |
| <p>Beskrivning av introduktion och fortbildning av personalen</p> <p>Med introduktion avses alla de åtgärder som gör en ny arbetstagare bekant med</p> <ul style="list-style-type: none">• arbetsplatsen och dess seder och bruk• människorna på arbetsplatsen• sitt arbete och de förväntningar som ställs |

Introduktionen och handledningen i arbetet är en del av personalutvecklingen. Syftet med introduktionen är att öka personalens kunskande, förbättra kvaliteten, stöda orken i arbetet samt minska antalet arbetsolyckor och frånvaron. Det är frågan om en kontinuerlig process som utvecklas enligt personalens och arbetsplatsens behov.

Introduktion ges åt alla som börjar arbeta: ordinarie anställda, visstidsanställda, sådana som vid behov kallas till arbete (s.k. inhoppare), studerande och arbetspraktikanter. Introduktion ges även då arbetsuppgifterna och anställningen ändras.

a) Hur tar enheten hand om introduktionen av arbetstagare och studerande i klientarbetet, behandlingen av klientuppgifter och dataskyddet?

Mehiläinens introduktionsprogram "Onnistu perehdytyksessä ohjeistus ja vastuut" ger anvisningar för introduktion i olika uppgifter. I enhetens introduktionsprogram ges en inblick i alla delområden som hör till arbetsuppgiften. Introduktionen antecknas på introduktionsblanketterna.

Företaget använder en handbok för nya arbetstagare och har ett introduktionsprogram för hela personalen. Innehållet varierar något beroende på uppgift och anställningens längd. Det finns en checklista för introduktionen, ett introduktionskort, som går igenom tillsammans med arbetstagaren. Det finns introduktionslistor för fast anställda, kortvariga vikarier och studerande.

Det är enhetschefen som ansvarar för introduktionen. Någon av arbetskamraterna utses till arbetshandledare för den nyanställda, som arbetar sina första arbetsskift med den utsedda handledaren. Hela arbetsgemenskapen deltar i introduktionen och oftast är det mest ändamålsenligt att det är arbetskamraterna som ger handledningen i de egentliga arbetsuppgifterna. Enhetschefen ansvarar för att det finns tillräckligt med material för introduktionen och att den information som används är aktuell.

Vid introduktionen för en ny arbetstagare ska följande dokument gås igenom med arbetstagaren:

- Domacare-klientdatasystemet och tystnadsplikten samt sekretessblanketten
- Introduktionens checklista/introduktionsprogrammet
- Enhetens utrymmen och hur vardagen fungerar
- Personalens arbetsuppgifter
- Enhetens arbetsuppgifter per arbetsskifte
- Andra ämnen som de separata introduktionsprogrammen förutsätter, såsom räddningsplanen
- Mehiläinens verksamhetsprinciper
- Den obligatoriska dataskydds- och datasäkerhetsintroduktionen på Moodle

I introduktionsprogrammet för inhoppare och arbetstagare som endast gör korta vikariat ingår endast de nödvändiga anställningsärendena och en komprimerad arbetshandledning samt säkerhetsfrågorna. Ju längre arbetsförhållandet är desto mer företagsinformation läggs till i introduktionen, och vid arbetshandledningen behandlar man arbetsuppgifterna som en del av en större helhet.

För studerande finns ett eget kortare introduktionsprogram där man går igenom enheten, räddningsplanerna och en komprimerad arbetshandledning tillsammans med den handledare som utsetts för den studerande.

I introduktionen av en ny fast anställd behandlar man mer omfattande hur arbetsuppgiften är kopplad till andra funktioner och alla ämnen på checklistan går igenom i tillräcklig omfattning. Tillägg görs på checklistan om det behövs. Chefen och den nya arbetstagaren kommer sinsemellan individuellt överens om introduktionsprogrammet med beaktande av bl.a. anställningens längd och karaktär, yrkesfärdigheterna, erfarenheterna och utbildningen. Checklistan innehåller en uppställd förteckning med saker som ska lyftas fram vid introduktionen och som är ett stöd för planeringen och verksamheten.

Introduktionen inleds då den närmaste chefen har ett inledande introduktionssamtal med den nya arbetstagaren och de tillsammans börjar fylla i introduktionsprogrammet/checklistan. Introduktionen avslutas då alla planerade punkter

som finns på introduktionslistan har kvitterats och arbetstagarens kunskaper har kontrollerats och chefen har haft en slutdiskussion med arbetstagaren och introduktionsprogrammet/checklistan undertecknas. I samband med slutdiskussionen ber chefen om skriftlig återkoppling om introduktionen.

