



# Plan för egenkontroll inom socialservicen Österbottens välfärdsområde

Enhetens/ servicehelhetens namn	Solgård Serviceboende
Godkännare (namn, titel) Underskrift	Mikaela Ahlbäck-Strand Serviceenhets chef
Tidpunkt för godkännande	31.3.2023
Versionnummer och datum Datum för tidigare versioner (tidigare versioner skall sparas i sju år)	1.0  
Egenkontrollplanen finns offentligt framlagd.	I serviceenhetschefens kontor samt anslagstavla vid aulan + websidan för ovph

## INNEHÅLL

1 INLEDNING.....	3
2 SERVICEPRODUCENT OCH SERVICE.....	3
3 VERKSAMHETSIDÉ, VÄRDERINGAR OCH VERKSAMHETSPRINCIPER.....	4
3.1 Verksamhetsidé .....	4
3.2 Värderingar och verksamhetsprinciper .....	5
4 RISKHANTERING .....	5
4.1 Ledningens, förpersonens och personalens ansvar för riskhanteringen .....	6
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 .....	8
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.....	12
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.....	15
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 .....	19
8 KLIENT- OCH PERSONALSÄKERHET .....	20
8.1 Egenkontroll enligt hälsoskyddslagen.....	20
8.2 Medicinskt tekniska produkter .....	20
8.3 Tekniska säkerhetslösningar .....	21
8.4 Säkerhets-, räddnings- och beredskapsplaner.....	21
8.5 Dataskydd och datasekretess, samt egenkontrollplan för informationssäkerhet .....	22
9 EGENKONTROLLPLANENS ANSVARSPERSON, UPPDATERING OCH OFFENTLIGHET .....	23
<b>10 BILAGOR.....</b>	<b>25</b>

## 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.

## 2 SERVICEPRODUCENT OCH SERVICE

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

### Enhet/ servicehelhet

Namn: Solgård serviceboende

Adress: Gamla Karperövägen 17A 65610 KORSHOLM

Telefon: 050-5181013

Stad/kommun: Korsholm

### Serviceform: Verksamhetsområde, typ av service och dess omfattning

Verksamhetsområde inom socialvården: Hem och boende

Typ av service (öppenvård, boende etc.): Boende

Verksamhetens omfattning (klienternas/ klientplatsernas antal): 64 (42 boende+22 intervall/kö)

### Enhetens/ servicehelhetens ansvarsperson

Namn, titel/ utbildning: Mikaela Ahlbäck-Strand, serviceenhetschef, HYH Socionom & Sjukskötare

Telefon: 050-5181013 E-post: mikaela.ahlback-strand@ovph.fi

### Service som köps av underleverantörer och deras serviceproducenter

Köpt service Serviceproducent

Städning SOL / Teese Botnia

Mat Teese Botnia

Tvätt av klientens textilier Seinäjoki tvätteri

Tvätt av personalkläder Seinäjoki tvätteri / Lindström

Dosdispensering av läkemedel Anja

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 och avtal skrivs för en viss tid. Under avtalstiden genomförs kontroller av resultatet av köptjänsten. Ingen egenkontrollplan krävs av underleverantören.

## 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 äldreomsorgslagen (2012/980).

Målsättningen med verksamheten är att producera en kvalitativ vård och omsorg. Vår verksamhetsidé är att skapa en god vård och värde i vardagen för våra klienter. Grunden, på vilken verksamheten byggs upp, baserar sig på kvalitet, kompetens, resurser och styrdokument. På detta sätt kan vi garantera att vården och omsorgen utförs så att den stöder klientens välbefinnande, funktionsförmåga, hälsa och delaktighet.

Målgruppen för verksamheten för boendesidan: Äldre personer som inte längre klara sig hemma med hjälp av öppenvårdstjänster. Efter inflyttningen undviker vi alla onödiga förflyttningar och arbetar enligt principen att vården skall komma till klienten istället för klienten till vården.

Målgruppen för verksamheten för intervallen: Klienter som behöver stöd för att klara av ett förlängt hemmaboende.

Målgruppen för verksamheten för köplatserna: Klienter som ej längre klara av att ett hemmaboende men som ej ännu fått en permanent boendeplats.

### 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.

De värderingar som är centrala för vår verksamhet är delaktighet, trygghet, omsorg och respekt. Vården och omsorgen som ges till våra klienter utförs på ett sådant sätt att klienten känner sig trygg och respekterad, att hen är delaktig i och kan påverka sin egen vård. Vi arbetar utgående från att alla klienters vårdbehov bedöms enligt samma principer och kriterier. Vi vill skapa en välfungerande verksamhet där all personal arbetar utgående från samma värderingar

För att säkerställa att vi har en högkvalitativ service har vi gjort upp tydliga processbeskrivningar och utarbetat personalpolitiska regler. Vi utför regelbundet systematiska uppföljningar av vår verksamhet. Med rätt personaldimensionering och mångprofessionella team kan vi ge rätt vård, i rätt tid, på rätt plats och i rätt omfattning. Som kvalitetsinstrument för att följa med klienternas servicebehov används RAI.

