



Plan för egenkontroll inom socialservicen

Österbottens välfärdsområde Björkbacka servicehem

Enhetens/servicehelhetens namn	Björkbacka servicehem
Godkännare (namn, titel)	Kari Pihlajamäki
Namnteckning	
Datum för godkännande	23.3.2023
Versionnummer och datum	version 1.0
Datum för tidigare versioner (tidigare versioner ska sparas sju år)	
Egenkontrollplanen finns offentligt framlagd.	23.3.2023



INNEHÅLL

1 INLEDNING.....	3
2 SERVICEPRODUCENT OCH SERVICE	3
3 VERKSAMHETSIDÉ, VÄRDERINGAR OCH VERKSAMHETSPRINCIPER	4
3.1 Verksamhetsidé.....	4
3.2 Värderingar och verksamhetsprinciper.....	4
4 RISKHANTERING.....	5
4.1 Ledningens, förmannens och personalens ansvar vid riskhantering.....	5
4.2 Identifiering av risker och missförhållanden.....	6
4.3 Analys av tillbud och avvikelser.....	7
4.4 Korrigering av åtgärder och förebyggande av skador	7
4.5 Personalens anmälningskyldighet	8
5 KLIENTENS STÄLLNING OCH RÄTTIGHETER	8
5.1 Bedömning av servicebehovet.....	8
5.2 Egenvårdare	9
5.3 Klientplan	9
5.4 Verkställighetsplan.....	9
5.5 Dokumentation av klientarbete	9
5.6 Rätt till socialvård av god kvalitet och gott bemötande	10
5.7 Klienternas och deras anhörigas eller närståendes delaktighet	10
5.8 Stärkande av självbestämmanderätten och tillämpning av begränsningar.....	11
5.9 Multiprofessionellt arbete	12
5.10 Anmärkningar och stöd från social- och patientombudsmannen	13
6 PERSONAL.....	15
6.1 Personalstruktur och personaldimensionering.....	15
6.2 Personalrekrytering, språkkunskaper och arbetstillstånd	15
6.3 Personalintroduktion och fortbildning.....	16
7 ÅTGÄRDER SOM STÖDER FULLFÖLJANDET AV SERVICEN	16
7.1 Hygien och förebyggande och förhindrande av infektioner	16
7.2 Hälso- och sjukvård	18
7.3 Läkemedelsbehandling.....	18
7.4 Främjande av välmående, delaktighet och tillväxt	19
7.5 Måltider och lämplig kost.....	19
7.6 Enhetens verksamhetsutrymmen	20
8 KLIENT- OCH PATIENTSÄKERHET	20
8.1 Egenkontroll enligt hälsoskyddslagen	20
8.2 Medicintekniska produkter	21
8.3 Tekniska säkerhetslösningar	21
8.4 Säkerhets-, räddnings- och beredskapsplan	21
8.5 Dataskydd, datasekretess och egenkontrollplan för informations säkerhet.....	22
9 ANSVARIG FÖR EGENKONTROLLPLANEN, UPPDATERING, OFFENTLIGHET OCH UPPFÖLJNING.....	22
10 BILAGOR.....	24

1 INLEDNING

Inom socialvården görs egenkontrollplaner utgående från 47 § socialvårdslagen (1301/2014):
En verksamhetsenhet inom socialvården eller annan aktör som ansvarar för den samlade verksamheten ska upprätta en egenkontrollplan för att säkerställa socialvårdens kvalitet, säkerhet och ändamålsenlighet. Egenkontrollplanen ska också användas för kontinuerligt uppföljning av att den personal som deltar i klientarbetet är tillräcklig. Genomförandet av egenkontrollplanen ska följas upp utifrån regelbundet insamlad respons från klienter och deras anhöriga och närstående samt från verksamhetsenhetens. Servicen ska utvecklas utifrån uppföljningen av att personalen är tillräcklig och utifrån respons.

Detta stöds även av speciallagstiftning som äldreomsorgslagen (980/2018, 23 §) och Valvira's föreskrift (1/2014) om uppföljning av egenkontrollplanens innehåll, uppgörande och uppföljning.

2 SERVICEPRODUCENT OCH SERVICE

Serviceproducent: Österbottens välfärdsområde
FO-nummer: 3221324-6
Kommun: Vasa, Sandviksgatan 2-4, 65100 Vasa

Enhet/servicehelhet

Namn: Björkbacka servicehem _____

Adress: Mjölvägen 1, 68600 Jakobsatd _____

Telefon: 040 805 1514 _____

Stad/kommun: Jakobstad _____

Serviceform: Verksamhetsområde, typ av service och dess omfattning

Verksamhetsområde inom socialvården: Effektiverat serviceboende _____

Typ av service (öppenvård, boende osv): Boendeenhet _____

Verksamhetens omfattning (antal klient-/patientplatser): 77 boendeplatser, varav 14 platser för skitftomsorg (6 avdelningar) _____

Ansvarig för enheten/servicehelheten

Namn, titel, utbildning: Kari Pihlajamäki, servicehemmets chef _____

Telefon: 040 805 1514 E-post: kari.pihlajamaki@ovph.fi _____

Service som köps av underleverantörer och dessas serviceproducenter

Köpt service Serviceproducent

Städtjänst Alerte _____

Måltidsservering Alerte _____

Väktartjänst Securitas _____

Klädvårdsservice Lindström Oy _____

Sängtextilskötsel Provina _____

Stafettjänst Alerte _____

Enligt lagen om ordnande av social- och hälsovården (612/2021, 41 §) ska välfärdsområdet i kraft av sitt organisatoriska ansvar leda och övervaka privata serviceproducenter och dessas underleverantörer i dessas serviceproduktion.

Utdrag ur lagen om ordnande av social- och hälsovård:

Välfärdsområdets skyldighet att leda och övervaka den tjänsteproduktion som faller under dess organisatoriska ansvar, rätt att av den privata tjänsteleverantören och dess underleverantör få nödvändig information och förklaringar för genomförandet av tillsynen samt rätt att inspektera anläggningarna och utrustningen av den privata tjänsteleverantören och dess underleverantör. Om det finns problem eller brister ska välfärdsområdet styra tjänsteproducenten, be om en förklaring och kräva att de rättas till. Om besvären eller bristerna inte åtgärdas ska välfärdsområdet vidta åtgärder för att minska ersättningen eller avstå från att betala ut den, säga upp eller häva avtalet.

3 VERKSAMHETSIDÉ, VÄRDERINGAR OCH VERKSAMHETS-PRINCIPER

3.1 Verksamhetsidé

Vårt mål är att erbjuda effektiviserat serviceboende dygnet runt för äldre. Björkbacka servicehem har sex avdelningar, varav tre är avsedda för minnespatienter. Det finns totalt 77 platser, varav 14 är för intervallklienter. 2 av intervallplatserna är avsedda för minnessjuka.

Vårt mål är att tillhandahålla en trygg och trivsamt boende- och omsorgsmiljö för äldre personer vars funktionsförmåga har försvagats.

3.2 Värderingar och verksamhetsprinciper

Vår värdegrund är:

- Delaktighet – Våra klienter bemöts med respekt och som en närstående, som får stöd och uppmuntran till att delta i den egna vården. Personalen deltar aktivt i planeringen av sina arbetsskiften och i utvecklingen av verksamheten.
- Själbestämmanderätt – Vi respekterar de boendes rätt att vara delaktiga i den egna vården och vardagen.
- Egna resurser beaktas – Våra boendes egna resurser beaktas i den dagliga vården och omsorgen. Målet är en så individuell och aktiv ålderdom som möjligt.
- Individualitet – Vi ser den boende som en unik individ med ett långt och innehållsrikt liv som vi kan lära oss av. Varje vårdare har möjlighet att använda sina individuella färdigheter.
- Säkerhet – Vi fullföljer en god och säker äldreomsorg som bygger på uppdaterade och goda kunskaper. Björkbacka är ett tryggt boende för äldre. Lokalerna är i enlighet med rekommendationerna och personal är närvarande dygnet runt.
- Rättvisa – alla får vård och alla blir bemötta enligt överenskomna principer.

- Varaktighet – rätt till ett varaktigt boende under resten av livet.

"Allas rätt till en värdig ålderdom och ett gott bemötande ska tryggas, oavsett var personen bor och var hen vårdas, och oavsett vilken typ av vård och service hen behöver."