Den nya arbetstagaren ges anvisningar om att självständigt söka material och information.

Den arbetstagare som får introduktion intygar själv för sin chef att han/hon skaffat sig tillräckliga kunskaper för att sköta sitt arbete och att han/hon ansvarar för att skaffa sig mer kunskap. Introduktionen är en ömsesidig process där den som sätter sig in i arbetet aktivt ska delta.

Den som ger introduktionen

- handleder
- upprepar
- kontrollerar inläringen

Även den arbetstagare som ska arbeta i en ny situation bär ansvar för att introduktionen lyckas – det är viktigt att vara aktiv.

Den nya arbetstagaren

- tar reda på saker
- frågar om något är oklart
- följer upp sitt lärande

Den ifyllda och undertecknade checklistan/introduktionsprogrammet skannas in i arbetstagarens uppgifter i personaldatasystemet.

b) Hur ordnas personalens fortbildning på enheten?

En beskrivning av upprätthållande av personalens yrkeskompetens och arbetshälsa och kompetensledning. (t.ex. planering och uppföljning av fortutbildning, uppföljning av sjukfrånvaro, uppföljning av kompetensen, yrkesfärdigheterna och hur de utvecklas, utvecklingssamtal) (vi rekommenderar att personalens fortutbildningsplan görs upp)

Strategi för personalens kompetens och utbildning

För att vara framgångsrik i den föränderliga världen krävs en kontinuerlig inläring både med tanke på arbetstagaren och företaget. Kompetenshanteringen är en viktig konkurrensfördel. Snabbhet och rätt tajmning är kritiska faktorer i utvecklingen av kompetensen.

Kompetenshantering avser inte bara utveckling av kunskaper utan även utveckling av sådan praxis som stöder överföring av den personliga kompetensen till produkterna och tjänsterna och till en del av den gemensamma kompetensen.

I kompetenshanteringen ingår även skapande av en företagskultur som gör det möjligt att dela information och kunskap och att lära tillsammans. För att detta ska lyckas krävs ett målmedvetet ledarskap av kompetensen där varje anställd bär ansvaret för sitt kunnande och utvecklingen av det.

Som en del av verksamhetsenhetens verksamhetsplan skapas årligen en utvecklingsplan för personalen som baserar sig på personalkompassen, resultatamtalen och de prioriterade områdena i enhetens verksamhetsutveckling.

Resultat- och måldiskussion

Resultat- och måldiskussionerna förs årligen i januari–februari. Syftet med diskussionen är att utvärdera prestationerna den föregående perioden och se hur målen uppfyllts samt komma överens om målen för det

kommande året. Det är särskilt viktigt att varje arbetstagare vet vad som förväntas, att arbetstagaren får feedback om sin prestation och vet hur goda prestationer belönas.

När det gäller nya arbetstagare förs utvecklingsamtalen och den personliga utvecklingsplanen som en fortsättning på introduktionsprocessen cirka sex månader efter att personen börjat arbeta. Efter detta utvärderas kunnandet enligt normal process. Utifrån utvecklingsdiskussionen görs personens personliga utvecklingsplan upp.

Utbildningsprogram och Utbildningskalender

I Utbildningskalendern samlas information om Mehiläinens nationella utbildningar och utbildningar ordnade av samarbetspartner. Mehiläinen Oy:s separata utbildningsprogram görs upp på enheterna och inom sektorerna enligt behov som framkommer. Enheterna har sina egna utbildningsplaner. Alla utbildningar registreras i personalhanteringssystemet Elbit Skills där man kan ta ut utskriften på individ- eller enhetsnivå. Det är chefen som ansvarar för att kravet på fortbildning följs upp.

Program för arbetshälsa

Mehiläinens Program för arbetshälsa omfattar koncernens alla enheter. Programmet fungerar som en referensram och en baslinje för enheternas planer för arbetshälsan. Dessa ingår i varje resultatenhets resultatkort. Programmet för arbetshälsan riktas mot personalens arbetsförmåga, hälsa och arbetssäkerhet samt arbetsmiljön och arbetarskyddet.