## 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 clientsäkerhet 2022/2023

- Plan för egenkontroll av datasäkerheten 2023 (på kommande)

-Läkemedelsplan (boende, intervall/kö samt begränsade läkemedelsförrådet)

-Beredskapsplan

## 4.1 Ledningens, förpersonens och personalens ansvar för riskhanteringen

Det hör till riskhanteringsens 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.

Riskhantering och riskbedömning är en viktig del av arbetsplatsens säkerhetsarbete. Det ligger i allas intresse att förhållandena på arbetsplatsen är säkra och sunda. Arbetarskyddet omfattar alla som arbetar på en arbetsplats och det är förmannen som har det funktionella ansvaret för arbetssäkerheten och arbetshälsan. Varje arbetstagare är dock skyldig att efter bästa förmåga vara uppmärksam på såväl den egna som på arbetskamraternas arbets säkerhet.

Förmannen är den person som ansvarar för riskhanteringen av enheten. För identifiering av risker används en riskbedömningsblankett. Riskutvärdering görs kontinuerligt och uppdateras regelbundet. Förmannen ansvarar för att uppdateringen görs och uppdateras tillsammans med personalen. Företagshälsovården och arbetarskyddet följer upp resultatet. Genom lag är det uttryckt vad personaltätheten (0,7) bör vara inom effektiviserad boendeservice. Ifall att denna personaltäthet inte kan garanteras stängs klientplatser, tillfälligt eller permanent. Regelbundet ordnas brand och utrymningsövningar i samverkan med fastighetsverket och räddningsverket.

Arbetarskyddets uppgift är att främja faktorer i arbetsförhållandena som möjliggör arbetstagarnas fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Utvecklingssamtal hålls regelbundet med all personal och under detta tillfälle är det möjligt att framföra sina åsikter om arbetets risker och arbetsmoment. Enligt lagen om företagshälsovård är arbetsgivaren förpliktad att anordna företagshälsovård åt sina anställda.

## 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.

Personalen är skyldiga att meddela närmaste förman om observerade missförhållande, kvalitetsavvikelser och risker. Personalen uppmuntras att göra HaiPro/SPro för att de olika situationerna skall bli dokumenterade. Även "nära ögat" situationer rapporteras och på så sätt har arbetsgivaren möjlighet att korrigera felaktigheter innan de hinner ske en ny gång. Även anmälningar om missförhållanden, kvalitetsavvikelser och risker tas emot av klient och anhörig/besökare.

#### Enhetens/ servicehelhetens centralaste risker och förebyggande av dessa

Risk	Förebyggande åtgärder
<b>Exempel: Obehöriga kan få tillgång till klienthandlingar</b>	<b>Exempel: Personalen loggar ut klientdatasystemet när de inte använder det.</b>
Personaltätheten för låg	Rekrytering / stänga platser
Inte tillräckligt med kompetent personal	Organisera om arbetet så att kompetent personal har hand om tex läkemedelsutdelningen
Brister i språkkunskaperna	Alltid språkkunnig på skift, språkkurser
Felaktigheter i läkemedelshanteringen	Kompetent personal som har hand om läkemedelshanteringen
Skriv texten genom att klicka här.	Skriv texten genom att klicka här.
Skriv texten genom att klicka här.	Skriv texten genom att klicka här.
Skriv texten genom att klicka här.	Skriv texten genom att klicka här.

I riskhanteringsprocessen överenskomms arbetssätt för identifiering av risker och kritiska arbetsmoment.

### 4.3 Rapportering och analysering av tillbud och avvikelser

Behandlingen av tillbud och avvikelser innefattar dokumentering, analysering och rapportering av dessa. Ansvaret 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 ersättnings bara 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.

Personalen är skyldig att meddela närmaste förman om observerade missförhållanden, kvalitetsavvikelser och risker. Vid en sådan situation görs en anmälan som registreras via rapporteringssystemet HaiPro eller SPro. Rapporteringssystemet är avsett för intern utveckling samt att enheten och dess personal skall kunna lära sig av och förebygga uppkomsten av negativa händelser och tillbud. Via systemet fås information om enhetens processer och effekterna av vidtagna åtgärder. Rapporten ger en förklaring av vad som skett, analys om varför incidenten hände, hur man åtgärdat händelsen samt hur man förebygger för att inte samma situation skall inträffa igen. Rapport om avvikelser diskuteras även på personalmöten. Även klienten och dennes anhöriga har möjlighet att kontakta förmanen vid eventuella brister, önskemål eller förbättringsförslag.

