

**Sjukhus-, rehabiliterings-
och omsorgstjänster**

**Tjänster som stöder
möjligheten att bo hemma
och omsorgstjänster
dygnet runt för äldre**

**Plan för egenkontroll för
den rehabiliterande
bedömningsenheten**

Innehåll

1 Serviceproducent	5
1.1. Beskrivning av servicen	5
1.2. Enhetens uppgifter	5
2 Verksamhetsprinciper och värden	6
3 Riskhantering	6
3.1 Arbetssäkerhet	7
3.2 Beredskap	8
3.3 Dataskydd, informationssäkerhet och fullgörande av ansvarsskyldighet enligt dataskyddsförordningarna	8
4 Klient- och patientsäkerhet	9
4.1 Personalens anmälningsskyldighet i fråga om missförhållanden inom social- och hälsovården	10
4.1.1 Identifiering och rapportering av missförhållanden och farliga situationer	10
4.1.2 Hantering och rapportering av missförhållanden och farliga situationer	11
4.3 Tillgodoseende av klienternas och patienternas välfärd, hälsa och säkerhet i vardagen	13
4.3.1 Vi främjar välfärd och hälsa	13
4.4 Läkemedelsbehandling	15
4.4.1 Plan för läkemedelsbehandling och genomförande av läkemedelsbehandling....	15
4.5 Produkt- och utrustningssäkerhet	15
5 Klientens ställning, rättigheter och rättsskydd	17
5.1 Att söka sig till tjänsterna och tidsfrister för tillgång till service	17
5.2 Planering av klientens och patientens vård	17
5.3 Dokumentation	19
5.4 Klientens och patientens självbestämmanderätt.....	20
5.5 Klienters, patienters och närståendes delaktighet	20
5.6 Responskanaler och utnyttjande av information	21
5.7 Social- och patientombudet.....	21
5.8 Anmärkningar och klagomål.....	22
6 Personal	23
6.1 Förutsättningar för och tillsyn över yrkesutövningen.....	23
6.2 Mängd, struktur och tillräcklighet.....	24
6.3 Introduktion och säkerställande av kompetens.....	25
6.4 Arbetshälsa och säkerhet.....	25
6.5 Skydd mot smittsamma sjukdomar	27
7 Verksamhetsmiljö och stödtjänster	28
7.1 Verksamhetsmiljö	28
7.2 Egenkontroll enligt hälsoskyddslagen	29
7.3 Miljöarbete	30
7.4 Tekniska lösningar i anknytning till lokaler	30
7.5 Stödtjänster och service genom underleverantörer	30
7.5.1 Transporter	31
7.5.2 Måltidsservice.....	31
8 Uppföljning av egenkontrollen.....	31
8.1 Rapportering.....	32
8.2 Godkännande av planen	32
8.3 Kommunikation.....	32
8.4 Arkivering	32

SAMMANFATTNING AV ENHETENS PLAN FÖR EGENKONTROLL

Enhetens namn	REHABILITERANDE BEDÖMNINGSENHETEN
Kort beskrivning av enhetens tjänster och klienter/målgrupp	En rehabiliterande bedömningsperiod är en tidsbegränsad tjänst: – Under perioden stöds klientens egna resurser och rehabilitering. – Klientens behov av vård och tjänster bedöms med stöd av ett multiprofessionellt team tillsammans med klienten och hens närstående. – Tjänsten omfattar hemsjukvård (hemvård) för klienten. – Hemvårdens stödtjänster ordnas vid behov. – Fortsatt vård ordnas vid behov. Den rehabiliterande bedömningsperioden är alltid individuell och dess längd varierar från ett besök till fyra veckor beroende på klientens behov. Den rehabiliterande bedömningsenhetens klienter är huvudsakligen äldre Helsingforsbor som inte tidigare varit klienter inom hemvården och som behöver stöd för sitt hälsotillstånd och sin funktionsförmåga. Klienterna – kan inte använda tjänster utanför hemmet ens med assistans – behöver stöd vid återkomst till hemmet – behöver tillfällig sjukvårdshjälp – behöver stöd för rehabilitering.
Genomförande och uppföljning av egenkontrollen	I planen för egenkontroll beskrivs vilka lagar, förordningar och kvalitetsstandarder som ligger till grund för den rehabiliterande bedömningsenhetens verksamhet samt hur vi säkerställer tjänstens kvalitet och säkerhet.
Enhetens ansvarsperson och personalstruktur	Chef för den rehabiliterande bedömningsenheten samt teamchefer.

YKSIKÖN OMAVALVONTASUUNNITELMAN TIIVISTELMÄ

Yksikön nimi	KUNTOUTTAVA ARVIOINTIYKSIKKÖ
Yksikössä tuotetun tai tuotettujen palvelujen sekä asiakaskunnan / kohderyhmän lyhyt kuvaus	Kuntouttava arviointijakso on määräaikainen palvelu: - jakson aikana tuetaan asiakkaan omia voimavaroja sekä kuntoutumista - selvitetään asiakkaan hoidon ja palveluiden tarve moniammatillisen tiimin tuella yhdessä asiakkaan ja hänen läheisensä kanssa - sisältää asiakkaan kotisairaanhoidon (kotihoito) - järjestetään kotihoidon tukipalvelut tarvittaessa - järjestetään tarvittaessa jatkohoito Kuntouttava arviointijakso on aina yksilöllinen ja sen kesto määräytyy asiakkaan tarpeen mukaan yhdestä käynnistä neljään viikkoon. Kuntouttavassa arviointiyksikössä ovat asiakkaina pääsääntöisesti iäkkäät helsinkiläiset, jolla ei ole aikaisempaa kotihoidon asiakkuutta ja jotka tarvitsevat apua terveydentilan ja toimintakyvyn tukemisessa - eivät pysty käyttämään kodin ulkopuolisia palveluja edes avustettuna - tarvitsevat kotiutumisen tukea - tarvitsevat määräaikaista sairaanhoidollista apua - tarvitsevat kuntoutumisen tukea
Omavalvonnan toteuttaminen ja seuranta	Omavalvontasuunnitelmassa kerrotaan, mihin lakeihin, asetuksiin ja laatuvaatimuksiin kuntouttavan arviointiyksikön toiminta perustuu ja miten varmistamme palvelun laadun ja turvallisuuden.
Yksikön vastuuhenkilö ja henkilöstörakenne	Kuntouttavan arviointiyksikön päällikkö ja tiimien esihenkilöt.

1 Serviceproducent

1.1. Beskrivning av servicen

Den rehabiliterande bedömningsenheten ger hjälp och stöd till klienter som skrivs ut från ett sjukhus eller en akutmottagning och som inte har hemvårdstjänster från förut. Klienter kan dessutom hänvisas till enheten genom en bedömning av servicebehovet vid bedömningsverksamhetens klienthandledning eller om någon annan myndighet (exempelvis hälsostationen, geriatriska polikliniken eller hemsjukhuset) identifierar eller bedömer att klienten behöver vård. Före en rehabiliterande bedömningsperiod har klienten tillsammans med sin familj, läkare, vårdare eller klienthandledare identifierat en nedsatt funktionsförmåga och utmaningar med att klara sig hemma. Målet med perioden är att identifiera klientens egna resurser och stödja funktionsförmågan samt att ta reda på vilka tjänster som kan stödja klienten att bo hemma. Utgångspunkten är klientens egna mål för rehabiliteringen. Klientens funktionsförmåga bedöms och rehabiliteringen planeras tillsammans med klienten i samband med hembesök samt på multiprofessionella klientmöten. Klientens vård och rehabilitering integreras i klientens dagliga liv och genomförs i samarbete med ett multiprofessionellt team. Teamet kan bestå av närvårdare, sjukskötare, fysioterapeuter, ergoterapeuter, en klienthandledare och en farmaceut enligt klientens behov. Den rehabiliterande bedömningsperioden är alltid individuell och dess längd varierar vanligtvis från 1 till 4 veckor beroende på klientens behov.

Den rehabiliterande bedömningsenheten är verksam i hela Helsingfors. Vår enhet tillhandahåller tillfällig hemsjukvård för cirka 500 klienter varje månad. Vi har fyra verksamhetsställen: Berghäll (södra teamet), Östra centrum (östra teamet), Sockenbacka (västra teamet) och Malm (norra teamet).

1.2. Enhetens uppgifter

Serviceproducent: Helsingfors stad

Enhetens namn: Rehabiliterande bedömningsenheten

Adress: Andra linjen 4 A, PB 6000, 00099 Helsingfors stad

Telefonnummer: 09 310 50 15 (växel vardagar kl. 8–16)

Verksamhetens ansvarsperson: Anja Kahanpää, tfn 09 310 233 51,
anja.kahanpaa(at)hel.fi

Besöksadress: Andra linjen 4 A

Postadress: PB 6000, 00099 Helsingfors stad

Telefonnummer: 09 310 50 15 (växel vardagar kl. 8–16)

2 Verksamhetsprinciper och värden

Helsingfors stads vision inom social-, hälsovårds- och räddningssektorn är: "Vi skapar välfärd, hälsa och säkerhet åt helsingforsarna genom samarbete och stark kompetens." Helsingfors stads gemensamma värden är: invånarorientering, ekologiskhet, rättvisa, jämlikhet, ekonomi, säkerhet, delaktighet och deltagande samt företaganda. De etiska värdena konkretiserar hur värdena kan bli en del av vardagen. Inom Helsingfors stads social-, hälsovårds- och räddningssektor arbetar vi för invånarna, följer principerna om god förvaltning och gott ledarskap, tillåter inte korruption eller missbruk, tryggar hållbar tillväxt och agerar ansvarsfullt som arbetsgivare. Inom social- och hälsovårdstjänsterna i Helsingfors arbetar vi i enlighet med servicelöften och målen i servicestrategin för social-, hälsovårds- och räddningssektorn. Dessutom har tjänsterna egna strategiska verksamhetsplaner och mål.

Helsingfors stad svarar för produktionen av social- och hälsovårdstjänsterna i sitt område. Vårt mål är att ombesörja lagenliga, högklassiga och trygga tjänster för invånarna antingen som egna tjänster eller genom att skaffa dem av privata serviceproducenter som köpta tjänster eller med servicesedel.

Helsingfors stads etiska principer behandlas årligen inom arbetsgemenskaperna och deras betydelse för arbetsgemenskapens arbete diskuteras. Prioriteringarna för utvecklingen av hemvården fokuserar särskilt på klientorientering, klienternas engagemang och deltagande samt kostnadseffektivitet.

Prioriteringarna för utvecklingen av hemvården är:

- Vi tar hänsyn till klientens resurser i vårdarbetet, uppmuntrar klienten till att delta i vardagliga aktiviteter och vägleder klienten att använda även andra än hemvårdens tjänster
- Vi planerar och genomför hemvårdsbesök i rätt tid som tar hänsyn till klientens vård- och servicebehov och utnyttjar distansvård och läkemedelsautomater.
- Vi följer upp klienternas servicebehov och funktionsförmåga med hjälp av RAI-modellen (Resident Assessment Instrument) och reagerar på förändringar. RAI är ett standardiserat verktyg för bedömning av funktionsförmåga och servicebehov.
- Vi gör anteckningar under klientbesök med telefonen direkt i patientdatasystemet och håller vårdplaner och återkommande planer uppdaterade.
- Vi vet hur vi ska agera om klientens mående plötsligt försämras med beaktande av riktlinjer och rutiner för jourssituationer
- Vi fattar beslut baserat på korrekt och aktuell information
- Vi utvecklar personalstrukturen och kompetensen för att tillgodose vård- och servicebehoven
- Vi ser till att personalen har möjlighet att delta och påverka utvecklingen av hemvårdsarbetet
- Vi motverkar kostnadsökningar genom att utveckla och anpassa vår verksamhet och stärka vår personals ekonomiska kompetens och ekonomimedvetenhet

3 Riskhantering

Riskhantering innebär samordnad verksamhet som leder och styr riskerna för social-, hälsovårds- och räddningssektorn. Helsingfors stad använder riskhanteringssystemet

Granite, som stöder utvecklingen och genomförandet av stadens enhetliga riskhanteringsprocess. Ledningen av den interna kontrollen och riskhanteringen ingår i sektorns ledningsansvar på alla nivåer.

Med riskhantering avses all verksamhet för att minska riskerna och de skador de orsakar. En god riskhantering är planmässig, proaktiv och systematisk och alla anställda deltar i den i sin egen roll. Enheten för säkerhet och beredskap inom förvaltningens stödtjänster svarar för samordningen av riskhanteringen inom sektorn och stöder vid behov servicehelheterna och tjänsterna. Riskhanteringen skapar en referensram för ordnandet av beredskapen.

3.1 Arbetssäkerhet

Bedömningen av risker är en process där arbetsgivaren och arbetstagarna tillsammans identifierar och bedömer arbetsplatsens risk- och belastningsfaktorer ur arbetets synvinkel. En ordentligt gjord bedömning av risker minskar person- och materialskadorna på arbetsplatsen, ökar arbetshälsan och förbättrar arbetets effektivitet och produktivitet. Bedömningen av risker är en lagstadgad skyldighet (arbetarskyddslagen 738/2002) och chefen ansvarar för att göra den. Vi gör bedömningen av risker i systemet Työsuojelupakki och uppdaterar alltid systemet när det sker större förändringar i arbetsmiljön och arbetet, men dock minst en gång om året. Bedömningen av risker ska alltid vara gjord/uppdaterad före företagshälsovårdens arbetsplatsutredning.