4 RISKHANTERING

En riskhanteringsprocess innebär att en enhet/servicehelhet hanteras genom egenkontroll.

Vilka är de instruktioner och planer för organisationen och enheten som stödjer riskhanteringen?

Österbottens välfärdsområde:

-Välfärdsstrategi med målet att säkerheten och kvaliteten ska vara den bästa i Norden

-Program för egenkontroll 12/2022

-Plan för kvalitetshandling och för klient- och patientsäkerhet 2022/2023

- Plan för egenkontroll av datasäkerheten 2023 (på kommande)

Enheten:

-Plan för verksamheten och kvalitetshandling 2023

-Ledningens översikt 2023

-Räddningsplan

-Plan för läkemedelsbehandling

Plan för egenkontroll

4.1 Ledningens, förmännens och personalens ansvar vid riskhantering

Vår riskhantering har den egenskapen att arbetet aldrig blir klart. Det krävs att hela personalen engagerar sig, har förmåga att lära sig av misstag och kan leva med förändringar för att det ska vara möjligt att erbjuda trygg och högklassig service. Olika yrkesgruppers sakkunnighet kan utnyttjas om man tar med personalen i vardagen när egenkontrollen planeras, genomförs och utvecklas.

Vi ser till att vår verksamhet är trygg genom schemaläggning av arbetsskiftet i perioder om tre veckor. Personalen är delaktig så att planeringen blir autonom utifrån de överenskomna kriterierna som sedan finjusteras av cheferna så att minst en miniminivå uppnås i varje skift. Antal personal regleras av de nationella reglerna för vårdbemanning.

Varje avdelning inom enheten har utsett ett arbetarskyddsombud och utöver dem finns skyddsombud för hela enheten. På detta sätt blir hela personalens delaktighet i säkerhetsfrågor beaktad. Säkerhetsansvariga sammanträder 5 gånger om året och dessutom vid behov. Vid behov samarbetar man med organisationens säkerhetsenhet. När arbetarskyddsombuden sammanträder behandlas frågor som kommer både från avdelningarna och från cheferna. Där kommer man gemensamt överens om möjliga åtgärder gällande säkerheten och planerar verksamhet som upprätthåller säkerheten.

Enheterna har dessutom ett eget internt team som hanterar frågor som påverkar smidigheten i verksamheten. Teamet leds av en överenskommen ansvarsperson som tar med sig frågor som väckts till de teamansvarigas möte, som leds av en förman eller serviceansvarig. På detta sätt försöker man säkra att information som gäller verksamheten går i båda riktningarna. Vid behov deltar förmannen på inbjudan i enhetens teamsammanträde.

Egenkontrollplanen finns till påseende på varje avdelning och i andra gemensamma utrymmen.

4.2 Identifiering av risker och missförhållanden

Det är viktigt att identifiera problem så att klient- och patientsäkerhetsrisker kan förebyggas i förväg och att problem som uppstått kan hanteras på ett planlagt sätt. Därför utvärderar personalen sin egen verksamhet, lyssnar på klienterna och observerar verksamheten i frågor som rör kvalitet och klientsäkerhet och tar hänsyn till respons från klienterna i utvecklingen av verksamheten.

Vi administrerar riskhanteringsprocessen med två olika program: HaiPro och Rafaela. Vi har kommit överens om metoderna för att behandla den information som dessa producerar.

HaiPro-meddelanden görs till klienter/boende om incidenter och tillbud och om interna arbetsolyckor och hot om våld och farliga situationer.

Rafaela-programmet följer upp hur väl resurserna och de boendes vårdbehov matchar varandra. Programmet visar värdet av optimal vård och den arbetsbelastning som härrör från de boende och gör det möjligt att följa upp arbetsbelastningen.

- En månadsrapport utarbetas för varje enhet, och förs för påseende till var och en av enheterna.
- Månadsrapporten behandlas av förmännen och sakkunniga sjukvårdare.
- Om det framkommer omständigheter som kan åtgärdas internt, t.ex. via arbetsskiftsplaneringen, beaktas detta.
- Om situationen uppenbart kräver överresursering, görs en framställning till högre instans.

Risker som kommit fram behandlas på olika möten t.ex. på sjukskötarmöten (läkemedelstrygghet), på teamchefmöten (allmänna risker som gäller verksamheten) och på personalmöten. På mötena skrivs protokoll. Utöver dessa kan man föra personliga samtal, om den risk som framkommit beror på en persons arbete/arbetsätt. Ett sammandrag eller en plan görs av samtalet.

Avdelningens säkerhetsansvarige har också som uppgift att se till att avdelningen förblir säker både för de boende, för vården av de boende och som arbetsplats för personalen. Säkerhetsansvarigen tar upp missförhållanden alternativt på säkerhetsansvarigas möte, på den egna enhetens teammöte eller för fram dem till förmännen.

Verksamhetsenhetens/servicehelhetens främsta risker och hur man förbereder sig för dem.

Risk	Hur förbereda sig
Utomstående kan komma åt klientuppgifterna.	Personalen loggar ut ur klientdatasystemet, när det inte används.
När inneboende faller och lyft som följer på detta.	Användning av hjälpredskap (lyftanordningar, kinestetikkunskaper Förutseende (madrasskontroll bälte i rullstolen, höjd sängsida osv.)
Otillräcklig vård och rehabilitering på grund av den ständiga bristen på personal.	Proportionera antalet boende till den tillgängliga personalmängden -> minska avdelningen.
De boendes sår förvärras	Personalen deltar i organisationens kurser i sårvård
Bemöta en aggressiv boende	Öka kunskaperna med hjälp av avdelningstimme o.dyl.
Eldsvåda på enheten	Räddningsövning på enheten

I riskhanteringsprocessen kommer man överens om operativa rutiner för att identifiera risker och kritiska arbetsfaser.

4.3 Analys av tillbud och avvikelser

De anställda ansvarar för att informationen når ledningen vilket sker med hjälp av HaiPro-programmet. Dessutom tas olyckor upp på teamledarmötet, sjukskötarmötet och personalmötet och mötena protokollförs. Till behandlingen av olyckor hör också att diskutera dessa med anställda, klienter och vid behov med anhöriga. Efter en allvarlig avvikelse som orsakat ersättningsbara skador informeras klienten eller den anhöriga om hur ersättning kan sökas.

Rapporteringssystem som är i bruk på Österbottens välfärdsområde:

- HaiPro, tillbuds- och olycksrapportering; beroende på ärende diskuteras rapporter på enhetens teammöte, teamchefsmöte, sjukskötarmöte eller arbetsplatsmöte och förbättringsförslag söks tillsammans.
- Spro, anmälan om missförhållanden eller hot om missförhållanden som observerats vid fullföljandet av socialvården

4.4 Korrigerande åtgärder och förebyggande av skador

För kvalitetsavvikelser, missförhållanden, tillbud och olyckor fastställs korrigerande åtgärder, som ska förhindra att situationen upprepas i framtiden. Sådana åtgärder innefattar bland annat att ta reda på orsakerna till händelserna och utifrån dem ändra rutiner för att de ska bli säkrare. Beroende på ärendet behandlas det antingen bland cheferna, på ett teamchefsmöte, ett sjukskötarmöte, ett skyddschefsmöte eller ett personalmöte där också eventuella förändringar i verksamheten meddelas. Vid behov utarbetas riktlinjer för korrigerande åtgärder som presenteras på ett gemensamt möte och arkiveras i en gemensam pärm som alla har tillgång till. I akuta ärenden som gäller verksamheten utarbetas instruktioner som tas med till avdelningarna eller sätts upp på avdelningarnas anslagstavla.

Korrigerande åtgärder antecknas i enhetens utvecklingsplan för egenkontroll.

Utvecklingsplan för egenkontroll gällande kvaliteten på vården och servicen och klientsäkerheten

Utvecklingsbehov som framförts av klienter, anhöriga/närstående, personalen, samarbetspartners eller via kvalitetsarbete eller riskhantering.

Utvecklingsobjekt/ Kanal för respons	Förbättringsåtgärd	Tidtabell	Ansvarig
Säkerhetsgruppens uppgiftsbeskrivning	Uppdatering av arbetsbeskrivningen	våren 2023	Förman, arbetsgr.
Medicinska licenser	Uppdatering	våren 2023	Förman
Läkemedelsbehandlingsplan	Personl. medvet.	våren 2023	Förman
Räddningsplan	Personl. medvet	våren 2023	Förman
Inskolning	Uppdat. anvisningar	2023	Förm. och arbetsgr.
Apparatpass	Tas i bruk	2023	Förm. och arbetsgr.