#### 4.4 Korrigerande åtgärder och förebyggande av en upprepning av skador

För kvalitetsavvikelser, 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
Säker läkemedelsbehandling	idband på intervall	vår 23	IT / MAS
Säker Im behandling	utbildad personal	kontinuerligt	MAS/MM
Rehab arbetssätt	utbildning	höst 23	MAS
Apparatpass	utbildning	höst 23	MAS / MM
Dataskyddets ABC	utbildning	höst 23	MAS/personal

Personalen informeras både muntligen och skriftligen om förändringar som gäller arbete och arbetsplatsen. Vid väsentliga förändringar som bör ske omedelbart, förmedlas informationen mellan personalen vid skiftesbyte samt genom personalwhats app gruppen. Alla i personalen är själva skyldiga att ta reda på vad som behandlats på personalmöten samt läsa mötesprotokollet. Information kan även delges via VeckoNytt och det är personalens skyldighet att läsa VeckoNytt.

#### 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).*

Personalen har skyldighet att anmäla missförhållanden och risker. En person som ingår i socialvårdens personal skall utan dröjsmål meddela den person som ansvarar för verksamheten om hen vid skötseln av sina uppgifter lägger märke till eller får kännedom om ett missförhållande eller en uppenbar risk för ett missförhållande vid tillhandahållandet av socialvård för klienten. Personalen är informerad om detta. Anmälningarna sker via HaiPro/SPro

## 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.

Enligt lagen om *Stödjande av äldre befolkningens funktionsförmåga och Social- och hälsovårdstjänster för äldre*, skall klientens välmående, funktionsförmåga och möjlighet att klara sig på egen hand utredas. Det mätinstrument som skall användas i Finland är RAI. Med hjälp av RAI kartlägger man klientens helhetssituation och får en mångsidig bild av klientens funktionsförmåga (fysisk, psykisk och social) samt vilka faktorer som påverkar självständigheten. RAI bedömningar görs regelbundet, med 6 månaders intervaller samt om det blir en väsentlig förändring i hälsotillståndet. Utöver RAI används även MNA bedömningsblanketten för att identifiera, bedöma, diagnosticera och behandla nutritionsproblem. MNA görs regelbundet, med 6 månaders intervall i samband med RAI bedömning.

I samband med att en klient flyttar in på boendet, hålls ett vårdplaneringsmöte tillsammans med klient, anhörig och personal. Under mötet går man tillsammans igenom önskemål för vardagen, hjälp- och vårdbehov samt klientens styrkor och resurser. Vård- och serviceplanen uppdateras enligt behov men minst en gång per år. För att ytterligare kunna säkerställa en god och individuell vård används levnadsberättelse och vårdviljetrytning.

## 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.

Det finns en områdesvis, utsedd socialarbetare. Amanda Sundsten, 040-619- 7308

## 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.

Servicehandledningen är den enhet som har den första kontakten med en klient. Dessa utreder servicebehovet. I samband med detta görs en klientplan upp. Denna klientplan uppdateras vartefter vårdkontakten fortskrider. Klientplanen dokumenteras och personal som kommer i kontakt med klienten kan ta del av klientplanen.

## 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.

De vård- och omsorgstjänster som klienten behöver skall genomföras enligt en personlig vård- och serviceplan. Denna plan utarbetas i samarbete med klient och anhörig under vårdplaneringsmöte i samband med inflyttning. Vård- och serviceplanen utarbetas alltid för viss tid. Planen uppdateras vid väsentlig förändring, men minst 1ggr/år. Det är avdelningens sjukskötare som har hand om uppgörandet samt uppdatering av planen. Vård- och omsorgsinsatserna kan utökas eller minskas enligt klientens funktionsförmåga och vårdbehov. Klientens delaktighet stärks genom att personalen lyssnar på och beaktar de önskemål som klienten framför. Klienten eller vid behov anhöriga godkänner serviceplanen med sin underskrift.

Vård- och serviceplanen finns elektroniskt i dokumentationsprogrammet, vilket gör att den är lättillgänglig för alla i personalen att ta del av. Alla i personalen har ansvar för att läsa klientens vård- och serviceplan, vilka målsättningar hen har samt vilka individuella behov och önskemål som finns antecknade. Från Rai bedömningen tar man fasta på klientens resurser och riskfaktorer (CAPS/RAPS).

Klientärenden diskuteras regelbundet på personalmöten, vilket säkerställer att personalen känner till förändringar i servicebehov, förändringar i funktionsförmågan samt önskemål och målsättningar. Nya klienters vårdbehov diskuteras på personalmöte.

## 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.

Personalen introduceras till dokumenteringen av klientuppgifter under sin inskolning. Under arbetsskiftesgång och allra senast i samband med att arbetsskiftet avslutas dokumenterar personalen det som hänt. I samband med anställning skriver den anställde under en tystnadspliktsblankett. När dokument med personuppgifter kastas bort sätts de i ett uppsamlingskärl för konfidentiella dokument. Personalen genomgår Data skyddets ABC utbildning och printar ut ett intyg efter genomgången utbildning.

