



Plan för egenkontroll inom socialservicen Österbottens välfärdsområde

Enhetens/ servicehelhetens namn	Brändös Pärla – Effektiverat serviceboende
Godkännare (namn, titel) Underskrift	Serviceenhetschef Marjo Suutari
Tidpunkt för godkännande	
Versionnummer och datum Datum för tidigare versioner (tidigare versioner skall sparas i sju år)	2023
Egenkontrollplanen finns offentligt framlagd.	På Österbottens välfärdsområdes webbplats och i Brändös Pärilas entré



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, förpersonens och personalens ansvar för riskhanteringen	5
4.2 Identifiering av risker och missförhållanden.....	6
4.3 Rapportering och analysering av tillbud och avvikelser.....	7
4.4 Korrigerande åtgärder och förebyggande av en upprepning av skador	7
4.5 Personalens anmälningskyldighet	8
5 KLIENTENS STÄLLNING OCH RÄTTIGHETER	9
5.1 Bedömning av servicebehov	9
5.2 Egen kontaktperson	10
5.3 Klientplan	10
5.4 Verkställighetsplan.....	10
5.5 Dokumentation av klientarbete	11
5.6 Rättighet till socialvård av god kvalitet och ett gott bemötande.....	11
5.7 Klienternas och deras anhörigas eller närståendes delaktighet	11
5.8 Stärkande av självbestämmanderätten och tillämpning av begränsningar.....	12
5.9 Multiprofessionellt samarbete.....	13
5.10 Anmärkningar och stöd av social- och patientombudsmannen	13
6 PERSONAL.....	14
6.1 Personalstruktur och personaldimensionering.....	14
6.2 Personalrekrytering, språkkunskaper och arbetstillstånd	14
6.3 Personalintroduktion och fortbildning.....	15
7 ÅTGÄRDER SOM STÖDER FÖRVERKLIGANDET AV SERVICEN	16
7.1 Hygien, samt förebyggande och bekämpning av infektioner	16
7.2 Hälso- och sjukvård	17
7.3 Läkemedelsbehandlingens förverkligande.....	17
7.4 Främjande av välbefinnande, rehabilitering och tillväxt	18
7.5 Måltider och lämplig mat	19
7.6 Enhetens verksamhetsutrymmen	20
8 KLIENT- OCH PERSONALSÄKERHET.....	20
8.1 Egenkontroll enligt hälsoskyddslagen	20
8.2 Medicinskt tekniska produkter.....	21
8.3 Tekniska säkerhetslösningar	21
8.4 Säkerhets-, räddnings- och beredskapsplaner	22
8.5 Dataskydd och datasekretess, samt egenkontrollplan för informationssäkerhet	23
9 EGENKONTROLLPLANENS ANSVARSPERSON, UPPDATERING OCH OFFENTLIGHET.....	24
10 BILAGOR.....	26

1 INLEDNING

Inom socialvården görs egenkontrollplaner utgående från socialvårdslagen 47 § (1301/2014):
En verksamhetsenhet inom socialvården eller en annan aktör som ansvarar för den samlade verksamheten ska göra upp en plan för egenkontroll för att säkerställa socialvårdens kvalitet, säkerhet och ändamålsenlighet. Planen för egenkontroll ska också användas för kontinuerlig uppföljning av att den personal som deltar i klientarbetet är tillräcklig. Genomförandet av planen för egenkontroll ska följas upp utifrån respons som regelbundet samlas in från klienterna och deras anhöriga och närstående samt från verksamhetsenhetens personal. Servicen ska utvecklas utifrån uppföljningen av att personalen är tillräcklig samt utifrån respons.

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

Den här modellbotten fungerar som en mall för uppgörande av socialvårdens egenkontrollplaner.

2 SERVICEPRODUCENT OCH SERVICE

Serviceproducent: Österbottens välfärdsområde

FO-nummer: 3221324-6

Kommun: Vasa, Sandviksgatan 2-4, 65100 Vasa

Enhet/ servicehelhet

Namn: Brändös Pärla

Adress: Kaptensgatan 32, 65120 Vasa

Telefon: 0408463449 (24h grupphemmet Koralli)

Stad/kommun: Vasa

Serviceform: Verksamhetsområde, typ av service och dess omfattning

Verksamhetsområde inom socialvården: Effektiverat serviceboende

Typ av service (öppenvård, boende etc.): Brändös Pärla

Verksamhetens omfattning (klienternas/ klientplatsernas antal): 60 boende

Enhetens/ servicehelhetens ansvarsperson

Namn, titel/ utbildning: Marjo Suutari / Servicechef/ Specialsjuskötare, förvaltningskandidat, yrkesexamen i produktionsutvecklingsarbete

Telefon: 0407452490 E-post: marjo.suutari@ovph.fi

Service som köps av underleverantörer och deras serviceproducenter

Köpt service Serviceproducent

Städtjänster Teese

Mattjänster Teese

Klädservice Finvacon

Vakttjänster Secure plan

Larmsystem Loihde

Läkartjänster Terveystalo

Fastighetsservice Luotsi/Pikipruukki

Enligt lagen om ordnade av social- och hälsovård (612/2021, 41 §) har välfärdsområdet inom sitt organiseringsansvar skyldighet att fortgående ge handledning och övervaka privata serviceproducenter och deras underleverantörer i deras serviceproduktion.

Utdrag ur ovanstående lag:

Välfärdsområdenas har skyldighet att styra och övervaka den tjänsteproduktion som omfattas av deras organiseringsansvar, rätt att av privata tjänsteproducenter och deras underleverantörer få uppgifter och utredningar som är nödvändiga för tillsynen och rätt att inspektera privata tjänsteproducenters och deras underleverantörers lokaler och utrustning...Om det framkommer eventuella missförhållanden eller brister, ska välfärdsområdet styra tjänsteproducenten...be om en redogörelse...kräva att brister avhjälps. Om inte missförhållandena eller bristerna avhjälps ska välfärdsområdet vidta åtgärder...sänka ersättning eller hålla inne betalning...säga upp eller häva avtal.

Köptjänsterna konkurrensutsätts med jämna mellanrum. Även kontrakt kontrolleras. Man ger respons på kvaliteten och brister reklameras. Varje köptjänst svarar för den egna verksamheten och kvaliteten på den.

Köptjänsterna ska ha egna egenkontrollplaner. Dessa informeras inte om till tjänstens köpare. Auditeringen för Terveystalo gjordes år 2023. Rapport om auditeringen är på kommande.

3 VERKSAMHETSIDÉ, VÄRDERINGAR OCH VERKSAMHETSPRINCIPER

3.1 Verksamhetsidé

Verksamhetsidén anger vilken för vilken målgrupp servicen produceras. Verksamhetsidén ska basera sig på den lagstiftning som gäller för branschen. De centrala lagarna som styr socialvårdstjänsterna är socialvårdslagen (2014/1301), lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (2000/812), och som speciallagar som barnskyddslagen (2007/417), lagen om service och stöd på grund av handikapp (1987/380) och lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda (1977/519), mentalvårdslagen (1990/1116), lagen om missbrukarvård (1986/41) och äldreomsorgslagen (2012/980).

Det effektiviserade serviceboendet erbjuder ett tryggt hem för äldre som inte klarar sig i sitt hem trots flertal hjälpmedel. Vårt arbetssätt är aktiverande och rehabiliterande och det främjar självständighet och självbestämmanderätten och den grundar sig på en helhetssyn av människans hälsa och välmående. Vi strävar efter att den boende är delaktig och kan fungera enligt de egna resurserna. Målet är ett gott och värdefullt åldrande, delaktighet och en möjlighet att bo i boendeservicens hem till livets slut.

3.2 Värderingar och verksamhetsprinciper

Tjänsterna inom socialvården ska iaktta de centrala principerna i lagstiftningen om socialvården. Tjänsterna ska främja och upprätthålla välfärd och social trygghet, minska ojämlikhet och främja delaktighet, trygga på lika grunder behövlig, tillräcklig och högkvalitativ socialservice och andra åtgärder som främjar välfärden samt främja klientorientering och klientens rätt till god service och gott bemötande inom socialvården.

Värderingarna speglar sig även i de yrkesetiska principerna som tillämpas i arbetet, och de styr valen också i sådana fall där lagen inte ger exakta svar på de frågor som uppstår i det praktiska arbetet. Värderingarna

vittnar om arbetsgemenskapens sätt att utföra sitt arbete. De påverkar målsättningen och de metoder som används för att målen ska uppnås. Verksamhetsprinciperna anger målen för enheten/service och klientens ställning i den. Verksamhetsprinciper kan vara exempelvis individorientering, säkerhet, familjecentrering och professionalitet. Tillsammans med värderingarna bildar verksamhetsprinciperna ryggraden för arbetsmetoderna och målen och återspeglas bl.a. i det sätt man bemöter klienter och anhöriga.

De värderingar och verksamhetsprinciper som styr verksamheten utgör en del av planen för egenkontroll och styr förverkligandet av egenkontrollen.

Värdegrunden för verksamheten består av respekt för människovärdet, rättvisa, trygghet, klientorientering, delaktighet och effektivitet. Inom en månad från den boendes inflyttning sköter egenvårdaren om att det hålls ett vårdmöte tillsammans med den boende och hans anhöriga under vilket det uppgörs en individuell vård- och serviceplan som motsvarar den boendes behov. I uppgörandet av planen deltar grupphemets sjukskötare, egenvårdaren och även den boendes anhöriga, om så önskas.

4 RISKHANTERING

Riskhanteringsprocessen handlar om hantering av enhetens/ servicehelhetens risker via egenkontroll

Vilka är organisationens och enhetens planer och anvisningarna som stöder riskhanteringen?