Var och en ser för sin egen del till att förhållandena i verksamhetsmiljön möjliggör ett tryggt arbete samt säker vård och tjänster av hög kvalitet. Detta omfattar tillgänglig passage i verksamhetsställets korridorer och arbetsrum samt rena ytor och arbetsbord. Under arbetsskiftet används arbetskläder. Personalen ska vara medveten om säkerhetsrisker och läget gällande säkerheten. Enhetens chef och de anställda ska tillsammans identifiera och räkna upp operativa risker och andra risker i verksamheten, bland annat i anknytning till lokaler, bedöma deras inverkan på säkerheten och verksamheten samt utarbeta anvisningar för olika situationer. Därtill ska man utreda och beskriva de metoder genom vilka man kan förbereda sig inför risksituationer, skydda sig mot dem och trygga verksamhetens kontinuitet även i en störningssituation.

Helsingfors stad har många arbetsplatser där det samtidigt finns personer från flera olika enheter, avdelningar eller sektorer. Även personal som inte hör till staden kan verka i samma lokaler. Sådana arbetsplatser kallas gemensamma arbetsplatser. Vi inleder den gemensamma bedömningen av risker på arbetsplatsen så att den aktör på arbetsplatsen med störst personal kartlägger de aktörer som är verksamma på arbetsplatsen och sammankallar cheferna på den gemensamma arbetsplatsen för att komma överens om bedömningen av risker. Vid det första mötet beslutar vi om vi ska göra en gemensam bedömning av risker på arbetsplatsen eller om varje aktör ska göra en egen bedömning. Med tanke på informationsutbytet och den praktiska tillämpningen är det ofta förnuftigast att göra en gemensam bedömning av risker. Varje aktör bedömer dock de mentala belastningsfaktorerna separat. Om parterna gör bedömningarna av risker separat, ska varje aktör se till att resultaten av den egna bedömningen delges de övriga parterna åtminstone till den del som det framkommer gemensamma risker i dem.

Trygghetsvandringar (1 gång/månad) är ett sätt att främja och bedöma säkerheten på arbetsplatserna genom att identifiera olägenhets-, risk- och belastningsfaktorer på arbetsplatsen och i arbetet. Syftet är att lära känna lokalernas säkerhetsaspekter, såsom placeringen av primärsläckningsutrustningen och utrymningsvägarna samt lära sig hur man ska agera i nödsituationer. Trygghetsvandringar på arbetsplatsen bör genomföras regelbundet, minst två gånger per år, men helst 4–6 gånger per år. Dokumentet för trygghetsvandringen kan sparas i Työsuojelupakki under dokument.

Arbetsgivaren är skyldig att identifiera de kemikalier som används i arbetet och bedöma riskerna förknippade med dem. Arbetsgivarens skyldigheter omfattar också åtgärder för att hantera riskerna förknippade med de kemikalier som används i arbetet. Den lagstadgade förteckningen över kemikalier uppdateras minst en gång om året som en del av riskbedömningsprocessen i Työsuojelupakki. Blanketten finns på intranätet och lagras i Työsuojelupakki under dokument. Förteckningen över kemikalier och säkerhetsinformationsbladen för de produkter som används finns utskrivna i lokalerna i rummen för vårdutrustning.

Teamen har uppdaterade räddnings- och säkerhetsplaner. Dessa uppdateras årligen.

3.2 Beredskap

Lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) förutsätter att Helsingfors stad ska förbereda sig på störningssituationer och undantagsförhållanden genom beredskapsplaner som vi gör på förhand samt genom andra åtgärder, och att vi i beredskapen säkerställer att servicen fortsätter. Beredskapen för eventuella störningssituationer och undantagsförhållanden ska vara planerad och antecknad för varje enhet. Beredskapsplanerna är dock sekretessbelagda handlingar, och därför skriver vi inga konkreta åtgärder i förvaltningsförfarandena eller verksamhetssätten i den egenkontrollplan som publiceras.

I kontinuitetsplanen för servicehelheten sjukhus-, rehabiliterings- och omsorgstjänster inom social-, hälso- och räddningssektorn fastställer vi de verksamhetssätt som avviker från det normala förvaltningsförfarandet och som servicehelheten inleder vid störningar, störningssituationer och de undantagsförhållanden som beredskapslagen fastställer. Syftet med planen är att trygga verksamheten inom sjukhus-, rehabiliterings- och omsorgstjänsterna genom att säkerställa kritiska tjänster och verksamheten inom tjänsterna och enheterna i alla förhållanden. Utifrån detta dokument utarbetar och upprätthåller vi mer detaljerade anvisningar, verksamhetsplaner och verksamhetskort. Kontinuitetsplanen uppdaterades den 1 januari 2025.

Kontinuitetsplanen för servicehelheten sjukhus-, rehabiliterings- och omsorgstjänster är offentlig. De verksamhetsplaner och kort som bifogas planen kan vara sekretessbelagda med stöd av 24 § 8 punkten i lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (621/1999).

På Helsingfors stads intranät finns information om energiberedskap och om elavbrott samt anvisningar om hur man ska agera då det råder brist på el.

Under allvarliga undantagsförhållanden, såsom vid störningar i dataförbindelserna, är de kritiska klient- och patientuppgifterna tillgängliga via enheternas BCA-kontinuitetsarbetsstationer.

Den rehabiliterande bedömningsenheten förbereder sig för smidig kommunikation i undantagstillstånd genom att hålla larmdiagrammen och instruktionerna för störnings- och undantagssituationer uppdaterade. Beredskapen planeras i samarbete med samarbetspartner och leverantörer av stödtjänster.

3.3 Dataskydd, informationssäkerhet och fullgörande av ansvarsskyldighet enligt dataskyddsförordningarna

Dataskydd avser skydd av personuppgifter. De flesta anställda behandlar personuppgifter i sitt arbete. Behandling av personuppgifter är bland annat insamling,

lagring, radering och visning av uppgifter. Personuppgifter får i regel användas endast för det ändamål för vilket de har samlats in.

I dataskyddsfrågor ska du först vända dig till din chef. Chefen kan be om hjälp av dataskyddsjuristerna inom social- och hälsovårdssektorn. Dataskyddsjuristerna är ansvarspersoner för dataskyddet inom social- och hälsovårdssektorn.

Informationssäkerheten gäller all information. Den information som ska skyddas kan finnas lagrad i datorer, i telefoner, på papper eller i något annat format. Informationen ska också skyddas när den överförs mellan datorer, i datakommunikation, vid telefonsamtal, ansikte mot ansikte eller på något annat sätt. Varje anställd vid Helsingfors stad ansvarar själv för att de uppgifter som hen använder i sitt arbete behandlas korrekt. Vid behov ger den närmaste chefen anvisningar om hur uppgifter i anknytning till arbetet behandlas korrekt. Stadskansliet leder stadens informationssäkerhet.

Dataskyddsförordningen förpliktar alla organisationer inom den offentliga förvaltningen att utse ett dataskyddsombud. Till dataskyddsombudets uppgifter hör att ge organisationen råd och handledning i alla dataskyddsfrågor, övervaka efterlevnaden av dataskyddsförordningen inklusive inspektioner i anslutning till detta, samarbeta med tillsynsmyndigheten och stöda tillgodoseendet av de registrerades rättigheter.

Dataskyddsförordningen innehåller krav på ansvarsskyldighet, vars tvingande karaktär ska bedömas från fall till fall. Omfattningen av ansvarsskyldigheten beror bland annat på organisationens storlek, mängden personuppgifter och vilka typer av personuppgifter den personuppgiftsansvariga behandlar. Den personuppgiftsansvariga ska beakta ansvarsskyldigheten redan i planeringsskedet av behandlingen av personuppgifter.

Helsingfors stads social- och hälsovårdssektor använder en informationssäkerhetsplan enligt THL:s föreskrift 3/2024. Syftet med informationssäkerhetsplanen är att uppfylla skyldigheterna i 77 och 78 § i lagen om behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården (703/2024) och THL:s föreskrift 3/2024.

Anmälan om upptäckta dataintrång görs via stadens tjänst Luukku till sektorns ansvarsperson för dataskyddet.

Webbutbildningen DigiABC riktad till hela personalen omfattar grunderna i dataskydd, säkerhet, datahantering och klassificering av data. DigiABC är en utbildning som alla av stadens anställda måste genomgå vartannat år. DigiABC finns på Helsingfors stads Oppiva-plattform. För nyanställda ingår handledningen i inskolningen och bör vara genomförd inom cirka två veckor efter att de börjat arbeta. Cheferna övervakar att detta blir av. Det ordnas även andra regelbundna utbildningar om dataskyddsfrågor.

4 Klient- och patientsäkerhet

Genom egenkontrollen säkerställer vi tillgången till tjänster, tjänsternas kontinuitet, säkerhet och kvalitet samt klienternas jämlikhet. Egenkontrollen är vardaglig verksamhet som tryggar säkerheten. Det är allas uppgift att förverkliga egenkontrollen i det dagliga arbetet.

4.1 Personalens anmälningssplikt i fråga om missförhållanden inom social- och hälsovården

Enligt 29 § i lagen om tillsynen över social- och hälsovården (741/2023) ska en person som ingår i personalen underrätta ansvarspersonen för tjänstenheten, om han eller hon i sina uppgifter upptäcker eller får kännedom om ett missförhållande eller en uppenbar risk för ett missförhållande vid tillhandahållandet av socialvård och hälso- och sjukvård för klienten eller patienten eller upptäcker eller får kännedom om en lagstridighet av annat slag. Helsingfors stads social- och hälsovårdstjänster gör i första hand anmälningarna via anmälningssystemen HaiPro och SPro.

Serviceanordnaren, serviceproducenten och enhetens ansvarsperson ska vidta åtgärder att korrigera ett missförhållande eller en uppenbar risk för ett missförhållande eller någon annan lagstridig omständighet. Anmälan kan göras utan hinder av sekretessbestämmelserna. Den person som tagit emot anmälan ska anmäla saken och den person som gjort anmälan kan utan hinder av sekretessbestämmelserna anmäla saken till tillsynsmyndigheten, om missförhållandet eller risken för ett uppenbart missförhållande eller någon annan lagstridig omständighet inte korrigeras utan dröjsmål. Den person som gjort anmälan får inte bli föremål för negativa motåtgärder till följd av anmälan. (29 § i lagen om tillsynen över social- och hälsovården).

Serviceproducenten ska informera sin personal om anmälningssplikten och om frågor som gäller användningen av den. I enlighet med tabellen för självutvärdering av egenkontrollen går enheten tillsammans med personalen regelbundet igenom anvisningarna (TOIM027) om bra behandling av klienten och patienten samt förebyggande av illabehandling. Det är också en del av inskolningen av varje ny anställd att bekanta sig med anvisningarna. Förutom anvisningarna går vi igenom anmälningssplikten för personalen och ger handledning i användningen av systemet Spro.

4.1.1 Identifiering och rapportering av missförhållanden och farliga situationer

Klientsäkerheten främjas och korrigeras på sektornivå vad gäller till exempel kompetens inom läkemedelsbehandling, bekämpning av infektioner i samband med vård, isolering av patienten och begränsning av rörelsefriheten, dokumentering av vård och klientarbete, köpta tjänster och stödtjänster, regionalt samarbete och den fysiska miljön. Vi säkerställer klientsäkerheten i det vardagliga arbetet, varvid utvecklingsbehoven och riskerna identifieras som en del av verksamheten. Vid identifieringen av risker och missförhållanden strävar vi efter att identifiera och observera proaktivt, så att nödvändiga åtgärder kan vidtas innan oönskade händelser inträffar. Hanteringen av risker i anknytning till klientsäkerheten omfattar till exempel processer som används i arbetsenheten, enhetliga tillvägagångssätt och god praxis, dokumenteringspraxis, identifiering av klienten samt metoder för att säkerställa informationsutbytet.

De anställda anmäler missförhållanden, farliga situationer eller hot om dem som de observerat och/eller utifrån respons från klienten/den närstående till sin chef via de system som vi i första hand använder (HaiPro, SPro och Työsuojelupakki). Hanteringen av farliga situationer, upptäckta missförhållanden och tillbud omfattar att ta upp dem till diskussion, registrera, analysera och rapportera dem samt att vidta nödvändiga åtgärder. Chefen ansvarar för riskhanteringen och för att utnyttja den mottagna informationen i utvecklingen. De anställda ansvarar för att identifiera missförhållanden i det vardagliga arbetet, reagera på dem och informera ledningen. Chefen ansvarar för att skapa praxis som stöd för genomförandet av klient- och patientsäkerhetsarbetet.

Klienten själv eller hens närstående kan också anmäla ett missförhållande eller en farlig situation. Anmälningar om farliga situationer som görs av klienter och anhöriga riktas till HaiPro-handläggarna i de enheter där incidenten ägt rum. Anmälningarna behandlas på samma sätt som de HaiPro-anmälningar som personalen gör. Vi ger inga separata svar på anmälningar om farliga situationer som gjorts av klienter och anhöriga.

Hantering av farliga situationer och missförhållanden omfattar en öppen och konstruktiv diskussion med de anställda, klienten och vid behov med anhöriga och närstående. Ett öppet och konstruktivt diskussionsklimat stöder byggandet av en god säkerhetskultur i arbetsenheterna. Ifall en skada leder till allvarliga följder som eventuellt kräver ersättning informeras klienten eller de anhöriga om hur ersättning kan sökas.

HaiPro- och SPro-anmälningar görs med telefon eller dator. Anmälningarna behandlas i systemet så snabbt som möjligt och går också regelbundet igenom med personalen. Syftet är att dra lärdom av dessa anmälningar och utveckla verksamheten.

4.1.2 Hantering och rapportering av missförhållanden och farliga situationer

Handläggarna av anmälningar meddelas per e-post om nya anmälningar i anmälningssystemen. Meddelandena läses varje dag och en bedömning görs gällande hur brådskande behandlingen är. Ärenden som kräver omedelbara åtgärder behandlas genast. Ansvarspersonen ska vidta åtgärder för att korrigera ett missförhållande eller en uppenbar risk för missförhållande eller någon annan lagstridig omständighet. Handläggaren börjar behandla icke-brådskande anmälningar inom en vecka. Anmälningarna ska vara behandlade inom två månader. Handläggaren ska se till att det finns en ersättare i systemet under frånvaro.