4.5 Personalen har anmälningsskyldighet

Socialvårdslagen (1301/2014) föreskriver att en arbetstagare är skyldig (48–49 §§) att anmäla problem eller risk för problem som hen uppmärksammat och som har samband med fullföljandet av klientens socialvård. Instruktioner för hur rapporteringsskyldigheten fullföljs ska upprättas för verksamhetsenheten, och instruktionerna ingår i egenkontrollplanen. Lagen framhåller att den som gjort anmälan inte får utsättas för negativa motåtgärder till följd av anmälan.

Inom Österbottens välfärdsområde har man kommit överens om en process, som gäller anmälan om upptäckt missförhållande eller hot om missförhållande, som har samband med fullföljandet av klientens socialvård. Klagomål till socialvården (SPo) görs på intranätet via HaiPros hemsida. Blankett för klagomålsanmälan finns även på Österbottens välfärdsområdes (Intra) hemsida. Klagomålsanmälan lämnas till socialarbetare som ansvarar för att ärendet behandlas och att åtgärder vidtas.

Varje medlem i personalen har skyldighet att rapportera eventuella problem gällande verksamheten. Anmälan görs i första hand till förmannen.

Mottagaren av anmälan ska vidta åtgärder för att undanröja problemet eller hotet om problem, och om detta inte görs ska den som gjort anmälan informera regionförvaltningsverket. I enhetens egenkontroll definieras hur korrigerande åtgärder gällande brister i riskhanteringsprocessen vidtas. Om problemet är sådant att det kan åtgärdas i enhetens egenkontrollförfarande, tas det omedelbart upp i förfarandet. Om klagomålet är sådant att det kräver åtgärder av ansvarsenheten, överförs ansvaret för ärendet till behörig enhet.

Läs mer: Klient- och patientsäkerhetsstrategi och genomförandeplan 2022-2026

Medarbetarnas medvetenhet om rapporteringsskyldigheten förutsätter att varje anställd har bekantat sig med egenkontrollplanen.

5 KLIENTENS STÄLLNING OCH RÄTTIGHETER

5.1 Bedömning av servicebehovet

Behovet av vård och service bedöms tillsammans med klienten och vid behov med klientens anhöriga, närstående eller juridiska ombud. Utgångspunkten för bedömningen är personens egen syn på sina resurser och hur dessa kan stödas. När servicebehovet fastställs ligger fokus på att återställa, bibehålla och främja klientens funktionsförmåga och möjligheter till rehabilitering. Bedömningen av servicebehovet omfattar alla dimensioner av funktionsförmågan: den fysiska, psykiska, sociala och kognitiva. Dessutom beaktar man i bedömningen riskfaktorer som föregår försämring av funktionsförmågans olika dimensioner som t.ex. hälsoinstabilitet, dålig näringsstatus, otrygghet, bristande sociala kontakter eller smärta.

I inledningskedet bedöms klientens servicebehov av placeringskoordinatorn och/eller servicehandledaren. Servicehandledaren gör en kort RAI-mätning. Alla klienter får RAI och en vård- och rehabiliteringsplan.

När den boende har flyttat in i bostaden uppdateras RAI-mätaren i bostaden 2 gånger per år eller oftare om det sker en väsentlig förändring i hälsan. Samtidigt kontrolleras behandlingsplanen och uppdateras vid behov.

5.2 Egenvårdare

Varje boende har en personlig vårdare (1-2 vårdare), som ansvarar för att ett familjesamtal förs med de anhöriga vid inflyttningen. Dessutom ansvarar hen för uppdateringen av den boendes RAI, att behandlingsplanen genomförs och uppdateras i samarbete med klienten, dennes anhöriga och andra samarbetspartners (t.ex. enhetens läkare).

5.3 Klientplan

Behovet av vård och service antecknas i klientens personliga plan för daglig vård, service och rehabilitering. Syftet med planen är att hjälpa klienten nå uppsatta mål för sin livskvalitet och rehabilitering. Den dagliga vård- och serviceplanen är ett dokument som kompletterar den klient-/serviceplan som upprättats för klienten och används för att bland annat informera servicearrangören om förändringar i klientens servicebehov. Hur behandlingstjänsten eller rehabiliteringsplanen genomförs i den dagliga vården och servicen som ges klienten beror framför allt på hur väl medarbetarna är insatta i sitt arbete. Underlåtenhet att uppdatera vård- och serviceplanen och att inte fullfölja planen är också en risk som hotar klienttryggheten.

Enligt 16 § äldreomsorgslagen ska den äldres synpunkter på alternativ antecknas i planen.

När en boende flyttar till ett serviceboende görs en vårdplan tillsammans med den boende och dennes anhöriga. RAI och levnadshistorien stöder vården. Man antecknar i Lifecare och uppdaterar med minst ett halvt års intervaller, så att personalen kan läsa anteckningarna. De som arbetar med klienten har skyldigheten att bekanta sig med vårdplanen så att klienten får saklig vård.

Vården fullföljs utgående från vårdplanen och den kan läsas i Lifecare.

5.4 Verkställighetsplan

Klientens egenvårdare ansvarar för uppdateringen av vårdplanen i samarbete med avdelningsskötaren. Om det görs ändringar som främst gäller den dagliga vården, antecknar den sjukskötare som arbetar i skiftet ändringen i den korta vårdplanen. Om ändringarna är mera omfattande och gäller totala vården, är det egenvårdarens uppgift att uppdatera vårdplanen.

De serviceformer som är kopplade till vården på enheten diskuteras med klienten i samband med planeringen av hens vård. Dessutom beaktas också andra serviceformer, t.ex. besök av fotvårdare eller frisör.

Den korta behandlingsplanen kan dagligen ses i den boendes vårdplan, och utifrån den fullföljs den dagliga vården/servicen. Under sitt skift bekantar sig varje vårdare med den korta vårdplanen, där också den boendes eventuella särbehov nämns och som ska tillgodoses under det aktuella arbetsskiftet. I planen kan man bl.a. se om begränsande åtgärder tillämpas åt klienten och att dessa har godkänts av ansvarig läkare.

Den korta vårdplanen åskådliggör målen i vårdplanen och beskriver hur den boendes behov ska tillgodoses.

5.5 Dokumentation av klientarbete

Dokumentationen av klientarbete åligger varje yrkesutövare, och om dokumentationsskyldigheten stadgas i lagen om klienthandlingar inom socialvården (254/2015, § 4). Att dokumentera information som erhållits i

klientarbetet är en viktig del av arbetet. Nödvändig och tillräcklig information för organiseringen, planeringen, fullföljandet, uppföljandet och kontrollen av socialvården dokumenteras i klienthandlingarna. Ett tydligt och begripligt språk ska användas i handlingarna och anteckningar ska göras utan dröjsmål, när klientens ärende har behandlats.

Dokumentation av klientarbetet görs alltid under skiftet och senast i slutet av skiftet. Dokument från ett föregående skift måste alltid finnas tillgänglig för nästa skift.

Österbottens välfärdsområdes dataskyddsansvariga:

Tuija Viitala, tfn 06 213 1840
Sandviksgatan 2-4, 65130 Vasa

Anne Korpi, tfn 040 183 2211
Dammbrunnsvägen 4, 1. vån., 65100 Vasa

Läs mer:

[Föreskrift om strukturen för klienthandlingar inom socialvården och om uppgifter som ska antecknas i klienthandlingarna](#)

[Behandling av kunduppgifter inom socialvården](#)

5.6 Rätt till socialvård av god kvalitet och gott bemötande

En klient har rätt till socialvård av god kvalitet och gott bemötande utan diskriminering. Klienten skall bemötas så att hans människovärde inte kränks och så att hans övertygelse och integritet respekteras. Beslut relaterade till själva behandlingen och servicen fattas och fullföljs medan kunden är inom ramen för servicen. En klient som inte är nöjd med kvaliteten på tjänsten eller det bemötande hen fått har rätt att göra en anmärkning till den som ansvarar för den operativa enheten eller till en ledande befattningshavare. Vid behov kan anmärkningen även göras av klientens juridiska ombud, en anhörig eller en närstående. Mottagaren av anmärkningen ska behandla ärendet och lämna ett skriftligt, motiverat svar inom skälig tid.

