



Valvira

Tillstånds- och tillsynsverket
för social- och hälsovården

PLAN FÖR EGENKONTROLL INOM SOCIALSERVICEN

1. UPPGIFTER OM SERVICEPRODUCENTEN

Serviceproducent	
Privat serviceproducent	Kommun
Serviceproducentens namn Finlands svenska söndagsskolförbund r.f.	Kommunens namn
Serviceform och klientgrupp för vilken servicen produceras Resurserat serviceboende, serviceboende och hemservice för äldre	Förläggningkommun HELSINGFORS
Förläggningkommunens kontaktuppgifter HELSINGFORS STADS SOCIALVERK/ Tuulikki Siltari, tfn 09 310 69984 PB 7000, 00099 HELSINGFORS STAD	
Serviceproducentens officiella namn FINLANDS SVENSKA SÖNDAGSSKOLFÖRBUND R.F.	Serviceproducentens FO-nummer 0117698-0
Verksamhetsenhetens namn BERTAHEMMET	
Verksamhetsenhetens postadress FÄRDEMANNAVÄGEN 2 D	
Postnummer 00320	Postort HELSINGFORS
Namnet på den som ansvarar för verksamheten Carola Hultin	Telefon 09 477 47229
Postadress Färdemannavägen 2 D	
Postnummer 00320	Postort HELSINGFORS
E-post carola.hultin@bertahemmet.com	
Uppgifter om verksamhetstillstånd (privat socialservice)	
Datum för beviljande av regionförvaltningsverkets/Valvira's tillstånd (privata enheter som bedriver verksamhet dygnet runt) 04.12.1998	Datum för beviljande av ändringstillstånd
Anmälningspliktig verksamhet (privat socialservice)	
Datum för kommunens beslut om mottagande av anmälan 07.04.1997	Datum för regionförvaltningsverkets registreringsbeslut
Ansvarsförsäkringens giltighetstid (ska styrkas på begäran)	

2. VERKSAMHETSIDÉ, VÄRDERINGAR OCH VERKSAMHETSPRINCIPER

Verksamhetsidé

**2.1. Verksamhetsidén är att upprätthålla resurserat serviceboende för pensionärer med den finlandssvenska kulturen och språket i en hemlik miljö.
Livskvalitet under livets sista levnadsår.**

Värderingar och verksamhetsprinciper

2.3. Bertahemmets centrala värderingar är
- respekt,
- empati,
- trygghet,
- individualitet och
livskvalitet och de är riktlinjer för alla verksamhetsprinciper.

Uppdateringsplan

2.4. Planen uppdateras årligen av för verksamheten ansvarig person. De enskilda egenkontrollplanernas uppdatering görs tillsammans med personalen, tillsammans och i skilda ansvarsgrupper, implementeras gemensamt.

3. ORGANISERING OCH LEDNING AV SAMT ANSVARIGA PERSONER FÖR EGENKONTROLLEN

Representant/er för ledningen som svarar för egenkontrollen samt dennes/deras uppgifter

3.1.

**Lisbeth Giljam, styrelsens ordförande
Carola Hultin, föreståndare
Roger Söderlund, disponent**

Kontaktuppgifter till den ansvariga personen för egenkontrollen samt dennes uppgifter

3.2.

**Carola Hultin, föreståndare, tfn 09 477 47229
epost: carola.hultin@bertahemmet.com**

De medlemmar i gruppen för planering och verkställande av egenkontrollen som ingår i enheten (yrkesbeteckningar)

3.3. Carola Hultin, föreståndare, Beata Frände, sjukskötare, Susanna Romar, sjukskötare, Marit Råman, sjukskötare

Personalens medverkan i genomförandet av egenkontrollen: (kan ingå som del i verksamhetsenhetens inskolningsplan)
Plan för inskolning och utbildning av personal och studerande i planering och genomförande av egenkontrollen

3.4. Personalen medverkar aktivt i genomförandet av egenkontrollen, dels via inskolningsplanen och genom kontinuerlig uppföljning och rapportering till ansvarspersonerna. För varje inskolning utses en ansvarigperson, för studeranden ansvarar handledaren.

4. DELAKTIGHET FÖR KLIENTER OCH ANHÖRIGA SAMT KLIENTRESPONS

Beskrivning av insamlingen av klientrespons (i planen för egenkontroll införs förfaranden för insamling av respons från klienterna och deras anhöriga, behandling av klientresponsen och användning av responsen vid utvecklandet av verksamheten)

4.1. Klientrespons förverkligas varje år, med olika teman. Tex. matönskemål utvärderas årligen. Staden utför undersökningar om servicekvalitet, näringsstillstånd, anhörigas åsikter och resultaten följs upp. Resultaten behandlas som riktlinjegivande för vidareutveckling av verksamheten, och som botten för förfrågningarna i fortsättningen.

Beskrivning av behandlingen av klientrespons i enheten/inom serviceverksamheten

4.2. Resultaten av undersökningen utvärderas och ligger som grund till utvecklande av verksamheten. Utvecklingsområden behandlas som utmaningar för vidareutveckling av verksamheten. Sammandragen av undersökningen bearbetas tillsammans med personalen, och ska vara tillgängliga också för pensionärer och anhöriga.

Beskrivning av användningen av klientresponsen vid utvecklandet av verksamheten

4.3. Personalen får som verkställande nivå uppgiften, att tillsammans med avd.ansvariga sjukskötaren och föreståndaren utvärdera nya förfarande om utvecklingsområden som framkommer ur klientresponsen. Strävan är att tidsmässigt snabbt ta itu med frågor eller utvecklingsområden både önskemål och kritik som uppkommer.

Plan för utvecklandet av klientresponssystemet

4.4. Utöver de årligen gjorda undersökningarna från stadens håll, utförs årligen en matönskemålsförfrågan och regelbundet en trivsselförfrågan om boendet. Vid nyinflyttning delas en bakgrundsinformationsblankett där frågor om pensionärens levnadshistoria och personliga behov och levnadsvanor utreds. Detta som bakgrund till vårdplan. De anhöriga deltar i vårdplaneringsmötet. Klientresponsförfrågan till anhöriga bör göras samtidigt. En klientresponsbrevlåda finns för insamling av ris och ros.