Vi överför alla anmälningar om situationer som orsakat allvarlig skada för klienten till en högre nivå. Man kan även överföra de ärenden till en högre nivå som man vill att ska behandlas mer omfattande än vid arbetsenheten eller som har ett betydande informationsvärde till exempel på enhetsnivå. När handläggaren på den högre nivån har fått anmälan bedömer hen vilket som är rätt forum för behandling av den överförda anmälan och om situationen till exempel behöver behandlas vid ett chefsmöte. Behandlingen av anmälningar om missförhållanden och farliga situationer är en del av ledningen. Ansvarspersonen ska vara medveten om avvikelser och missförhållanden i den serviceverksamhet som hen leder samt ingripa i dem. Ansvarspersonen ska också på basis av sin bedömning överföra behandlingen av ärendet till följande nivå i organisationen.

Den tekniska behandlingen av en anmälan är sällan en tillräcklig åtgärd. Det centrala är en gemensam diskussion och hantering av ärendet samt att de behövliga åtgärderna inleds. Korrigering åtgärder fastställs för kvalitetsavvikelser, säkerhetsavvikelser, farliga situationer och tillbud, missförhållanden eller hot om sådana för att förhindra att situationen realiseras eller upprepas. Sådana åtgärder är bland annat att utreda orsakerna till och de faktorer som bidrar till situationen och därigenom göra förfaringssätten säkrare, uppdatera eller precisera anvisningarna och så vidare. Vi definierar och registrerar nödvändiga utvecklingsåtgärder som upptäckts på basis av en observerad risk eller ett missförhållande i systemet och avtalar om uppföljningen av hur åtgärderna vidtas. Ansvarspersonen har en central roll i att utveckla enhetens verksamhet, skapa och upprätthålla en utvecklingsvänlig atmosfär samt att fastställa de utvecklingsåtgärder som ska vidtas utifrån observationer av avvikelser.

Särskild uppmärksamhet ska ägnas åt att de utvecklingsåtgärder som vidtagits och att god praxis delas mellan olika enheter, funktioner och tjänster, vilket stöds av den offentliga rapporteringen om utvecklingsåtgärder.

På organisationens olika nivåer behandlar vi regelbundet anmälningar om missförhållanden och farliga situationer som gäller klientsäkerhetens situation och verksamhet samt de utvecklingsåtgärder som ska vidtas på basis av dem på det sätt som beskrivs nedan.



Behandlingstätheten och ansvarspersonerna för Hai-Pro, S-Pro och Työsuojelupakki beskrivs i självutvärderingstabellen i egenkontrollplanen.

4.2 Utredning av allvarliga farliga situationer

För närmare utredningar av allvarliga farliga situationer använder sektorn ett förfarande och en utredningsprocess som beskrivs i en separat anvisning (TOIM 028, utredning av allvarliga farliga situationer för att utveckla patient- och klientsäkerheten inom Helsingfors social- och hälsovårdssektor). Särskild uppmärksamhet ägnas åt verksamhetsutvecklingen utgående från utredningen av farliga händelser och missförhållanden.

Vid en allvarlig farlig situation eller ett allvarligt missförhållande har klienten eller patienten orsakats eller nästan orsakats betydande skada eller avsevärd bestående skada eller så har hans liv eller säkerhet utsatts för allvarlig fara. En allvarlig farlig situation eller ett allvarligt missförhållande kan också beröra en stor grupp människor. Med allvarlig skada avses en situation, som lett till dödsfall, varit livshotande, lett till att sjukhusvård måste inledas eller fortsätta eller lett till permanent eller betydande skada eller funktionsnedsättning, eller någon annan särskilt allvarlig situation.

Helsingfors social- och hälsovårdstjänster använder både HaiPro och SPro för att utreda allvarliga farliga situationer och missförhållanden. Anvisningen om utredning av allvarliga farliga situationer ger mer information om utredningsprocessen. Förvaltningens enhet Stöd för kvalitet och tillsyn ger vid behov stöd i utredningen av allvarliga farliga situationer.

Vid en allvarlig farlig situation är det viktigt att beakta alla berörda parter och vid behov ordna brådskande stöd förutom för klienten eller patienten även för klientens närstående samt för de anställda som deltagit i klientens process och/eller situation.

Processen för behandlingen av en allvarlig farlig situation eller ett missförhållande beskrivs kortfattat i enhetens egenkontrollplan. Den beskriver också

ansvarsfördelningen för att ordna det brådskande stöd som behövs (t.ex. krishjälp) i händelse av en allvarlig situation eller ett tillbud.

4.3 Tillgodoseende av klienternas och patienternas välfärd, hälsa och säkerhet i vardagen

4.3.1 Vi främjar välfärd och hälsa

Enheten säkerställer och ger anvisningar för klienternas hälsovård (regelbundna hälsogranskningar, även mun- och tandhälsan) och sjukvård (behandling/uppföljning av kroniska sjukdomar, icke-brådskande och brådskande sjukvård).

Inom sjukhus-, rehabiliterings- och omsorgstjänster som stöder möjligheten att bo hemma och inom omsorgstjänster med vård dygnet runt genomförs hälso- och sjukvården som ett multiprofessionellt samarbete som samordnas mellan olika tjänster. Hälso- och sjukvård ges av både hälso- och socialvårdsenheterna. Yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården från olika yrkesgrupper deltar i genomförandet enligt klientens hälso- och sjukvårdsbehov.

Vi definierar genomförandet av hälso- och sjukvården närmare i separata guider för personalen och anvisningar om multiprofessionellt samarbete. Konsultationsguiden beskriver konsultationspraxis mellan olika tjänster. Inom hemvården har vi utarbetat en samarbetsanvisning för hemvården och hemvårdsläkare. Syftet med denna anvisning för teamarbetet inom hemvården är att beskriva de viktigaste verksamhetsmodellerna som ska genomföras enhetligt inom hemvården oberoende av område, team och vårdgivare. Planen för läkemedelsbehandling fastställer läkemedelsbehandlingen. Tjänstebeskrivningen för läkartjänsterna inom de långvariga tjänsterna med heldygnsvård beskriver ordnandet av och samarbetet inom den medicinska vården.

Den läkare som sköter primärvården ansvarar för klientens medicinska vård. Den behandlande läkaren för de klienter som omfattas av denna egenkontrollplan är antingen läkare vid en hälsostation/central för hälsa och välbefinnande (hälso- och missbrukartjänster, TEPA) eller läkare inom enheten för hemvårdsläkare (sjukhus-, rehabiliterings- och omsorgstjänster, Helsingfors sjukhus). En del av klienterna använder också tjänster inom den privata hälso- och sjukvården i fråga om läkartjänster. Den behandlande läkaren beslutar om den medicinska vård som klienten ska få.

Ansaret för att ordna läkartjänster:

Hemvård och gemenskapsboende: Läkare vid hälsostationer och hemvårdsläkare. Den hälsostation eller hemvårdens läkartjänst som ansvarar för den klientspecifika vården har definierats i klient- och patientdatasystemet under Mitt hälsoteam (egen kontaktperson)/avsnittet för servicenätverk. Den behandlande läkaren för klienterna vid den rehabiliterande bedömningsenheten är en läkare vid en hälsostation/central för hälsa och välbefinnande (hälsovårds- och missbrukartjänster, TEPA). En del av våra klienter använder också läkartjänster inom den privata hälso- och sjukvården.

Serviceboende och institutionsvård dygnet runt: Enheten för hemvårdsläkare. Tjänsterna produceras av privata läkartjänster som ramavtalspartner. Den privata läkartjänsten meddelar vilka läkare som har vårdansvar för en enskild arbetsenhet.

Kortvarig boendeservice för äldre, korttidsvård och krisavdelning: samma läkartjänst (hemvårdsläkare eller hälsostation) som har vårdansvar när klienten bor i sitt vanliga hem.

Bedömnings- och rehabiliteringsavdelningarna: läkare inom enheten hemvårdsläkare.

Geriatrijouren (läkarkonsultation) och HUS jourmottagningar ansvarar för det medicinska stödet utanför tjänstetid. Det finns närmare anvisningar för verksamheten vid jourituationer och konsultationsmodellerna i den separata guiden för jourituationer och i konsultationsanvisningen.

Mobil vårdare (LIHO) är en tjänst som produceras av Servicecentralen Helsingfors och vars syfte är att stödja vården vid jourituationer inom hemvården och serviceboende med omsorg dygnet runt för äldre. Den geriatrijourhavande fattar beslutet om att skicka en mobil vårdare till klienten på basis av en konsultation.

Yrkesutbildade personer inom vårdarbetet genomför den hälso- och sjukvård som klienten behöver enligt vårdplanen. Vi utvecklar och upprätthåller sjukvårdskompetensen inom boendeservicen och hemvården med hjälp av regelbunden utbildning.

När det gäller klienternas näring iakttas de rekommendationer som publicerats av Statens näringsdelegation och de guider som baserar sig på dem, med beaktande av individuella behov. Den rehabiliterande bedömningsenheten följer och bedömer klientens näringstillstånd vid varje klientbesök. Näringstillståndet stöds även med hemvårdens stödtjänster såsom butiks- och måltidstjänster samt måltidsautomater. Vi utvärderar regelbundet klienternas näringstillstånd och förändringar i det, genom att följa upp vikt, viktförändring och viktindex (BMI) samt använda information från bedömningarna MNA (Mini Nutritional Assessment) och RAI (Resident Assessment Instrument). Vi reagerar på förändringar i näringstillståndet i enlighet med anvisningarna i näringsguiden. Bedömningsverktyget RAI används för att bedöma äldre personers servicebehov samt deras funktionsförmåga, hälsa och resurser. MNA (Mini Nutrition Assessment) är ett test för att bedöma näringstillstånd som kan användas för att bedöma risken för malnutrition och undernäring hos personer över 65 år.

Vid undernäring eller andra problem är det möjligt att konsultera stadens näringsterapeut. Ergoterapeuter ger vid behov information om hjälpmedel för måltider. Dessutom genomförs en enkät om kvalitetskriterierna för näring inom hemvården vartannat år. Producenterna av måltidstjänster ansvarar för måltidernas kvalitet på det sätt som serviceproducenten och staden avtalat och för riskhanteringen inom sin egen verksamhet i sin egen plan för egenkontroll.

4.3.2 Förebyggande av smittsamma sjukdomar och infektioner samt hygienpraxis

I vård- och serviceplanerna ska man vid enheterna inom social- och hälsovården beakta de skydds- och försiktighetsåtgärder som förebygger spridning av allmänfarliga och övervakningspliktiga smittsamma sjukdomar enligt lagen om smittsamma sjukdomar bland klienter, anställda, anhöriga och besökare. Statistikföringen, övervakningen, konsultationshjälpen och smittspårningen av smittsamma sjukdomar har koncentrerats till Helsingfors stads enhet för epidemiologisk verksamhet.

På enheten följs bestämmelser, rekommendationer och anvisningar gällande nationell hygienpraxis. Verksamhetens natur på enheterna avgör vilken hygiennivå som krävs. Inom alla social- och hälsovårdstjänster ska personalen följa anvisningen "Sedvanliga försiktighetsåtgärder" och andra hygienanvisningar eller aktuella anvisningar som finns på sektorns intranät. Varje arbetstagare ansvarar för sin del för att se till att lokalerna är rena, och alltid i slutet av arbetsskiftet rengöra ytorna samt de varor och verktyg som hen använt. Hygienskötare, den epidemiologiska verksamheten och infektionsläkare ger konsultationshjälp.

I klienternas individuella vård- och serviceplaner ställs det upp mål för klientspecifik hygienpraxis, vilket utöver att sköta om klienternas personliga hygien även vid behov

innehåller bland annat anvisningar om att förhindra spridningen av smittsamma sjukdomar.

Inom hemvården arbetar man aseptiskt och aseptiken beaktas också vid planeringen av besök. Personalen använder de arbetskläder som tillhandahålls av arbetsgivaren i sina arbetsuppgifter. Handhygien och tillräcklig användning av handdesinfektionsmedel ska beaktas vid varje klientbesök. Åtgången av handdesinfektionsmedel inom social- och hälsovårdstjänsterna är en av de indikatorer som används för att följa upp patientsäkerheten.

Den allmänna hygieninivån övervakas genom hygienauditering, statistik över vårdrelaterade infektioner, övervakning av förbrukningen av handdesinfektionsmedel och övervakning av förbrukningen av skyddshandskar. Därtill övervakar infektionsläkarna förbrukningen av mikrobläkemedel som levereras från sjukhusapoteket.

Vid den rehabiliterande bedömningsenheten genomförs årliga hygienauditeringar. Inom vårdarbetet är hygienauditering en systematisk utvärderingsprocess som granskar och säkerställer att hälsovårdens enheter och vårdpersonal följer anvisningarna för infektionskontroll. Syftet med auditeringen är att öka arbetssäkerheten, förebygga infektioner kopplade till vården, förbättra klient- och patientsäkerheten samt främja vårdkvaliteten. Regelbundna hygienauditeringar hjälper till att identifiera områden där arbetsmiljön kan förbättras och säkerställer att rutinerna är säkra och uppdaterade. Baserat på resultaten och enligt behov kan man ordna mer utbildning, förbättra anvisningarna och följa upp hur åtgärderna realiserats i praktiken.