Mottagaren av anmärkningen inom äldreomsorgen är överskötare Marketta Koskela

Kontaktuppgifter till socialombudet och vilka tjänster hen erbjuder finns på enhetens anslagstavla och på anslagstavlan utanför chefens rum.

Konsumentrådgivningen har förts över på staten från kommunerna till en riksomfattande telefontjänst, som sköts av magistraten. Telefonnummer till konsumentrådgivningen är 029 553 6901

5.7 Klienternas och deras anhörigas eller närståendes delaktighet

Att ta hänsyn till klienter i olika åldrar och deras familjer och närstående är en viktig del i utvecklingen av tjänsteinnehåll, kvalitet, klientsäkerhet och egenkontroll. Eftersom kvaliteten på tjänsten kan betyda en sak för personalen och en annan för klienten är det viktigt att använda den på olika sätt och systematiskt insamlade responsen i utvecklingen av enheten. Klientens och anhörigas delaktighet innebär att hänsyn tas till deras synpunkter och önskemål i alla situationer som rör servicen och verksamhetsutvecklingen.

Invånarna och deras anhöriga deltar i utvecklingen av enhetens verksamhet, kvalitet och egenkontroll, främst genom kontakter i vardagen. Dessutom genomförs en kundnöjdhetsundersökning centralt inom äldreomsorgen. Genom kontakter i vardagen kan respons ges alltid när det finns behov av det. De anhöriga

kan t.ex. vända sig direkt till egenvårdaren eller sjukskötaren på avdelningen när de vill ge respons. Alternativt kan de anhöriga stå i kontakt med enhetens chef när de vill ge respons.

Responsen beaktas alltid. Den kan behandlas genast i samband med ett telefonsamtal eller annan kontakt. Vid behov förs den inkomna responsen till teammötet, där den behandlas.

5.8 Stärkande av till självbestämmanderätten och tillämpning av begränsningar

Vi ser självbestämmanderätten som en grundläggande rättighet som tillhör alla och som innebär rätt till personlig frihet, integritet och säkerhet. Självbestämmanderätten är nära besläktad med rätten till privatliv och skydd av privatlivet. Rätten till personlig frihet skyddar inte bara en persons fysiska frihet utan också hens valfrihet och självbestämmanderätt. Inom socialvården är personalens uppgift att respektera och stärka klientens självbestämmanderätt och att uppmuntra klienten att medverka i planeringen och fullföljandet av servicen. Klienten ska om möjligt också ha möjlighet att framföra önskemål om vem som ska bistå honom/henne i till exempel könskänsliga situationer. (Biträdande justitiekanslerns beslut (OKV/2018-01-50), [Handbok om funktionshinderservice](#)).

Björkbacka har också socialvårdsklienter i olika åldrar som inte klarar av att sköta sina angelägenheter på egen hand och kan behöva intressebevakare. Intressebevakaren kan vara en anhörig eller en myndighetsperson. Mer information och instruktioner om förmyndarskap finns i lagen om förmyndarskap (1999/442), och särskilda instruktioner finns hos Myndigheten för digitalisering och befolkningsdata.

Det som rör äldre klienters rätt till självbestämmande såsom integritet, frihet att bestämma över sin egen dagliga verksamhet och möjligheten till ett individuellt och självständigt liv, respekterar vi genom att den boende har eget rum, egen toalett och dusch och egna möbler och kläder. Besökstiderna är fria men vårt önskemål är att gästerna ska ha gått före klockan 21. Vård i livets slutskede är dock ett undantag och då begränsar vi inte närståendes närvaro.

Intervallklienter har samma rättigheter som de boende men deras rum har enhetens möbler.

Vi respekterar att det här är våra boendes hem och knackar alltid på dörren innan vi går in och säger hej. Den boende kan inom rimliga gränser själv välja när hen lägger sig på kvällen och när hen vill gå upp på morgonen.

Vården av och omsorgen om en socialvårdsklient baseras i första hand på frivillighet, och tjänster utförs i princip utan att de inskränker på klientens självbestämmanderätt. Inom socialvården kan självbestämmanderätten begränsas endast om klientens och andra personers hälsa eller säkerhet är hotade. Om det finns starka skäl att införa begränsningar för en klient, försöker vi införa begränsningen i samförstånd med klienten och klientens anhöriga. Läkarens beslut skrivs in i klientens handlingar. Begränsningsåtgärden skrivs in i vårdplanen och dokumenteras i omvårdsjournalen. De begränsande åtgärderna genomförs i enlighet med principen om den mildaste begränsningen och på ett säkert sätt med respekt för klientens mänskliga värdighet.

Principer och praxis kring självbestämmanderätten diskuteras både med den läkare som behandlar klienten och med anhöriga och närstående och antecknas i klientens vård- och serviceplan. De begränsande åtgärderna genomförs i enlighet med principen om mildaste begränsningen och på ett säkert sätt med respekt för klientens människovärde. Begränsningsåtgärder med sätt och redskap dokumenteras i klientens vårdplan och hur länge begränsningarna är nödvändiga. Genomförandet och övervakningen av begränsningsåtgärden antecknas dagligen i klientens journal.

Några exempel: Om sängens sida måste höjas, ska detta diskuteras med anhöriga och läkare, och allt ska dokumenteras i Lifecare. Om bälte måste användas på stolen ska läkaren dokumentera det i Lifecare. Bältet spänns fast på rullstolen för att förhindra att klienten faller ur rullstolen eller försöker stiga upp och gå på egen hand när benen inte längre bär.

Talan som väcks om socialtjänster handlar ofta om att klienten upplevt osakligt bemötande. Klienten har rätt att göra en anmärkning till ansvarig person på enheten eller till ledande tjänsteman inom socialvården om hen är missnöjd med bemötandet. Om tjänsten baseras på köpekontrakt görs anmärkningen till organiseringsansvarig myndighet. På enheten borde man dock utan att anmärkning getts fästa uppmärksamhet vid osakligt eller kränkande beteende mot klient och vid behov reagera på det.

För att man ska kunna ingripa sakligt när klienter bemöts illa, har Björkbacka delade filer med instruktioner om hur man hanterar situationer när äldre behandlas illa. Dessutom innehåller Björkbackas delade filer instruktioner om anställdas rapporteringsskyldighet när problem upptäcks i fullföljandet av klientens socialvård.

Minnesföreningens kriterier för god vård används som stöd i vården av personer med minnessjukdom, och de finns också i Björkbackas delade filer.

Klagomål och besvär anmäls till översjukskötaren för äldreomsorgen och till samordnande servicechefen. Man går igenom oönskade händelser och farliga situationer som klienten råkat ut för tillsammans med hens anhöriga. Detta görs muntligen på servicehemmet eller via telefon. Vid behov samtalar man med personalen. Samtalen förs vanligen med servicehemmets chef eller med serviceförmannen och vid behov med den koordinerande servicechefen eller med översköterskan för äldreomsorgen.

Läs mer:

Länkar till beslut av riksdagens justitieombudsman och andra högre övervakare av rättssäkerheten gällande självbestämmanderätten.

Stöd till självbestämmanderätten inom funktionshindersservice, [Handbok om funktionshindersservice](#) från Institutet för hälsa och välfärd.

[Behandling av person med demens EOAK/8165/2020](#)

[Barnskyddsförfarande vid anordnande av fosterhem EOAK/2857/2021](#)

5.9 Multiprofessionellt arbete

En boende kan behöva flera olika serviceformer samtidigt och flyttning av klienter som uppnått hög ålder från en serviceform till en annan har visat sig vara mycket riskfyllda. För att servicehelheten ska fungera för klienten och motsvara hens behov, krävs samarbete mellan serviceleverantörerna och då blir informationsflödet mellan de olika aktörerna mycket viktigt.

I 41 § socialvårdslagen (1301/2014) föreskrivs ett tvärvetenskapligt samarbete för att organisera en uppsättning tjänster efter kundens behov.

Samarbete och informationsflöde med andra social- och hälsovårdsleverantörer och olika förvaltningssektorer som ingår i kundens servicehelhet sker genom planerade möten, per telefon, med hjälp av Chain-programmet avsett för kontroll av kundplatser i intervallenheten, genom Lifecare-meddelanden och Teams.