5. IDENTIFIERING AV RISKER OCH MISSFÖRHÅLLANDEN SAMT KORRIGERANDE ÅTGÄRDER

För verksamhetsenhetens interna bruk ska dokument gällande olika delar i denna helhet utarbetas, där planer och tidtabeller avtalas för korrigerande åtgärder angående konstaterade brister och skadliga händelser. I planen för egenkontroll införs en beskrivning av förfarandet för förebyggande av skadliga händelser och en beskrivning av registreringen, hanteringen och informationen om skadliga händelser och tillbud.

Beskrivning av förfarandet för föregripande identifiering av risker, kritiska arbetsmoment och farliga situationer

5.1.

Årlig kontinuerlig genomgång och uppdatering av riskbedömningsplanen, kontinuerlig rapportering till ansvarspersonerna.

Alla avvikelser rapporteras skriftligen, och dokumenteras.

Genomgång av dokumenterade eventuella fall av riskrapporter.

Beskrivning av förfarandet för behandling av tillbud och observerade missförhållanden

5.2. Om tillbud och observerade missförhållanden förekommer, rapporteras dessa omedelbart till ansvarspersonerna och dokumenteras skriftligt. Skild dokumentationsmapp för skriftliga avvikelserrapporter.

Beskrivning av förfarandet för åtgärdande av konstaterade missförhållanden

5.3. Konstaterade missförhållanden åtgärdas genom rapportering till ansvarspersonerna (sjukskötare > föreståndare o/el. disponent> styrelseordförande) som utan dröjsmål sköter utredning av ärendet och ansvarar för att nödvändiga åtgärder vidtas.

Beskrivning av hur personal och vid behov samarbetsparter informeras om korrigerande åtgärder

5.4. Korrigerande åtgärder informeras omedelbart, skriftligen till berörda parter samt muntligen via olika möten (personalmöte 1 ggr/mån., våningsmöte 1 ggr/mån.) samt via intranet. Risker och missförhållanden gällande klientsäkerheten åtgärdas omedelbart utan dröjsmål, korrigeringen uppföljs av ansvarsperson; rapportering och föreståndare och/eller disponent.

Mer information om detta i bland annat SHM:s publikation 2011:15: Riskhantering och säkerhetsplanering. Handbok för ledningen och säkerhetsexperterna inom social- och hälsovården: http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1571326 (på finska)

6. PERSONAL

Beskrivning av antalet anställda och av personalens dimensionering och struktur; yrkesutbildad och assisterande personal (bestämmelserna i dagvårds- och barnskyddslagen, lagen om behörighetsvillkoren för yrkesutbildad personal inom socialvården samt i tillsynsprogrammen)

6.1.

Vårdavd. 1 ; (4 klientrum) r.511+521; sköts av vån 4, 523+524 av vån 2

Vårdavd. 2.; 2 vårdare per skift, nattetid 1 vårdare, sammanlagt 5½ vårdare

Vårdavd. 3.; 1 vårdare per skift, ½ nattetid, sammanlagt 3½ vårdare

Vårdavd. 4.; 1 vårdare per skift, ½ nattetid, sammanlagt 3½ vårdare

Sjukskötare; 3; 1 heltidsansälld, 2; 80% arbetstid.

Seniorhuset; 1 hemvårdare/socionom , 1 vårdbiträde för städuppgifter

Lokalvårdare 1 (½tid)

Köket, 3 köksarbetare; 1 köksansvarig kock, 1 köksbiträde; heltid,2 köksbiträden;timplönsanställda, veckosluten 1 per dagskift.

Beskrivning av principerna för rekrytering av personal (transparens vid ansökningsförfarandet, säkerställande av behörigheten, kontroll av straffregistret inom barnskyddet, förfaranden för anskaffning av vikarier osv.)

6.2.

Offentligt sökningsförfarande - mol.fi.

Behörighet; närvårdare/sjukskötare/socionom. Arbetserfarenhet; om möjligt åtm. 1-3 månader.

Säkerställande av behörighet -Valvira ; www.terhikki.fi.

Arbetserfarenhet efter arbetsintyg. Referenser från föreg. arbetsgivare. Prövotid på 4 månader används. Tillräcklig kunskap i svenska språket.

Vikarieanskaffning; samma behörighetssäkerställande som för all personal. Studerande inom hälso-och sjukvårdsbranschen kan också komma i fråga. Inhopparpool.

Arbetstagande väljs på basen av sökande, den lämpligaste ur kompetens och uppgiftens krav.

Beskrivning av inskolningen av personalen: (det rekommenderas att en inskolningsplan utarbetas för personalen, se även punkt 3)

6.3. Inskolningen av personalen följer Bertahemmets inskolningsplan.(Bilaga nr.1.)

Uppföljning av inskolningsplanen c 1-2 månader senare.

Personlig inskolningsansvarig utses.

Beskrivning av upprätthållandet av personalens kompetens och arbetshälsa och av kompetensledningen (t.ex. förfaranden för planering och uppföljning av fortbildningen, uppföljning av frånvarodagar till följd av sjukdom, uppföljning av kompetensen, yrkesskickligheten och dess utveckling, utvecklingssamtal) (det rekommenderas att en utbildningsplan utarbetas för personalen)

6.4. Företagshälsovård: Vantaan työterveysliikelaitos. Hälsogranskning för nyanställda.

Företagshv för fast anställda och längre tids vikarier. Återkommande hälsogranskning vart 2:a år. Nattvårdare varje år.

Uppföljning av frånvaron enl. skild plan. Tidig interventionsplan. Samarbete med företagshv.

Utvecklingssamtal varje år.

Fortbildningsplan; vidareutveckling av yrkeskompetens enl. behov. och möjligheter, kursutbud, personalens gemensamma skolningar, temadiskussioner för kvalitet och värderingar, osv.

Utvecklingsplan för personalfrågor

6.5.

1. Prioritering att anställa sjukvårdsutbildad personal i mån av utbud.

2. Personalens fysiska och psykiska hälsa följs upp. Snabbt ingripande i problemsituationer; Plan för Tidig Intervention utarbetats.