4.4 Läkemedelsbehandling

4.4.1 Plan för läkemedelsbehandling och genomförande av läkemedelsbehandling

Enheterna för hemvården, den rehabiliterande bedömningsenheten, heldygnsomsorgen, dagverksamheten, Servicecentralen Helsingfors och hemvårdsläkare har en gemensam plan för läkemedelsbehandling. Planen för läkemedelsbehandling beskriver verksamhetssätten i anknytning till läkemedelsbehandling och utvecklingen av kompetensen inom läkemedelsbehandling med hjälp av webbmiljön för läkemedelsbehandling (LOVe). Varje enhet som omfattas av den aktuella planen för läkemedelsbehandling gör upp en enhetsspecifik bilaga till planen för läkemedelsbehandling, där enhetens praxis för läkemedelsbehandling beskrivs närmare. Bilagan innehåller också enhetsspecifika identifierade risker i anknytning till läkemedelsbehandlingen och åtgärder för att eliminera dem. Bilagan godkänns av en separat utsedd biträdande överläkare eller överläkare inom serviceområdet, som samtidigt är ansvarig läkare för läkemedelsbehandlingen vid enheten i fråga. Bilagan uppdateras minst en gång om året.

Överensstämmelsen av den läkemedelsbehandling som utförs i enheterna i enlighet med planen för läkemedelsbehandling övervakas med hjälp av egenkontroll.

4.5 Produkt- och utrustningssäkerhet

Helsingfors stads social-, hälso- och räddningssektor har utarbetat en anvisning för hanteringen av medicintekniska produkter och för rapporteringen av farliga situationer inom social-, hälsovårdstjänsterna. Anvisningen beskriver de viktigaste funktionerna för utrustningshanteringen och utrustningssäkerheten. Medicintekniska produkter ska vara säkra för klienter, användare och andra personer. Inom social-, hälso- och räddningssektorn är ansvarspersonen för en professionell användare av medicintekniska produkter en expert inom utrustningshantering. Enhetens chef ansvarar för och samordnar frågor som gäller enhetens utrustningshantering.

Dessutom utses en utrustningsansvarig i enheterna. Chefen ansvarar för att utse och utbilda ansvarspersoner för sina enheter samt följa upp verksamheten.

Vi gör upphandlingen av utrustning i enlighet med Helsingfors stads upphandlingsreglemente och anvisningar. Vid upphandlingarna beaktar vi alltid medicinsk expertis och expertis inom vårdarbetet. Underhållet av utrustningsregistret Medusa köps av HUS Bastjänster, Medicinteknik. De medicintekniska tjänsterna utför mottagningskontroller och registreringar av ny utrustning i systemet Medusa. Enheterna ansvarar för att registret är uppdaterat genom att inventera utrustningen varje kalenderår samt genom att göra nödvändiga förflyttningar och avskrivningar av utrustningen i realtid. De medicintekniska produkterna underhålls och kalibreras minst med de intervaller som anges av tillverkaren. De medicintekniska tjänsterna och utrustningsleverantörerna producerar dessa tjänster. De medicintekniska tjänsterna lagrar utrustningens livscykeluppgifter i produktregistret.

De hjälpmedel för medicinsk rehabilitering som lånas ut till klienterna via hjälpmedelstjänsten på Helsingfors sjukhus registreras och livscykeluppgifterna lagras i verksamhetsstyrningssystemet Effector. Varje person som använder produkterna ska ha tillräcklig kompetens. Utbildning i användningen av social- och hälsovårdsutrustning ges av bland annat utrustningsleverantörerna, undervisningssköterna inom sjukhusfunktionerna i sjukhusen samt enheternas utrustningsansvariga. Dessutom är utbildningarna i utrustning i Duodecims Oppiportti tillgängliga för personalen. Det digitala utrustningspasset, som är avsett för att säkerställa och dokumentera utrustningskompetens, tas i bruk stegvis under 2025.

I första hand lånar klienten de hjälpmedel som hen behöver via hjälpmedelsservicens enhet i Kånala. I andra hand kan terapeuten utifrån sin bedömning låna de hjälpmedel som är nödvändiga för klienten och möjliggör en trygg återgång hem ur sjukhusens och den rehabiliterande bedömningsenhetens satellitförråd. När det gäller utrustning och hjälpmedel som lånas ut till klientens hem måste överlämnaren av dem se till att klienten och/eller den anhöriga får tillräckliga instruktioner för användningen. Sakkunniga i utrustningshantering ansvarar bland annat för att ge handledning och anvisningar till enheterna och samordnar det regelbundna underhållet av patientsängarna och instrumenttvättmaskinerna vid enheterna och de årliga inventeringarna av utrustningen.

Fimeas uppgift är att övervaka att medicintekniska produkter och utrustning uppfyller kraven samt att främja en säker användning av dem. Fimea underrättas om farliga situationer som hänför sig till exempel till ett fel i utrustningen, dess egenskaper eller bruksanvisning. Chefen gör anmälan till Fimea via länken i systemet HaiPro. Anmälan görs så snart som möjligt efter att den farliga situationen har upptäckts. En kopia av den behandlade HaiPro-anmälan skickas till Medicinteknik (laitevaarat@hus.fi). Förutom Fimea ska även tillverkaren, den auktoriserade representanten, importören eller distributören underrättas om situationen.

Vi förhandlar om reparationen av utrustningen med leverantören eller tillverkaren av utrustningen. Enheten gör en servicebegäran i Medusa när det har beslutats att reparera utrustningen som haft del i en farlig situation. Det finns en separat anvisning för närmare utredningar av allvarliga farliga situationer inom social- och hälsovården (TOIM 028, utredning av allvarliga farliga situationer för att utveckla patient- och klientsäkerheten inom Helsingfors social- och hälsovårdssektor). Mer information sote.laitetiimi@hel.fi

5 Klientens ställning, rättigheter och rättsskydd

5.1 Att söka sig till tjänsterna och tidsfrister för tillgång till service

Seniorinfo är kommuninvånarnas telefon- och rådgivningstjänst som riktar sig till Helsingforsbor över 65 år och deras närstående. Servicespråken är finska och svenska och dessutom används en snabbtolkningstjänst. Klienterna kan söka sig till Seniorinfos tjänster per telefon, genom att besöka rådgivningsstället eller elektroniskt (genom identifikation i chatttjänsten på hel.fi-seniorsidorna, via servicebedömningen av närståendevårdssituationen i Omaolo eller i framtiden via blanketten/kontakten för tjänster för äldre i Maisa). Klienterna kan göra en anmälan via Maisa.fi-sidorna eller Maisa-appen (Anmälan om äldre över 65 år). Klienterna har möjlighet att sköta ärenden på Seniorinfo anonymt om de så önskar.

Vid Seniorinfos preliminära bedömning av servicebehovet används RAI-mätarna för funktionsförmågan. Om det i bedömningen framgår att klientens servicebehov hänför sig till stadens social- och hälsovårdstjänster, överförs klientens ärende utan dröjsmål till en ändamålsenlig socialvårdsenhet för en övergripande fortsatt bedömning, såsom exempelvis teamet för klienthandledning.

Bedömningsverksamhetens enhet för klienthandledning styr klienter till enheten för rehabiliterande bedömning om de har identifierats behöva vård och/eller rehabilitering i en bedömning av servicebehovet eller i en uppdatering av klientplanen, samt klienter som bor hemma och som uppfyller kriterierna för hemvård och har valt hemvårdens servicesedlar som sättet hemvården produceras på. Den rehabiliterande bedömningsenheten tar också emot nya klienter från sjukhus och andra social- och hälsovårdstjänster som behöver stöd vid utskrivning från vårdinrättning eller stöd vid behandling/rehabilitering och som inte kan använda tjänster utanför hemmet.

Klienthandledningen hänvisar även klienter från närståendevården till hemvården om dessa har ett förutsägbart behov av hjälp. De hänvisar även klienter som skrivs ut från bedömnings- och rehabiliteringsperioder vid seniorcenter. Den rehabiliterande bedömningsenheten hänvisar klienterna till hemvården med remiss. Om en klient som har skrivits ut från hemvården på nytt behöver omfattas av hemvården, skrivs hen in direkt utan bedömningsperiod på rehabiliteringsbedömningsenheten, förutsatt att klientens situation eller vårdbehov inte har förändrats väsentligt. Kunder som får hospice- och palliativ vård överförs direkt till hemsjukvården via utskrivningskoordinatorer.

Under den rehabiliterande bedömningsperioden beslutar det multiprofessionella teamet i samarbete med klienten och vid behov hens närstående om det stöd som klienten behöver och ordnande av eventuell fortsatt vård. Utifrån bedömningen av klientens vårdbehov bestäms om det behövs regelbunden hemvård eller om klienten kan hänvisas till andra, lättare tjänster.

Den lagstadgade tidsfristen inom vilken regelbunden hemvård ska inledas är sju dagar från beslutet.

5.2 Planering av klientens och patientens vård

I planeringen av klient- och patientvården beaktas Kvalitetsrekommendation för att trygga en aktiv och funktionsduglig ålderdom och hållbara tjänster 2024–2027 (SHM).

Behovet av vård och service antecknas i klientens personliga vårdplan om daglig vård och service som utarbetas tillsammans med klienten och hans närstående.

Målet med planen är att hjälpa klienterna att uppnå de mål de ställt för sin livskvalitet och funktionsförmåga. Med hjälp av planen kan man se förändringar i klientens behov av service och samordna de tjänster som beviljats. Planen för den dagliga vården och servicen är ett dokument som kompletterar den service-/klientplan som utarbetats för klienten och med vilken serviceanordnaren informeras om förändringar i klientens servicebehov. Planen uppdateras enligt en fastställd tidtabell eller ifall klientens funktionsförmåga/behov av hjälp/hälsotillstånd genomgår en betydande förändring. Planerna för klienten (klient-, service- och vårdplanen) görs med hjälp av uppgifterna i RAI-systemet.

Utifrån RAI-bedömningen registrerar vi relevant information i klient- och patientdatasystemet Apotti. Vårdplanen granskas och uppdateras vid varje besök. För att säkerställa vårdkvaliteten granskar vi RAI-kvalitetsresultaten två gånger om året vid chefsmötet och hemvårdschefsmötet. För varje hemvårdsenhet har utsetts ett RAI-kontaktspar (bestående av en chef och en skötare) som stödjer RAI-bedömningarna och användningen av RAI-data inom hemvården. För att säkerställa kompetensen anordnar RAI-kvalitetssakkunniga månatliga RAI-handledning och utbildningar för våra anställda.

Dessutom använder vi i planeringen av vården MMSE-testet (minne), Braden-mätaren (risk för hud- och trycksår), GDS-enkäten (depression), AUDIT-enkäten (drogmissbruk), FRAT-mätaren (fallrisk) och MNA-mätaren (nutrition) för att göra en heltäckande bedömning av våra klienter utifrån deras individuella behov. Vi använder också motionsavtalets tester och, vid behov, en smärtmätare. Vi följer upp att kriterierna för beviljande av hemvård uppfylls efter varje RAI-bedömning och inom närserviceområdet varje månad.

Vi ingår ett motionsavtal med våra klienter inom den rehabiliterande bedömningsenheten för att stödja klientens funktionsförmåga och förmåga att klara sig hemma. Vi kan använda oss av eventuella motionsavtal som har utarbetats för klienten redan tidigare inom andra tjänster. Med hjälp av motionsavtalet uppmuntrar vi klienten att röra sig i vardagen, vilket förbättrar muskelstyrkan och balansen. Klienterna kan göra de överenskomna sakerna självständigt, under hemvårdsbesök och tillsammans med sina närstående. Vid den rehabiliterande bedömningsenheten utarbetas motionsavtalet inom en vecka efter den första bedömningen (det första besöket). Vi följer upp och utvärderar genomförandet av motionsavtalet vid klientmöten. Vi uppdaterar avtalet tillsammans med klienten. Syftet med motionsavtalet är att göra det möjligt för varje klient att leva ett personligt och smidigt vardagsliv i hemmet. Vi stöder klienternas funktionsförmåga genom programmet Lättare promenader.

Vi följer rapporter över kunskapsbaserad ledning i klient- och patientdatasystemet Apotti varje dag, vecka och månad. Vi ser till att klienten har ansvariga vårdare i teamet registrerade i Apotti. Vid klientmötena behandlar vi klientens behov av vård och service samt kontrollerar om den faktiska tiden för klienterna motsvarar den planerade. Vid behov ändrar vi vårdplanen så att den motsvarar klientens behov av vård och service.

Teamen inom den rehabiliterande bedömningsenheten har ett multiprofessionellt klientmöte fyra gånger i veckan. Vid mötet behandlar vi frågor kring vården och servicen för klienterna. En gång i veckan ordnas ett teammöte där vi bedömer bland annat genomförandet av klientarbetet samt egenkontrollen. En gång i månaden deltar även fysioterapeuter, ergoterapeuter och en klienthandledare i teammötet, vilket stöder klientarbetet hemma hos klienterna och gör det möjligt att behandla multiprofessionella frågor.

En gång i månaden, som en del av klientmötet, sammankallar vi ett multiprofessionellt klientmöte för hemvården, där vi går igenom klientens ärenden och följer upp framsteg

på ett mångprofessionellt sätt. Ungefär var sjätte vecka ordnas hemvårdens bedömnings- och rehabiliteringsmöte där vi diskuterar situationen för de klienter som behöver många tjänster på ett måltipprofessionellt sätt.

Konsultationsmöte om hemrehabilitering som hålls varannan vecka ger dessutom stöd för klientarbetet inom hemvården och gör det möjligt att ta upp mångprofessionella klientfrågor.

5.3 Dokumentation

Patient- och klientjournalerna inom hälso- och sjukvården är avsedda att stödja en god vård av patienten eller klienten. I dem antecknas uppgifter som behövs för att planera, ordna, genomföra och följa upp vården. Den professionella bör vara uppmärksam på att anteckningarna är tillräckligt omfattande och nödvändiga för att trygga vården, och att de är tydliga och förståeliga så att även patienten eller klienten kan förstå innehållet i anteckningen. Patient- och klientjournalerna förvaras i enlighet med sekretess- och tystnadsplikten. De som deltar i vården av en patient eller i anslutande uppgifter får hantera journalhandlingar endast i den omfattning som deras arbetsuppgifter och ansvar förutsätter.