5.10 Anmärkningar och stöd från social- och patientombudsmannen

En patient eller anhörig som inte är nöjd med den vård eller det bemötande som de fått har rätt att framföra en anmärkning. Anmärkningen kan göras fritt, alternativt kan man använda formuläret "En anmärkning relaterad till vård eller behandling" på portalen. Anmärkningen riktas till chefen för resultatområdet (den ledande läkaren inom hälso- och sjukvården). Patientombudsmannen eller annan i personalen kan vid behov hjälpa till med att fylla i formuläret.

Utlåtande

Anmärkningen antecknas i dagboken och översjukskötaren på äldreomsorgen begär ett utlåtande från den person eller enhet som anmärkningen gäller. Begäran skickas via berörd överläkare/översjukskötare/prefekt till berörd personal. Beroende på anmärkningens karaktär skriver antingen vederbörande eller arbetsledaren ett utlåtande. Den som är föremål för anmärkningen ska alltid underrättas om den inkomna anmärkningen. Utlåtandet formuleras fritt på patientens modersmål (finska eller svenska) och lämnas skriftligen till chefen för resultatområdet inom 2 veckor. Utlåtandet bifogas till det svar som chefen för resultatområdet ger patienten. Varken utlåtandet, svaret eller någon anteckning om anmärkningen får bifogas till patientberättelsen.

Avgörande

Översjukskötaren för äldreomsorgen ger ett skriftligt svar på anmärkningen, vanligen inom en månad efter att anmärkningen har mottagits. Av svaret borde det framkomma vilka åtgärder som vidtagits på grund av anmärkningen och till vem den boende kan vända sig om hen är missnöjd med lösningen (patientombudsmannen, Regionförvaltningsverket eller göra en patientskadeanmälan). Det utlåtande som enheten ger bifogas till svaret. Det går inte att överklaga avgörandet gällande anmärkningen.

Arkivering

Översjukskötaren för äldreomsorgen arkiverar en kopia av anmärkningen och avgörandet.

Klagomål från patient riktad till Regionförvaltningsverket (AVI) eller till Valvira

En klient och/eller anhörig har rätt att framföra klagomål när man är missnöjd med den vård och service klienten får.

Klagomål framförs hos Valvira, när misstanke om fel eller försummelse i vården har lett till att klienten avlidit eller blivit allvarligt skadad. Andra klagomål som gäller vården framförs till det regionförvaltningsverk (AVI), som finns på den ort där klienten har vårdats. Vid behov överför myndigheterna klagomålen till lämplig handlägningsplats i enlighet med den överenskomna arbetsfördelningen. Den klagande kommer att underrättas om överföringen.

Klienten kan framföra klagomål även om hen redan har gjort en anmärkning om vården till behandlingsinrättningen eller, på grund av misstänkt patientskada, ett ersättningskrav till Patientförsäkringscentralen. Klagomålet utreds vanligtvis inte om det har gått mer än fem år sedan händelserna. Patientombudsmannen ger råd och bistår vid behov i att förbereda ett klagomål.

Utlåtande

Myndigheten begär ett utlåtande från den person/enhet som klagomålet gäller. Begäran antecknas i diariet och skickas till berörd personal via berörd överläkare/översköterska/prefekt. Om en anmärkning relaterad till vård eller bemötande har besvarats tidigare, kan det svaret läggas till grund för utlåtandet. Utlåtandet upprättas fritt på patientens modersmål (finska eller svenska) och levereras till ledande läkare inom två veckor. Utlåtandet besvarar de frågor som ställts i begäran. Därefter lämnar ledande läkaren ett skriftligt utlåtande till berörd myndighet inom den tid som anges i begäran. Om det inte är möjligt att ge svar inom tidsfristen på grund av semester eller av andra skäl, kan den ledande läkarens sekreterare be myndigheten om ytterligare tid. Ledande läkares utlåtande, personalutlåtandet och övriga begärda handlingar skickas till myndigheten. Patientjournalen får inte innehålla ett uttalande, svar eller någon anteckning om det gjorda klagomålet.

Den ledande läkarens sekreterare ansvarar för att till utlåtandet bifoga kopior av erforderliga patientrapporter och andra handlingar. Patientrapporter som upprättats före 2005 är i pappersformat.

Beslut

Regionförvaltningsverket/Valvira fattar beslut i ärendet utifrån de inkomna utlåtandena. En kopia av beslutet skickas till den ledande läkaren, som i sin tur överlämnar beslutet till den/dem som gett utlåtandet. Om ytterligare åtgärder krävs baserat på beslutet är den ledande läkaren ansvarig för att de genomförs. Vid behov anmäls ärendet till social- och hälsodirektören, cheferna för berörda resultatområden samt social- och hälsovårdsnämnden. Om Valvira beslutar om någon form av sanktion för den/dem som är föremål för klagomålet kommer Valvira att meddela berörda parter direkt.

Den ledande läkaren arkiverar kopior av dokumenten tillsammans med besluten.

Utsatt tid för hantering av anmärkningar

Förmannen skriver ett utlåtande inom 2 veckor

Översköterskan för äldreomsorgen ger skriftligt svar inom 1 månad

Socialombudsman Telefontid må–fr kl. 8:00–14:00. tfn 040 507 9303, sosiaaliasiamies@ovph.fi	Patientombudsman Telefontid må–fr. kl. 9:00–14:00 tfn 06 213 1080
<ul style="list-style-type: none"> • ger information och råd om klientens rättigheter inom socialvården • ger råd till klienter om hur de kan göra om de inte är nöjda med det bemötande de fått eller med socialtjänsten • ger råd och hjälper klienter att göra anmärkningar. 	<ul style="list-style-type: none"> • ge information och råd om patientens rättigheter inom hälso- och sjukvården. • ger råd till patienter hur de kan göra om de inte är nöjda med det bemötande eller den vård de fått. • ger råd och hjälper patienter med anmärkningar och patientskadeanmälningar

6 PERSONAL

6.1 Personalstruktur och personaldimensionering

Personalplaneringen tar hänsyn till gällande lagstiftning, t.ex. till lagen om yrkesutövare inom socialvården som trädde i kraft den 1 mars 2016. Vår verksamhet är tillståndspliktig, även personaldimensionering och struktur som anges i tillståndet beaktas. Vår personaldimensionering beror på klienternas behov av hjälp, deras antal och arbetsmiljön.

Dimensioneringen och strukturen för Björkbacka vård- och omsorgspersonal är följande:

1 servicehemschef, 1 serviceansvarig, 1 rehabiliterande skötare, 1 funktionssjukskötare, 10,75 sjukskötare, 30,9 närvårdare/primärvårdare, 2 vårdbiträden. Dessutom har vi 0,5 interna ersättare utöver bemanningen (reservvikarie) och 4 pooler (akutvikarier)

Vikarier rekryteras i samarbete med Kuntarekry. Utgångsläget är att vikarier ska anställas så att minimibemanning uppnås enligt personaldimensioneringen. Nya vikarier deltar i arbetet under två till tre skift, innan de kan arbeta självständigt, gärna tillsammans med en och samma handledare. Det finns en checklista på arbetsmoment som nya arbetstagare ska sätta sig in i tillsammans med sin "handledare".

Att personalresursen är tillräcklig säkerställs på det sättet att minimidimensioneringen är tryggad och vikarier kallas alltid in så att skiftet har tillräckligt med personal. Också personalstrukturen beaktas så att kompetensen är tillräcklig i varje skift. Enheten har interna vikarier (närvårdare), som ställer upp när någon i personalen har en kort frånvaro. Dessutom är samarbetet med Kuntarekry oavbrutet.

Att bemanningen är tillräcklig i förhållande till arbetsbelastningen säkerställs med hjälp av Rafaela-programmet. Varje månad får avdelningen ett sammandrag från månaden som gått och chefen och serviceansvarigen går igenom månadsläget. Eventuella brister utvärderas och åtgärder planeras.

Enheten har en servicehemschef och en serviceansvarig, som vid behov vikarierar varandra. Olika viktiga uppgifter delas upp enligt överenskommelse, t.ex. arbetsskiftsplanering, daglig rekrytering osv.

Fler personer tillsätts i andra ansvariga befattningar för att säkerställa tillgången på personer så bra som möjligt.