Dataskyddsansvarig är: Tuija Viitala, telefonnummer 06 213 1841

Anne Korpi, telefonnummer 040 183 2211

## 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.

På enheten är det nolltolerans när det gäller osakligt bemötande av klienterna. All personal är skyldig att ingripa vid misstanke om osakligt eller kränkande bemötande. Vid osakligt bemötande av klienten diskuterar förmannen med berörd person samt kommer överens om vilka åtgärder som vidtas för att kunna garantera att liknande situationer inte inträffar igen. I mån av möjlighet strävar man till att nå samförstånd med berörda parter genom diskussion. En varning utfärdas om grunden för en sådan uppfylls. Är personalens beteende återkommande, övervägs om arbetsförhållandet kan fortsätta. Vid behov kan klient /anhörig göra en skriftlig anmärkning till ledningen.

## 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.

Kontinuerligt insamlas klienters/anhörigas klientrespons via Roidu. Det finns även möjlighet att ge respons direkt till personal/ förman eller anonymt om så önskas. Den anonyma feedbacken ges via feedbacklådor. Responsen och feedbacken delges och diskuteras under personalmöten. THL undersökningar görs regelbundet. Resultatet av dessa diskuteras på förmannnivå samt med personalen.

## 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. 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. 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.

Personalen känner till och kan respektera klienternas privatliv, självbestämmanderätt och integritet genom att önskemål noteras i vård och serviceplanen. Personalen har kännedom om levnadsberättelsen och arbetar enligt principen individuell vård. Personalen strävar alltid till att klienten skall vara så delaktig som möjligt i den egna vården. Klientens rätt att själv fatta beslut beaktas. Personalen frågar klienten vad hen önskar och lyssnar lyhört på önskemål och åsikter. Personalen beaktar klienternas privatliv genom att alltid knacka på dörren till rummet innan dörren öppnas. Klienten ges valmöjligheter att själv bestämma om deltagande i olika aktiviteter som ordnas. Klientens skall känna sig fri att tacka nej och framföra önskemål om att göra saker på annat sätt.

I vissa situationer kan det finnas behov av att begränsa självbestämmanderätten och/eller rörelsefriheten. Detta för att trygga klientens hälsa och minimera risken för olycksfall. Sådana åtgärder vidtas endast efter noggrant övervägande för att säkerställa att det är absolut nödvändigt med tanke på klientens säkerhet.

Utvärdering av alternativa åtgärder görs alltid innan begränsade åtgärder vidtas. Behovet av begränsade åtgärder diskuteras alltid med klient och anhörig samt beviljas av läkare. Behovet av begränsningar utvärderas kontinuerligt och de är alltid tidsbundna, max 3 månader i taget. Klienten kan själv önska begränsande åtgärder och då behöver inte läkare kontaktas. Alla begränsade åtgärder dokumenteras noggrant i klientens vårdplan. Vid situationer där risk för smittspridning finns, kan begränsningar av rörelsefrihet ske genom beredskapslagen och /eller genom lagen om bekämpande av smittsamma sjukdomar. I dessa fall sker begränsningar av rörelsefrihet enligt de direktiv som myndigheterna utfärdat.

Begränsande anordningar i bruk är: grenbälte, sänggrindar, låsta ytterdörrar, dörrvakter, alarmmattor och hygienhalare.

## 5.9 Multiprofessionellt samarbete

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

Social- och hälsovårdssektorn har ett gemensamt dokumentationsprogram. Samarbetet mellan sektorerna är stort. Efter inflyttningen undviker vi alla onödiga förflyttningar och arbetar enligt principen att vården skall komma till klienten istället för klienten till vården.

## 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.

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

Social- ja patientombudsmannens kontaktuppgifter hittas som bilaga.

Synpunkter framförs i första hand till den personal som det berör. Målsättningen är att genom diskussion komma överens med berörd part om eventuella åtgärder eller förändringar. Klagomål diskuteras endera enskilt med personal eller under avdelningsmöte, beroende på klagomålets karaktär. Kan problemet inte lösas eller om det är frågan om ett större problem kontaktas förmannen. Är problemet inte lösbart parterna emellan, eller om det är frågan om en mycket allvarlig förseelse, kan ledningen kontaktas. Vid behov kan anmärkningen göras skriftligen med blanketten Anmärkning inom socialvården. Anmärkningen besvaras skriftligen inom fyra veckor. Kvarstår problemet, eller om det inte kan lösas, kan den som gjort anmärkningen vända sig till socialombudsmannen, som handhar ärenden som gäller klientens ställning och rättigheter inom socialvården.