Det måste också vara möjligt att identifiera de yrkesutbildade personerna och andra personer (t.ex. studerande) som deltagit i tillhandahållandet av vården och servicen. Detta kräver inte att alla personer som deltar i vården alltid är identifierade i journalerna, utan man kan använda exempelvis uppgifter från skifteslistan som hjälp.

Alla hemvårdsbesök och de samtal som ersätter besök registreras och statistikförs. Informationen om klienten eller patienten registreras i Apotti-systemet i realtid och uppgifterna ska vara felfria. Aktuell information förbättrar klient- och patientsäkerheten, kvaliteten på vården samt ledningen med information. Information av hög kvalitet produceras genom att göra klientarbetets dokumenteringar enligt standardiserade riktlinjer.

Gemensamma riktlinjer för dokumentering i systemet och "arbetsflöden" behandlas i hemvårdens Apotti-kärngrupp samt i hemvårdens ledningsgrupp. Apotti-guiden hjälper till om du behöver hjälp med att använda systemet kan du vid behov få stöd av en Apotti-stödperson.

Handboken för dokumentering inom hemvården styr innehållet i dokumenteringen och vårdarbetet på den rehabiliterande bedömningsenheten, i hemvården och på Palvelukeskus Helsinki som en del av den övergripande vården av hemvårdens klient, med beaktande av de juridiska och etiska principerna för dokumentering. I hemvårdens dokumenteringshandbok beskrivs vad som är en tillräcklig och koncis dokumentering.

Den dagliga vården av klienten dokumenteras i klient- och patientdatasystemet på en mobil enhet eller dator. Dokumenteringen skapar förutsättningar för en flexibel utveckling och kontinuitet i vården av klienten, säkrar tillgången till information om vården och säkerställer att vården utförs. Apottis patient- och klientinformationssystem ger riktlinjer och rekommendationer samt en automatiserad sammanfattning av besöket baserat på strukturerad dokumentering i realtid.

I dokumenteringen används ett allmänt språk så att klienten kan förstå texten. Dokumentationen ska återspegla kundens syn och åsikt. Dokumenteringen sker i realtid och på ett klientorienterat sätt, i enlighet med klientens behov och mål. Varje vårdgivare är bekant med riktlinjerna för "Dokumentering i realtid" inom hemvården.

Hemvårdens handbok för dokumentering finns tillgänglig för personalen på Helsingfors stads intranät bland hemvårdens anvisningar. Apotti-kärngrupp ser till att systemet är i

linje med vad som har överenskommits gemensamt. Auditeringar används för att följa upp hur dokumenteringen sker.

5.4 Klientens och patientens självbestämmanderätt

Det är viktigt att bestämmelserna om hörande av klienten och information till klienten iakttas för att socialvården ska kunna genomföras enligt klientens intresse. Bestämmelser om hörande av klienten innan beslut om klienten fattas finns i förvaltningslagen. Bestämmelser om klientens rätt att få en utredning om olika alternativ finns i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården. Det är socialvårdspersonalens skyldighet att informera klienten om vilka olika alternativ som är aktuella i hans ärende och deras konsekvenser samt andra omständigheter som kan vara av betydelse. Informationssättet ska vara sådant att klienten i tillräcklig utsträckning kan förstå informationens innehåll och betydelse. Informationssätt är till exempel kommunikationsmaterial, kommunikationshjälpmedel eller tolk. En central förutsättning och metod för att öka klientens möjligheter att delta är att trygga rätten till information. För att kunna delta i och påverka behandlingen och avgörandet av sitt ärende ska klienten ha fått tillräcklig information om de olika alternativen och deras konsekvenser.

Frågor som rör klienten eller patienten ska behandlas och avgöras så att man i första hand beaktar hans bästa. Klienten eller patienten ska skyddas från alla slag av fysiskt och psykiskt våld, dålig behandling och utnyttjande. Detta stöds av sektorns anvisningar (TOIM027) om bra behandling av klienten och patienten samt förebyggande av illabehandling inom social- och hälsovårdssektorn.

Vården och omsorgen av klienten eller patienten baserar sig i första hand på frivillighet och samförstånd. Servicen produceras alltid med utgångspunkten att personens självbestämmanderätt inte begränsas. Det ska alltid finnas en lagstadgad grund för begränsningsåtgärder. Ändamålsenliga skriftliga beslut om åtgärder som begränsar självbestämmanderätten fattas i enlighet med den servicespecifika lagstiftningen (t.ex. mentalvårdslagen, barnskyddslagen, funktionshinderlagen) i enlighet med gällande anvisningar. Eventuella begränsande åtgärder genomförs enligt principen om minsta möjliga begränsning, på ett säkert sätt som respekterar personens människovärde. Man avslutar genast begränsningsåtgärderna när användningen av dem inte längre är nödvändig för klientens eller andras trygghet.

Den rehabiliterande bedömningsenheten gör en orosanmälan om klienten inte klarar sig utan hjälp men vägrar hemvårdens stöd. Syftet är att säkerställa klientens välbefinnande och förmåga att klara sig i vardagen.

5.5 Klienters, patienters och närståendes delaktighet

När man stärker klienternas delaktighet ökar välbefinnandet och möjligheten att utveckla tjänsterna så att de blir användarorienterade. Sektorn genomför Helsingfors stads delaktighets- och interaktionsmodell, vars tyngdpunkter för 2023–2025 är att stärka kommuninvånarnas upplevelse av delaktighet, personalens delaktighet, öka kompetensen och beakta stadsbornas mångstämighet. Det är viktigt att klienterna upplever att de har blivit hörda och att det finns lämpliga metoder och kanaler för detta. Vi involverar klienten, och med klientens samtycke hans närståendenätverk, i våra tjänster och klienten har en aktiv roll i sin egen serviceprocess.

Metoder för delaktighet är bland annat mångsidig insamling av klientrespons, olika enkäter, intervjuer och klientråd samt att erfarenhetsexperter och frivilliga deltar. Delaktighet innebär både att man blir hörd i fråga om sin egen service och en funktionell och social möjlighet att delta i närgemenskapen. Därför kan vi även stärka delaktigheten genom att till exempel stödja deltagandet i lågtröskelverksamhet i det

egna bostadsområdet eller genom att planera vardagen i en boendeenhet med heldygnservice.

Vid den rehabiliterande bedömningsenheten fungerar den ansvariga vårdaren och de vikarierande ansvariga vårdarna (fyra vikarierande ansvariga vårdare) som en utsedd kontaktperson för klientens angelägenheter och samarbetar med de närstående. Dessutom genomförs enkäter för klienter och närstående med ungefär ett par års mellanrum.

5.6 Responskanaler och utnyttjande av information

Det är möjligt att ge respons på social- och hälsovårdstjänsterna via flera olika kanaler. Klienterna och patienterna kan ge respons på många olika sätt på verksamhetsställena och i e-tjänsterna i olika skeden av servicestigen. Vi samlar in respons av klienterna och får information om klientupplevelsen till exempel med hjälp av stadens gemensamma responstjänst, responsapparater och olika klientenkäter. Social-, hälsovårds- och räddningssektorn uppmuntrar klienter och boende att ge respons och tar i bruk nya metoder för att underlätta klienternas delaktighet i serviceutvecklingen i det dagliga arbetet.

Vi behandlar responsen som ges via stadens gemensamma responstjänst inom fem vardagar i enlighet med Helsingfors stads servicelöfte och kommuninvånarna får svar per e-post. På verksamhetsställena finns det responsapparater i omfattande mängd som mäter klientupplevelsen. Dessutom använder olika tjänster och enheter egna metoder för insamling av respons som lämpar sig för deras klienter.

Insamlingen av klientrespons utvecklas både inom tjänsterna, inom sektorn och nationellt. Målet med att utveckla insamlingen av klientrespons är att alla klientgrupper ska ha en jämlik möjlighet att ge respons. Vi utnyttjar responsen i utvecklingen av verksamheten, i personalens utbildningar och som stöd för beslutsfattandet.

Lagen om tillsyn över social- och hälsovården förutsätter att serviceproducenterna samlar in klientrespons och publicerar de utvecklingsåtgärder som vidtagits på basis av klientresponsen i det offentliga datanätet tre gånger om året. Information om de utvecklingsåtgärder vi vidtagit utifrån responsen på social- och hälsovårdstjänsterna inom Helsingfors stads social-, hälsovårds- och räddningssektor och uppföljningen av dem publiceras var tredje månad i samma rapporteringscykel som de utvecklingsåtgärder vi vidtagit utifrån iakttagelserna i egenkontrollen.

Vid den rehabiliterande bedömningsenheten behandlar vi i regel respons i teamet med personalen enligt den persons hemadress som lämnat responsen. Vårdarens första bedömning av klienten (det första besöket) vid den rehabiliterande bedömningsenheten är också ett viktigt samtal med klienten. Respons diskuteras också på chefsmöten och vid behov kan enhetschefen ta med sig de frågor som tagits upp och eventuella förbättringsförslag till hemvårdens ledningsgrupp eller hemvårdschefsmötet. Vi svarar på klienternas respons utan dröjsmål. Vi använder inte vanlig e-post för att svara på klienternas respons. Vi ingriper omedelbart i observerade kvalitetsavvikelser och behandlar även utvecklingsförslag på både enhets- och teamnivå.

5.7 Social- och patientombudet

Klienten eller patienten kan kontakta social- och patientombudsmannen om hen är missnöjd med vården, bemötandet eller servicen inom social- och hälsovården samt småbarnspedagogiken eller om hen behöver råd om sina rättigheter inom social- och hälsovården eller småbarnspedagogiken. Även anhöriga och närstående till klienter och patienter samt helsingforsare och samarbetspartner kan kontakta social- och patientombudet. Social- och patientombudet har till uppgift att ge råd och handleda.

Social- och patientombudet fattar inga beslut och tar inte ställning till den medicinska vården. Servicen är avgiftsfri.

Klientrådgivningens telefonnummer är 09 310 433 55
Krypterad e-post kan skickas via länken <https://securemail.hel.fi>
E-postadressen är sosiaali.potilasasiavastaava@hel.fi
Postadressen är PB 6060, 00099 Helsingfors stad

Personliga besök ska alltid bokas på förhand. Mer information om social- och patientombudstjänsten finns på vår webbplats på www.hel.fi/sv/social-och-halsovardstjanster/kundens-uppgifter-och-rattigheter/social-och-patientombud

5.8 Anmärkningar och klagomål

Det rekommenderade sättet att reda ut ett problem som uppstått i tjänsten är att diskutera med serviceproducenten. Klienten kan också kontakta socialombudsmannen om hen behöver hjälp och råd i behandlingen av ärendet. Om klienten vill kan hen göra en skriftlig anmärkning till verksamhetsenheten.

Klienten, klientens lagliga representant, en anhörig eller en närstående har rätt att framställa en anmärkning till den som ansvarar för verksamhetsenheten eller till en ledande tjänsteinnehavare inom socialvården. Anmärkningen är fritt formulerad, och den begränsar inte klientens rätt att söka ändring enligt lagstiftningen. Att göra en anmärkning påverkar inte heller klientens rätt att klaga om ärendet till myndigheten som övervakar socialvården. I patientlagens 10 § stadgas att "om det vid behandlingen av anmärkningen framgår att vården eller bemötandet kan leda till patientskadeansvar enligt patientskadelagen [...], ska patienten informeras om hur ärendet kan väckas hos en behörig myndighet eller ett behörigt organ". Rådgivning i patientskadeärenden ges även under andra tider än i samband med anmärkningar.

Enligt förvaltningslagen ska anmärkningar besvaras utan ogrundat dröjsmål. Ifall klienten begär om det ska den uppskattade tidpunkten för svaret anges och man bör svara på frågor om hur behandlingen framskrider. Vi kan instruera klienten att framställa anmärkningen via Helsingfors blankettmall (länk: <https://www.hel.fi/static/sote/lomakkeet/301-290-muistutus-fi-sv.pdf>).

Klienten eller patienten kan lämna in ett klagomål på missförhållanden inom social- och hälsovården till regionförvaltningsverket. Rätten att anföra klagomål är inte begränsad till den klagandes eget ärende, utan vem som helst kan anföra klagomål. I vissa fall kan regionförvaltningsverket överföra klagomålet till Valvira för behandling (t.ex. allvarliga vårdfel, riksomfattande eller principiellt viktiga ärenden). Valvira eller regionförvaltningsverket kan först överföra ett klagomål till behandling som en anmärkning till den verksamhetsenhet som klagomålet gäller. Även riksdagens justitieombudsman och justitiekanslern i statsrådet som högsta laglighetsövervakare kan behandla klagomål som gäller social- och hälsovården.

Det har bestämts en skälig svarstid på en månad efter att anmärkningen eller klagomålet har anlänt till enheten. Det stående direktivet (PYSY038 om beredning av utlåtanden och svar på klagomål och anmärkningar) fastställer de metoder som används för att svara på klienternas anmärkningar och klagomål. Anmärkningar och klagomål som gäller enhetens verksamhet går igenom vid enheten och brister i kvaliteten som uppdagats rättas till omedelbart.

Vi förvarar handlingar, utredningar och skriftliga svar som gäller anmärkningar och klagomål separat från handlingar som gäller klientens/patientens vård. De missförhållanden som upptäckts på basis av anmärkningar och klagomål och de utvecklingsåtgärder som vidtagits på basis av dem registreras och genomförandet av dem följs upp på samma sätt som de åtgärder som vidtagits med stöd av andra

observationer av avvikelser i enlighet med bilagan Självtvärdering av förverkligandet av egenkontrollplanen.