I de två senaste THL-uppföljningsundersökningarna har enhetens bemanning varit:

Uppföljningstid 2.5–22.5.2022 avdelningarna Clara, Elsa och Frans **0,55**. Avdelningarna Hilda, Alma och Elvira **0,76**. Uppföljningsperioden 31.10–20.11.2022 Clara, Elsa och Frans **0,63**. Avdelningarna Hilda, Alma och Elvira **0,80**.

6.2 Personalrekrytering, språkkunskaper och arbetstillstånd

Personalrekryteringen är styrd av arbetslagstiftningen och kollektivavtalet, som definierar rättigheter och skyldigheter för både anställda och arbetsgivare. I en rekryteringssituation kontrollerar arbetsgivaren alltid den sökandes registeruppgifter från Valvira centrala yrkesregister, JulkiTerhikki/JulkiSuosiki.

Vi samarbetar med det gemensamma kommunala rekryteringskontoret "Kuntarekry" som verkar på Österbottens välfärdsområde och som har fastställt verksamhetsprinciperna för rekryteringen för hela regionen.

Social- och hälsovårdspersonal ska ha tillräckliga muntliga och skriftliga språkkunskaper som krävs för de arbetsuppgifter de utför, och det är arbetsgivarens ansvar att bedöma språkkunskaperna. Länk: <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet/kielitaito>. Till skillnad från detta ligger huvudvikten för vikarier vid att de förstår det ena inhemska språket så bra att de kan samarbeta med övriga anställda, de boende som ska vårdas och deras anhöriga. När det gäller vikarier bedöms alltid språkkunskaperna separat utifrån behov och uppgift.

Arbetsstillståndet för personer med utländsk bakgrund kontrolleras alltid innan ett anställningsförhållande avtalas.

6.3 Personalintroduktion och fortbildning

Det är arbetstagarnas skyldighet att bekanta sig med Österbottens välfärdsområdes Intra, för där finns alla nödvändiga arbetsanvisningar uppdaterade. Servicehemmet har en egen introduktionsfolder och -checklista för nyanställda. När en nyanställd börjar, ordnas först 2-3 introduktionsdagar där den nyanställda är s.k. extra och sätter sig in i det dagliga arbetet och det ansvar som följer med det. För varje dag ska man komma överens om under vems ledning introduktionen ska äga rum. Om det är ett långt vikariat fortsätter introduktionen som en lång process, där stöd ges av en överenskommen mentor för den nya vikarien.

I lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården (2015/817, 5 §) och hälso- och sjukvården (1994/559, 18 §) finns bestämmelser om yrkespersonernas skyldighet att upprätthålla och utveckla sin yrkeskicklighet, samt om arbetsgivarens skyldighet att skapa förutsättningar för yrkesutövare att delta i fortbildning. Att upprätthålla och utveckla medicinsk behandlingskompetens är en viktig del av att upprätthålla sin professionella kompetens. Personalen ska göra de fastställda tentorna och kompetensproven vart 5:e år för att säkerställa sin medicinska behandlingskompetens.

Österbottens välfärdsområde ordnar utbildning genom Teams och utbildning med fysisk närvaro som man anmäler sig till via t.ex. utbildningskalendern. I utbildningskalendern kan du se kommande utbildningar flera månader på förhand. Till utbildningskalendern kommer man via det interna Intra eller via HR-arbetsbordet som personalen kan använda. Enheten gör varje år upp en egen plan för utbildning där upptäckta behov får uppmärksamhet och enhetens verksamhet/professionalitet säkerställs. Intern utbildning prioriteras.

Just nu satsar man på ökad kunskap om sårvård och på säkerhet och ämnesområden som tangerar dessa.

7 ÅTGÄRDER SOM STÖDER FÖRVERKLIGANDET AV SERVICEN

7.1 Hygien och förebyggande och förhindrande av infektioner

På Österbottens välfärdsområde arbetar en hygienskötare som förbereder och uppdaterar olika hygienanvisningar. Servicehemmet Björkbacka har två namngivna personer, vars ansvar det är att genomföra de instruktioner som hygiensköterskan ger och att hjälpa och ge personalen råd i frågor som rör hygien. De hygienansvariga träffar regelbundet hygienskötaren.

Du hittar hygienanvisningar på Österbottens välfärdsområdes intra <https://intra.pohjanmaanhyvinvointi.fi/fi/tuki-ja-palvelut/laatu-ja-valvonta/hygienia-ja-infektioniden-torjunta/> Du hittar följande instruktioner:

- **Hygienskötarens kontaktuppgifter:**



Chatrine Norrbacka, tjänstetid kl. 8:00– 15:00 Tfn 050 501 8891

catrin.norrbacka@ovph.fi

Enheten och avdelningarna på Malmska sjukhuset, landskapen: Kronoby, Larsmo, Jakobstad, Pedersöre, Nykarleby.

- Vanliga försiktighetsåtgärder
- Smittosamma sjukdomar och andra sjukdomsvisa anvisningar
- Isoleringsklasser
- Multiresistenta mikrober
- Rumstavlor, videor och annat material
- Rengöring och desinficering
- Aseptiska arbetsanvisningar. Uppföljning av infektioner och kvalitetsmätare

Vid behov besöker hygienskötaren enheterna och utbildar personalen.

Hygienskötaren utför hygienkartläggning och handhygienkontroll på enheterna.

Sterilisering av instrument organiseras centralt (i sjukhusets instrumentunderhåll). Servicehemmet Björkbacka har en egen namngiven instrumentchef. Hens uppgift är att se till att använda instrumenten går till sjukhusets instrumentunderhåll och att rena kommer tillbaka till rätt plats. Dessutom ser hen till att t ex suganordningarna rengörs osv.

Skyddsutrustning kan beställas från anskaffningsenheten hos Jakobstads lager på adressen varastotilaukset@vshp.fi och från vårdcentralen.

Beställningen av handsprit avsedd för personalen kan nu igen göras på sjukhusapoteket genom beställningsprogrammet OSTi.

Spridning av infektioner och smittsamma sjukdomar kan förhindras på följande sätt:

- Infektioner som hotar hälsan och användningen av antibiotika följs upp på SAI-programmet. På enheten finns två sjukskötare som ansvarar för uppföljningen.
- Att sköta hygien är en del av varje sjukskötares grundarbete, speciellt betonas handhygien och skyddskläder.
- Vid förebyggande av infektioner och i epidemisituationer har hygienskötaren hand om informationen och organiseringen av uppgifterna.
- Genom att introducera nyanställda grundligt i förebyggande/god hygiennivå på jobbet.

Vår renhållning tas omhand av företaget Alerte.

Provina tvättar de boendes sängkläder. Det är väldigt viktigt att sängkläderna är märkta med enhetens namn (Björkbacka servicehem) och med den boendes hela namn.

De boendes egna kläder tvättas i servicehemmets egen tvättinrättning.

Ansvariga personer för hygien på enheten är:

- Ss Liselotte Kristola
- Nv Nina Ukkonen

- Nv Pia Saviaro
- Nv Sonja Ahlskog

7.2 Hälsa- och sjukvård

Tandvård ges på vårdcentralen eller på privata mottagningar. Sjukvård ges på hälsovårdscentralen. Läkar- ronder görs var annan onsdag. Akuta sjukdomsfall sköts på akuten. Dödsfall konstateras av servicehemmets läkare eller t.ex. under veckoslut av en hälsovårdscentralläkare, de anhöriga tar hand om transporten av den avlidna. Anvisningar i samband med dödsfall finns i enhetens filer och är tillgängliga på varje enhet.

Långtidssjuka boendes hälsa främjas och övervakas under läkarbesöket varannan onsdag. Undersökningar, kontroller osv programmeras från enheten, med undantag av intervallklienter. För dem görs programme- ringen av hemsjukvården.

Blodprover tas av Björkbackas egna sjukskötare som är insatta i provtagning. En kurir transporterar pro- verna till laboratoriet enligt överenskommet schema.

En läkare ansvarar för de boendes hälso- och sjukvård på servicehemmet i samarbete med servicehemmets sjukskötare.

För att säkerställa personalens kunskaper i att ge första hjälp hålls en repetitionsövning vart tredje år.