3. Öppet ledarskap för att hålla frågor aktiva. Alla förbättringsförslag noteras och förs vidare.

4. Samarbete i utvecklingsfrågor, implementering av utvecklingsfrågor i vårdkvaliteten för personalen.

5. Regelbundet förekommande personalmöten. 1 ggr/månad. Vårdplaneringsmöten alla avdelningar skilt. Nattvårdarmöten 1ggr/mån.

6. Utvecklingssamtal 1 ggr/år. Nattvårdarna;1- 2 ggr/år.

7. LOKALER, PRODUKTER OCH UTRUSTNING

I planen för egenkontroll ska finnas en beskrivning av de lokaler som används för verksamheten och av principerna för hur de används. I principerna för hur lokalerna används beskrivs bl.a. förfarandena för placering av klienter: bl.a. hur klienterna fördelas på olika rum, hur man sköter om att klienternas integritetsskydd förverkligas e.d.

Beskrivning av lokalerna som är i klienternas personliga bruk (eget rum, rummets storlek, möbler osv.)

7.1. På Bertahemmet har varje klient eget rum med badrum och WC (c. 25m²). Till rummet hör justerbar vårsäng. Klienten får i övrigt möblera sitt rum själv med beaktande av brandsäkerheten (gammal armatur osäker elektriskt, textiliers brandsäkerhet, modern plattskärm-tv). För trivlsens skull uppmuntras klienterna att ta med personliga föremål, ss fotografier och tavlor och andra minnessaker. Mattor är inte att rekommendera, för att underlätta städning och för fallrisken som ökar med åldern.

Beskrivning av lokalerna som är i klienternas gemensamma bruk (matsalens funktionalitet, hobby-, rehabiliterings- och aktivitetslokaler, hygienutrymmenas funktionalitet, tillgången till bastu osv.)

7.2. På varje enhet finns rymligt gemensamt vardagsrum/matsal (c.40m²), i samband med detta avdelningens kök, med kylskåp och spis+ugn, där mat även kan tillredas v.b. , möjlighet till bastu-bad finns men måste alltid ske tillsammans med vårdare.

Gula salen är en festsal med möjligheter för gruppverksamhet, fester och hobbyverksamhet o dyl.

Beskrivning av hur klienternas gemenskap tillgodoses i enheten med avseende på lokalerna

7.3. Grupphemmen sällskapar man och äter måltiderna tillsammans på våningarna.

I Gula salen ordnas större evenemang och sammankomster då det beräknas komma flere deltagare. Årliga temafestligheter ordnas här med mera utrymmesmöjligheter. Sommartid utnyttjas terrassen som sommarvardagsrum.

Seniorhuset sammankommer tex. en gång i veckan för café med program, här är även servicehemmets pensionärer välkomna att delta.

Beskrivning av förfaranden i anslutning till städning, avfalls- och tvätthantering

7.4. Bertahemmet följer för ändamålet uppgjorda städnings-, avfalls- och tvätthanteringsplaner. Avfallshanteringen sköts av Lassila&Tikanoja, internt strävas efter att minimera avfallsmängderna och att i största möjliga mängd sortera avfallet. Eventuellt problemavfall insamlas skilt och transporteras till vederbörlig problemavfallsstation, t.ex. i Stenböle i Helsingfors. Föråldrade läkemedel o. dylikt avfall förs till apoteket för förstöring enl. direktiv. Sjukvårdsavfall skilt.

Tvättservice används vid lakanstvätt, Clean-Kalle, annat tvättas i husets egna tvättmaskiner.

Beskrivning av förfarandet för kvalitetssäkring av inomhusluften (förfaranden för konstaterande av fuktskador, mätning av inomhusluften, samarbete med fastighetsskötaren och hälsoskyddsmyndigheterna osv.)

7.5. Kvalitetssäkring av inomhusluften sker kontinuerligt genom avvikelserapportering till ansvarspersonerna som låter utföra nödvändiga undersökningar och vid behov kontaktar vederbörliga myndigheter. Service och kontroller utförs regelmässigt.

Beskrivning av produkterna och utrustningen för hälso- och sjukvård i enheten

7.6. I klientvården används höjjusterbara sjukhussängar, personliftsordningar, ställflöter - även för lyft från golv - rollatorer, rullstolar, gästöd, vändplattor, decubitusmadrasser. Duschstolar, duschlavett finns för sängpatient.

Blodtrycksmätare;

Vid behov kan hjälpmedel lånas från Hemsjukhuset. Tex. för syretillsättning, smärtpumpar osv.

Strävan är att vårda i hemförhållande klienter som inte behöver specialistsjukvård, hemma så länge som möjligt.

I enlighet med vårdriktlinjerna sköts klienter som i hemvård, krävs specialistvård, skickas klienten till specialistsjukvård. Samarbete med stadens Hemsjukhus görs vid behov, tex. vid terminalvård.

Sårvårds- och hygienprodukter beställs till huset via egna leverantörer. Blodsockermätare personliga.

Kontaktuppgifter till ansvarspersonen

7.7. sjsk. Beata Frände, Susanna Romar, tel. 09-47747 226

Med produkter för hälso- och sjukvård avses enligt 5 § i lagen om produkter och utrustning för hälso- och sjukvård (629/2010) anordningar som används för vård och behandling, exempelvis sjukhussängar, lyftanordningar, blodsocker- och blodstryckmätare o.d. Om verksamhetsidkarens skyldigheter föreskrivs i 24–26 § i lagen om produkter och utrustning för hälso- och sjukvården (629/2010) samt i Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovårdens bestämmelse 4/2010. Anmälan om risksituationer orsakade av produkter och utrustning görs till Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården.

I planen för egenkontroll ska utses en ansvarig person för de professionellt använda produkternas och utrustningarnas säkerhet. Denna person ska se till att anmälan om tillbud eller risksituationer görs och att andra bestämmelser som gäller utrustning iakttas.

Länk till Valvira föreskrifter: http://www.valvira.fi/files/tiedostot/f/o/foreskrift_4_2010_anmalan_om_riskhandelse_anvandare.pdf

Utvecklingsplan för lokaler, produkter och utrustning

7.8.