Anser man att handlandet eller förfarandet är lagstridigt, felaktigt eller olämpligt är det möjligt att framföra klagomål över en organisation eller person. Dessa klagomål framförs hos tillsynsmyndigheten, Regionförvaltningsverket. Anvisningar och blankett hittas på Regionförvaltningsverkets webbsida ([www.avi.fi](http://www.avi.fi)). Myndigheten tar direkt upp till behandling allvarliga ärenden såsom misstanke om allvarligt fel i yrkesverksamheten. I övrigt uppmuntrar man till att ärenden behandlas i den verksamhet mot vilken missnöjet har riktats.

## 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.

En klientsäkerhetsrisk är om förmannen 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.

För boenden med heldygnsomsorg regleras personaldimensioneringen genom lag. Personaldimensioneringen skall vara 0,7 anställda per klient. Personalmängden är 40,5. Vid beräkningen av dimensioneringen beaktas endast den personal som utför direkt klientarbete. Ifall att personaltätheten inte uppnås stängs platser.

Tillräckliga personalresurser tillgodoses genom kontinuerlig rekrytering. Personalens arbetsschema planeras utgående från verksamhetens behov och ansvaret för att det finns tillräckligt med kompetent personal ligger hos serviceenhetens chefen. Vårdpersonal som anställs är sjukskötare, närvårdare, vårdare och vårdbiträden. En god personalpolitik främjar tillgången av personal och enheten är mån om att ta emot studeranden på praktik samt läroavtalsstuderanden. Inskolning till nyanställda ges, vilket ger en ökad trygghet och säkerhet för både personal och klienter samt skapar ett bra arbetsklimat. Semestervikarie samt vikarie vid andra långvarig frånvaro planeras in på arbetslistan. Vid akuta och kortare frånvaro övervägs behovet av vikarie. Enheten strävar till att hitta vikarie samtliga gånger då behov finns.

Eftersom enheten har över 40 klientplatser är det uträknat att de administrativa uppgifterna utgör 100% av arbetstiden. På enheten finns två ansvariga vårdare; en för intervallvård/köavdelning och en på boendesidan. Dessa har en del administrativa uppgifter samt fungerar som serviceenhets chefs vikarie.

Personalmängden i olika skiften:

Totalt per paravdelning:

Vardag, dag: 5-6 + 1 indirekt

Vardag, kväll: 4

Vardag, natt: 1,33

Veckoslut + Helg, dag: 4

Veckoslut + Helg, kväll: 4

Veckoslut + Helg, natt: 1,33

En dejourerande sjukskötare på plats, vardag morgnar, vardagkvällar samt veckoslut och helgmorgnar.

För utförandet av indirekt arbete finns skild personal anställd. Dessa arbetar mån-fre, kl. 8-16.

THL resultatet för två senaste undersökningarna visar följande: hösten 2022: 0,68 och våren 2022: 0,69

## 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 Valviras centralregister över yrkesutbildade personer, JulkiTerhikki/ JulkiSuosikki. 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.

Tillräckliga personalresurser tillgodoses genom kontinuerlig rekrytering. Målsättningen är att alla befattningar är besatta. Rekrytering av personal sköts av serviceenhets chefen. Rekryteringen sker genom Kuntarekry. Vid rekrytering av vårdpersonal, förutsätts utbildning inom branschen. Alla anställningar föregås av personlig intervju. Uppvisande av betyg och behövliga intyg krävs. Sjukskötarnas och närvårdarnas yrkesbehörighet kontrolleras alltid. Vårdbiträden anställs utgående från lämplighet. För att få en fast anställning krävs intyg för det andra inhemska språket. Då utländsk arbetskraft används kontrolleras deras uppehålls- samt arbetstillstånd.

Under längre ledigheter söks vikarie för hela frånvaroperioden. Detta för att öka chansen att ha en och samma personal. Vikarier för kortare vikariat är oftast personer som utbildar sig inom vårdbranschen. Tillräckliga språkkunskaper är en utmaning. Vi uppmuntrar alla att prata klienternas modersmål och att lära sig språket så pass att de kan ha en enklare konversation med klienterna. Enheten har även varit med i ett pilotprojekt för språkintegrering bland nursingstuderande.

## 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 kunskaper i läkemedelsbehandling är en viktig del i upprätthållande av yrkeskompetensen.

Serviceenhetens chefen tillsammans med personalen ansvarar för att nyanställda får en introduktion i arbetet. Nyanställda arbetar sida vid sida med ordinarie personal 3 dagar och vid behov upp till en vecka. Under inskolningen räknas inte personen in i personaltäteten. Inskolningsmapp och checklista på saker som skall gås igenom finns att tillgå. Studeranden och praktikanter får ta del av inskolningsmaterialet och går igenom viktigt information med arbetsplatshandledaren.