Österbottens välfärdsområdes

- Välmåendestrategi med målsättning att ha säkerhet och kvalitet av toppklass i Norden

- Program för egenkontroll 12/2022

- Plan för kvalitet och klientsäkerhet 2022/2023

- Plan för egenkontroll av datasäkerheten 2023 (på kommande)

4.1 Ledningens, förpersonens och personalens ansvar för riskhanteringen

Det hör till riskhanteringen karaktär att arbetet aldrig blir färdigt. Av hela enhetens personal krävs engagemang, förmåga att lära av sina misstag och att leva i en förändring för att säkra och högkvalitativa tjänster ska kunna tillhandahållas. Olika yrkesgruppers sakkunskap kan utnyttjas genom att hela personalen tas med i att planera, genomföra och utveckla egenkontrollen.

Beskriv enhetens ansvarsfördelning i riskhantering:

På vår arbetsenhet finns säkerhetsansvariga som framför missförhållanden till servicechefen. Missförhållanden tas itu med omedelbart. Varje anställd har en skyldighet att föra fram missförhållanden. Anmälningsskyldighet enligt socialvårdslagen, personalen gör en anmälan till teamets sjukskötare eller den serviceansvariga / servicechefen. Skötarnas ansvar och deras arbetsfördelning har avgjorts.

Det finns anvisningar för de anställda om hur de ska handla i hotande eller farliga situationer. Vårdarna har larmknappar under varje arbetsskift. Larmet skickas antingen direkt som en begäran om ytterligare hjälp till en annan vårdare eller en säkerhetsvakt. Skyldigheten att vaccinera sig enligt lagen om smittsamma sjukdomar, kontrollen av detta förverkligas av företagshälsovården. Arbetarskyddets verksamhetsprogram för år 2023–2025 finns på välfärdsområdets webbplats. Under nyanställdas introduktionseftermiddag går servicechefen igenom säkerhetsaker och varje anställdas ansvarsområden. På introduktionskortet finns det en skild

påminnelse om att varje vårdare själv svarar för att läsa läkemedelsplanen och brand- och räddningsplanen, därefter kvitterar man i mappen att planen lästs. Det är den nyanställdas eget ansvar att fördjupa sig i saker. Både den som introducerar samt den anställda ska skriva under introduktionskortet.

Säkerhetsansvariga sköter om att säkerhetsvandringar görs flera gånger om året och detta kvitteras i brand- och räddningsmappen årligen.

4.2 Identifiering av risker och missförhållanden

Om missförhållanden inte upptäcks är det inte möjligt att förebygga klient- och patientsäkerhetsrisker eller på ett systematiskt sätt ingripa i missförhållanden. Egenkontrollen baserar sig på riskhantering, där risker och eventuellt hotande missförhållanden i samband med servicen ska bedömas på ett mångsidigt sätt och med hänsyn till den service som klienten får. Personalen värderar sin egen verksamhet, hör på klienter och observerar verksamhetens i anslutning till kvalitet och klientsäkerhet och beaktar klientresponsen i utvecklingen av verksamheten.

Risker kan orsakas till exempel av en otillräcklig personaldimensionering eller en verksamhetskultur där en öppen säkerhetskultur inte stöds tillräckligt. Risker kan orsakas av den fysiska arbetsmiljön (trösklar, apparater som är svåra att använda) och arbetsmetoder, till exempel ogrundade begränsningar av klientens självstämmanderätt eller klienternas beteende gentemot varandra. Ofta är riskerna en summa av många felaktiga funktioner. En förutsättning för god riskhantering är att arbetsgemenskapen arbetar i en öppen och trygg atmosfär, där både personalen, klienterna och de anhöriga vågar ta upp missförhållanden i kvalitet och klientsäkerhet.

Enhetens/servicehelhetens risker behöver granskas heltäckande från olika synvinklar. Riskerna kan ha att göra med klienter, personal, ledarskap, serviceproduktion, arbetsutrymmen, dataskydd och datasäkerhet samt läkemedelsvården och dess förverkligande.

Negativa incidenser (olycksfall och tillbud) som klienter och personal upplever dokumenteras i HaiPro-systemet. De tillbud som klienter upplever dokumenteras även i Pegasos. Negativa incidenserna behandlas regelbundet inom teamen på arbetsplatsen vanligtvis direkt följande vardag eller så fort som möjligt på initiativ av teamets sjukskötare. Förbättringsidéer behandlas inom teamet eller på arbetsplatsmöten.

De boende är äldre personer med diverse sjukdomar. Läkemedelsinteraktioner och bieffekter kan vara väldigt individuella och överraskande. Till exempel bieffekter som påverkar balansen och motionsförmågan. Detta förutsätter att bedömningen av läkemedel och rapporteringen till läkaren är fortgående.

Huset är 5 år gammalt vilket betyder att arbetsutrymmena är nya och i skick. Fysioterapeuten informerar om söndriga hjälpmedel direkt till servicechefen som sedan för saken vidare. Problem i joutren anmäls till journumren som finns framlagda för personalen på anslagstavlan i sköljrummet.

Det är fortfarande ett växande problem att få tillgång till utbildad personal. Även långtidsvikariat har lämnat utan vikarier.

Enhetens/ servicehelhetens centralaste risker och förebyggande av dessa

Risk	Förebyggande åtgärder
Exempel: Obehöriga kan få tillgång till klienthandlingar	Exempel: Personalen loggar ut klientdatasystemet när de inte använder det.
Felaktig medicingivning.	Anja-tjänstens användning fortsätter. Läkemedelsinspektörens / ansvarspersonens roll. Läkemedelslov.
Boendes fallolyckor.	Säkerhet i bostaden (inga mattor) den boende använder skor. Alla boende har larm och alla larm besvaras.
Personalens arbetsolyckor.	Arbetssäkerheten i sin helhet.
Brist på tillräckliga personalresurser.	Under varje skift finns en vårdare som har läkemedelslov och den ständiga rekryteringen sköts av resursenheten och det egna huset.
Tvättmedel och andra oätbara ämnen.	Skåpen med tvättmedel hålls låsta.
Brand	Inga ljus får tändas i fastigheten. Man får inte förvara saker på spisen. Säkerhetsbrytaren ska vara av då den inte används.
Vattenskada	Avloppet är rätt inställt, detta borde inte vara möjligt att hända igen.

Avvikelse korrigeras i huvudsak internt inom arbetsplatsen enligt överenskomna åtgärder.

4.3 Rapportering och analysering av tillbud och avvikelser

Behandlingen av tillbud och avvikelser innefattar dokumentering, analysering och rapportering av dessa. Ansvar för att den kunskap som samlats vid riskhanteringen kommer till nytta i utvecklingsarbetet ligger hos serviceproducenten, men de anställda ansvarar för att informationen förmedlas till ledningens kännedom. I behandlingen av avvikelser ingår även att de diskuteras med de anställda, klienten och vid behov med en anhörig. Efter en allvarlig avvikelse som orsakat ersättningsbara skador informeras klienten eller den anhöriga om hur ersättning kan sökas.

Rapporteringssystem som används inom Österbottens välfärdsområde

- **HaiPro**, rapportering av tillbud och negativa händelser
- **SPro**, anmälning av missförhållanden och uppenbar risk för missförhållande i förverkligande av socialvård.

Negativa incidenser (olycksfall och tillbud) som klienter och personal upplever dokumenteras i HaiPro-systemet. De tillbud som klienter upplever dokumenteras även i Pegasos. Negativa incidenserna behandlas regelbundet inom teamen på arbetsplatsen vanligtvis direkt följande vardag på initiativ av teamets sjukskötare. Förbättringsidéer behandlas inom teamet eller på arbetsplatsmöten under sjukskötarens ledning. Spro är inte ännu i användning.

4.4 Korrigerande åtgärder och förebyggande av en upprepning av skador

För kvalitetsavvikelse, missförhållanden och tillbud samt för negativa händelser fastställs korrigerande åtgärder som hindrar att händelsen upprepas framöver. Sådana åtgärder är bland annat utredning av orsakerna

till det skedda och därigenom en övergång till säkrare arbetssätt. Detaljerad information om servicens kvalitet och behoven att utveckla klientsäkerheten fås från olika källor. Inom riskhanteringsprocessen behandlas alla avvikelsetanmälningar och kända utvecklingsbehov och för dem görs en plan beroende av risknivån så att de kan fås i skick. De korrigerande åtgärder registreras i enheten utvecklingsplan för egenkontroll.

Utvecklingsplan för egenkontroll i anslutning till vård- och servicekvalitet, samt klientsäkerhet

Utvecklingsbehov som framförts av klienter, anhöriga/närstående, personal och samarbetspartners eller som aktualiserats via kvalitetsarbete eller riskhantering.

Utvecklingsbehov/ Respons från	Förbättringsåtgärd	Tidtabell	Ansvarsperson
Läkemedel	Läkemedel ges vid rätt tid	2023–2024	Serviceansvarig
Kinestetik	Tilläggs kunskap	2023–2026	Serv.ans/Förpers.
Vård i livets slutskede	Tilläggs kunskap	2023–2024	Serv.ans/Förpers.
Apparatpass	Tilläggs kunskap	årligen	Serviceansvarig
Hygien	Ansvarspersonernas utbildning	2023–2024	Hygienskötaren

I samband med utvecklingssamtal framställer personalen sina fortbildningsbehov. Fortbildning erbjuds och korrigerande åtgärder utvecklas så att avvikelser, tillbud och negativa incidenser kan minskas och förebyggas.

Felrapporter anmäls om enligt anvisningarna som finns på personalens anslagstavla i sköljrummet.

Genom personalens fortbildningsregister kan man ta personalens kunskap i beaktande och med hjälp av den öppna kommunikationen mellan teamets sjukskötare och personalen får man information om brist på kunskap och fortbildningsbehov. Alla avvikelsetanmälningar behandlas och de förbättringsidéer som framkommer i utvecklingssamtalen offentliggörs och tillsammans funderar man på förbättringsidéer. Personen som deltagit i fortbildningen presenterar den kunskap som hen lärt sig till de andra vårdarna inom teamet och på arbetsplatsmöten.