Utvecklingsplan för lokalernas användning utgår ifrån verksamhetsplanen, och ramarna för användningsändamålet. Om verksamheten förändras, och det ställer nya krav på lokalerna, utvärderas de behoven i sin tur.

I utvecklingsplanen ingår införskaffning av sjukhussängar - samt underhåll- , ny personlift, rullstol för allmänt bruk. Service av produkter och redskap enl. föreskrifter.

Behov av nyinförskaffningar utvärderas ständigt, anskaffningar sker efter behov, både ersättning av gammal utrustning och införskaffande av ny (ex. patientsäng, personlift, städredskap, köksapparatur, osv.).

8. KLIENTSÄKERHET

För att utveckla klientsäkerheten ska en verksamhetsplan utarbetas, där säkerhetsrelaterade risker i anslutning till direkt klientarbete behandlas

Kontaktuppgifter till personen/personerna som ansvarar för enhetens säkerhetsplanering och säkerhetsverksamhet

8.1.ansvarspersoner:

Carola Hultin, föreståndare

Roger Söderlund, disponent

Beskrivning av hur klientsäkerheten säkerställs (särdragen hos service som ges hemma samt hos service inom barnskyddet och service till handikappade och äldre ska beaktas)

8.2. Planering av fastigheten för att motsvara normerna för serviceboende. Alarmsystem i varje rum där hjälp finns att få 24h i dygnet. Skolning och information åt personal och invånare (i seniorhus). Praktisk övning och demonstration. Brandsläckningsredskap, + skolning. Räddningslakan i klientsängarna. Brandsläckare och -lakan på varje avd. vid köket. Individuella hjälpmedel anskaffas vid behov,s.s. rollator, uppstigningsstöd och wc-förhöjningar. Brandskolning för personalen 11.5.2013. Utrymningsövning 12.3.2015.

Beskrivning av enhetens övervakningsanordningar och av hur deras funktion säkerställs

8.3. Bertahemmet har automatiskt brandlarmssystem som är dirketkopplat till räddningsverket. Systemets detektorer utlöses av värme och optiskt (rök). Utöver dessa finns brandlarmknappar som också utlöser brandlarmet. Alarmsystemet har förnyats våren 2014 och nu finns alarmknappen att få på armband. Larmet går till vårdarens telefon. Larmsystemens funktion säkerställs genom månatliga test samt kontinuerlig rapportering om eventuella avvikelser. Bertahemmets räddningsplan följs och uppdateras årligen.

Beskrivning av hur det säkerställs att säkerhetsanordningar och larmsystem som används av klienterna fungerar (enhetens larmsystem, säkerhetsarmband, övervakningsanordningar, säkerhetsanordningar hos klienter som bor hemma samt säkerställande att larmresponsen fungerar osv.)

8.4. Larmsystemens funktion säkerställs genom månatliga test samt kontinuerlig rapportering om eventuella avvikelser. Det automatiska brandlarmet säkerställs med ackumulatörer och även via ISS-säkerhetslinje som automatiskt meddelar om eventuella fel.

Klienterna har möjlighet att bära larmknappen i form av armband. För pensionärerna i seniorhuset har dessutom en tvåvägsförbindelsetelefon installerats för talkontakt vid larm.

Likaså finns denna talkontakt i rummen på vån.1. (r:511,521,531,541) Personal finns dygnet runt i servicehemmet.

Nya elektroniska nycklar installerats 11/2013 till alla klientbostäder och enhetsingångar.

Bandande övervakningskamera vid båda huvudingångarna. Nycklarnas access dokumenteras elektroniskt.

Utvecklingsplan för klientsäkerhet

8.5. Regelbundet fastställda skolningstillfällen. Skilt för seniorhusets invånare. Ständig uppdatering av personalens brandsäkerhetsskolning, husets brandalarmsystem.

Brandskyddsverkets skolningsbesök. 2-3 års mellanrum. FörstaHjälps-skolning.

Personligt larm i form av alarmarmband vid behov, har ökat tryggheten betydligt.

Personalen tränar utrymning av fastigheten.

9. KLIENTENS STÄLLNING OCH RÄTTIGHETER

Beskrivning av handledningen och rådgivningen för klienten och av utvärderingen av klientens servicebehov, av utarbetandet av serviceavtal/förvaltningsbeslut och service-/klientplan (barnskydd/dagvård) och av uppdateringen av dessa samt av klientens deltagande i beslut

9.1. Vid inflyttning görs hyresavtal, serviceavtal och vårdplan/serviceplan i samarbete med klient och anhörig. Uppföljningsmöte inom 1-2 månader. Uppdatering en gång i året - eller vid förändrad situation.

För pensionärer i seniorhuset ges dessutom vår infobroschyr "Välkommen till Hjärtevägens seniorhus". Avtal om service görs skilt för varje pensionär. Avtalet baserar sig på en vårdplan efter klientens behov, och justeras vid behov. Mapp med uppgifter om vårdplan o.a. dokumentering.

Beskrivning av hur klienten bereds möjlighet att bekanta sig med enheten på förhand

9.2. Klient som fått betalningsförbindelse med staden, eller den vårdande enheten kontaktas om ledig plats på Bertahemmet. Enl. stadens bestämmelser ska den föregående flyttas ut på tre dygn och den nya besluta sig och flytta in på några dygn. Även anhöriga kontaktas snabbt om ett ev. bekantningsbesök innan beslutet om flyttning görs.

Efter första kontakt kommer klienten på överenskommet besök och får en rundvandring i hela huset. Anhörigas deltagande är av högsta betydelse för optimal planering av vården. Även personalen presenterar sig.

Seniorhuset: "Infopaket" skickas till alla tillsammans med ansökningsblanketterna.

Beskrivning av hur klienten informeras om innehållet i avtalen (serviceavtal, hyresavtal o.d.), om kostnaderna för servicen och om avtalsändringar.

9.3. Skriftligt hyresavtal med uppgifter. Två kopior av avtal. Skriftlig information över priser på service.

Stadens socialverk gör avtalet om service och kostnader.