I Finland finns det två högsta, oberoende laglighetsövervakare: justitiekanslern i statsrådet och riksdagens justitieombudsman, till vilka även en klient eller patient kan anföra klagomål. Justitiekanslern övervakar att myndigheterna följer lagen och fullgör sina skyldigheter. Klienter kan anföra klagomål till justitiekanslern över en myndighets verksamhet som de misstänker strider mot lagen.

Riksdagens justitieombudsman är en oberoende och självständig laglighetsövervakare i Finlands parlament. Hens uppgift är att övervaka att myndigheter och tjänstemän handlar i enlighet med lagen och respekterar medborgarnas rättigheter. Om klienten vill anföra klagomål över en myndighets verksamhet, kan detta anföras till riksdagens justitieombudsman.

Vem som helst kan anföra klagomål och det kan gälla till exempel myndighetsbeslut, brister i kvaliteten på servicen eller osakligt bemötande. Ombudsmannen undersöker klagomålen och kan lämna rekommendationer eller kommentarer till myndigheterna.

Anmärkningar, klagomål och andra tillsynsbeslut som gäller den rehabiliterande bedömningsenhetens verksamhet skickas till enhetschefen. De behandlas vid enhetens chefsmöte och även i ett team enligt personens hemadress. Vi ingriper omedelbart i observerade kvalitetsavvikelser och funderar på hur vi kan utveckla vår verksamhet utifrån dem.

6 Personal

6.1 Förutsättningar för och tillsyn över yrkesutövningen

En central delfaktor i tjänsternas lagenlighet är kompetent och utbildad personal som har tillräckliga yrkes- och språkkunskaper för att sköta sina uppgifter och möjligheter till fortbildning för att upprätthålla och utveckla sin yrkesskicklighet. De lagstadgade behörighetskraven ska uppfyllas. Vi testar språkkunskaperna under intervjun och vid behov med språkuppgifter som lämpar sig för den kommande arbetsuppgiften.

Enligt social-, hälsovårds- och räddningssektorns anvisningar kontrollerar arbetsgivaren före beslut om anställning att personen som ska anställas utöver en examen även har registrerats vid Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira. Social- och hälsovårdssektorn förutsätter att både legitimerade yrkesutbildade personer och yrkesutbildade personer med skyddad yrkesbeteckning har antecknats i Valviras register. Vi ringer de referenser (gärna två) som arbetstagaren uppgivit för den aktuella arbetsuppgiften beträffande rekommendationer.

Chefen ska begära ett straffregisterutdrag av den person som anställs när personen första gången anställs eller utses till ett sådant arbets- eller tjänsteförhållande som varar sammanlagt minst tre månader under ett år och till vilket varaktigt och väsentligt hör att stödja den äldre befolkningens funktionsförmåga samt att hjälpa, stödja, vårda eller sköta äldre personer eller personer med funktionsnedsättning eller att utföra annat arbete i personlig växelverkan med dem. Detsamma gäller när en person får dessa uppgifter första gången.

Om straffregisterutdrag inte finns att tillgå när tjänsten besätts eller när arbetsavtalet ingås, ska valet göras villkorligt och avgörandet om valet fastställas först när utdraget

har visats upp. Straffregisterutdraget som visas upp får inte vara äldre än sex månader. Chefen gör en anteckning om att straffregisterutdraget har visats upp i arbetsavtalet. Anteckningen ska ange datumet för utdraget. Man får inte kopiera utdraget och inget av utdragets sakinnehåll får antecknas i handlingarna eller i Sarastia. Efter att man gjort anteckningen återlämnas straffregisterutdraget utan dröjsmål till den som visat upp det.

För nya anställda beställs en hälsogranskning via företagshälsovårdens elektroniska e-tjänst. Vid hälsokontrollen görs den lagstadgade tuberkulosutredningen för anställda och drogtest för dem som arbetar ensamma. På så sätt säkerställer vi att personen med tanke på sitt hälsotillstånd och sin funktionsförmåga kan verka i sitt yrke.

Examensintyg, registrering hos Valvira, straffregisterutdrag samt utlåtande från hälsogranskningen jämte tuberkulosutredningar ska ha visats upp och rekommendationer ska vara begärda innan anställningsförhållandet inleds.

6.2 Mängd, struktur och tillräcklighet

I verksamheten inom sjukhus-, rehabiliterings- och omsorgstjänsterna beaktar vi att personaldimensioneringen motsvarar klienternas behov av service. Från och med den 1 januari 2025 ska den förverkligade personaldimensioneringen enligt 21 c § i socialvårdslagen vara minst 0,60 arbetstagare per klient vid en verksamhetsenhet för serviceboende med heldygnsoomsorg som har gemensamma verksamhetslokaler och egen arbetsskiftsplanering och som lyder under en enda chef.

Personalmängd och personalstruktur	
Titel	Antal
Chef för den rehabiliterande bedömningsenheten	1
Serviceansvarig	4
Ansvarig sjukskötare	4
Sjukskötare/hälsovårdare	44
Närvårdare/primärskötare	52
Utskrivningskoordinator	7
Yrkesanställd	2
Totalt	114

Arbetet vid den rehabiliterande bedömningsenheten stöds av en resurspool och arbetsplanering (centraliserade hemvårdstjänster). Vid den rehabiliterande bedömningsenheten arbetar också fysio- och ergoterapeuter från Helsingfors sjukhus terapijänster. Enheten för det gerontologiska socialarbetet och klienthandledningen erbjuder oss även stöd genom socialhandledning och socialarbete. Den rehabiliterande bedömningsenheten har inte en egen hemvårdsläkare, utan en läkare vid klientens

egen hälsostation ansvarar för klientens vård. En del av våra klienter använder också läkartjänster inom den privata hälso- och sjukvården. Dessutom arbetar fem HUS-farmaceuter inom hemvården, varav en är allokerad till teamen vid den rehabiliterande bedömningsenheten.

Behoven hos klienterna vid den rehabiliterande bedömningsenheten tillgodoses också vid behov av exempelvis närings- och talterapeuter, munhygienister, hygienskötare, sårskötare, mentalvårds- och missbrukartjänsternas personal, HUSLabs provtagare (provtagning huvudsakligen på den egna hälsovårdscentralen), stomiskötare och fotvårdare. Om klientens hälsotillstånd så kräver samarbetar vi med hemsjukhuset. I teamens assisterande uppgifter arbetar dessutom en fast anställd yrkesperson samt visstidsanställda yrkespersoner och kontorsassistenter.

6.3 Introduktion och säkerställande av kompetens

Personalens kompetens består förutom av grundläggande yrkesskicklighet och fortbildning även av bland annat lärande i arbetet och introduktion samt yrkeskunnig dokumentering.

I introduktionen av nya anställda i arbetsuppgifterna är det särskilt viktigt att fästa uppmärksamhet vid en god och trygg vård av klienterna och möjliggörandet av ett värdigt liv. Genom en bra introduktion främjar vi arbetsgemenskapens välbefinnande och personalens engagemang för sitt arbete och sin arbetsplats. Planeringen av introduktionen börjar redan i rekryteringsskedet. En person som ansvarar för introduktionen utses för den nya anställda, och denna person planerar introduktionen tillsammans med chefen i enlighet med enhetens skriftliga introduktionsprocess.

Chefen ska se till att personalen har tillräckliga möjligheter till fortbildning. Organisationen är skyldig att producera lagstadgade uppgifter om fortbildning. Inom Helsingfors stad antecknas de i systemet Onni. Enhetens ansvarsperson ska i anknytning till dokumenteringen se till att personalen får tillräcklig introduktion, utvecklar sin kompetens och är lagenlig. Dessutom är en yrkesutbildad person skyldig att upprätthålla och utveckla de kunskaper och färdigheter som yrkesutövningen förutsätter samt att sätta sig in i författningar och bestämmelser som gäller hens yrkesverksamhet. Utbildningar om klient- och patientsäkerhet ordnas för personalen inom sektorn, till exempel i anknytning till anmälningar av farliga situationer och missförhållanden. Dessutom har personalen tillgång till webbutbildningarna i färdigheter inom patientsäkerhet och klientsäkerhet (Potilasturvallisuutta taidolla- ja Asiakasturvallisuutta taidolla). Utöver allmänna utbildningar finns det till exempel separata utbildningar i färdigheter inom första hjälpen, förebyggande av infektioner, läkemedelsbehandling och olycksfall samt i bemötandet av klienten.

6.4 Arbetshälsa och säkerhet

Helsingfors stad ägnar som arbetsgivare uppmärksamhet åt personalens välbefinnande samt dragkraften och hållkraften för personalen. Vi erbjuder personalmotion, kultur- och idrottsförmån, företagshälsovårdens omfattande tjänster samt arbetshandledning som stöd för arbetshälsan. Dessutom finns det heltäckande helheter som stöder personalens arbetshälsa i nätverket Oppiva. Helsingfors stad har också tydliga strukturer för stöd och bedömning av en persons arbetsförmåga samt för omplacering när personen inte längre kan fortsätta i sina tidigare arbetsuppgifter till exempel till följd av ett olycksfall eller en sjukdom. I alla tjänster använder vi en samtalsmodell för tidigt stöd. Det är chefens ansvar att ordna samtalet med den anställda.

Goda personalupplevelser är ett av de centrala målen inom social-, hälsovårds- och räddningssektorn. Personalens delaktighet i beredningen av ärenden samt att höra personalens erfarenheter i olika processer samt i utvecklingen och beslutsfattandet är viktigt med tanke på goda personalupplevelser. Varje serviceenhet har utsett en

samarbetsansvarig som väljs bland personalen. För valet upprättar man en möteskallelse och en promemoria över valmötet. För valet kan ett separat samarbetsmöte sammankallas, eller så kan valet göras i samband med ett normalt arbetsenhetsmöte. Mandatperioden för den samarbetsansvariga är två år. Den samarbetsansvariga representerar alla anställda vid arbetsenheten och fungerar som arbetarskyddsombud för arbetsenheten samt som samarbetspar tillsammans med chefen. Den samarbetsansvariga säkerställer och aktiverar behandlingen av gemensamma arbetsrelaterade ärenden vid arbetsenhetens möten och deltar vid behov i bland annat bedömningar av risker, arbetarskyddsinspektioner vid arbetsenheten, arbetsplatsutredningar inom företagshälsovården, säkerhetsrundor, hantering av säkerhetsavvikelser och samarbetsforum. Den samarbetsansvariga följer för sin del upp belastnings- och riskfaktorer och ger uppgifterna för kännedom i första hand till chefen och för behandling vid arbetsenhetsmötet samt håller vid behov kontakt med arbetarskyddsfullmäktige.

Vi främjar och upprätthåller arbetshälsan genom diskussioner till exempel vid arbetsgemenskapsmöten. Vi förbättrar de frågor som kommit fram som försämrar arbetshälsan genom att utveckla arbetsprocesserna. Vi gör det möjligt för de anställda att delta i den gemensamma planeringen av arbetsskift och uppdaterar bedömningen av risker minst varje år och arbetsplatsutredningen minst vart femte år. Arbetsgemenskaperna deltar i Kommun10- och Fiilari-enkäterna och utvecklingsåtgärderna genomförs i enlighet med svaren på enkäterna. Vi stärker användningen av Työsuojelupakki i vardagen och utvecklar prognostiseringen och hanteringen av hot- och våldssituationer.

Den arbetsgivare som utövar huvudsaklig bestämmanderätt på en gemensam arbetsplats ska med beaktande av arbetets och verksamhetens art sköta om samordningen av de arbetsgivare som är verksamma på arbetsplatsen och de självständiga arbetsutövarnas funktioner, arrangemangen för trafiken och rörligheten på arbetsplatsen, den allmänna planeringen av arbetsplatsen samt den allmänna säkerheten och hälsan i arbetsförhållandena och arbetsmiljön.

Vi upprätthåller arbetssäkerheten genom att se till att det finns tillräckligt med personal (kvantitativt och kvalitativt), sköta om kompetensen och att produkter och utrustning är i gott skick samt ge handledning i användningen av dem. Dessutom utnyttjar vi informationen som framkommer i de anmälningar om säkerhetsavvikelser som de anställda gjort för att utveckla verksamheten, och med hjälp av dem försöker vi identifiera och förutse risker. Arbetssäkerhetsavvikelser och observerade risker registreras i systemet Työsuojelupakki. Työsuojelupakki är ett redskap för ledningens, chefernas och arbetarskyddsorganisationens ledning, utveckling och uppföljning av arbetarskyddet. Med hjälp av Työsuojelupakki kan vi göra och behandla anmälningar om olycksfall i arbetet och säkerhetsavvikelser. Till säkerhetsavvikelser hör tillbud, riskfaktorer samt hot- och våldssituationer. För att anmäla säkerhetsavvikelser krävs inga användaruppgifter och ingen inloggning. Vi gör alltid en anmälan när säkerheten och hälsan i arbetet äventyras. I Työsuojelupakki kan vi genomföra och uppdatera bedömningar av risker för arbetarskyddet på arbetsplatsen, administrera säkerhetsinformation genom att lagra dokument som är väsentliga för arbetarskyddet och föra statistik och göra rapporter om olycksfall i arbetet, säkerhetsavvikelser och bedömningar av risker som stöd för ledningen och beslutsfattandet.

Vi behandlar farliga situationer och missförhållanden som framkommit via Työsuojelupakki tillsammans med personalen på arbetsplatsen. Uppgifterna som erhållits från anmälningarna utnyttjas för att utveckla verksamheten. Information om anmälningar om missförhållanden och utvecklingsåtgärder rapporteras regelbundet till social-, hälsovårds- och räddningssektorns ledning.