4.5 Personalens anmälningsskyldighet

Socialvårdens personal har en lagstadgad skyldighet att anmäla missförhållanden eller uppenbara risker för missförhållanden som de upptäcker i förverkligandet av klienternas socialvård (Socialvårdslag 1301/2014, § 48–49). Anmälan görs först till enhetens förperson, som i första hand tar emot avvikelsetanmälningar. Förpersonen anmäler ärendet vidare till socialvårdens ledande tjänsteinnehavare. I fall inte arbetsgivaren vidtar tillräckliga åtgärder trots diskussioner som förts på enheten och klientsäkerheten äventyras, skall en anmälan göras till regionalförvaltningsverket. Den person som gjort anmälan får inte bli föremål för negativa motåtgärder till följd av anmälan.

Den person som tar emot en anmälan ska vidta åtgärder för att rätta till missförhållandet eller avvärja risken för ett uppenbart missförhållande. Personen ska trots sekretessbestämmelserna underrätta regionförvaltningsverket om ärendet, såvida missförhållandet eller risken för ett uppenbart missförhållande inte åtgärdas utan dröjsmål. (Socialvårdslag 1301/2014, § 49).

Ifall missförhållandet kan åtgärdas inom ramen för enhetens egenkontroll, så tar man genast tag i saken. I fall det kräver åtgärder av en part som är ansvarig för servicen, så överförs ansvaret för de korrigerande åtgärderna till den part som har befogenheter att vidta dessa. Det förekommer även ett ömsesidigt samarbete mellan välfärdsområdet och tillsynsmyndigheterna.

Välfärdsområdet ska omedelbart underrätta den tillsynsmyndighet som övervakar tjänsterna om sådana brister eller missförhållanden som framkommer i en tjänsteproducents eller dennes underleverantörs verksamhet och som i väsentlig grad äventyrar klient- och patientsäkerheten. Om tillsynsmyndigheten i sin tillsynsverksamhet får vetskap om sådana brister eller missförhållanden i en tjänsteproducents eller dennes underleverantörs verksamhet som i väsentlig grad äventyrar klient- och patientsäkerheten, ska tillsynsmyndigheten på motsvarande sätt omedelbart underrätta det välfärdsområde åt vilket tjänsteproducenten producerar tjänster om saken. (Lag om ordande av social och hälsovård 612/2021, § 44).

Det är personalens skyldighet att anmäla om missförhållanden eller risker de upptäcker angående klienten till teamets sjukskötare eller serviceansvariga. Missförhållandet framförs även till servicechefen. Patient- och socialombudsmannens kontaktuppgifter hittas på anslagstavlan i nedervåningens entré. Om anhöriga ber om dessa uppgifter ska varje vårdare kunna känna till var dom ligger och leda den anhöriga dit.

5 KLIENTENS STÄLLNING OCH RÄTTIGHETER

5.1 Bedömning av servicebehov

Personer som ansöker om socialvård har rätt att få en bedömning av servicebehovet (SvL 36 §), ifall det inte är direkt onödigt att göra t.ex. för att servicebehovet är tillfälligt. Servicebehovet bedöms tillsammans med klienten och vid behov med deras anhörig, närstående eller en laglig representant (SvL 41 §). Utgångspunkten för bedömningen är personens egen uppfattning om sina resurser och hur de kan stärkas. Vid utredningen av servicebehovet ska uppmärksamhet fästas vid att återställa, bevara och främja funktionsförmågan samt möjligheterna till rehabilitering. Bedömningen av servicebehovet omfattar alla dimensioner av funktionsförmågan, vilka är fysisk, psykisk, social och kognitiv funktionsförmåga. Därtill ska vid bedömningen beaktas de riskfaktorer i samband med de olika dimensionerna som förutspår en försämrad funktionsförmåga, såsom instabilt hälsotillstånd, smärta, dålig nutrition, otrygghet, brist på sociala kontakter eller ensamhet.

Enligt äldreomsorgslagens 15 a §, ska bedömningsverktyget RAI användas vid bedömningen av en äldre persons funktionsförmåga, om den äldre personen enligt en preliminär bedömning behöver regelbunden socialservice för trygghandet av sin vård och omsorg. Användningen av det internationella bedömningsverktyget RAI blir fr.o.m. den 1.4.2023 lagstadgat enligt äldreomsorgslagen.

De boende utväljs av SAS-gruppen. Boende får plats på grund av somatiska orsaker, de lider inte ännu i detta skede av minnessjukdomar.

Utgångspunkten är att boende får den hälsovård och rehabiliteringsservice som de behöver till det egna serviceboendet. Den boende behöver inte byta boendemiljö fastän hans funktionsförmåga ändras, i stället flyttas den servicen som behövs till den boende. Varje boende har en egenvårdare som sköter om att vård- och serviceplanen uppgörs inom en månad från att den boende har flyttat in. Anhöriga får delta om så önskas. Egenvårdaren uppdaterar den boendes vårdplan och utför en RAI-bedömning två gånger i året.

5.2 Egen kontaktperson

Enligt socialvårdslagens 42 § ska åt en socialvårdsklient utses en egen kontaktperson för den tid som klientrelationen pågår. En egen kontaktperson behöver inte utses om det för klienten redan har utsetts en annan arbetstagare som ansvarar för servicen eller om det av någon annan orsak är uppenbart onödigt. Kontaktpersonens uppgift är, att utgående från klientens behov och till klientens fördel främja, att klientens service ordnas enligt bedömningen av servicebehovet.

Varje boende har en egenvårdare, den terapeutiska delen sköts av teamets sjukskötare.

5.3 Klientplan

Enligt socialvårdslagen 39 § ska bedömningen av servicebehovet kompletteras med en klientplan som utarbetas för klienten eller genom en annan motsvarande plan, om det inte uppenbart är onödigt att utarbeta en plan. Planen görs klientorienterat med målsättningen, att välfärdsområdets tjänsteinnehavare och klienten har en gemensam syn på klientens funktionsförmåga och servicebehov. I planen antecknas klientens uppfattning, önskemål och åsikter om servicen och stödinsatserna.

Den boendes klient/serviceplan har uppgjorts redan under hemvården. Den boendes åsikter och önskemål tas i beaktande då hen flyttar in till det effektiverade serviceboendet och då vård- och serviceplanen uppgörs. Egenvårdaren dokumenterar vårdplanen i Pegasos-systemet och den uppdateras tillsammans med teamets sjukskötare. Uppdatering görs alltid då information om den boende förändras. Enhetens personal känner till vårdplanens innehåll tack vare konstanta interaktioner och tyst rapportering.

5.4 Verkställighetsplan

Förverkligandet av service-, vård- och uppfostringsplan, välmående- eller rehabiliteringsplanen i klientens dagliga vård och service förutsätter att personalen är väl förtrodda med sitt arbete. Det är en stor clientsäkerhetsrisk i fall inte vård- och serviceplanen förverkligas eller uppdateras. Det är speciellt viktigt att göra en plan, ifall det har tillämpats eller möjligtvis kommer att tillämpas begränsningar åt klienten. Planens målsättning är, att förebygga och skapa en beredskap för begränsningsåtgärder. Genom planen iakttar man klientplanens dokumenterade målsättningarna och beskriver detaljerat hur man möter klienternas behov. Planen görs tillsammans med klienten och den skall uppdateras med jämna mellanrum och när klientens servicebehov förändras. En central sak i förverkligande av egenvården är, hur man säkrar att egenkontrollen förverkligas i klientens dagliga vård/omsorg.

Vårdplanen

Vårdplanen uppgörs så snabbt som möjligt efter den boendes inflyttning. Information om den boende flyttas över från det stället hen tidigare varit på. Egenvårdaren och teamets sjukskötare svarar för att uppdatera vård- och serviceplanen och alltid då förändringar i den boendes vård sker. Mellanvärderingar görs två gånger om året eller vid behov. Den boende är intresserad i sitt eget hälsotillstånd och efter läkarbesök informerar teamets sjukskötare alltid om saker. Möjliga begränsningar så som sänggrindar diskuteras tillsammans med den boende / anhöriga och läkaren. Behovet utvärderas som ett mångprofessionellt samarbete och beslutet dokumenteras i Pegasos.

5.5 Dokumentation av klientarbete

Varje anställd inom socialvården ansvarar för att dokumentera klientarbete. Det finns en lagstadgad dokumentationsskyldighet på basen av lagen om klienthandlingar inom socialvården (2015/254, § 4). Skyldigheten börjar när den som ordnar service har blivit informerad om att en person är i behov av service eller när en privat serviceproducent har börjat ordna socialservice. Även uppgifter om en avslutad klientrelation dokumenteras i klienthandlingarna. Institutet för hälsa och välfärd har 1/2021 gett en föreskrift angående dokumentering av klientarbete.

Dokumentation av inkomna uppgifter genom klientvården är en viktig del av klientarbetet. I klienthandlingarna dokumenteras sådan information som är behövlig och tillräcklig med tanke på ordnandet, planeringen, förverkligandet, uppföljningen och övervakningen av socialvården. I klienthandlingarna skall det användas ett tydligt och begripligt språk och dokumentationen skall ske omedelbart efter att klientens ärende har behandlats.

Vårdarna introduceras till en god och kvalitativ dokumentation. Alla skötare har personlig användarinformation till datorn och till programmet Pegasos. Den serviceansvariga följer upp kvalitativ dokumentation och vid behov lär hen även upp vårdare i kvalitativ dokumentation tillsammans med teamets sjukskötare.