Beskrivning av hur klientens självbestämmanderätt och rätt till deltagande förverkligas (privatlivet, integritetsskydd, personlig frihet, okränkbarhet; 7 och 10 § i grundlagen, 8–10 § i klientlagen)

9.4. Eget rum med badrum. Klientens självbestämmanderätt respekteras professionellt.

Tystnadsplikt. Egna önskemål inom självbestämmanderätten dokumenteras i patientdokumentationsprogrammet. Bertahemmets värderingar är som grund till klientens rättigheter; livskvalitet, individualitet, empati, gemenskap och respekt.

Innan inflyttning rekommenderas att en plan för ev. kommande intressebevakning är gjord, även ett vårdtestamente där egna önsknings angående vården framförs.

Vid inflyttning görs en heltäckande utredning över klientens behov och önskemål, som fungerar som vårdplanens grund. Anhörigas deltagande i vårdplaneringsmötet viktigt. Uppföljning och utvärdering efter 1-3 mån.

Beskrivning av förfarandet för skötsel av pengar, nycklar och andra saker i klientens besittning och information om den som ansvarar för denna egendom

9.5. Pengar, nycklar och förvaring av värdeföremål diskuteras vid inflyttning. Värdeföremål, även värdefullare klädesplagg avrådes att hämtas till förvaring på vårdavdelningar. Om pensionären ej har en godeman att sköta ekonomin rekommenderas att en officiell intressebevakare utses för att sköta bankärenden o.dyl.. Handkassa förvaras vid behov bakom lås av personalen. Kassabok förs för ev. kontanter. Större summor av pengar rekommenderas inte att hållas i klientrummen. Egenvårdare utses och är kontaktperson till anhörig, el. intressebevakare.

I seniorhuset ansvarar invånaren själv för sina ägodelar enl. hyreslagen. Även för nyckeln till den egna lägenheten. Extra nycklar kan fås mot skild avgift.

Plan för hur behovet att vidta begränsande åtgärder och sanktioner avses att minimeras

9.6. Personintegritet och självbestämmanderätt respekteras. Allmänt undviks alla begränsande åtgärder. Endast i yttersta nödfall - då klientsäkerheten riskeras, diskuteras begränsande åtgärder. I samråd med klient/anhörig/vårdare/läkare utreds nödvändiga begränsande åtgärder som avsedda att öka patientsäkerheten

Alla begränsande åtgärder läkarordinerar och dokumenteras i klientdokumentationsprogrammet enl. lagen om självbestämmanderätt.

Beskrivning av kriterierna för vidtagande av begränsande åtgärder och sanktioner samt av beslut, förfaranden, registrering och uppföljning av konsekvenserna i anslutning till begränsande åtgärder (se bl.a. 11 kap i barnskyddslagen, lagen om utvecklingsstörda, tillsynsprogrammen)

Det rekommenderas att anvisningar om förfaringsätt utarbetas

9.7. Förhindrande av rörelsefrihet, (tex. bälte i rullstol, säng-gavlar) används enbart vid tillfällen då klienten är i fara att skada sig själv eller andra. Dessa uppgörs tidsbundet och granskas enl. planen regelbundet, om ytterligare behov finns.

Beskrivning av förfarandet om det konstateras att en klient har blivit utsatt för osakligt eller kränkande bemötande

9.8. I första hand kontaktas avd. ansvarig och föreståndare.

Händelsen utreds omedelbart tillsammans med berörda parter och rättas till. En skriftlig utredning av händelseförloppet dokumenteras och tillsammans med berörda parter kommer man överens om fortsatt förfarande.

Ledningsgruppen informeras om incidenten.

Beskrivning av beredningen och genomförandet av åtgärder då en klientrelation upphör (förflyttning av klienten från en vårdplats till en annan, beredning av eftervård inom barnskyddet, osv.)

9.9. I servicehemmet tillämpas brukliga hyresbestämmelser och uppsägningstiden är en (1) månad för klienter. Även uppsägning av service avtalen är en (1) månad. Dessa bestämmelser finns tydligt utskrivna på avtalsblanketten hyregästen/klienten skriver under vid inflyttning. Då staden förutsätter en snabb tömning av rummet på vårdavdelningen (3dagar), uppbäres den vanliga hyran för alla dagar tills rummet blivit tomt.

Hyresvärden/vårdproducenten har enl. hyreslagen 6 månadaders uppsägningstid av hyresgäst, om hyrestiden pågått längre än ett år.

En klient som är missnöjd med sitt bemötande har rätt att framställa anmärkning till den som ansvarar för verksamhetsenheten eller till en ledande tjänsteinnehavare. När servicen baserar sig på ett avtal om köpta tjänster framställs anmärkningen till den myndighet som svarar för organiseringen av servicen (Valviras anvisning 8:2010).

Namn och kontaktuppgifter för den person/instans, till vilken anmärkning riktas

9.10. Carola Hultin, föreståndare för Bertahemmet, t; 09-47747 229 vardagar

Socialombudsmannens kontaktuppgifter

9.11. Svenska socialverkets äldreomsorg; socialskötare för västra socialdistriktet Elisabeth Wikström, 09-310 44806

Beskrivning av förfarandet för behandling av anmärkningar som gäller enhetens verksamhet

9.12. Anmärkningen noteras skriftligen och beroende på arten av allvar på anmärkningen behandlas den av berörda parter. Anmälan till förståndare, styrelseordförande, ledningsgrupp, som behandlar frågan möjligast snabbt, och avgör åtgärder för korrigerande av orsaken till anmärkning.

Alla anmärkningar dokumenteras.

Beskrivning av samarbetet mellan kommunen och serviceproducenten vid planeringen och uppföljningen av klientens vård och service

9.13. Servicehemmet; I avtalet om servicetjänsten ingår vård, service med hygien och näring, sjukvård för klienterna. Hemvårdens läkare ansvarar för sjukvård och i samarbete med husets sjukskötare görs en vårdplan. Akutvård, justering av mediciner, specialistkonsultation med remiss. Ansvariga sjukskötaren ansvarar för att ordinationer och rekommendationer följs upp och åtgärdas, och handleder vårdarna i närvaron.