6.5 Skydd mot smittsamma sjukdomar

Lagen om smittsamma sjukdomar skyddar patienter och klienter mot definierade smittsamma sjukdomar och ökar därmed patientsäkerheten. Lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) innehåller ett krav om vaccinationsskydd av anställda och studerande som deltar i praktik (48 §), som trädde i kraft den 1 mars 2018. Personer som i huvudsak och regelbundet arbetar i social- och hälsovårdens klient- och patientlokaler eller med sjuk- och patienttransporter ska ha vaccinationsskydd.

Den anställda/studerande fyller själv i blanketterna för vaccinationsuppföljning och lämnar dem till sin chef. Personer i anställnings- och läroavtalsförhållanden vaccineras av företagshälsovården. Studerandehälsovården handhar vaccinationsskyddet för praktikanter. I andra fall ges vaccinationerna på den egna hälsostationen.

Anvisningar och blanketter som anknyter till lagen om smittsamma sjukdomar ska behandlas i servicehelheternas ledningsgrupper samt vid chefsmöten och arbetsplatsmöten inom de tjänster som berörs av vaccinationsskyldigheten. Cheferna ska samla in information om personalens vaccinationsskydd enligt lagen om smittsamma sjukdomar och förvara dem i låsta skåp eller i lösenordskyddade elektroniska system så länge vaccinationerna är i kraft.

Om den anställda inte tillhandahåller en utredning eller inte vill ta vaccin, hänvisar chefen hen till företagshälsovården. Studerande hänvisas på motsvarande sätt till studerandehälsovården och personer i läroavtals- eller utbildningsavtalsförhållande till sin egen hälsostation.

Social- och hälsovårds- och räddningssektorns ledning rekommenderar starkt att personal inom bland annat hemvården, hemsjukhuset och hemservicen för barnfamiljer sköter sitt vaccinationsskydd, även om vaccinationsskyldigheten enligt lagen om smittsamma sjukdomar inte gäller för arbete som utförs i klientens/patientens hem. I synnerhet rekommenderas att vaccin mot säsongsinfluensan tas varje år, eftersom personer inom social- och hälsovården som arbetar med barn, äldre och multisjuka hör till riskgrupperna för säsongsinfluensan. Ett täckande vaccinationsskydd bland personalen ökar patientsäkerheten.

Utredning av de anställdas hälsotillstånd för bekämpning av tuberkulossmitta

Enligt 55 § i lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016), som trädde i kraft den 1 mars 2017, är arbetsgivaren för att skydda patienterna eller klienterna skyldig att kräva en tillförlitlig utredning av en anställd som utför vissa uppgifter om att hen inte lider av tuberkulos i andningsorganen. En utredning ska också krävas av praktikanter och andra motsvarande personer som är verksamma på arbetsplatsen utan anställningsförhållande. Utan ovan nämnda utredning får den anställda inte arbeta vid verksamhetsenheter inom socialvården eller hälso- och sjukvården eller i vårduppgifter som gäller barn under skolåldern.

Hälsoundersökningarna gäller anställda inom socialvården eller hälso- och sjukvården samt anställda i alla uppgifter som gäller vård av barn under skolåldern. Ytterligare anvisningar finns på intranätets sida för personal, på webbplatsen för anvisningar om epidemiologisk verksamhet samt i THL:s publikation om utredningar av anställdas hälsotillstånd för bekämpning av tuberkulossmitta ("Työntekijälle tehtävät terveydentilan selvitykset tuberkuloositartuntojen torjumiseksi", Helsingfors 2017).

7 Verksamhetsmiljö och stödtjänster

Syftet med de grundläggande anvisningarna är att ge sektorns personal tillgång till de grundläggande verksamhetsmodeller och anvisningar för organisationssäkerhet som är tillgängliga för alla anställda inom Helsingfors stad. De grundläggande säkerhetsanvisningarna omfattar bland annat

- principer för säkerhetshantering
- allmän säkerhetsanvisning
- förebyggande och hantering av hot- och våldssituationer
- verksamhet i hotfulla och farliga situationer.

Helsingfors stad strävar efter att vara en trygg ärende- och arbetsplats. [Allmän säkerhetsanvisning, Social-, hälso- och räddningssektorn](#)

7.1 Verksamhetsmiljö

Vi hanterar lokalerna i lokalitetsuppgiftstjänsten Modulo där man med tjänstens funktioner kan se uppgifter om lokalerna man använder. Tjänsten innehåller basuppgifter om hyresobjekt, ritningar, hyresavtal, lokaluppgifter samt användaruppgifter om lokalerna. I lokaltjänsterna samordnas, planeras och bedrivs dessutom samarbete med olika aktörer samt med kärnverksamheten i nya projekt och stora renoveringsprojekt. Via e-tjänsten i Luukku meddelar vi om behovet av att ändra lokalerna, till exempel om anskaffning av ersättande lokal.

Principerna för lokalanvändningen inom social- och hälsovårdssektorn följer de stadsstrategiska riktlinjerna. Tillsammans med användarna ser vi till att lokalerna är hälsosamma, säkra, funktionella och att de är i skick under lång tid.

Inom sektorn är praxis intern hyrning, vilket innebär att man utöver hyran även beräknar fastigheternas driftskostnader för lokalerna. Intern hyra tas ut av enheterna och verksamhetsställen inom sektorn. Den interna hyran omfattar hyror för lokalerna, el, uppvärmning, tappvatten, allmän avfallshantering, fastighetsservice och användartjänster, bevaknings- och säkerhetstjänster (distrikts- och larmbevakning) samt små funktionella reparationsprojekt och administrationskostnader för lokaltjänsterna. Kostnaderna för lokaler som inte omfattas av intern hyrning hänförs till verksamheten själv.

Den rehabiliterande bedömningsenheten har fyra verksamhetsställen. Kontaktuppgifterna till dem, fastighetsägarna och de ansvariga instanserna för fastighetsskötsel anges nedan.

Norra teamet, Malms stationsväg 3 A, 00700 HELSINGFORS

Fastighetsägare: Helsingfors stad och Saalem

Underhåll: Kiinteistöhoito Olander, tfn 040 016 90 08, asiakaspalvelu@kholander.fi

Västra teamet, Sliperivägen 6, 00380 HELSINGFORS

Fastighetsägare: Kiinteistö Oy Hiomotie 6

Underhåll av fastigheten: Configap Oy, kiinteistopalvelut@configap.com

Brådskanie underhålls- och arbetsbegäran: ring Are Oy:s servicecentral, tfn 020 530 57 00

Östra teamet, Kundgatan 3, 00930 HELSINGFORS
Fastighetsägare: disponent Newsec
Underhåll: Coor, www.coor.fi, Helpdesk: 010 622 58 88, palvelukeskus@coor.com

Södra teamet, Helsingegatan 24, 00510 HELSINGFORS
Fastighetsägare: Helsingfors stad
Disponent: Mikko Leskinen, tfn 09 310 381 73, mikko.leskinen@hel.fi
Teknisk disponent: Petri Näkki tfn 09 310 766 07, petri.nakki@hel.fi
Underhåll: Palmia, Jaamak Ahmed, tfn 044 522 34 06, jaamac.ahmed@palmia.fi

Den rehabiliterande bedömningsenhetens fyra verksamhetsställen har uppdaterade räddnings- och säkerhetsplaner, som finns tillgängliga i teamets egen Teams-kanal samt utskrivna i kontorslokalerna. Trygghetsvandringar genomförs regelbundet. Kemikalieförteckningarna ses över och uppdateras årligen. Olyckor och tillbud som är relaterade till miljöförhållanden hanteras omedelbart. Hygienauditeringar genomförs en gång per år.

7.2 Egenkontroll enligt hälsoskyddslagen

Egenkontrollen enligt hälsoskyddslagen gäller sådana verksamhetsenheter inom socialvården som ger kontinuerlig vård och som enligt hälsoskyddslagen är anmälningsskyldiga till miljötjänsterna. Dessa är enheter för serviceboende och institutionsvård för äldre, enheter för boendeservice för personer med funktionsnedsättning eller utvecklingsstörning, enheter för mentalvårds- och missbrukarrehabilitering, familjerehabiliteringsenheter och barnhem.

Enligt 2 § i hälsoskyddslagen ska den som utövar verksamhet identifiera de risker i verksamheten som orsakar sanitär olägenhet och följa upp de faktorer som påverkar dem (egenkontroll). Den som utövar verksamhet ska systematiskt förebygga uppkomsten av sanitära olägenheter. Hälsosamheten i enhetens lokaler påverkas av såväl kemiska och mikrobiologiska föroreningar som fysikaliska förhållanden, som bland annat omfattar inomhusluftens temperatur och fuktighet, buller (ljudförhållanden), ventilation (luftkvalitet), strålning och belysning. Vi ska identifiera riskerna i anknytning till dessa och planera metoderna för hanteringen av dem. [Hälsoskyddslagen, modell för egenkontrollplan.xlsx](#)

Det finns separata system och dokument (t.ex. städplan, kvalitetskontroll av städning, ansvarsfördelningstabell mellan fastighetsägare och användare, säkerhets- och räddningsplan, utredning av utrymningssäkerhet, kemikalieförteckning, register över medicintekniska produkter, avfallshanteringsplan, hygienauditering och bedömning av risker med Työsuojelupakki) som beskriver verksamheten och lokalerna, verksamhetens och lokalernas riskfaktorer och förebyggandet av riskfaktorerna. Enheterna och underenheterna granskar och uppdaterar regelbundet dokumenten i enlighet med självutvärderingstabellen i egenkontrollplanen och vid behov när det sker förändringar i förhållandena.

Helsingfors stads miljötjänsters anvisning om egenkontroll i hälsoskyddet, [Miljöhälsa, Egenkontrollplan](#) samt [Krav för och tillsyn av vårdinrättningar och barnskyddsenheter](#) ger information om helheter som anknyter till verksamheten, riskfaktorerna i verksamheten och förebyggandet av riskfaktorer.

7.3 Miljöarbete

Social-, hälsovårds- och räddningssektorns miljöarbete styrs av bland annat lagstiftningen, stadsstrategin och stadens miljöpolitik samt sektorns eget program för hållbar utveckling 2024–2026. [Social-, hälsovårds- och räddningssektorns program för hållbar utveckling 2024–2026](#)

Det är en del av allas arbete och yrkesskicklighet att minska miljöbelastningen inom [social-, hälsovårds- och räddningssektorns miljöarbete](#). Social-, hälsovårds- och räddningssektorns mål är att varje arbetsgemenskap ska ha en ekostödperson. Ekostödpersonerna handleder och uppmuntrar sina arbetskamrater till miljövänligare arbetsmetoder vid sidan av sitt eget arbete. Staden och sektorn erbjuder utbildning och stöd för ekostödpersonerna.

Enligt avfallslagen (646/2011) ska man i all verksamhet i första hand minska mängden avfall och dess skadlighet. Det avfall som uppstår styrs i första hand till återanvändning, i andra hand till återvinning som material och slutligen till användning som energi. Aktörerna ska identifiera, sortera och förvara avfallet på rätt sätt och lämna in det på en lämplig mottagningsplats.

Hantering av vanligt samhällsavfall (bioavfall, kartong, glas, metall, returpapper, förpackningsplast, blandavfall) ingår i hyran inom social- och hälsovårdssektorn. För ordnandet av hantering av specialavfall (läkemedelsavfall, stickande och skärande avfall, biologiskt avfall, sjukhusglas, farligt avfall, el- och elektroniskrot, dataskyddsmaterial) ansvarar aktören själv inom ramen för de avtal som konkurrensutsatts av staden eller sektorn. Hanteringen och kasseringen av läkemedelsavfall beskrivs i planen för läkemedelsbehandling.

7.4 Tekniska lösningar i anknytning till lokaler

Till verksamheten söker vi ständigt nya innovativa och effektiva teknikassisterade lösningar som stöder en säker vård av klienterna och patienterna ännu bättre samt för att de anställda ska kunna utföra ett arbete av hög kvalitet. Inom alla tjänster används klientportalen i klient- och patientdatasystemet Apotti och e-tjänsterna i Maisa för kommunikation mellan yrkespersoner och kommuninvånare. Med hjälp av appen Aina mukana kan vårdarna identifiera de äldres vårdbehov snabbare och bättre än tidigare.

Vi tryggar personalens och klienternas säkerhet med olika larm- och anropsanordningar.

I enlighet med social- och hälsovårdsministeriets anvisningar ska det vid tillhandahållandet av distanstjänster noggrant bedömas om tjänsten lämpar sig som distanstjänst och om tjänsten är lämplig för klienten i fråga. När distanstjänster tillhandahålls ska klienten ha gett ett medvetet samtycke och man ska säkerställa att klienten förstår de rättigheter och skyldigheter som gäller de distansmetoder och distanstekniker som används. Klienten ska också identifieras på ett tillförlitligt sätt. Varje ny klient instrueras personligen om användningen av utrustningen. Den rehabiliterande bedömningsenheten ger inte vård på distans, men vi bedömer om distansvård skulle lämpa sig för klienten.

7.5 Stödtjänster och service genom underleverantörer

Hemvården kan också omfatta stödtjänster, såsom måltidsservice, handelsservice eller trygghetstelefonservice. Man anholder om stödtjänster via enheterna för klienthandledning. Man kan få stödtjänster utan att vara klient inom hemvården. Tjänsterna är avgiftsbelagda. Vissa tjänster är beroende av inkomsten. Vi ordnar stödtjänsterna via konkurrensutsatta avtalsproducenter.

Inom sjukhus-, rehabiliterings- och omsorgstjänsterna handhas städning och tvättservice av underleverantörer eller av den egna personalen. Service som produceras genom underleverantörer ska uppfylla de krav på innehåll, kvalitet och klient-/patientsäkerhet som ställts upp. För service som produceras genom underleverantörer ingås ett avtal med serviceproducenterna. Samarbetsförhandlingar med serviceproducenterna ordnas regelbundet. I upphandlingar följer man lagen om offentlig upphandling och koncession. På stadsnivå sköter upphandlingssektorn upphandlingarna och producenterna styrs genom egenkontroll.