Skriftliga anvisningar till hur man hanterar sekretessbelagda dokument finns i intra. Vårdare informeras om var det rätta stället är för papper som ska läggas i dokumentförstöraren. Boendelistor, där det finns information om de boende, förs till ett låsbelagt läkemedelsrum och därifrån till en säkerhetsbox på tredje våningen.

Alla vårdare har skrivit under användnings- och sekretessförbindelsen gällande uppgifter och datasystem som finns i intra. Under introduktionsskedet genomgås denna även muntligt med den anställda.

Dataskyddsansvariga finns i intra. Vår dataskyddsansvariga är Tuija Viitala tel. 06-2131840.

5.6 Rättighet till socialvård av god kvalitet och ett gott bemötande

En klient inom socialvården har en lagstadgad rätt till socialvård av god kvalitet och gott bemötande utan diskriminering av dem som ger socialvård. Klienten skall bemötas så att hans människovärde inte kränks och så att hans övertygelse och integritet respekteras. Ett gott bemötande hänför sig till klientens rätt att bli hörd, tilltalad och bemött som en individ och på ett sakligt och vänligt sätt etc. Varje enhet behöver definiera vad ett gott bemötande betyder hos dem, så att alla kan förbinda sig till en gemensam god praxis. På motsvarande sätt behöver ett osakligt bemötande och illabehandling definieras och hur man reagerar på sådant beteende observeras.

Detta tas också upp i 5.8.

5.7 Klienternas och deras anhörigas eller närståendes delaktighet

En väsentlig del av utvecklandet av serviceinnehållet, kvaliteten, klientsäkerheten och egenkontrollen är, att ta hänsyn till klienter i olika åldrar samt deras familjer och närstående. Eftersom kvalitet och god vård och omsorg kan betyda olika saker för personalen och klienterna är det viktigt att man i utvecklingsarbetet utnyttjar all respons som på olika sätt systematiskt samlats in. Delaktighet för klienter och anhöriga betyder att deras åsikter och önskemål beaktas i samtliga situationer som gäller servicen och utvecklandet av verksamheten.

Klientresponssenkäten (TAK-enkäten) utfördes tidigare en gång i året för alla boende i serviceboendet. Numera använder anhöriga responssystemet Roidu. År 2022 utfördes även THL:s enkät till anhöriga. Resultaten framförs på arbetsplatsmötet. Då diskuteras förbättringar baserat på den inkomna responss. Roidu-plattan finns i huset i fyra veckor, under vilken tid anhöriga svarat på frågor angående vårdens kvalitet.

5.8 Stärkande av självbestämmanderätten och tillämpning av begränsningar

Självbestämmanderätten är en grundläggande rättighet för var och en och består av rätten till personlig frihet, integritet och säkerhet. Den har ett nära samband med rätten till privatliv och skydd för privatlivet. Personlig frihet skyddar människans fysiska frihet, men också rätten till fri vilja och självbestämmanderätten. Inom socialarbetet skall klientens självbestämmanderätt stödjas och respekteras. Klienterna skall ges möjlighet att delta och påverka planeringen och förverkligandet av sin service. I mån av möjlighet skall klienten ha möjlighet, att framföra åsikter även som sådant, som vem som hjälper hen i könssensitiva situationer.

Bland socialvårdens klienter finns det personer i olika åldrar som är oförmögna att sköta egna ärenden. För minderåriga barn är det i första hand vårdnadshavarna som utgör förmyndarna. Vid sidan av lagen om förmyndarverksamhet (1999/442) ger myndigheten för digitalisering av och befolkningsdata detaljerad information hur man går till väga i olika situationer.

Inom socialvården kan klientens självbestämmanderätt begränsas endast om klientens eller andra personers hälsa eller säkerhet riskeras att äventyras. Innan tillämpningar av begränsningar behöver ärendet diskuteras med den berörda, den tjänsteinnehavare som gör begränsningsbeslutet, samt de anhöriga/närstående. En begränsning enligt lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda (381/2016) 42 b §, fodrar därtill, att enheten har tillgång till tillräcklig sakkunskap inom medicin, psykologi och socialt arbete (grupp av sakkunniga). Begränsningsåtgärden skall tillämpas enligt den lindrigaste begränsningssättet, tryggt och med respekt för klientens människovärde. Vid tillämpningen av åtgärder som begränsar självbestämmanderätten görs adekvata skriftliga beslut, som är klient- och situationsbundna. I klientens verkställighetsplan skrivs begränsningsåtgärdernas metoder och medel, samt hur länge beslutet är i kraft. Uppföljningen av klientens begränsningsbeslut sker som en del av daglig dokumentation.

Stärkande av självbestämmanderätten. Varje boende har egna föremål i sitt rum och ett personligt badrum, de som vill gå i bastu assisteras individuellt med respekt för integritetsskyddet. I den individuella vård- och serviceplanen skrivs boendes önskemål angående integriteten. Genom intervjuer försöker vi få fram den boendes önskemål. Därtill används en livscykelenkät och diskussioner med anhöriga. Varje boende har en egenvårdare som spenderar tid med den boende varje vecka. Den boende kan själv bestämma att delta i verksamhetspass som hålls varje vecka. De boende hörs då program för trivsel och stimulans planeras. Önskemålen finns framlagda på anmälningskvisten.

Klienten har möjlighet att delta i planeringen, förverkligandet och bedömningen av den vård och service hen får.

Anvisningen om begränsningsåtgärder följs. Användningen av begränsningsåtgärder och sanktioner ska alltid godkännas av en läkare och de utvärderas regelbundet.

Personalen svarar för klientens sakliga bemötande. Personalen har skyldighet att anmäla om boendes osakliga bemötande till förmannen. Då händelsen kommer fram ska servicechefen omedelbart ta upp saken med den anställda i fråga. Vid behov finns chefen för serviceboendet, förtroendemannen och arbetskyddet eller en annan motsvarande person med i diskussionen. Den anställda kallas in till samtal där händelsen

behandlas och så ges en anmärkning eller en skriftlig varning. Händelsen behandlas tillsammans med den boende och hens anhöriga.

I Haipro: Etisk Haipro

Ifall det osakliga bemötandet sker med handling av någon annan än en anställd kontaktar förmannen intressebevakningen eller polisen och ifall händelsen är mild, utreds den på plats.

5.9 Multiprofessionellt samarbete

Socialvårdens klienter kan behöva flera olika serviceformer samtidigt t.ex. klienter inom barnskydd kan vara i behov av tjänster från skola, hälso- och sjukvård, psykiatri, rehabilitering eller småbarnspedagogik. Funktionsnedsatta är en annan grupp som kan behöva flera olika typer av service. Hos äldre har åter övergångar från en serviceform till en annan visat sig vara riskfyllda.

För att klienternas helhetsservice skall fungera och motsvara klienternas behov behöver de olika servicegivarna samarbeta, där kunskapsförmedlingen mellan olika aktörer har en särskilt stor betydelse. Socialvårdslagen (2014/1301, 41 §) understöder detta sektorövergripande samarbete mellan klienternas olika serviceproducenter

Fysioterapeuten arbetar 60 % hos oss men på grund av den nuvarande bristen på arbetskraft finns fysioterapeuten i huset några dagar i veckan. Samarbete görs med hemsjukhuset på kvällar och under helger. Några av våra boende har intressebevakare. Läkartjänster sköts i samarbete med Terveystalo. Tredje sektorns volontärer gör besök regelbundet. Vi gör samarbete även med tandläkare, fotvårdare och frisörer.

5.10 Anmärkningar och stöd av social- och patientombudsmannen

Klienter inom socialvården har rätt till socialvård av god kvalitet och gott bemötande utan diskriminering från dem som ger socialvård. Ifall klienter inte är nöjda med det bemötande eller den service de får kan de göra en anmärkning åt enhetens förperson eller socialvårdens ansvariga tjänsteinnehavare. Anmärkning kan även göras av klientens lagliga företrädare, en anhörig eller närstående. Mottagaren av anmärkningen ska behandla ärendet och lämna ett skriftligt, motiverat svar inom rimlig tid samt vidtar behövliga åtgärder för att avhjälpa missförhållandet. När servicen baserar sig på ett köptjänstavtal kan anmärkningen göras till enhetens ansvarsperson eller till välfärdsområdets ledande tjänsteinnehavare inom socialvården. På enheten behöver man även utan anmärkningar fästa uppmärksamhet vid hur klienter bemöts och servicens kvalitet.

Man får bäst kontakt med socialombudsmannen via telefon på numret 040-507 9303 må-fre kl. 8-14. Dessutom kan man lämna en kontaktförfrågan via e-mail, sosiaaliamies@ovph.fi.

Klienten eller anhöriga kan göra en anmärkning. Patientombudsmannen eller socialombudsmannen informerar om patientens och klientens rättigheter inom socialvården och hjälper vid behov att göra en anmärkning. Anmärkningen kan vara muntlig eller skriftlig och den behandlas i första hand av chefen för serviceboendet. Socialombudsmannens tjänster är avgiftsfria.

Då socialombudsmannen kontaktar förpersonen strävar man efter att genomgå ärendet inom en månad antingen på grupphemets teammöten eller på arbetsplatsmötet. Då funderar vi tillsammans på förbättringsåtgärder.

Socialombudsman	Patientombudsman
<ul style="list-style-type: none"> • ger information och råd om klientens rättigheter inom socialvården. • ger information hur klienten skall gå till väga vid missnöje med bemötande eller socialservice. • ger råd och hjälper klienter att göra anmärkningar. 	<ul style="list-style-type: none"> • ger information och råd om patientens rättigheter inom hälso- och sjukvården. • ger råd hur patienten kan gå tillväga vid missnöje med bemötande och vård. • ger råd och hjälper patienter att göra anmärkningar eller patientskadeanmälningar.

Social- ja patientombudsmannens kontaktuppgifter hittas som bilaga.