Seniorhusets invånare sköter självständigt i mån av möjlighet och kapacitet sin egen hälso-och sjukvård på HVC. Samarbete med stadens hemvårdsteam, köptjänsten av Debora (1.5.2015) "Bertateamet" förs och serviceformerna och hjälpen planeras tillsammans. Särskilda serviceavtal görs med pensionärer som vill ha utökad stödservice från Bertahemmet utöver den service stadens hemvård står för.

Beskrivning av information som gäller konsumentskydd

9.14. Hyrestagare i servicehus har samma rättigheter och skyldigheter som vanliga hyrestagare. Serviceboende avser såväl bostaden som de avtalade tjänsterna. Tjänsterna omfattas av lagen om konsumentskydd.

Utvecklingsplan angående klientens ställning och rättigheter

9.15. Klientens ställning och rättigheter respekteras professionellt i vårdarbetet och i bemötandet av klienten. Även här beaktas patientsäkerheten. I vårdplanen uppföljs klientens ställning regelbundet med beaktande av integritet och individualitet. Vårdplanen uppgörs i samarbete med klient och anhörig.

Äldreomsorgslagen.

Lagen om självbestämmanderätt.

10. SÄKRING AV KVALITETEN PÅ SERVICENS/ENHETENS KLIENTARBETE (VERKSAMHET)

Kriterier och nivåer fastställs i de verksamhetsspecifika riksomfattande tillsynsprogrammen, som finns på Valvira webbplats: <http://www.valvira.fi/>

Beskrivning av verksamheten som upprätthåller och främjar klienternas prestationer, funktionsförmåga och livskontroll samt klienternas fysiska, psykiska och sociala välbefinnande

10.1. Seniorhusets klientel är mycket olika i ålder, och från fysisk, psykisk och social synvinkel sett. Alla grader från högt service behov och hjälp till självständigt oberoende finns.

Hälsotillståndet följs upp och ett snabbt ingripande är vanligt, då det upptäcks att hjälpbehovet ökat. Kontakten till nära och kära uppmuntras, och betydelsen för besöken understödes och poängteras. Självklar kontakt med anhöriga hålls, och hjälpinsatserna planeras tillsammans och ökas efter behov. Vårdplanering görs och serviceavtal skrivs. Även samarbetet med stadens hemvård är regelmässigt. Strävan är att pensionären kan bo hemma här resten av livet. Rekreation ordnas varje vecka. Samvaro med program, sittjumppa, musik, hobbyverksamhet, traditioner, festligheter, osv.

Servicehemmets gruppboende: även här varierar hjälpbehovet i stor grad. Personalen strävar till vårda med ett rehabiliterande arbetsgrepp, och arbetar med att hålla klientens egen funktionsförmåga så hög som möjligt. Vid behov konsulteras utomstående kunskap i form av fysioterapi osv.

Sysselsättning som högläsning, musik, utevistelse, andakter, kaffeprogram ordnas regelbundet. Även gästande musiker oa. uppträdande.

Servicehemmets demensavdelning: där klientelet består av medel- eller gravt minnessjuka åldersstigna klienter är grundvården och samvaro det viktigaste redskapet för rekreation. Håren rullas, naglar lackas och händer och fötter masseras, och rogivande musik är en allmängiltig förströelseform. Samtal om dagens händelser i samband med vården gör stunden varm och personlig. Samsång med alla är en upplyftande stund på dagen. Musicerande gäster besöker regelbundet. På sommaren är utevistelse i varmt sommarväder med kaffestund i trädgården eller på terrassen, en välbefinnande upphöjare. Nytt trädgårdsmöblemang till terrassen införskaffats sommaren 2013. Och till syrenberså'n sommaren 2014.

Beskrivning av förfaranden i anslutning till ordnandet av klienternas kost och måltider (intervallerna mellan måltiderna, nattfastans längd, uppföljningen av klienternas näringstillstånd osv.)

10.2.

Seniorhuset: Pensionärerna har egna kök och svarar själv -tillsammans med anhöriga - för sina måltider. Hjälpt med butiksärenden kan ordnas. Även tillgång till frukost och lunch en gång om dagen finns. Skild avgift tillkommer.

Servicehemmet: husets kök levererar god, näringsrik husmanskost tillverkad i eget kök, upp till vningarna, gröt på morgonen (kl.8.-10), lunch (kl.12-12:30), eftermiddagskaffe (kl.14.15-), middag (kl.16-17), och kvällsmål (kl.18-). Vid behov får man ännu ett senare kvällsmål - eller nattetid - ett extra mellanmål. Möjlighet till mellanmål finns dygnet runt.

Måltiderna är regelbundna och klienternas närings- och vätsketillförsel följs med, vid behov med vätskelista. Viktkontroller månatligen, vid riskfall oftare. Sker det sänkning av vikten intensifieras näringstilltaget och näringstillskott tillsätts i dieten. Extra näringsberikade mellanmål sätts in. Läkarkonsultation v.b. Matsedeln utvecklas och förfågningar om menyn görs flere gånger per år, varefter önskemål tas in på menyn.

Statens näringsdelegation:

<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/se/naringsrekommendationer/>

Kontaktuppgifter till ansvarig person för enhetens matförsörjning

10.3. Bertahemmets kök, köksansvariga , Färdemannavägen 2 D, 00320 HELSINGFORS, tfn; 09-477 47221

Föreståndaren 09-47747229.

Beskrivning av hur de dagliga aktiviteterna har ordnats (stöd för barnens skolgång, tryggheten av specialundervisning, utnämning av en person som svarar för frågor som gäller barnets skolgång (barnskyddslagen), arrangemangen för klienternas utevistelser och motionsmöjligheter, verksamhet som stödjer funktionsförmågan samt fritids- och rekreationsverksamhet m.m.)

10.4. Personalen fungerar som aktivator både med planerat dags-, vecko- och månadsprogram, och utevistelse.

THL:s motionsrekommendationer för olika åldersgrupper:

http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/liikunta (på finska)

Beskrivning av hygienförfaranden och förebyggande av spridningen av infektionssjukdomar samt åtgärder vid epidemier

10.5. All verksamhet baserar sig på hygieniskt arbetssätt. Hygienpass förutsätts. Inskolning i aseptiskt arbetssätt.

Bilaga nr 13. Hygiendirektiv för Bertahemmet.