Lokaler

Villa Joutsen/Svanhemmet ligger i en sanerad byggnad som stod klar för sitt nuvarande användningsändamål i maj 2018. Vårdhemmet öppnades för klienterna den 1 juni 2018.

Lokalerna ligger på sammanlagt fyra våningar. Det finns totalt 84 rum för klienterna, varav 77 på serviceboendet med heldygnsvård och 7 på serviceboendet. Varje klientrum har en egen toalett/eget badrum. Klienterna kan möblera sina rum med hjälp av sina närstående och använda sina egna saker och möbler. Om klienten saknar närstående kan personalen vid behov hjälpa till med möbleringen. Alla lokaler är tillgängliga.

På våning 0 finns sju (7) servicebostäder som är 25–32 m². Bostäderna har ett litet kök och toalett/badrum. Klienterna har dessutom ett eget dagrum med ett litet kök. Våningen har egen entré.

På våning 0 finns servicehemmets två bastuutrymmen med dusch- och omklädningsrum. På våning 0 finns även tvätteriet samt personalens omklädningsrum med dusch och toalett. På våningen finns även förrådsutrymmen.

På första våningen finns servicehemmets huvudentré och entréhall. På våningen finns sammanlagt 22 klientrum för serviceboende med heldygnsvård och av dessa är tre (3) av rummen dubbelrum. Dessa rum är 29 m², 32 m² och 34 m² och har toalett/badrum. Enkelrummen är 20–28 m² inklusive toalett/badrum. På våningen ligger två kök/matsalar och flera små dagrum

På våningen finns en stor restaurang/ett kafé med kök, diskrum, kontor och två förråd, städskrubb och toaletter för klienterna.

Grupphemmen använder ett gemensamt medicinrum, ett allrum för hobbyverksamhet, ett serviceutrymme för frisör, fotvårdare och fysioterapeut, direktörens kontor, ett mötesrum, städcentral personalens toaletteroch förråd.

Andra och tredje våningen är nästan exakt identiska. På andra våningen ligger 28 rum för serviceboende med heldygnsvård och på tredje våningen finns 27 rum. Alla rum på båda våningarna är enkelrum på 21–25 m² inklusive toalett/badrum. I centrum av våningarna finns gemensamma mat- och dagrum. Invid matrummen finns hemköket. Våningen har gemensamma dagrum och ett litet allrum. På våningen finns även en städskrubb/ett rum för klädtvätt, personalens toalett och ett förråd.

På tredje våningen finns dessutom ett gemensamt rymligt badrum där en duschsäng ryms in.

Principer för användning av lokalerna

Lokalerna har planerats färdigt den vård och omsorg som klienten behöver, för att möjliggöra verksamhet som upprätthåller och främjar funktionsförmågan, måltids-, klädvårds-, tvätt- och städtjänster samt för att gynna klientens delaktighet och sociala relationer.

Hur ordnas enhetens städning och klädtvätt?

Lassila & Tikanoja ansvarar för städningen. Vistan Pesula Oy har hand om klädtvätten.