6 PERSONAL

6.1 Personalstruktur och personaldimensionering

Inom socialvården styrs personalstrukturen och -dimensioneringen långt av lagstiftning. Det betyder att personalstyrkans utformning påverkas av vilken verksamhet som bedrivs, klienternas antal och deras servicebehov. Lagstiftningen styr direkt personaldimensioneringen för socialarbetare som arbetar med barnskydd, barnskyddsensheternas personal och äldreomsorgens personal på serviceboenden med heldygnsomsorg. Inom socialvårdens enheter iakttas speciellt att personalen räcker till och är kunnig.

En klientsäkerhetsrisk är om förmanen inte har tillräckligt med kompetens och tid att arbeta som enhetschef och verkställa egenkontrollen. Personalerisker är, om det inte finns tillräckligt med personal, inte tillräckligt kunnig personal i vård- och omsorgsarbete i förhållande till klienternas vård- och servicebehov. De här bristerna kan leda till att klienterna inte får en tillräckligt stimulerande vardag, minskad utevistelse och onödiga begränsningar i deras självbestämmanderätt. Brister i förpersonens och personalens språkkunskaper eller kultursensitivitet kan åter leda till att klienterna inte får en adekvat service.

Personaldimensioneringen i grupphemmen är 0,66. I grupphemmet finns en serviceansvarig, 4 sjukskötare och 36 vårdare. Varje fastanställda vårdare har tillstånd av Valvira. Läroavtalsstuderande och en fysioterapeut som jobbar 60 %. 6/23 fick vi 2 vårdbiträden till hjälp. På morgnar finns alltid 3 vårdare och vanligtvis en sjukskötare. På kvällar finns 3 vårdare och det varierar med 2 kvällsvårdare. Personaldimensioneringen eftersträvas att hållas på 0,66 under varje skifte. Vårdbiträden gör både morgon- och kvällsskiftet.

THL följer personaldimensioneringen på enheter som utför heldygnsomsorg inom äldrevården två gånger om året.

6.2 Personalrekrytering, språkkunskaper och arbetstillstånd

Personalrekryteringen styrs av arbetslagstiftning och kollektivavtal, som fastställer arbetstagarnas och arbetsgivarens rättigheter och skyldigheter. Vidare styrs rekryteringen av Österbottens välfärdsområdes anvisningar kring personalrekrytering. När förmanen rekryterar yrkesutbildad social- och hälsovårdspersonal

skall uppgifter som de sökande alltid kontrolleras i Valvira centralregister över yrkesutbildade personer, JulkiTerhikki/ JulkiSuosikki. Med tanke på den utmanande rekryteringssituationen i dagsläget behöver varje enhet ha en plan för hur de tryggar personaltillgången i normala situationer som vid undantagssituationer.

En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ska ha tillräckliga muntliga och skriftliga språkkunskaper för de uppgifter han/hon sköter och arbetsgivaren ansvarar för bedömning av språkkunskaperna. Länk: <https://www.valvira.fi/web/sv/halso-och-sjukvard/yrkesrattigheter/sprakkunskaper>

Resursenheten sköter om vikariatsbehov i samarbete med arbetsplatsen. Behoven meddelas och Resursenheten försöker hitta vikarier. Även enhetschefen och serviceansvariga har en viktig roll i detta. Fastanställningar fylls på basis av offentliga ansökningar, angående visstidsvikariat handlar man enligt tillståndsförfarande. Anställdas behörigheter säkerställs genom att kontrollera ursprungliga arbets- och studieintyg. Rätten att arbeta i Finland utreds angående personer med utländsk bakgrund. Vårdares och sjukskötares behörighet säkerställs också via JulkiTerhikki. Språkkunskaperna kontrolleras i samband med ansökningsprocessen. Resursenheten kollar upp vikarierna och de som får fastanställning ska ha kraven enligt behörighetsreglerna i skick.

6.3 Personalintroduktion och fortbildning

När ny personal anställs behöver tillräckligt med tid reserveras för introduktion i arbete. Det samma gäller studeranden som arbetar på enheten och personal som återvänder till arbetet efter en längre tids frånvaro. Enhetens introduktionsplan med checklista är ett bra stöd i introduktionen både för nyanställda som de som introducerar i arbetet. Introduktionen innefattar många områden, men i den behöver bl.a. ingå introduktion i klientarbete, behandling av klientuppgifter och genomförande av egenkontrollen.

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 yrkeskompetens, men även om arbetsgivarens skyldighet att möjliggöra de anställdas deltagande i fortbildning. Att upprätthålla och säkerställa kunnande i läkemedelsbehandling är en viktig del i upprätthållande av yrkeskompetensen.

Introduktionen sker enligt ett skilt introduktionsprogram och introduktionschecklista. Förpersonen eller serviceansvariga tar emot den nyanställda och går igenom de första delarna i introduktionsformuläret. Den nyanställda svarar själv för att fylla i introduktionschecklistan. Den nyanställda får vanligtvis två introduktionsdagar. Man försöker följa detta. Detta görs inte då det gäller inhoppare. Eftersom inhoppare oftast kallas ifall det råder brist på personal, inte som par till en annan vårdare.

Teamets sjukskötare svarar för introduktionen av teamets vårdare. Grupphemmen har anvisningar i hur man ska handla. Dokumentation i Pegasos kontrolleras för att se till att de är rättsenliga och kvalitativa.

Studeranden har vanligtvis två handledare under praktikperioderna, vilket innebär att de studeranden som börjar som inhoppare har fått en god introduktion i vårt hus.

Förverkligandet av fortbildning följs genom skolningsprogram (vi får färdiga rapporter). Enheterna har en utbildningsplan dit personalens utbildningsbehov har dokumenterats.

Under utvecklingssamtalen som hålls varje år tas de utbildningsbehov som lyfts fram i beaktande då utbildningsplanen uppgörs. Personalen utför fortbildning 3 dagar / år.

7 ÅTGÄRDER SOM STÖDER FÖRVERKLIGANDET AV SERVICEN

7.1 Hygien, samt förebyggande och bekämpning av infektioner

Enligt smittskyddslagens 17 § ska verksamhetsenheter inom socialvården ska systematiskt bekämpa vårdrelaterade infektioner. Den som är chef för verksamhetsenheten ska följa upp förekomsten av smittsamma sjukdomar och mikrober som är synnerligen resistenta mot läkemedel och sköta smittbekämpningen. Verksamhetsenheten ska svara för ändamålsenligt skydd för och placering av patienterna, klienterna och de anställda och se till att antimikrobiella läkemedel används som sig bör. Information om allvarliga vårdrelaterade infektioner och anmälningsförfarande hittas på Institutet för hälsa och välfärds hemsida på adressen: [Anmälan av epidemier och allvarliga vårdrelaterade infektioner \(HARVI\) - Institutet för hälsa och välfärd](#)

Kvalitetsmålen för hygien utgår från den verksamhet som bedrivs på enheten och specifikt från klienternas individuella behov enligt deras serviceplan. Det syns även i enhetens fortgående arbete, för att säkerställa klientsäkerheten och arbetsmiljön, samt förebyggande och bekämpning av infektioner.

I förverkligande av egenkontrollen syns det bl.a. i

- Enhetens hygienivå, förverkligad städning och förekomsten av ett skriftligt städplan.
- Personalens handhygien, tillgång och användning av desinfektionsmedel och skyddsutrustning.
- Personalens förebyggande och bekämpning av infektioner.
- Klienternas personliga hygien och förverkligad textiltvård

Vad gäller hygienpraxis, så finns olikartade anvisningar tillgängliga via Österbottens välfärdsområdes Internetsidor. Ur konkret arbetssynpunkt är det bra, att ha en plan för verksamhet under normala respektive avvikande förhållanden (t.ex. vid Noro epidemier). Något som aktualiserats speciellt under COVID-19 pandemin. Hygienskötarna bistår med sakkunskap i hygienärenden, men det är bra om det finns hygienansvariga på enheten som understöder hygienarbetet.

Institutet för hälsa och välfärd har publicerat föreskrifter kring bekämpning av infektioner inom långtidsvården och -omsorgen (Föreskrift 3/2020 på finska).

Enheten följer välfärdsområdets hygienanvisningar. Det finns anvisningar till städning av ett vanligt rum och isoleringsrum. Teese utför städningen. Vårdarna sköter om säkerheten angående hygien.

Hygienskötaren Anna Nordman handleder, ger råd och lär upp personalen ytterligare vid behov. Håller egna skolningsdagar. I vårt hus finns hygienansvariga som för vidare information och anvisningar de fått av hygienskötaren. Följer den praxis som skötarna har på den egna våningen och ger också råd. Håller en ca. 1 timmes informationsstund om hygiensaker för husets vikarier.

Att sköta om hygien är en grundläggande del av varje vårdares arbete, handhygien tas speciellt i beaktande. Varje anställd läser hygienskötarens handbok och skriver under då den blivit läst. Användning och förbud av nagellack, telefoner, gellack, armband och smycken genomgås även muntligt.

Spridningen av infektioner och smittsamma sjukdomar förebyggs med hjälp av anvisningarna som hygienskötaren uppgjort. I vårt hus finns hygienanvisningar och varje fastanställd vårdare har utfört hygienpass. Man får inte komma till arbetet då man är sjuk.

Vaccinationer enligt lagen om smittsamma sjukdomar krävs av personalen enligt välfärdsområdets anvisningar.

Företagshälsovården sköter om personalens vaccinationer och våra boendes vaccinationer sköts av sjukskötarna i vårt team.

Städning av enheten och enhetens tvätteritjänster är utlokaliserade. Teese sköter om städningen och Finvacon sköter tvätteritjänster.