Vid specialsituationer, då epidemi föreligger, får personalen handledning av sjukskötaren som leder vårdarbetet. Mikrospridning förhindras med handtvätt, skyddskläder, isolering, specialstädning, specialrengöringsmedel och restriktioner i arbetssätt (tex. diskbehandling, bykttvätt enl. förhindande av spridning, isolering av personal så att arbetsområdet minimeras och därmed spridningen, osv.). Repetering med inskolning. Även utomstående, ss. anhöriga hålls informerade. Anhöriga bedes undvika besök om de kan tänkas medföra smitta. Pensionärerna får också säsonginfluensvaccin. Vid behov konsultation av hygienskötaren från staden.

Plan för att utveckla klientarbetet och den dagliga verksamheten

10.6. Vårdkvaliteten utvecklas ständigt, bl.a. med hjälp av förfrågningar. Regelbundna personalmöten är forum för diskussioner för hela personalen. Samarbete formuleras och personalresurser omplaceras vid behov. Förslag beprövas och utvärderas. Klienteletts behov är grund för vårdarbetet.

Tendensen till att vårdarbetet blir allt tyngre hela tiden är en utmaning som ställer stora krav på vårdpersonal.

Även tillgången till yrkeskunnig svenskspråkig personal är en utmaning.

Feedback från kvalitetsmätningar staden gör är underlag för vidare utveckling.

I resursfrågor och utmaningar angående framtida planering, får man utnyttja befintlig kunskap och utveckla nya metoder, tex. med hjälp av projektarbeten.

11. ORDNINGEN AV HÄLSOVÅRDEN OCH SJUKVÅRDEN

Beskrivning av hur enheten/service ordnat hälso- och sjukvården för sina klienter och beskrivning av enhetens egna ansvarsuppgifter inom hälsovården och sjukvården (hälsofrämjande, hälsokontroller, screeningundersökningar, undersökningar i anslutning till uppföljning av hälsan, kontroller osv.)

11.1.

Servicehemmet: Klienten bemöts som i det egna hemmet, vilket servicehemmet nu är.

Stödåtgärder av personal finns till hands, rehabiliterande arbetsgrepp stöder den egna aktiviteten. Hälsosam samlevnad med de andra klienterna understöds, vad gäller näring och sunda matvanor, motion och fysisk aktivitet, social samvaro och meningsfullhet, med beaktande av egna önskemål och självbestämmanderätt. Hemvårdens läkare besöker huset var annan vecka. Labsvar, mediciner ordinerar, granskas och åtgärdas. Ev. problemfall undersöks vid hembesök. Hemvårdsläkaren remitterar till specialistvård. Tex. kirurger, hudläkare, allergiläkare osv. RTG-undersökningar görs av HUS; Dals sjukhus. Akuta fall skickas med ambulans till sjukhus. (Hartmanns sjukhus)

HUS-lab sköter laboratorieprovtagning "hemma". Vi strävar till att undvika onödiga sjukhusvistelser om klienten kan vårdas hemma.

Ögon-, öron och tandläkare sköter klienten själv, i första hand assisterad av anhöriga. Får vid behov hjälp med beställning och transport till läkarmottagning.

Seniorhusets läkarkontakt är HVC-läkare. Hemvårdens klienter har sin läkarkontakt.

Bertahemmets sjukskötare har mottagning en gång i veckan (1 tim), och ger hälso- och sjukvårdsrådgivning.

Hemsjukhuset sköter hemsjukhusvård, ss. blodtransfusion, smärtlindring o.dyl. som sker tex. via intravenös medicinering. Hemvårdens läkare gör remiss. Hemsjukhuset är ofta inkopplad under terminalvårdens sista skede.

Beskrivning av hur verksamhetsenhetens läkartjänster ordnas samt vilken aktör som svarar för klienternas sjukvård i icke-brådskande situationer

11.2. Läkarevård ges av stadens hemvårdsläkare. Sjukskötaren utreder tillsammans med läkaren om fortsatt vård.

Se ovanstående, p.11.1.

Beskrivning av förfarandet för vård av klient som behöver brådskande sjukvård

11.3. se ovanstående p.11.1. och 11.2. Ambulans tillkallas och klienten förs till akut sjukhus för diagnos och vård.

Beskrivning av användningen av och tillgången till specialiserad sjukvård (terapijänster, tillgången till barnpsykiatri, psykiatrisk vård osv.)

11.4. Vårdteamet tillsammans med sjukskötare och läkare utreder behovet av fortsatt vård och specialistkonsultationer. Läkaremiss.

Beskrivning av upprätthållandet, uppdateringen och verkställandet av planen för läkemedelsbehandling samt beskrivning av uppföljningen av planens genomförande
(Planen för läkemedelsbehandling ska utarbetas enligt social- och hälsovårdsministeriets handbok Säker läkemedelsbehandling (2005:32).) SHM:s handbok finns på adressen: http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1083030 (på finska)

11.5.

Plan för läkemedelshandling. Uppdateras årligen eller vid behov.

Kontaktuppgifter till personen som ansvarar för läkemedelsbehandlingen

11.6. Sjukskötare Beata Frände, Susanna Romar, Marit Råman; tel. 09-47747226.

Patientombudsmannens kontaktuppgifter

11.7. Helsingfors stad; patientombudsmannen;

Telefonrådgivning: må-to kl. 8.30–11.00

Telefonnummer: 09 310 43355

- **Personliga besök ska alltid bokas på förhand**
- **Postadress: PB 6060, 00099 Helsingfors stad**
- **E-postadress: potilasasiamies(at)hel.fi**

Utvecklingsplan för hälsovård och sjukvård

11.8.

Skolning och utveckling, tillbudsstående aktuella kurser, uppdatering av gamla, forskning inom äldremedicin, minnessjukdomar, nyheter. Samarbete med staden.

2013: RAI- programmets inskolning. MNA-näringsutvärderingsprogrammet.

2015: Föreläsning om minnessjukdomar. Hygienpass. FörstaHjälp-skolning.

2016: RAI-skolning; fördjupning.