| |
|---|
| <p>Tvätt av klienternas egna kläder sker dagligen på grupphemmen.</p> |
| <p>Tekniska lösningar (t.ex. kameraövervakning, brandsäkerhet, ellås, låssystem, larmsystem, bevakning)</p> <p>På Mehiläinen har alla maskiner som direkt eller indirekt används för att vårda eller övervaka patienten registrerats i enhetens maskinregister. Registret ska innehålla uppdaterad information om maskinens service-, kalibrerings- och valideringshistoria samt maskinens identifikationsuppgifter. Maskinerna servas och kalibreras enligt maskinleverantörens rekommendationer och/eller minst varje år.</p> <p>Maskinsäkerheten innebär inte enbart att maskinerna är säkra utan även att de används på ett säkert sätt. Chefen ansvarar för att personalen har fått utbildning i hur maskinerna används och att användarsäkerhetsanvisningarna finns tillgängliga och att de efterföljs. Handledningen i hur maskinerna fungerar dokumenteras i det personliga introduktionsprogrammet.</p> |
| <p>Anskaffning av hälsovårdens maskiner och tillbehör, användaranvisningar och service</p> <p>Det är enhetschefen som ansvarar för att skaffa hemmets gemensamma maskiner och förnödenheter. Maskinanskaffningarna sker enligt behov men även de krav på maskiner som avtalet med Esbo medför ska beaktas. Enheten har en maskinansvarig som uppdaterar maskinregistret. Varje anställd ska ges handledning i hur maskinerna används och handledningen ska antecknas. Maskinernas manualer ska finnas lättillgängliga. Maskinservicen har koncentrerats till Haltija Oy som för ett serviceregister. Klienterna ges anvisningar i hur personliga hjälpmedel såsom rullstolar kan skaffas på hjälpmedelsutlåningen.</p> |
| <p>Hur säkerställer vi att de hjälpmedel som klienterna behöver skaffas på ett ändamålsenligt sätt och att handledningen i användningen av hjälpmedlen och servicen av dessa sker korrekt?</p> <p>Personalen utreder tillsammans med fysioterapeuten klientens behov av hjälpmedel och kontaktar kommunens hjälpmedelscentral.</p> <p>Hjälpmedelsleverantören och/eller personalen ger klienten handledning i hur hjälpmedlet används. Service sker årligen på hjälpmedelscentralen eller enheten.</p> |
| <p>Namn och kontaktinformation till den som ansvarar för hälsovårdens maskiner och förnödenheter Enhetens direktör Riitta Kolsi, tfn 040 673 8168 eller riitta.kolsi@mehilainen.fi</p> |
| <p>Behandling av klient- och patientuppgifter</p> <p>Inom socialvården är klient- och patientuppgifterna känsliga och sekretessbelagda personuppgifter. I lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården finns bestämmelser om sekretessen och överlämnandet av socialvårdens patientuppgifter, och motsvarande uppgifter om användningen av uppgifter inom hälso- och sjukvården finns i lagen om patientens ställning och rättigheter. De uppgifter om sjukvård som yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården registrerar är patientuppgifter och därmed uppgifter avsedda för annat syfte och de förs därmed in i ett annat register än socialvårdens klientuppgifter.</p> <p>Enheterna använder sig av ett elektroniskt klientdatasystem vid namn Domacare där alla klientuppgifter registreras och sparas. Servrarna har säkerhetskopierats och är brandskyddade.</p> <p>Enheten har en plan för datasäkerheten och dataskyddet samt för användningen av datasystemen enligt 19 § i lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården (159/2007). Till egenkontroll för dataskydd hör skyldigheten att meddela datasystemets tillverkare om servicegivaren iakttar några väsentliga avvikelser i hur systemet uppfyller de viktigaste kraven. Om avvikelsen kan orsaka en betydande risk för patientsäkerheten, datasäkerheten eller dataskyddet ska detta anmälas till Tillsyns- och tillståndsverket för social- och hälsovården.</p> <p>De anvisningar som behövs för användningen har gjorts upp i samband med enhetens datasystem.</p> <p>Den person som ansvarar för enhetens klientregister är den person som ansvarar för enhetens tillstånd. En person som registrerats i klientregistret har rätt att granska sina uppgifter och vid behov kräva att de ändras. Begäran om granskning och korrigerings kan framställas till den registeransvariga, dvs. kommunen, med en blankett. Om den registeransvariga inte ger ut de begärda uppgifterna eller nekar till att göra de ändringar som krävs ska den registeransvariga ge ett skriftligt beslut på nekandet och motiveringarna för detta.</p> |

Efter att tjänsten upphör levereras klientens handlingar på det sätt som beskrivs i serviceavtalet eller i de erhållna anvisningar till den socialmyndighet som placerat klienten. Övrigt material förstörs.

Dataskyddsbeskrivningen finns som bilaga till planen för egenkontroll. Omsorgstjänsternas dataskyddsbeskrivningar finns även på Mehiläinens webbplats <https://mehilainen.fi/rekisteriselosteet/hoivapalveluiden-tietosuojaseloste>

a) Hur säkerställs att verksamhetsenheten efterföljer lagstiftningen om dataskydd och behandlingen av personuppgifter samt anvisningarna som gjorts upp för enheterna om registreringen av klient- och patientuppgifter samt myndighetsbestämmelserna?

Verkställandet av dataskyddet finns i delen "dataskydd" i Mehiläinens kvalitetshantering. Mehiläinens IT-ansvar och -behörigheter finns i datasäkerhetsstrategin. I alla arbetstagares arbetsavtal ingår en tystnadspliktsförbindelse.