7.5.1 Transporter

Personalen inom sjukhus-, rehabiliterings och omsorgstjänsterna hjälper vid behov klienterna att ordna transport. Anvisningar för ordnandet av transporter finns på intranätet ([Färdtjänster](#)) samt i anvisningen PYSY037 om ordnandet av färdtjänster relaterade till hälso- och sjukvård för patienter och klienter.

Icke-brådsakande resor

Klienterna vid bedömningsenheten för rehabilitering, hemvården och serviceboende med heldygnsvård beställer och betalar själva icke-brådsakande resor. Man kan beställa en FPA-taxi till den offentliga och privata hälso- och sjukvården. Transporter som kräver ambulans beställs av privata serviceproducenter. Transporter av klienter inom institutionsvården till undersökningar och behandlingar beställs i första hand från HUS akutens sjuktransport via systemet KAIKU.

Brådsakande resor

Övriga medicinskt brådsakande resor för klienter inom serviceboende med heldygnsvård och institutionsvård beställs från HUS akutens sjuktransport per telefon. I akuta nödsituationer ringer man alltid 112.

7.5.2 Måltidsservice

En klient vid den rehabiliterande bedömningsenheten kan erbjudas måltidstjänst (hemmåltidstjänst eller måltidsautomattjänst) om klienten inte själv klarar av att tillreda måltider och om det inte är möjligt att ordna ett varmt måltid dagligen på något annat sätt. Måltiderna innehåller huvudrätt och dessert som kan beställas separat. (På motsvarande sätt ordnas butiksservice om klienten inte kan handla själv eller hans närstående inte kan handla åt klienten). Alla tjänster är stödtjänster inom hemvården, som är föremål för en avgift enligt den prislista som godkänts av social- och hälsovårdsnämnden.

8 Uppföljning av egenkontrollen

Den chef som ansvarar för verksamheten som gäller egenkontrollplanen ansvarar för att utarbeta planen. Hela personalen deltar i att utarbeta planen. Detta säkerställer att egenkontrollen blir en del av det dagliga arbetet och att personalen använder egenkontrollplanen som stöd för att säkerställa tjänsternas kvalitet och säkerhet samt för att identifiera och förebygga risker. Vi uppdaterar planen varje år eller vid behov oftare när väsentliga förändringar skett i verksamheten.

Den 23 september 2025 diskuterade och godkände styrgruppen för sjukhus-, rehabiliterings- och omsorgstjänsterna utarbetandet av en egenkontrollplan av tjänster som stöder hemmaboende och servicetjänster dygnet runt för äldre. Vid sitt möte den 23 september 2025 diskuterade ledningsgruppen för hemsjukvård SRO:s modell för egenkontrollplan. Under mötet kom man överens om att en mindre grupp utarbetar

hemvårdens gemensamma modell som enheterna får vidarebearbeta. Kommentarer kunde läggas till fram till den 3 oktober 2025. Modellen för hemvårdens gemensamma egenkontrollplan skickades till enheterna via cheferna för behandling den 7 oktober 2025.

Vid den rehabiliterande bedömningsenheten har planen för egenkontroll diskuterats på det gemensamma mötet för chefer och ansvariga sjukskötare den 14 oktober 2025. På mötet kom man överens om att skicka planen för egenkontroll till teamens anställda för kommentarer. Utifrån kommentarerna har den slutgiltiga versionen av planen redigerats och godkänts på chefsmötet den 30 oktober 2025.

8.1 Rapportering

Vi får enhetsspecifik information om behoven av att utveckla servicens kvalitet och klientsäkerheten från flera olika källor. Inom sjukhus-, rehabiliterings- och omsorgstjänsterna utnyttjar vi självutvärderingstabellen som uppföljningsverktyg för egenkontrollen. Inom sektorn sammanställer vi tre gånger per år en egenkontrollrapport som publiceras på stadens webbplats.

Vid den rehabiliterande bedömningsenheten genomför vi självutvärdering av egenkontrollen på enhets- och teamnivå enligt tabellen Självutvärdering av förverkligandet av planen för egenkontroll 2025. Utifrån detta behandlar vi eventuella avvikelser i klient- och patientsäkerheten och utvecklingsåtgärder kopplade till dessa.

Den rehabiliterande bedömningsenhetens utvecklingsområden i form av plock:

- samordning av standardisering av och tidsfönster för besöken
- utveckling av en jämn kvalitet på vårdarbetet

8.2 Godkännande av planen

Serviceenheten eller verksamhetsenhetens egenkontrollplan godkänns alltid av ansvarspersonen vid enheten i fråga och dessutom av hens chef, det vill säga chefen på följande nivå i organisationen.

8.3 Kommunikation

Enhetens egen plan ska finnas tillgänglig att läsas offentligt i pappersform i enhetens lokaler, till exempel på anslagstavlan. Dessutom skickas ett exemplar av egenkontrollplanen i elektroniskt format till sektorns kommunikation, där planen läggs ut offentligt och kan läsas på stadens webbplats.

Vid den rehabiliterande bedömningsenheten har varje team fått planen för egenkontroll i pappersform. Planen för egenkontroll är en del av arbetsintroduktionen och går igenom med personalen varje år i samband med uppdateringen.

Självutvärderingstabellen för egenkontroll innehåller helheter som följs upp månads-, kvartals-, halvårs- och årsvis och som vi går igenom vid den rehabiliterande bedömningsenheten på enhets- och teamnivå.

8.4 Arkivering

Den undertecknade egenkontrollplanen i original skickas till sektorns dokumentförvaltning (KAVI/dokumentcentralen, PB 6000) för arkivering.

Helsingfors den 31 oktober 2025

Helena Venetvaara

Chef för hemvården
bedömningsenheten

Anja Kahanpää

Chef för den rehabiliterande

BILAGA 1 Självutvärdering av förverkligandet av egenkontrollplanen 2025

	uppföljningsintervall	ansvarig	Januari	Februari	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Augusti	September	Oktober	November	December
RISKHANTERING														
Uppdatering av riskbedömning (lagstadgad)	varje år	närmsta chef				x								
Kemikalieförteckning	varje år	närmsta chef			x									
Uppdatering av räddnings- och säkerhetsplanen	varje år	direktören/chefen för enheten/underenheten					x							
Trygghetsvandring, tidtabell för genomförande/uppdatering	varje månad	närmsta chef	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
HaiPro-statistik och planerade åtgärder	var fjärde månad	servicehelhet	x				x				x			
HaiPro-statistik och planerade åtgärder	var fjärde månad	service	x				x				x			
HaiPro-statistik och planerade åtgärder	var fjärde månad	direktören/chefen för enheten/underenheten	x				x				x			
Behandling av HaiPro-anmälningar och korrigerande åtgärder	varje månad	närmsta chef	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
SPro-statistik och planerade åtgärder	var fjärde månad	servicehelhet	x				x				x			
SPro-statistik och planerade åtgärder	var fjärde månad	service	x				x				x			
SPro-statistik och planerade åtgärder	var fjärde månad	direktören/chefen för enheten/underenheten	x				x				x			
Behandling av SPro-anmälningar och korrigerande åtgärder	varje månad	närmsta chef	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Statistik från Työsuojelupakki och planerade åtgärder	varje år	service			x									
Statistik från Työsuojelupakki och planerade åtgärder	varje halvår	direktören/chefen för enheten/underenheten	x							x				
Behandling av anmälningar i Työsuojelupakki och korrigerande åtgärder	varje månad	närmsta chef	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Genomgång av anvisningarna för journalsituationer	varje halvår	närmsta chef					x							x

	uppföljningsintervall	ansvarig	Januari	Februari	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Augusti	September	Oktober	November	December
KLIENTENS STÄLLNING, RÄTTIGHETER OCH RÄTTSSKYDD														
Avgifter för överföringsfördröjning inom HUS	varje månad	Bedömningsverksamhet och Helsingfors sjukhus	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Väntetider för bedömning och rehabilitering	varje månad	Bedömningsverksamhet	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Genomförande av placeringar för bedömning och rehabilitering per område	varje halvår	Bedömningsverksamhet	x					x						
Väntetider för personer som fått SAS-avgörande	varje månad	Bedömningsverksamhet	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Svarstiden för bedömningen av servicebehov för personer över 75 år, 7 dygn är lagstadgat	varje månad	Bedömningsverksamhet	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Tid för bedömning av servicebehov	varje månad	Bedömningsverksamhet	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Klientrespons	varje månad	direktören/chefen för enheten/underenheten	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Inspektionsbesök och tillsynsrapport inom boendeservicen	varje år	chefen för köpta tjänster					x							
Kedja för att ta hand om anmärkningar och klagomål	varje halvår	servicehelhet		x							x			
Anmärkningar och klagomål	varje halvår	service	x							x				
Anmärkningar och klagomål	varje månad	direktören/chefen för enheten/underenheten	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Statistik om patient-/socialombudsman	varje år	patient-/socialombudsman												
Behandling av klienten – genomgång av anvisningarna TOIM027	varje år	närmsta chef			x									
Genomgång av anvisningarna för Helsingfors stads etiska principer (t.ex. HELVI)	varje år	närmsta chef				x								
Genomgång av anvisningarna för fysisk begränsning av klienten	varje år	närmsta chefen för seniorcentret					x							
Uppföljning av begränsningsåtgärder (socialvård för äldre med begränsningsåtgärder)	varje månad	närmsta chefen för seniorcentret	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Behandling av klientnöjdhetensenkätens resultat	vertannat år	direktören/chefen för enheten/underenheten												
Gemenskapsmöten	varje månad	närmsta chefen för seniorcentret	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Klient-/invånarrådets/klientforumets möten	varje halvår	direktören/chefen för seniorcentrets enhet/underenhet												

	uppföljningsintervall	ansvarig	Januari	Februari	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Augusti	September	Oktober	November	December
EGENKONTROLL AV SERVICENS INNEHÅLL														
Produktion av RAI- och RAI-CA + HELSJ-resultaten	varje halvår	RAI-experten				x						x		
RAI/RAI-CA + HELSJ-resultat, genomgång av resultaten samt åtgärder	varje halvår	service					x						x	
Enhetens/underenhetens RAI/RAI-CA + HELSJ-resultat, genomgång av resultaten samt åtgärder	varje halvår	direktören/chefen för enheten/underenheten					x						x	
Arbetsenhetens RAI-resultat, genomgång av resultaten samt åtgärder	varje halvår	närmsta chef och RAI-ansvarig/RAI-expert					x						x	
Enhetens/underenhetens RAI-kvalitetsmodul, genomgång av resultaten samt åtgärder	varje kvartal	direktören/chefen för enheten/underenheten			x			x			x			x
Arbetsenhetens RAI-kvalitetsmodul, genomgång av resultaten samt åtgärder	varje kvartal	närmsta chef			x			x			x			x
Auditering av dokumentering enligt dokumentationshandboken	varje år	närmsta chef och dokumentationsansvarig										x		
Klientplan	varje månad	Bedömningsverksamhet/gerontologiskt socialt arbete	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Uppföljning av aktualiteten av vård- och serviceplanen	varje kvartal	ansvarig vårdare/närmsta chef			x			x			x			x
Auditering av vårdförhandlingar	varje år	närmsta chefen för seniorcentret				x								
Genomgång av näringsundersökningar för enhetens/underenhetens klienter samt åtgärder	vartannat år	direktören/chefen för enheten/underenheten		x										
Genomgång av näringskvalitetsenkäten för arbetsenhetens klienter samt åtgärder	vartannat år	närmsta chef och näringsansvarig		x										
Auditering av läkemedelsbehandlingen enligt planen för läkemedelsbehandling	varje år	närmsta chef									x			
Anmälningar om infektioner	varje halvår	expert				x							x	

Hygienauditering	varje år	hygienexpert										x		
Statistik om åtgången av handdesinfektionsmedel	varje halvår	hygienexpert			x								x	
Inventering av medicintekniska produkter och kontroll av servicecykler	varje år	närmsta chef												
Säkerställande av kompetensen inom sjukvårdsåtgärder med hjälp av målnivåtabeller	varje halvår	närmsta chef inom hemvården	x								x			

	uppföljningsintervall	ansvarig	Januari	Februari	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Augusti	September	Oktober	November	December
PERSONALLEDNING OCH SÄKERHET I ARBETET														
Uppföljning av personalens sjukfrånvaro och nödvändiga åtgärder (Chefskompassen)	varje månad	närmsta chef	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Kalkylerad granskning av personaldimensioneringen	varje månad	service seniorcenter	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
THL:s granskning av personaldimensioneringen	varje halvår	direktören/chefen för seniorcentrets enhet/underenhet					x						x	
Personalens vaccinationer enligt lagen om smittsamma sjukdomar (influensa)	varje år	närmsta chefen för seniorcentret												x
Uppdatering av introduktionsprocessen	varje år	direktören/chefen för enheten/underenheten										x		
Behandling av Kommun10-/Fiilari-resultaten samt åtgärder	varje år	direktören/chefen för enheten/underenheten		x										
Arbetsenhetens behandling av Kommun10-/Fiilari-resultaten samt åtgärder	varje år	närmsta chef och samarbetsansvarig		x										
Verksamhetsplan	varje år	direktören/chefen för enheten/underenheten	x											
Verksamhetsplanens mål	varje månad	direktören/chefen för enheten/underenheten	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

The logo for Helsinki, featuring the word "Helsinki" in a blue, sans-serif font, enclosed within a blue speech bubble shape.

Helsinki

Helsingfors stad
Social-, hälsovårds- och
räddningssektorn

Social- och
hälsovårdstjänster

Adress och
kontaktuppgifter:
PB 6000
00099 Helsingfors stad

www.hel.fi/sv/social-och-halsovardstjanster