7.2 Hälso- och sjukvård

För att hälso- och sjukvårdstjänster ska kunna säkerställas för klienterna behöver personalen upprätthålla och utveckla sitt yrkeskunnande. Förstahjälpkunnandet behöver möta enhetens klientstruktur och uppdateras vart tredje år. Med tanke på klientens hälsa, behöver det åtminstone på enheten finnas anvisningar kring ordnande av klienterna brådskande sjukvård, icke-brådskande hälso- och sjukvård, munhälsovård. Där till behöver det finnas anvisningar kring handlande vid oväntade dödsfall.

Alla anställda svarar för främjandet av hälsan. Boende undergår läkargranskningar två gånger om året och under tiden mellan dessa, utförs uppföljningar och kontroller på läkarens order.

Husläkaren gör veckovis en telefonrunda och genomgår alla boende med sjukskötaren. Vid brådskande fall gör läkaren på Terveystalo en remiss direkt till den vårdanstalt som saken berör. Vanligtvis görs remissen inför specialsjukvård. Personalen har möjlighet att konsultera läkare 24 h i dygnet under årets alla dagar.

Den serviceansvariga handhar statistik om vårdarnas utbildningar i första hjälpen. Utbildning ordnas regelbundet som intern utbildning. Varje anställd ska uppdatera sitt förstahjälpkunnande vart tredje år. Den serviceansvariga följer upp utbildningar men detta är på varje anställdas egna ansvar.

Munhygienisten går igenom alla boende i huset en gång i året. Vid akuta munproblem tar teamets sjukskötare kontakt med anhöriga och tandläkaren.

Angående dödsfall finns Österbottens välfärdsområdes anvisning om anmälan om dödsfall inom helsevårdsomsorgen. Anvisningen har uppdaterats 2/22.

7.3 Läkemedelsbehandlings förverkligande

Enhetens läkemedelsbehandling baserar sig på enhetens läkemedelsplan, som uppdateras årligen eller oftare som det t.ex. sker förändringar i enhetens läkemedelsbehandling eller lagstiftning. Planen för läkemedelsbehandling är ett verktyg för definition och administration av de olika delområdena inom säker läkemedelsbehandling på enheter som utför läkemedelsbehandling. I handboken för säker läkemedelsbehandling ges detaljerade anvisningar kring genomförande av enhetens läkemedelsbehandling, ansvarsfördelning, minimikrav som skall uppfyllas för anställda som deltar i läkemedelsbehandlingen. Enligt handboken ska varje enhet ha en utsedd ansvarsperson för läkemedelsbehandlingen och där betonas vidare att en introduktion i läkemedelsbehandlingsplanen är betydande del av personalens introduktion.

Enligt Fimea ska det på social- och hälsovårdsenheter finnas en utnämnd sjukskötare, som ansvarar för genomförandet av läkemedelsbehandlingen som helhet. Den sjukskötare som ansvarar för genomförandet av läkemedelsbehandlingen som helhet ska arbeta på arbetsenheten, så att han eller hon kan ingripa i observerade missförhållanden. Inom socialvården finns det dock enheter där klienternas servicebehov inte förutsätter en sjukskötare på heltid vid enheten, till exempel inom barnskyddet och servicen för utvecklingsstörda.

Enheten ska dock utse en sjukskötare som ansvarar för den praktiska helheten av enhetens läkemedelsbehandling och som de facto besöker enheten för att bedöma om läkemedelsbehandlingen är ändamålsenlig, som tar emot praktiska prov och så vidare. Om det inte finns någon sjukskötare bland enhetens egen personal, kan man komma överens om arbetsfördelningen med sjukskötarna vid serviceproducentens övriga enheter eller samarbeta med kommunens hälsovårdscentral eller med privata aktörer inom hälso- och sjukvården.

Läkemedelsbehandlingen på enheten styrs av gällande lagstiftning, **SHM:s handbok för säker läkemedelsbehandling**, Österbottens välfärdsområdes läkemedelsbehandlingsplan på organisations- och enhetsnivå, samt interna anvisningar.

Till egenkontrollen hör att identifiera och eliminera risker som orsakas av bristfällig kompetens eller oklara förfaranden i läkemedelsbehandling och -försörjning. Därtill måste man säkerställa att den social- och hälsovårdspersonalen som deltar i läkemedelsbehandlingen har ikraftvarande läkemedelslov. Ansvaret för detta är på individnivå varje enskild arbetstagare som deltar i läkemedelsbehandlingen för egen del, på enhetsnivå förpersonen och på organisationsnivå ledande tjänsteinnehavare.

Begränsat läkemedelsförråd

Privata serviceproducenter ska ansöka om tillstånd och offentliga verksamhetsenheter ska underrätta tillståndsmyndigheten innan ett begränsat läkemedelsförråd inrättas.

Läs mera: [Föreskrift för begränsade läkemedelsförråd](#)

Läkemedelsplanen kontrolleras och uppdateras årligen och vid behov oftare. Överläkaren godkänner planen med sin underskrift. Läkemedelsplanen uppgörs enligt välfärdsområdets anvisningar. Personalen läser planen och kvitterar därefter att den blivit läst.

Beträffande det gemensamma bruket av det begränsade läkemedelsförrådet hålls ett tillsynsprotokoll. Läkemedelsförrådet har kontrollerats 5/2023. Det har gjorts en anmälan angående detta till Regionförvaltningsverket. I vårt hus svarar den serviceansvariga och sjukskötaren för läkemedelsbehandlingen. Geriatrins överläkare svarar för arbetsenheten. Grupphemmets vårdare och sjukskötare svarar för boendes läkemedelsbehandling. Den serviceansvariga kontrollerar att varje person som utför läkemedelsbehandling har ikraftvarande läkemedelslov. Den anställda ska själv också se till att det egna läkemedelslovet är i kraft.

7.4 Främjande av välbefinnande, rehabilitering och tillväxt

Enligt äldreomsorgslagen (2012/980 § 5) är kommunen åter skyldig att stödja den äldre befolkningens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand som en del av ordnandet av social- och hälsovården. I klienternas vård- och serviceplan skrivs det in konkreta målsättningar som förverkligas som en del av daglig vård- och omsorg. Lagen (2012/980 § 12-13) ger också kommunen en skyldighet, att ordna rådgivningstjänster som stöder den äldre befolkningens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand.

Man kan tala om förverkligande av delaktighet, när en person ändrar från att vara en i målgruppen till en aktör som utför åtgärder. Människan är en aktör, när hon verkar maximalt självständigt och på egen hand, får information och erfarenheter från olika handlingsalternativ, samt deras bra och dåliga sidor, väljer det som passar en själv bäst, beslutar själv i vilken verksamhet som skall inledas och får någonting till stånd med sitt agerande, som inte skulle ske utan åtgärder. Agerandet kan stödas.

Funktionsförmågan stöds med ett omfattande rehabiliterande arbetssätt, då tas den fysiska, psykiska och sociala helheten i beaktande. Egenvårdaren fördjupar sig i den boendes livshistoria, vanor och preferenser så att de tillsammans kan göra upp en välmåendeplan. Man strävar efter att ordna mångsidiga aktivitetspass enligt boendes önskemål.

Förverkligandet av motions-, kultur- och fritidsaktiviteter:

De boende deltar i kulturhändelser, motion- och aktivitetsstunder, lässtunder och utomhusaktiviteter enligt de egna resurserna och intresset. Vårdarna svarar för förverkligandet av aktiviteterna. I vårt hus finns det en kulturansvarig och varje grupphem har välmåendeansvariga som planerar månadsprogram.

Boende förfrågas om vad de vill göra. Egenvårdaren framför önskemålen till välmåendeansvariga. Månadsprogrammet uppgörs individuellt för grupphemmet. Programmet publiceras på hemmets Facebook-sida och på de boendes anslagstavla.

Kultur/hobbyverksamheten finns dokumenterad i välmåendeplanen. Egenvårdaren spenderar så kallad "egen tid" med den boende 1 x i veckan. Grupphemmen har även en surfplatta som de boende kan använda för att vara i kontakt med sina anhöriga via videosamtal. Teamets sjukskötare följer den spenderade tiden. Anhörigas delaktighet i verksamheten välkomnas. Fysioterapeutens stolgymnastikstunder är populära. I vårt hus finns även en bibliotekspunkt och några av de boende har tillgång till bokkassetjänsten via biblioteket.

Seniorklubben Pärlstunden är aktiv på våren och hösten från måndag till onsdag och den dras av Vamias studeranden med ledning av läraren. Klubben välkomnar alla över 65 år. Om det inte finns utomstående seniorer på plats så hämtar studerande boende från våra grupphem till temadagen, det finns alltid ivriga deltagare i den veckovisa verksamheten.

7.5 Måltider och lämplig mat

För många av socialvårdens klienter har näring och måltider, samt seder och bruk kring dem en viktig del av servicen. I kosthållningen behöver livsmedelsverkets närings- och matrekommendationer för olika befolkningsgrupper i olika åldersgrupper beaktas. I kosthållningen behöver klienternas önskemål, dieter (beroende på sjukdomar, födoämnesöverkänslighet, -allergier och -intoleranser) och beakta lämpliga födoämneskonsistenser, för att alla klienter skall kunna ta del av matens näringsinnehåll utan onödiga hälsorisker. Kost som baserar sig på religion eller etisk övertygelse utgör en del av mångkulturalitet, vilket ska beaktas när service tillhandahålls. Vidare information hittas i [Livsmedelsverkets närings- och matrekommendationer](#)

Utlokaliserad. Sköts av Teese.

Teese sköter om klienternas specialdieter och begränsningar. Varje vårdare har kunskap om boendes allergier och specialdieter. Dessa saker finns i Pegasos, alltså i vård- och serviceplanen. Teamets sjukskötare och vårdare svarar för att klienterna får tillräckligt med näring och vätska samt följer kvaliteten av näringen. MNA-tester görs regelbundet och klienternas vikt och matlust följs.