Fortbildning ordnas enligt utbildningsplanen, utgående från verksamhetens behov och personalens önskemål. Fortbildning ordnas externt och internt. Målet är att personalen skall ha minst 3 fortbildningsdagar / år. Lovtentamen sker vart 5te år. Första hjälp utbildning vart 3dje år. Enhetens utbildningsbehov är kinestetik och psykogeriatrisk.

## 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.

Kvalitetsmålen för hygien utgår från den verksamhets 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. Hygienskötarna bistår med sakkunskap i hygienärenden, men det är bra om det finns hygienansvariga på enheten som understöder hygienarbetet.

Enhetens städning och klädvård utgör ett viktigt delområde i att upprätthålla allmän hygien och hindra spridning av infektioner. Inom verksamheten tillämpas god handhygien med tvätt och desinficering mellan klienterna. Personalen har möjlighet att kontakta hygienskötaren vid behov. Vid infektioner / epidemier / pandemier följer man rådande föreskrifter. Skyddskläder används vid behov utgående från gällande direktiv. Förmännen ansvarar för att givna myndighetsdirektiv tillämpas utan fördröjning eller avvikelser vid verksamhetsenheten.

Klientens hygien (daglig intymhygien, tand och munvård samt hudvård) tillgodoses genom daglig tvätt samt vid behov. Duschning utförs 1ggr/vecka samt enligt behov.

Enheten har utdelningskök på avdelningarna. Maten levereras från köket som finns i samma byggnad. De flesta i personalen har hygienpass och det eftersträvas att samtlig personal har hygienpass.



Städning av klienternas rum och allmänna utrymmen sköts av underleverantör. Klientrummen städas minst 1ggr/vecka samt vid behov. Klientens byke tvättas delvis på avdelningarna och delvis på tvätteri. Det är främst handdukar och sängkläder som skickas till tvätteri. Anhöriga har även möjlighet att sköta om tvätten själva om de önskar. För de klienter som är på intervall finns det möjlighet att få kläderna tvättade under vistelsen. Städning av intervallrummen sker alltid efter avslutad period.

Användning av sterila instrument förekommer och de förs efter användning till steriliseringen på HVC.

Enheten har tre hygienansvariga: Ida Björk, Susanne Vestergård och Gunilla Heikkilä  
Hygienskötare: Anna Nordman

## 7.2 Hälsa- 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, munhälsövård. Därtill behöver det finnas anvisningar kring handlande vid oväntade dödsfall.

Personalen följer med klientens hälsotillstånd samt välbefinnande. Allmän genomgång och kontroll av medicinlista av läkare 1ggr/år samt vid behov. Till regelbundna kontroller och uppföljningar (oavsett kronisk sjukdom eller ej) hör: Längd, vikt, blodsocker, blodtryck, puls samt blodprovskontroller enligt läkarordination. Sjukskötare, närvårdare, vårdarvikarie och vårdbiträden utför hälso- och sjukvård enligt läkares ordination samt enligt vad yrkesbehörigheten tillåter. Personalen uppdaterar sitt första hjälpkunnande vart tredje år.

Tandvård: Vi följer allmänna direktiv och kontakter hvc tandvård vid behov

Planerade läkartjänster: Läkaren besöker enheten 2ggr/vecka

Icke-brådskande samt brådskande sjukvård: Akuta situationer och försämring av hälsotillstånd är situationsbundna och behandlas utgående från klientens specifika situation samt vårdviljeyttring. För bedömning av behovet av brådskande vård finns gemensamma riktlinjer och bedömningsverktyg i form av den geriatriska patientens vårdkedja. Tillgång till psykiatriska konsultationer enligt behov och resurser i form av läkare och/eller sjukskötarebesök. Vid behov finns tillgång till specialistsjukvård.

Oväntade dödsfall: Det finns utarbetat en folder kring vägledning vid dödsfall samt vård i livets slut. En handlingsplan för konstaterande av dödsfall finns också.

## 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 betonad 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.

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. Ansvar för detta är på individnivå varje enskild arbetstagare som deltar i läkemedelsbehandlingen för egen del, på enhetsnivå förpersonen och på organisationsnivå ledande tjänsteinnehavare.

Enhetens läkare ansvarar för läkemedelsbehandlingen. Sjukskötare, närvårdare, vårdarvikarie samt vårdbiträden utför läkemedelsbehandlingen enligt ordination. Sjukskötare och närvårdare avlägger med 5 års mellanrum en tentamen i läkemedelsbehandling. Förmanen har en uppdaterad lista över personalens läkemedelstillstånd.

Läkemedelsbehandlingsplanen uppdateras årligen eller vid väsentliga förändringar.

Ansvarig läkare: Clas-Göran Smeds

Ansvarig sjukskötare: Mikaela Mattlar

Ett begränsat läkemedelsförråd finns på enheten och anmälan till regionförvaltningsverket är gjord. Ansvariga sjukskötaren övervakar användningen av detta skåp samt fyller på med preparat enligt behov.