Den bärande principen i Mehiläinens datasäkerhetspolicy är att alla andra uppgifter än de som klassats som offentliga endast finns tillgängliga för de personer som har rätt att behandla uppgifterna i fråga. Varje arbetstagare är skyldig att följa datasäkerhetspolicyen och det är chefernas ansvar att se till att arbetstagarna förstår hur viktig datasäkerheten är. Förbrytelser mot datasäkerhetspolicyen behandlas av styrgruppen för datasäkerhet.

Klientdatasäkerhetens egenskaper följer bestämmelserna och rekommendationerna.

Verksamhetsenhetens ansvarsperson har utsetts till ansvarig för klientregistret.

I början av vårdrelationen begärs de tillstånd som behövs för överlämningen av uppgifter och tillstånden registreras i klientdatasystemet.

Registreringen av uppgifter anges muntligen under kundservicesituationerna och då klienten flyttar in för vård. Skriftlig information om att uppgifterna registreras i systemet anges med den blankett som används då kundservicen inleds. I samband med detta informeras klienten om registerbeskrivningen. Systemet ligger på enhetens servernivå. Det används via arbetsstationerna på servern. Serverns datasäkerhet ordnas på organisationsnivå med säkerhetskopior.

Registrets uppgifter är sekretessbelagda. De arbetstagare som behandlar uppgifterna har tystnadsplikt. För att få användarrättigheter till systemet förutsätts en skriftlig tystnadspliktsförbindelse. Tystnadsplikten fortsätter efter att tjänsteförhållandet upphört.

Datasäkerhetsansvarig: medicinsk chef Jarmo Karpakka, jarmo.karpakka@mehilainen.fi

Genom personalens introduktionsprogram säkerställer man att de kan och behärskar datasäkerhetsfrågorna. Där specificeras de frågor som ska gås igenom under introduktionen.

Dataskyddspraxisen och tystnadsplikten förklaras för arbetstagaren då arbetsavtalet undertecknas och registreras i personaladministrationssystemet.

Enhetens dataskyddspraxis beskrivs i dataskyddsbeskrivningen som finns som bilaga till planen för egenkontroll.

Genom personalens introduktionsprogram säkerställer man att de kan och behärskar datasäkerhetsfrågorna. Där specificeras de frågor som ska gås igenom under introduktionen.

Anvisningar för informationen till klienten om hur personuppgifterna behandlas. Anvisningar: www.tietosuoja.fi

Dataskyddsbeskrivning: Modellblankett och anvisningar på: <http://www.tietosuoja.fi/uploads/m290kggfj8w.pdf> och <http://www.tietosuoja.fi/uploads/drs1w.pdf>

Klientens samtycke till användning/överlåtelse av sekretessbelagda uppgifter: TSV:s handbok <http://www.tietosuoja.fi/uploads/r63fxb8bp1c8toy.pdf>

En beskrivning av introduktionen för personalen och om säkerställandet av kompetensen inom dataskyddsfrågor och dokumenthanteringen (mer information om socialvårdens klienthandlingar:

<http://www.sosiaaliporssi.fi/File/eef14b19-bacf-4820-9f6e-9cc407f10e6d/Sosiaalihuollon+asiakasasiakirjat.pdf>

b) Hur tar man hand om handledningen av och vidareutbildningen för personalen och praktikanten i hanteringen av personuppgifter och datasäkerhetsfrågor?

Introduktionsanvisningarna och praxisen för behandlingen av personuppgifter och för datasäkerheten finns i det elektroniska verksamhetsstyrningssystemet och är en del av arbetstagarens introduktionsprogram som alla arbetstagare går igenom.

Vidareutbildning ordnas vid behov och nödvändigheten övervägs då utbildningsplanen görs upp. År 2018 kommer ett självstudiematerial om dataskyddet att ges ut och det ordnas en tentamen för hela personalen.

c) Var kan enhetens dataskyddsbeskrivning ses offentligt?

Som bilaga till planen för egenkontroll i entréhallen.

d) Namn och kontaktinformation till den registeransvariga

medicinsk chef Jarmo Karpakka, tfn 010 414 0112, jarmo.karpakka@mehilainen.fi

7. SAMMANFATTNING AV UTVECKLINGSPLANEN

Utvecklingsbehov som kommit från klienterna, personalen och via riskhanteringen samt tidtabellen för verkställandet av korrigerande åtgärder

Uppgifter på enhetsnivå om behovet att utveckla kvaliteten på servicen och klientsäkerheten erhålls från flera olika källor. Riskhanteringsprocessen behandlar alla anmälningar om missförhållanden och utvecklingsbehov som blivit kända och en plan för hur saken ska rättas till görs upp beroende på riskens allvarlighet.