12. HANTERING AV KLIENTUPPGIFTER

(Det ska finnas skriftliga anvisningar om förfarandet)

Beskrivning av registreringen och hanteringen av klientuppgifter och av iakttagandet av bestämmelserna om konfidentialitet

12.1. Registrering och hantering av klientuppgifter sker på så sätt att bestämmelserna om konfidentialitet uppfylls. Inga klientuppgifter ges ut eller förvaras åtkomligt för obehöriga.

Klientuppgifter behandlas främst med vårddataprogrammet Prime-Care som kräver lösenord och dokumenterad in- och utloggning. Klientuppgifterna förvaras alltid i låsta kansliutrymmen.

Personuppgiftslagen och hanteringen av klientuppgifter inom den privata socialvården:
<http://www.tietosuoja.fi/uploads/url67adp78.pdf>

Kontaktuppgifter till dataskyddsansvarig

12.2. Roger Söderlund, disponent, Färdemannavägen 2 D, 00320 HELSINGFORS, tfn 09-47747220, epost: roger.soderlund@bertahemmet.com

Förhållningsregel om information till klienten vid hantering av personuppgifter: anvisningar www.tietosuoja.fi

Dataskyddsbeskrivning: Modellblankett och anvisningar på sidan: <http://www.tietosuoja.fi/uploads/pyt8v09dr3civr.pdf> och http://www.tietosuoja.fi/uploads/20v8k_2.pdf

Klientens samtycke till användning/överlåtelse av konfidentiella uppgifter: Dataskyddsbudsmannens handbok http://www.tietosuoja.fi/uploads/z0fmxdt_1.pdf

Beskrivning av hur personalen utbildas i dataskyddsfrågor och dokumentförvaltning och hur deras kunskaper på detta område säkerställs (närmare information i socialvårdens klientdokument: <http://www.sosiaaliporitti.fi/File/eef14b19-bacf-4820-9f6e-9cc407f10e6d/Sosiaalihuollon+asiakasasiakirjat.pdf> (på finska))

**12.3. Personalen utbildas i dataskyddsfrågor och dokumentförvaltning via tillbudsstående kurser samt intern utbildning.
Behandlas delvis redan i inskolningsprogrammet.**

En serviceproducent som upprätthåller ett klientregister ska göra upp en registerbeskrivning enligt 10 § i personuppgiftslagen även i det fall att serviceproducenten verkar i ett annat företags lokaler.

Registerbeskrivning (om en sådan inte ingår som bilaga): dataombudsmannens anvisning och blankett: http://www.tietosuoja.fi/uploads/sx3lww97l_1.pdf och http://www.tietosuoja.fi/uploads/3f7o1lq64njkim_3.pdf

Andra broschyrer om dataskydd finns på sidan <http://www.tietosuoja.fi/27255.htm>: Behandlingen av uppgifter i användarlogg enligt personuppgiftslagen, Gör upp en dataskyddsbeskrivning, Personuppgiftslagen som guide!, Rättelse av en uppgift som ingår i ett personregister, Kontroll av uppgifter som ingår i ett personregister, Påföljdssystemet enligt personuppgiftslagen

Beskrivning av hur arkiveringen av handlingar har ordnats (det är viktigt att privata socialserviceenheter på förhand avtalar med klienternas hemkommun om arkiveringen av handlingarna för klienter som lämnat enheten)

12.4. Alla klienthandlingar förvaras i låsta utrymmen var de arkiveras, och efter att klienten skrivits ut förvaras handlingarna i enlighet med kommunens direktiv.

Beskrivning av hur informationsgången ordnas med de andra aktörerna som deltar i servicehelheten för klienten

**12.5.
Kommunikationen sköts via telefon, e-post, fax.
Muntligt, skriftligt. Ansvarsområden enl. befattning.**

Utvecklingsplan för hanteringen av klientuppgifter

**12.6.
Arkivering och förvaring enl. stadens direktiv.
Klientregister.**

13. EGENKONTROLL AV SERVICE SOM PRODUCERAS SOM UNDERLEVERANS

Beskrivning av enhetens förfarande för övervakning av kvaliteten på tjänster som upphandlats av underleverantörer

**13.1. Kvaliteten på vårdtjänster som vid behov upphandlas av underleverantörer övervakas genom att vid upphandlingen fästa särskild vikt vid att kvaliteten uppfyller ställda krav.
Upphandling genom underleverantörers presentation, offerter, möten, uppföljning, utvärdering, och feedback.**

Förteckning över underleverantörer

13.2. - inga underleverantörer av vårdservice finns för tillfället

Utvecklingsplan

13.3.

Upphandling av ev. städtjänster, mathushållning.

Upphandling av förnödenheter, ev. i samarbete med andra GeRo-hem, ss. hygienprodukter, sjukvårdsprodukter, även livsmedelspartihandel kan komma ifråga.

Även personalpoolstjänster.

Utvecklande av samarbete, dialog och utvärdering av utomstående tjänster.

14. UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING AV GENOMFÖRANDET AV EGENKONTROLLEN

Beskrivning av uppföljningen av genomförandet av enhetens egenkontroll

14.1. Uppföljning av genomförandet av enhetens egenkontroll sker kontinuerligt av hela personalen och uppföljs och kvitteras av ansvarspersonerna.

Köket följer sin egen egenkontroll, samt livsmedelshanteringen på avdelningarna. Personalen skolas i hygien och utför kontrollmätningar efter direktiv. Hygienpassutbildning gjord 2015.

Beskrivning av processen för uppdatering av planen för egenkontroll

14.2. Planen för egenkontroll utvärderas och förslag till ändringar och kompletteringar meddelas till verksamhetsenhetens ansvariga föreståndare som årligen presenterar planen för styrelsen och fastställer planen för egenkontroll.

Egenkontrollplanen ska vid behov uppdateras. Ändringar som gjorts i anvisningar eller förhållningsregler ska utan dröjsmål införas i egenkontrollplanen och planen ska fastställas årligen även om den inte ändrats.

Ort och tid

Helsingfors 31.8.2012

Uppdatering version 1.2.,

12.12.2013

version 1.3. , 29.9.2014,

12.5.2015., 16.12.2015, 1.4.2016

Underskrift

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

Namnförtydligande **Carola Hultin, föreståndare**