## 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 välfärdsområdet en skyldighet, att ordna rådgivningstjänster som stöder den äldre befolkningens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand.

Personalen arbetar utgående från ett rehabiliterande arbetssätt och stödjer klientens fysiska, psykiska, kognitiva och sociala funktionsförmåga. Utgående från klientens egna önskemål, levnadsberättelse och förmåga, sätter personalen tillsammans med klienten och anhöriga upp mål i vård- och serviceplanen. Hjälpmedel som upprätthåller den fysiska funktionsförmågan finns tillgängliga.

Klienten har tillgång till meningsfulla aktiviteter som ordnas av aktivitetsledaren, konditionsskötaren, fysioterapeuter samt utomstående aktörer så som skolor eller aktörer inom tredje sektorn. Anhöriga får fritt besöka sin närstående och klienten kan även åka bort från enheten för kortare perioder. Enheten ordnar två gånger i året anhörigräff (sommarmfest och julfest). För att anhöriga skall veta vilka aktiviteter och program som ordnas på enheten skickar serviceenhetens chefen ett månatligt mail med kommande månadsprogram.

Klienternas funktionsförmåga utvärderas regelbundet med hjälp av RAI. Vid vårdplaneringsmöten samt vid uppdatering av vård- och serviceplanen utvärderas de uppsatta målen, funktionsförmågan, välmående och rehabiliterande aktiviteter. Målen dokumenteras i vårdjournalen. Även utförandet och utvärderingen av hur målen uppnåtts dokumenteras i vårdjournalen.

## 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.

Maten tillverkas på Solsidans kök som är en del av Teese Botnia. Frukost, lunch, mellanmål, middag och kvällsbit levereras från köket. Specialdieter ordnas enligt behov. Klienten har möjlighet att framföra önskemål till personalen som i sin tur för dem vidare till köket. Måltiderna är planerade i samråd med näringsterapeut.

Måltiderna serveras enligt följande: frukost 7.30-10, lunch 11.30, kaffe 14, middag 16.30 samt kvällsmål 18-20. Vid behov har klienten möjlighet till mellanmål samt nattmål. Personalen följer med så att nattfastan inte blir för lång. Måltiderna är planerade så att de uppfyller de äldres näringsrekommendationer. Vid behov kan måltiderna fås mer energirika.

MNA bedömningar görs 2ggr/år eller oftare enligt behov. Personalen dokumenterar i vårdjournalen kring klienternas mat- och vätskeintag. Vid tecken på undernäring fästs speciellt vikt vid näringstäthet och att matmängden per dygn är tillräcklig. Vid misstanke om uttorkning följs vätskeintaget upp.

## 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.

Boendesidan:

Klienternas rum varierar mellan 20-32,5 kvadratmeter. Klienterna får själva inreda sitt rum men i hyran ingår säng och nattduksbord. De allmänna utrymmena får användas av alla som bor på enheten. Gemensamma utrymmen är kök, vardagsrum samt terrass. Personalen respekteras klienternas privatliv genom att knacka på dörren innan de går in i rummet. Om klienten av någon orsak är borta en längre tid används inte hans rum till något annat ändamål. Anhöriga får fritt besöka enheten och möjlighet till övernattnings, tex vid terminalvård, finns. Personal finns på plats dygnet runt. I en situation där beredskapslagarna tagits i bruk kan begränsningar gällande besök av anhöriga och icke tillåten vistelse i allmänna utrymmen förekomma.

Intervall/köavdelning:

Intervall- och köavdelningen har tillsammans 22 rum. Klienterna som kommer på intervall kommer in för en kort tid enligt inbokade perioder. I mån av möjlighet får klienten använda samma rum varje period och personalen strävar till att ingen skall bli tvungen att byta rum under perioden. De gemensamma utrymmena är tillförfogande för alla på avdelningen. Gemensamma utrymmen är kök, vardagsrum samt terrass. Vid behov kan de gemensamma utrymmena användas för övernattnig och det finns flera större rum som vid behov kan användas av två personer. Bland annat då det kommer in par eller vid akuta situationer då klienter blir placerade via socialjouren. Personalen respekterar klienternas privatliv genom att knacka på dörren innan de går in i rummet. Besökarna är hänvisade till besökstiderna: 13-15 och 17-19. I en situation där beredskapslagarna tagits i bruk kan begränsningar gällande besök av anhöriga och icke tillåten vistelse i allmänna utrymmen förekomma.

## 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 hälsofaktorer inverkar kemikaliska och mikrobiologiska orenheter, 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.

Verksamheten tillsammans med fastighetsägarna, förhindrar uppkomsten av hälsorisker. Det finns direktiv för hur riskfaktorer kan minimeras och undvikas. Vid olägenheter är det på fastighetsägaren att åtgärda dessa olägenheter. Samarbete sker med företagshälsovården, arbetarskyddet, miljöinspektören samt med hälsoinspektören. Granskningar utförda av samarbetsparterna sker regelbundet.