7.3 Läkemedelsbehandling

Läkemedelsbehandlingen på Björkbacka servicehem bygger på en enhetsspecifik läkemedelsplan som upp- dateras regelbundet en gång per år. Planen för läkemedelsbehandling görs upp utgående från ett underlag utarbetat för Österbottens välfärdsområde och enligt organisationens anvisningar. Planen för läkemedels- behandlingen ingår i handledningen av personalen. Servicehemmets ansvariga läkare ansvarar tillsammans med servicehemmets sjukskötare för planering och utvärdering av läkemedelsbehandlingen. Varje avdel- ning (6 enheter) har en egen sjukskötare och några har två sjukskötare. Utöver sjuksköterna ansvarar när- vårdare, som har klarat tentamina i medicinsk vård och gett bevis på detta, för att läkemedelsbehandlingen fullföljs.

Meddelanden relaterade till läkemedelssäkerhet finns på Intra i Österbottens välfärdsområde och är till- gängliga för alla anställda. Dessutom finns det aktuella instruktioner och information uppdaterad av sjuk- husapoteket på intra.

Ansvarig sjukskötare för läkemedelsbehandlingen på Björkbacka är Gunilla Stråka. Utöver detta har varje avdelning en sjukskötare som ansvarar för läkemedelsbehandlingen på sin avdelning och det är hens skyl- dighet att ingripa i problem när hen upptäcker dem. Hen utvärderar hur lämplig läkemedelsbehandlingen är, tar emot prover och dylikt.

Begränsat läkemedelsförråd

Björkbacka servicehem är en enhet med effektiviserat serviceboende och det finns ett gemensamt begrän- sat läkemedelsförråd upprättat enligt 68 § läkemedelslagen för boendes oförutsedda och plötsliga behov av läkemedelsbehandling och för situationer där boendes kartlagda sjukdomar eller hälsotillstånd förvärras

och kräver snabb läkemedelsbehandling. Läkemedlen i läkemedelsförrådet används endast för läkemedelsbehandling av de boende på Björkbacka servicehem. Skötseln av läkemedelsförrådet utgår från de gemensamma riktlinjerna för Österbottens välfärdsområde och överläkare i geriatrik Markus Råback har ansvaret för förrådet.

Det begränsade läkemedelsförrådet har en egen plan för läkemedelsbehandling som styr hur förrådet används och vilka personer som är ansvariga. Ansvariga är två utsedda sjukskötare och den läkare som ansvarar för enheten och dennas ersättare.

7.4 Verksamhet som stöder välmående, delaktighet och tillväxt

Mål som gäller daglig motion, friluftsliv, rehabilitering och rehabiliterande verksamhet antecknas i de boendes plan för vård och service.

På Björkbacka servicehem strävar vi till att ett rehabiliterande vårdupplägg fullföljs i de boendes vård. Personalen är professionell. Användningen av den kinestetiska metoden är vanligt förekommande i omvårdnaden och utbildningar och övningar i metoden anordnas.

Våra aktiviteter är t.ex. gruppgymnastik, bingo, tidningsläsning, andliga stunder, pyssel och varierande musikuppträdanden. Dessutom har vi en interaktiv digital operativ miljö där man på egen hand, tillsammans med vårdaren eller i grupp kan spela, teckna, pyssla och utveckla finmotoriken.

Dessutom finns flera motionscyklar och annan träningsutrustning på enheten, som stödjer de boendes fysiska funktionsförmåga.

I vårdplanen följer vi med hur målen för de boendes funktionsförmåga, välbefinnande och rehabiliterande verksamhet uppnås. Vårdplanen uppdateras minst med ett halvt års intervaller. I vårdplanen ska all planerad rehabiliterande verksamhet för den boende vara antecknad. Enheten har en rehabiliteringsskötare, under vars ansvar och uppföljning det särskilda behovet av rehabilitering antecknas i rehabiliteringsplanen.

De boende kan hålla kontakt med sina anhöriga via telefon, besök osv utan särskilda begränsningar. Det finns inga begränsningar för besök.

7.5 Måltider och lämplig kost

För klienterna är näring och måltider och den kultur som hör till dessa en viktig del av socialservicens tjänster. I kosthållsservicen beaktas Livsmedelsverkets rekommendationer om tillgång på mat och näring på befolkningsnivå och för olika åldersgrupper. [Livsmedelsverkets närings- och matrekommendationer](#)

Vid uppläggning av måltider beaktas förutom de boendes önskemål specialkost (diabetes, autoimmuna sjukdomar, matkänslighet, allergier och intoleranser) så att alla parter kan känna sig trygga. Dieter baserade på religion eller etisk övertygelse ingår i den mångkulturella tjänsten, som vid behov beaktas i servicen på så vis att aktuella matbeställningar avdelningsvis görs till Alertes kök som tar hänsyn till boendes specialkost eller andra begränsningar.

Alerte ansvarar för enhetens matförsörjning. Maten kommer till enhetens distributionskök enligt den sk cook and chill-principen. I distributionsköket läggs maten i avdelningsspecifika vagnar där maten värms upp. En Alerte-anställd levererar sedan maten till avdelningen i en vagn, där avdelningspersonalen delar ut den till de boende.

De boendes intag av mat och vätska och näringsnivå övervakas på följande sätt:

MNA, vägning, vid behov en vätskelista

Personalen övervakar tillgången på näring

Nattfastan är inte längre än 11 timmar

Patienterna får mellanmål också på nätterna om de vill

Vid behov ges flytande näringstillskott vilket har överenskommits med den boende, anhöriga och läkare

7.6 Enhetens verksamhetsutrymmen

Björkbacka servicehem omfattar 6 olika avdelningar, varav 3 är demensavdelningar, 2 är s.k. normala effektiverade serviceavdelningar och en är en intervallvårdsenhet. Det finns 73 rum. Rummens yta är 15,6-25,5 m². Gemensam yta beräknas vara 11-18 m². Besökstiderna är fria, men det rekommenderas att gästerna lämnar servicehemmet senast kl. 21:00. Om det är fråga om en sen palliativ vårdfas och den boendes anhöriga vill vara närvarande, kan de vid behov övernatta i den boendes rum. Den boende har egna möbler, utom säng och nattduksbord. När den boende är borta från sitt rum används inte rummet för annat ändamål. Intervallvårdsenheten har husets möbler.

8 KLIENT- OCH PATIENTSÄKERHET

8.1 Egenkontroll enligt hälsoskyddslagen

Samarbete med säkerhetsansvariga myndigheter genomförs regelbundet. Brand- och räddningsplanen ska vara aktuell och ses över med brandinspektören årligen. Vid besiktningen deltar chefen för servicebostaden, fastighetsskötselombudet, enhetens säkerhetsansvarige. Olika myndigheter ansvarar för brand- och räddningssäkerhet och bostadshälsosäkerhet utifrån respektive sektors egen lagstiftning.

Vår enhet arbetar enligt organisationens instruktioner. För att förbättra kundsäkerheten används olika tillvägagångssätt som finns på intra, t.ex. checklista för fallrisk.

Uppmärksamhet ägnas åt att upprätthålla personalens kompetens, alla bör gå utbildningar tre dagar per år. Personalen har genomgått utbildning i "patientsäkerhet" vid patientsäkerhetsporten.

För säkerhetskompetens har ett säkerhetskompetensplanerings- och uppföljningsformulär utarbetats som anger hur ofta och i vilken utsträckning personalen avlägger säkerhetsrelaterad utbildning. (övning i att använda brandsläckare, trygghetsvandring, inledande släckningsövningar, utgångsövningar, räddningsövningar och utbildning i första hjälpen). Enheten har en grupp skyddsansvariga som träffas regelbundet.

En behandlings- och rehabiliteringsplan görs för klienten, som utgår från hens funktionsförmåga, med hjälp av RAI-mätaren. Vård- och rehabiliteringsplanen uppdateras regelbundet och vid behov.

Arbetsbeskrivningar för sjukskötare, närvårdare och vårdbiträden har tagits fram och deras kompetens, till exempel inom läkemedelsbehandling, verifieras regelbundet genom utbildning och kunskapsprov. Läkemedelsbehandlingsplanen, som vägleder fullföljandet av läkemedelsbehandlingen, uppdateras årligen.

8.2 Medicintekniska produkter

De hjälpmedel som de boende använder kommer från hjälpmedelsutlåningen. Hjälpmedel lånas på medicinska grunder. Hjälpmedelsutlåningen skaffar nödvändiga hjälpmedel, underhåller dem och skickar dem på reparation vid behov.

För akuta behov har Björkbacka också några egna hjälpmedel som kan lånas tillfälligt.