Till Mehiläinens verksamhetsmetoder hör en kontinuerlig uppföljning och utveckling av kvaliteten. Ingen process är någonsin helt felfri och det kan inträffa fel i den mänskliga verksamheten. Det är viktigt att samla information och att reagera på den samt att företagskulturen i organisationen främjar en fortgående utveckling.

En omfattande riskbedömning utförs årligen med personalen. Dessutom registreras händelser som inte är en del av vanlig, smidig verksamhet av hög kvalitet in i programmet HaiPro för negativa händelser. Anmälningen görs även om felaktiga förfaringssätt eller tillbud som äventyrar klientsäkerheten, där man till exempel är på väg att ge fel medicin, medicinen delas ut felaktigt, klienten faller omkull, någon maskin inte fungerar eller det skett något som strider mot verksamhets- och/eller arbetsanvisningarna.

GODKÄNNANDET AV PLANEN FÖR EGENKONTROLL

(Planen för egenkontroll godkänns och fastställs av verksamhetsenhetens ansvariga direktör)

Ort och datum

Esbo 20.3.2019

Underteckning och namnförtydligande

Riitta Kolsi

BLANKETTEN HAR UPPRÄTTATS MED HJÄLP AV FÖLJANDE HANDBÖCKER, ANVISNINGAR OCH KVALITETSREKOMMENDATIONER:

Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry, Ammattieettinen lautakunta: Arki, arvot, elämä, etiikka.

Sosiaalialan ammattilaisen eettiset ohjeet.

- http://www.talentia.fi/files/558/Etiikkaopas_2012.pdf

SHM:s publikationer (2011:15): Riskienhallinta ja turvallisuussuunnittelu. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon johdolle ja turvallisuusasiantuntijoille

- http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2765155&name=DLFE-16622.pdf

SHM:s publikationer (2014:4): Lastensuojelun laatusuositus

- http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9882186&name=DLFE-30055.pdf

SHM:s publikationer (2013:11): Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi

- http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf

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

- http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3779.pdf&title=Vammaisten_asumispalveluiden_laatusuositus_fi.pdf

Potilasturvallisuus, Työsuojelurahasto & Teknologian tutkimuskeskus VTT: Vaaratapahtumista oppiminen. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon johdolle ja turvallisuusasiantuntijoille

- http://www.vtt.fi/files/projects/typorh/opas_terveydenhuolto-organisaatioiden_vaaratapahtumista_oppimiseksi.pdf

Nationella anvisningar och rekommendationer som stöd för planeringen av egenkontrollen i tjänsterna för äldre

<http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/tyokalut/iakkaiden-neuvontapalvelut-ja-hyvinvointia-edistavat-kotikaynnit/lait-suositukset-kirjallisuus-kasitteet/valtakunnallisia-ohjeita-ja-suosituksia>

Som stöd för planeringen av säker läkemedelsbehandling:

- Turvallinen lääkehoito -opas: <http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/julkaisu/1083030>

Valviras bestämmelser om anmälningar om farliga situationer med hälsovårdens maskiner och förnödenheter:

- Valviras bestämmelse 4/2010:

http://www.valvira.fi/files/tiedostot/m/a/maarays_4_2010_kayttajan_vt_ilmoitus.pdf

Dataskyddsbudets anvisningar för behandling av klient- och patientuppgifter

- Register- och dataskyddsbeskrivningar: <http://www.tietosuoja.fi/fi/index/materiaalia/lomakkeet/rekisteri-jatietosuojaelosteet.html>

- Personuppgiftslagen och behandlingen av klientuppgifter inom den privata socialvården:

<http://www.tietosuoja.fi/material/attachments/tietosuojavaaltuutettu/tietosuojavaaltuutetuntoimisto/oppaat/6JfpsyYNj/>

- Henkilötietolaki ja asiakastietojen käsittely yksityisessä sosiaalihuollossa.pdf

- En beskrivning av introduktionen för personalen och om säkerställandet av kompetensen inom dataskyddsfrågor och dokumenthanteringen