### 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§).

Verksamheten har en utsedd ansvarsperson: Petri Luoma

Ansvarspersoner för medicintekniska produkter är utsedda på enheten. Under kommande år skall personalen genomgå apparatpass. Vid nyanskaffning av hjälpmedel kan personalen få utbildning i användningen av fysioterapeuterna. Verksamheten har ingått serviceavtal med en apparatansvarig så att granskning utförs årligen. Rapportering av tillbud görs genom HaiPro.

### 8.3 Tekniska säkerhetslösningar

Klienternas som 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.

Personal finns tillgänglig dygnet runt. Personliga alarm finns till alla klienter. Beroende på vilka alarm man behöver så tas de i användning. Det finns ett alarm som klienten bär med sig, ett i rummet och ett i wc. Utöver det finns det även dörrvakter och alarmmattor. Patientalarmen går till båda avdelningstelefonerna. Personalen kan även tala med klienterna och alarmen visas på displayen på avdelningen. För att komma till/från avdelningen krävs kod, likaså för att komma sig genom ytterdörrarna. Patientalarmen kontrolleras i enlighet med serviceavtalet. Underleverantören ansvarar för att tekniken fungerar och sköter om underhåll av larmapparater.

Namn och kontaktuppgifter: Lohde Trust

Felanmälningar 24/7: 0290013040

Felanmälningar och beställningar av tag: palvelukeskus.trust@loihde.com

### 8.4 Säkerhets-, räddnings- och beredskapsplaner

Tryggande av säkerheten på enheten innefattar många olika aspekter och är beroende av vilken verksamhet som bedrivs. För boendeenheternas säkerhetssynpunkt är det viktigt med en aktuell räddningsplan (fastighetsägarens ansvar) och utredning av utrymnings säkerhet 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.

Fastigheten har automatiskt brandalarm och det finns även sprinklers. Fastighetsverket ansvarar för att fastighetens ändamålsenlighet och säkerhet. Fastighetsverket utför månatliga brandtester. Årligen görs brandgranskningar utförda av räddningsverket. Personalen har tillgång till Teletonika, som när personalen alarmerar går direkt till ett vaktbolag.

Serviceenhets chefen ansvarar för att räddningsplanen är gjord samt att den uppdateras årligen. Förmannen informerar personalen om innehållet och ordnar brandövningar. Räddningsplanen finns i varje avdelningskansli. Personalen ansvarar själva för sitt kunnande.

Välfärdsområdet ordnar utbildning i säkerhet. Personalen deltar vart femte år i brandsläckningsövningar. Senaste övningen utförd: 2019

## 8.5 Dataskydd och datasekretess, samt egenkontrollplan för informations säkerhet

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. handla 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.

Alla användare får handledning och introduktion innan de börjar använda program med klientuppgifter. De anställda undertecknar förbindelse om tystnadsplikt. Personalen har personliga lösenord till patientprogrammet. Abilita användarmanualer finns tillgängliga på avdelningarna. På alla avdelningar och i alla kanslier finns datorer tillgängliga för personalen att dokumentera.

Dataskyddets ansvarsperson:

Anne Korpi, telefonnummer 040 183 2211

Tuija Viitala, telefonnummer 06 213 1841

Serviceenhetens chef, 050-5181013

## 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.

Serviceenhetens chefen tillsammans med personalen.

### Egenkontrollplanens uppdatering

Planen för egenkontroll uppdateras när ändringar inträffar i verksamheten som påverkar servicekvaliteten och klientsäkerheten. Egenkontrollplanen behandlas och går igenom på personalmöte. Den är även en del av introduktionsmaterialet för nyanställda och vikarier. Planen för egenkontroll uppdateras årligen. Förmanen ansvarar för uppdateringen samt för att personalen känner till innehållet. Den nya planen ersätter den tidigare planen, vilken arkiveras i 7år. Egenkontrollplanen finns sparad i välfärdsområdets dokumenthanteringssystem.

### Egenkontrollplanens Offentlighet

Egenkontrollplanen finns synlig på verksamhetsenheten så att personal, klienter, anhöriga samt övriga intresserade kan läsa planen, utan att specifikt begära den. Planen finns till påseende på anslagstavlor för besökare (x2) samt i avdelningskanslierna (x3). Planen är även publicerade på välfärdsområdets webbsida.

### Uppföljning av egenkontrollplanen

Enligt lagen om ordande av social- och hälsovårdens (612/2021) 40 § ska ett välfärdsområde 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.



**Österbottens välfärdsområde**  
**Pohjanmaan hyvinvointialue**



## 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](mailto: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](mailto:patientombudsman@ovph.fi) (ej skyddad e-post)