På avdelningarna finns olika lyftanordningar för de boende som används för att trygga säkerheten för klienterna och personalen. Anskaffningar görs enligt budget och behovet bedöms årligen. En medicinsk utrustningsmekaniker ansvarar för servicen.

Namn och kontaktuppgifter till ansvarig för sjukvårdsutrustning och -förnödenheter: Medicinsk utrustningsmekaniker Antti Havia, tel 050 4128 799. Han för ett register över utrustningen och ser till att underhållet sker i tid.

Fimea ska alltid underrättas om en farlig situation orsakad av medicintekniska produkter som har lett eller kunnat leda till att klientens, användarens eller annan persons hälsa äventyras.

8.3 Tekniska säkerhetslösningar

Säkerheten för personalen och kunderna är tryggad genom att varje boende har ett trygghetsarmband. När man trycker på knappen ges en signal som kan ses på skärmen i enhetens korridor. Dessutom kan man koppla trygghetsarmbandet till dörrlarmet som signalerar att den boende är på väg ut utan att någon vet om det.

Enheten har också 5 madrasslarm, som meddelar om den boende är på väg att lämna sin säng. Madrasslarm används när den boende riskerar falla och inte inser faran själv.

Personalen testar regelbundet trygghetsarmband och ger information om testen till förmännen. Personalen svarar på larm från klienterna och då kvitteras larmet. I problemsituationer kan larmen kontrolleras i efterhand med hjälp av ett separat program, förutsatt att trygghetslarmet på armen fungerar lika bra som larmnätet.

Servicelicenschef Pia Ahlö ansvarar för driften av sjukskötaranropssystemet/invånarnas armband och telefoner på enheten. Hon är också ansvarig för principerna och upphandlingen i samband med uppköpen av dem.

Det primära ansvaret för sjukskötaranropssystemet, med vilket både klienten och sjukskötaren kan ringa efter hjälp, vilar på ett externt företag som kallas Loihde. Kontakta Loihde vid problem.

8.4 Säkerhets-, räddnings- och beredskapsplan

Enheten har en räddningsplan, som uppdateras årligen och den kan ses av alla i enhetens gemensamma databas. Dessutom har enhetens avdelningar en redogörelse för hur man på ett säkert sätt kan utrymma avdelningen. Ovan nämnda redogörelser har utarbetats år 2023. Man kommer att utarbeta en säkerhetsplan för enheten som innehåller system för brand- och utrymningssäkerhet, fastighetssäkerhet och personssäkerhet.

Personalen ska delta i övningar i primärläckning enligt en uppföljningslista för att säkerställa att personalen deltar i övningarna 1 gång/5 år. Den senaste släckningsövningen hölls år 2021. Trygghetsvandringar övas planenligt en gång per år per person.

Enheten är förberedd på eventuella långa elavbrott och för avbrotten finns en egen plan.

Läs mer: [STM: Social- och hälsovårdens beredskap och beredskapsplanering](#)
[STM: Beredskapsärenden](#)

8.5 Dataskydd, datasekretess och egenkontrollplan för datasekretess

Information om den lagstiftning som gäller dataskydd och behandling av personuppgifter och om anvisningar som utarbetats för enheten och om myndighetsföreskrifter ges vid introduktionen i arbetet. I början av anställningsförhållandet introduceras den nyanställda i det viktigaste som gäller behandlingen av personuppgifter och datasekretess, t.ex. tystnadsplikt, tillsammans med förmannen. Dessutom används THL:s nätutbildning Patientsäkerhet med kompetens, som personalen har deltagit i. För den nya organisationens del ingår i introduktionen en genomgång av avtalet om sekretess. Varje avdelning har en datasekretesstavla "Rumstavla". Alla anställda och studerande undertecknar ett sekretessavtal som gäller användning av dokument, information och informationssystem.

Introduktion i hur man dokumenterar arbetet med klienterna sker i anslutning till vardagen. Den nyanställda registrerar arbetet tillsammans med sin handledare. Samtidigt kommer programmet avsett för dokumentation av klientarbete (lifecare) att ses över.

För att trygga datasekretessen har enheten en centrallåst insamlingsplats för sekretessbelagda dokument. Företaget Encore Pohjanmaa Oy tömmer utrymmet.

Datasekretessbelagd information behandlas alltid i ett utrymme som obehöriga inte kan komma åt. Sådana utrymmen är t.ex. kanslier, läkemedelsrum osv där personuppgifter förekommer. Dörrarna till utrymmena är stängda om ingen arbetar inne i dem. Dessutom ska vårdjournalprogrammet Lifecare alltid stängas efter användning. Programmet öppnas alltid med användarens egna koder.

Dataskyddsansvarigs namn och kontaktuppgifter:

Kari Pihlajamäki, kari.pihlajamaki@ovph.fi, fn 040 805 1514, Pia Ahlö, pia.ahlo@ovph.fi tfn 040 805 1513

9 ANSVARIG FÖR EGENKONTROLLPLANEN, UPPDATERING, OFFENTLIGHET OCH UPPFÖLJNING

Ansvarig eller ansvariga för egenkontrollplanen

Servicehemmets direktör, serviceansvarigen och en sjukskötare har deltagit i att göra eller uppdatera egenkontrollplanen.

För enhetens egenkontrollplan ansvarar:

- Kari Pihlajamäki tfn 050 805 1514
- Pia Ahlö tfn 050 805 1513

Uppdatering av egenkontrollplanen

Egenkontrollplanen uppdateras en gång per år och när det sker förändringar i servicekvalitet och kundsäkerhet. Tidigare versioner av egenkontroll ska sparas i minst sju år. Egenkontrollplanen lagras i välfärdsområdets dokumenthanteringssystem och på andra platser som organisationen anvisar.

Egenkontrollplanens offentlighet

En uppdaterad plan för egenkontroll finns till offentligt påseende på enheten/varje avdelning på anslagstavlan och på Österbottens välfärdsområdes hemsida så att klienter, anhöriga och de som är intresserade av egenkontrollen enkelt och utan särskild begäran kan bekanta sig med den.

Servicekvaliteten utvecklas alltid som ett samarbete och därför styr lagen behandlingen av ärendena på arbetsplatsen och betonar arbetsgivarens ansvar för att tillhandahålla högklassig service.

Uppföljning av planen för egenkontroll

Enligt lagen om social- och hälsovårdens organisation (612/2021) ska välfärdsområdet och den privata tjänsteleverantören upprätta ett egenkontrollprogram för de uppgifter och tjänster som de ansvarar för. Programmet ska definiera hur fullgörandet av de skyldigheter som avses i 1 mom. som helhet organiseras och genomförs. I egenkontrollprogrammet ska det framgå hur social- och hälsovårdens genomförande, säkerhet och kvalitet samt jämställdhet följs upp och hur upptäckta brister åtgärdas. **En del av egenkontrollprogrammet är de egenkontrollplaner och patientsäkerhetsplaner som lagen särskilt stadgar om.**

Egenkontrollprogrammet och rön som bygger på uppföljning av genomförandet av egenkontrollprogrammet och de åtgärder som vidtas utifrån dem ska offentliggöras i det allmänna informationsnätet och på andra sätt som främjar deras publicitet.

10 BILAGOR

Socialombudsmannen

Socialombudsmannen hjälper dig om
du är inte nöjd med socialvården.

Socialombudsmannen hänvisar dig också till rätt myndighet och ger dig råd om hur du ska överklaga beslutet.

Socialombudsmannen har inte rätt att ge praktiska lösningar och kan därför inte ändra socialarbetares beslut.

Tjänsten är gratis för klienter!

**Telefontid:
måndag–fredag, kl. 08.00–14.00
telefon 040 507 9303**

Besöksadress: Korsholmsesplanaden 44, 65100 Vasa

E-post: sosiaaliasiamies@ovph.fi
(ej skyddad e-post)





Patientombudsmannen hjälp dig

Vi hjälper dig om du har något att fråga om patientens rättigheter.
Vi ger dig råd om hur du kan göra och du är missnöjd med vården
eller med bemötandet.

Vi ger dig råd och hjälper dig med anmärkningar och patientskade-
ärenden.

Telefontid:
måndag–torsdag, kl. 9.00–14.00
telefon 06 218 1080

Reservera tid per telefon, om du vill träffa oss personligen.

E-post: patientombudsman@ovph.fi

(ej skyddad e-post)