De boendes kvällsmål serveras mellan kl. 18-20 och morgonmålet börjar kl. 8-10. De boende får alltid mat på natten om så önskas. I grupphemmen finns ett kylskåp som innehåller smörgåsar, fil, kissel osv. I vårt hus finns även ett kök på övervåningen därifrån annat kan hämtas ifall den boende så önskar. De boende får också godsaker av sina anhöriga. Vi eftersträvar att nattfastan inte blir 13 timmar.

7.6 Enhetens verksamhetsutrymmen

Egenkontrollplanen behöver innehålla en beskrivning av i vilka utrymmen verksamheten bedrivs. Vilka gemensamma och enskilda utrymmen finns och principerna för användningen av dessa.

De boende har egna rum och tvättrum/toalett. Rummet är 25 kvadrat och till det hör också ett personligt badrum.

Offentliga utrymmen är sällsкаpsrum, matsal, balkong, bastu, trädgård och mötesrummet på övervåningen samt gångar som alla använder. Det finns endast en säng och en madrass i rummet då boende flyttar in. Rummet kan inredas hur som helst. Man anvisar den boende att det inte löns att hämta för mycket föremål till rummet. Det ska också finnas plats för hjälpmedel. Mattor rekommenderas inte på grund av säkerhetsskäl. Bostaden används inte till något annat ändamål än den boendes egen användning.

De gemensamma utrymmena i grupphemmen möjliggör sammanvaro under dagens alla stunder. De boende äter tillsammans, tittar på television, lyssnar på musik och diskuterar och utför hobbyverksamhet tillsammans. Vårdarna ordnar aktivitetsstunder i grupphemmen.

De anhöriga använder dörkort för att ta sig fram och träffa sina anhöriga. Det finns inga besökstider i vårt hus men vi rekommenderar att besök görs mellan kl. 9-20.

8 KLIENT- OCH PERSONALSÄKERHET

8.1 Egenkontroll enligt hälsoskyddslagen

Enligt hälsoskyddslagens (763/1994) 13 § skall en skriftlig anmälan göras till kommunens hälsoskyddsmyndighet före inledande, vid ändringar och avslutande verksamhetsenheter som ger fortlöpande vård inom socialvården, serviceboenden med heldygnsomsorg, institutionsvård, barnskyddsenheter. Vilka enheter det berörs finns närmare specificerat i lagens bilaga. Innehållet i anmälan finns närmare preciserat i hälsoskyddsförordningen (1280/1994) 4 §.

Enligt hälsoskyddslagens 2 § skall verksamhetsutövaren känna till de hälsorisker som finns i verksamheten och följa upp de faktorer som inverkar på dem (egenkontroll). Verksamhetsutövaren skall systematiskt förhindra uppkomsten av hälsorisker som uppkommer via sanitära olägenheter.

På verksamhetsenhetens hälsosfaktorer inverkar kemikaliska och mikrobiologiska orsaker, samt fysikaliska förhållanden till vilka hör inomhusluftens temperatur och fuktighet, buller (ljudförhållanden), luftombyte (luftens kvalitet), strålning och belysning. Det här riskerna är kända och hanteringen av dessa risker är planerade.

Klient- och patientsäkerheten övervakas av regionförvaltningsverket. Vi får anvisningar och regler som vi följer från THL och Valvira. Österbottens välfärdsområde anvisar och ger råd åt oss.

Företagshälsovården gör arbetsplatsbesök vart femte år. I vårt hus genomförs systematiska kontrollbesök av bl.a. miljörevisorn, regionförvaltningsverket, kvalitet och tillsyn och det gemensamma bruket av det begränsade läkemedelsförrådet samt brandinspektören.

Fastigheten ägs av Pikipruukki, så Luotsi sköter fastighets servicen och Secureplan sköter kamera / vakt-tjänster.

8.2 Medicinsktekniska produkter

Fimea ansvarar för styrningen och tillsynen av medicinsktekniska produkter, vilket inom socialvården innefattar rullstolar, rollatorer, personlyftanordningar, blodtrycks- och blodsockermätare, hörapparater, sårförband etc. Användningen av dessa produkter innebär säkerhetsrisker, vilket betyder att introduktion till rätt användning, underhåll, rapporteringar om tillbud och utseende av en ansvarsperson på enheten är viktiga moment för att minska på säkerhetsriskerna.

Det skall alltid göras en tillbudsansmälan till Fimea, när social- och hälsovårdens medicintekniska produkter orsakat tillbud eller som kunde ha lett till att klienten, användaren eller någon annan persons hälsa äventyras. En yrkesmässig användare ska anmäla sådana tillbud i anslutning till medicintekniska produkter som beror på produktens egenskaper, icke önskvärda biverkningar, en avvikelse eller störning i produktens prestanda, brister i märkningen av produkten, en bristfällig eller felaktig bruksanvisning för produkten, något annat skäl som hänför sig till användningen av produkten.

Yrkesmässiga användare skall ha en utsedd ansvarsperson, som ansvarar för, att användarna i sin verksamhet följer lagen om medicinteknisk utrustning (719/2021, 32–33§).

Produktsäkerheten innebär att både produkter som godkänts av social- och hälsovården och att personalen har tillräcklig kunskap om användningen av produkterna. Personalens kunskap i användningen av produkterna säkerställs genom att systematiskt ordna introduktion i alla nya produkter som tas i bruk och man säkerställer att kunskapen bibehålls. Det är meningen att säkerställa både klienternas och personalens säkerhet då produkterna används. I vårt hus ordnas en apparatpassutbildning några gånger i året med ledning av den serviceansvariga, under vilken alla medicintekniska produkter genomgår. Ett utbildningsregister upprätthålls angående detta. Det är meningen att detta i framtiden antecknas i Laatuportti. Arbetstagaren har även själv ansvar om att upprätthålla sitt kunnande.

På vår enhet finns utnämnda produkt- och säkerhetsansvariga.

Sjukhusteknikern Petri Luoma svarar för de medicintekniska produkterna. Om en medicinteknisk produkt går sönder skickas den till välfärdsområdet för reparation, de sköter även om kalibreringen (som blodtrycksmätare, blåsscannern kalibreras en gång om året av den serviceansvariga)

8.3 Tekniska säkerhetslösningar

Klienternas och personalens säkerhet tryggas på olika sätt beroende på vilka risker som det finns i enhetens verksamhet. Säkerheten kan tryggas för klienternas del med klientlarm och larmtelefoner och för personalens del med telefoner, personlarm och personsökare etc. På enhetsnivå kan det handla om hur passagekontrollen är ordnad till enheten som till olika utrymmen, placering av möbler i olika utrymmen, extra utgångar till vissa utrymmen, i vilken utsträckning ytterdörrarna är låsta, tillgång till bevakningskameror, köpta tjänster av säkerhetsföretag etc.

I planen för egenkontroll behöver enhetens principerna för tryggade av säkerheten inklusive ansvarsfrågorna klargöras. Ifall kameraövervakning används på enheten, behöver det finnas information kring detta, så att alla som rör sig i utrymmena är medvetna om detta. För kameraövervakning i allmänna utrymmen behöver det finnas en grundad orsak som baserar sig på klientens vård, säkerhets och hälsofaktorer. Klientrum, personalutrymmen och toaletter får inte filmas. Områden på utsidan får filmas utan någon speciell orsak. När

Klienter filmas behöver grundlagens 10 paragraf angående skydd av privatlivet beaktas. Det är speciellt viktigt att tänka igenom, till vad det inspelade materialet används och vem har rätt att se på det. Materialet utgör i praktiken en klienthandling. Kameraövervakning i läkemedelsrum är att rekommendera och för det finns det en grundad orsak. Brister i personalbemanning får inte ersättas med kameraövervakning. Därtill behöver det finnas en registerbeskrivning över kameraövervakningen.

Handlar det åter om larmtelefoner inom hemvården, så behöver det finnas principer och praxis för anskaffning, samt finnas en utnämnd ansvarsperson för introduktion i användning och funktionssäkerhet. I konsument säkerhetslagen (920/2011, § 7) åläggs en tjänsteleverantör av larmtelefoner och andra motsvarande tjänster en skyldighet att upprätta ett säkerhetsdokument med en plan för identifiering av faror och hantering av risker. Enligt paragrafens 2 mom. kan säkerhetsdokumentet ersättas med de uppgifter om de omständigheter som beaktats i egenkontrollplanen.

De boende har larmarmband och de har också möjlighet till rörelsesensorer. Funktionssäkerheten testas av en professionell.

De boendes larm skickas till vårdarnas telefoner. Efter att man kontrollerat larmets orsak, kvitteras det via telefonen. Via systemet Escax vision går det att följa mängden av larm, kvittering och svar. Loihde svarar för de boendes larmsystem.

De boende har säkerhetsarmband som fungerar med batterier. Solution-systemet vet om då den boendes batteri är lågt och skickar automatiskt ett nytt armband. Servicechefen eller serviceansvariga eller sekreteraren aktiverar armbandet. Sekreteraren skickar det gamla armbandet till Solution.

Husets säkerhetsansvariga testar personallarmen 1 gång i månaden, detta bokförs i brand- och räddningsplanen.

Ansvaret för funktionssäkerheten av säkerhetsutrustning och personsökare har: palvelukeskus@loihde.com

Bevakningskameror Secureplan: asiakaspalvelu@secureplan.fi

8.4 Säkerhets-, räddnings- och beredskapsplaner

Tryggande av säkerheten på enheten innefattar många olika aspekter och är beroende av vilken verksamhet som bedrivs. För boendeenheter är det viktigt med en aktuell räddningsplan (fastighetsägarens ansvar) ja utredning av utrymningssäkerhet som övervakas av övervakas av brand- och räddningsverket. Därtill skall varje enhet uppgöra en säkerhetsplan, som innehåller brand- och utrymnings-, fastighetens- och personalens säkerhet, samt säkerhetssystem. Ifall det finns ett kök på enheten behöver köket uppgöra en egenkontrollplan som tillsammans med livsmedelshygienen övervakas av hälsoskyddsmyndigheterna.

Inom socialvården upprätthåller man beredskap för störningssituationer och undantagsförhållanden, för att samhällets funktionsförmåga ska kunna säkerställas i alla situationer. Hantering av störningssituationer är en del av det dagliga arbetet inom socialvården. Genom beredskapsplanen förbereder man sig för störnings- och undantagsförhållanden på organisations- och enhetsnivå.

Klienternas och personalens säkerhet genomgicks ovan.

I vår enhet uppdateras brand- och räddningsplanen årligen. Personalen läser igenom planen en gång om året och kvitterar att de läst den. De säkerhetsansvariga utför säkerhetsvandringar flera gånger om året. Vandringarna kvitteras i brand- och räddningsplanen. Kvitteringar görs av personen själv. Servicechefen kontrollerar kvitteringarna några gånger om året och behandlar saken inom gruppheimen eller i samband med arbetsplatsmöten.

I gruppheimet Koralli finns en huvudnyckel om dörrarna inte fungerar ifall av elavbrott. Ficklampor och pannlampor hittas i gruppheimens läkemedelsrum.

Brandinspektören gör besök vart tredje år. Det senaste protokollet är från år 2021.

Personalen deltar i säkerhetsdagen, under vilken även en brandsläckningsövning utförs. Det finns inte ännu information om hur många gånger detta ska utföras.

Det finns anvisningar om alla störnings- och undantagssituationer i enheten. Dessa finns i brand- och räddningsplanen och på anslagstavlan i sköljrummet.

8.5 Dataskydd och datasekretess, samt egenkontrollplan för informationssäkerhet

Med personuppgifter avses varje uppgift som anknyter till en identifierad eller identifierbar fysisk person. Inom socialvården är klientuppgifter känsliga och sekretessbelagda personuppgifter. Uppgifter som gäller hälsa hör till särskilda kategorier av personuppgifter som endast kan behandlas under vissa förutsättningar. En bra informationshantering är planerad alltifrån dokumentering av klientarbetet till arkivering och förstöring av uppgifterna. Vid hantering av personuppgifter inom socialvården bildas ett personregister som styrs av EU:s allmänna dataskyddsförordning (EU 2016/679). Därtill tillämpas den nationella dataskyddslagen (1050/2018) som kompletterar och preciserar dataskyddsförordningen. Behandlingen av personuppgifter påverkas också av den lagstiftningen som gäller separat för varje bransch.

Dataskyddsförordningen innehåller även bestämmelser om de centrala principerna för behandling av personuppgifter. Den personuppgiftsansvarige ska anmäla personuppgiftsincidenter till tillsynsmyndigheten och till de registrerade. Med registeransvarig förstås den part som ensam eller tillsammans med andra bestämmer avsikten och sätten som personuppgifter behandlas. Behandlare av personuppgifter betyder till exempel en enhet/service, som behandlar personuppgifter för registerhållarens räkning. Registerhållaren ska bl.a. handleda de underställda personer som har tillgång till uppgifter (29 artikeln i dataskyddsförordningen). Bestämmelser om den registrerades rättigheter ingår i kapitel 3 i förordningen, som också innehåller regler om information till den registrerade.

THL har utfärdat en myndighetsföreskrift (3/2021) till social- och hälsovården om egenkontroll av de krav som ställs på användningen av informationssystem enligt 19 h § i lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården. Datasäkerhetens egenkontrollplan är ett skilt dokument, som inte är en offentlig handling, men utgör en del av helheten av enhetens egenkontroll.

Klienthandlingar dokumenteras i patientdatasystemet Pegasos. Det finns skilda anvisningar om visningen av klienthandlingar och sekretessen av klienthandlingar. Varje anställd skriver under blanketten för sekretess- och tystnadsplikt. Blanketten förvaras på enheten.

Anställda/praktikanter har sekretess- och tystnadsplikt, vilket betyder att information om klienten, så som hälsotillstånd, privatliv eller person- eller adressuppgifter, inte får överlämnas till någon utan klientens lov, inte ens till en familjemedlem. Anställda/praktikanter har inte heller rätt att själv kolla upp information om en person som de inte har en klient/vårdrelation med.

Foto- och filmtillstånd begärs av både personal och boende. Foto- och filmtillstånden finns i Brändös Pärlas mapp och på anslagstavlan i läkemedelrummet, som uppdateras av sekreteraren.

Personalen har utfört nätutbildningen i dataskyddets ABC. Österbottens välfärdsområdes datasäkerhetspolitik och dataskyddsanvisningar finns i intra.

Anställda/praktikanter har sekretess- och tystnadsplikt, vilket betyder att information om klienten, så som hälsotillstånd, privatliv eller person- eller adressuppgifter, inte får överlämnas till någon utan klientens lov, inte ens till en familjemedlem. Anställda/praktikanter har inte heller rätt att själv kolla upp information om en person som de inte har en klient/vårdrelation med. Varje anställd skriver under dataskyddsförbindelsen. Denna arkiveras i dataskyddets ansvarspersons arkiv.

Dataskyddets ansvarspersons namn och kontaktuppgifter:

Tuija Viitala, dataskyddschef, dataskyddets ansvarsperson, tuija.viitala@ovph.fi

Dataskyddsregistret finns offentligt framlagd på anteckningstavlan i nedervåningens entré

Ja Nej

9 EGENKONTROLLPLANENS ANSVARSPERSON, UPPDATERING OCH OFFENTLIGHET

Egenkontrollplanens ansvarsperson eller ansvarspersoner

Planen för egenkontroll görs upp av förpersonen som ansvarar för enheten/ servicehelheten i samarbete med personalen. Det kan finnas skilda ansvarspersoner för olika delar av egenkontrollen. Klienterna kan även delta i planeringen av egenkontrollen.

Egenkontrollplanen har uppgjorts i samarbete med servicechefen och serviceansvariga. Egenkontrollplanen har genomgått tillsammans med personalen på två personalmöten, personalen har alltså deltagit i uppgörandet.

Kontrollen och uppföljningen sköts av servicechefen Marjo Suutari.

marjo.suutari@ovph.fi

Tel. 040-7452490

Egenkontrollplanens uppdatering 03.08.2023

Planen för egenkontroll uppdateras en gång i året och alltid när det inträffar förändringar i verksamheten som påverkar servicekvaliteten och klientsäkerheten. Tidigare versioner av egenkontrollplanen skall sparas i åtminstone 7 år. Egenkontrollplanen sparas i välfärdsområdets dokumenthanteringssystem samt på andra ställen som organisationen har fastställt.

Servicechefen sköter om egenkontrollplanens aktualitet och uppdaterar den varje sommar. Den genomgås på hösten tillsammans med personalen.

Egenkontrollplanens Offentlighet

En uppdaterad plan för egenkontroll ska hållas offentligt framlagd vid enheten så att klienterna, deras anhöriga och alla som är intresserade av egenkontroll lätt och utan särskild begäran kan läsa planen.

Enhetens egenkontrollplan finns offentligt framlagd på anslagstavlan i husets nedervåning och på välfärdsområdets webbplats.

Utgångspunkten för utvecklandet av servicen är, att man gör det tillsammans. Därför finns det lagar som ger handledning i behandlingen av olika ärenden, med tyngdpunkt på arbetsgivarens ansvar i att producera service av bra kvalitet.

Uppföljning av egenkontrollplanen

Enligt lagen om ordande av social- och hälsovårdens (612/2021) 40 § ska ett välfärdsområde och en privat tjänsteproducent ska utarbeta ett program för egenkontroll i fråga om de uppgifter och tjänster som de ansvarar för. I programmet ska det bestämmas hur fullgörandet av de skyldigheter som avses i 1 mom. som helhet ordnas och genomförs. I programmet ska det anges hur genomförandet, säkerheten och kvaliteten samt jämlikheten i fråga om social- och hälsovårdstjänsterna ska övervakas och hur brister som observeras ska avhjälpas. **I programmet för egenkontroll ingår en plan för egenkontroll och en patientsäkerhetsplan om vilka det föreskrivs särskilt i lag.**

Programmet för egenkontroll samt iakttagelser som baserar sig på uppföljningen av programmet och åtgärder som baserar sig på iakttagelserna ska offentliggöras i det allmänna datanätet och på andra sätt som främjar deras offentlighet.

Socialombudsman

Kontakta socialombudsmannen om du är missnöjd med bemötandet eller servicen som du fått inom socialvården.

Socialombudsmannen hjälper dig till exempel genom att utreda lagstiftningens innehåll och berätta om myndigheternas praxis.

Socialombudsmannen ger dig råd om viken myndighet du bör vända dig till i ett visst ärende och ger råd om hur du kan söka ändring i ett beslut.

Socialombudsmannen har inte rätt att fatta beslut i praktiska ärenden och kan därför inte ändra en socialarbetares beslut.

Service är kostnadsfri!

**Telefontid: måndag–fredag, klockan 8.00–14.00,
Telefonnummer 040 507 9303**

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

Besöksadress: Korsholmsesplanaden 44, 65100 Vasa



Patientombudsmannen till din hjälp

Vi hjälper dig om du har frågor
om patientens rättigheter.

Vi ger råd, hur du kan gå tillväga, om du är missnöjd med
vården eller bemötandet.

Vi ger råd och hjälper i anmärknings- och patientskadeärenden.

**Telefontider: måndag–torsdag, klockan 9.00–11.00
och 12.00-14.00,
telefonnummer 06 218 1080**

Boka tid via telefonen om du vill besöka oss personligen.

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

