



Plan för egenkontroll inom socialservicen

Österbottens välfärdsområde

Enhetens/ servicehelhetens namn	Solhörnan ESB
Godkännare (namn, titel) Underskrift	Teresa Eriksson Enhetschef
Tidpunkt för godkännande	30.08.2023
Versionnummer och datum Datum för tidigare versioner (tidigare versioner skall sparas i sju år)	1.0.
Egenkontrollplanen finns offentligt framlagd.	på enhetens anslagstavlor https://osterbottensvalfard.fi/om-oss/utlatanden-och-dokument/program-for-egenkontroll/



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.....	Error! Bookmark not defined.
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 Korrigering av 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	Error! Bookmark not defined.
5.4 Verkställighetsplan.....	11
5.5 Dokumentation av klientarbete	11
5.6 Rättighet till socialvård av god kvalitet och ett gott bemötande.....	12
5.7 Klienternas och deras anhörigas eller närståendes delaktighet	13
5.8 Stärkande av självbestämmanderätten och tillämpning av begränsningar.....	13
5.9 Multiprofessionellt samarbete.....	15
5.10 Anmärkningar och stöd av social- och patientombudsmannen	15
6 PERSONAL.....	17
6.1 Personalstruktur och personaldimensionering.....	17
6.2 Personalrekrytering, språkkunskaper och arbetstillstånd	18
6.3 Personalintroduktion och fortbildning.....	18
7 ÅTGÄRDER SOM STÖDER FÖRVERKLIGANDET AV SERVICEN	19
7.1 Hygien, samt förebyggande och bekämpning av infektioner	19
7.2 Hälso- och sjukvård	20
7.3 Läkemedelsbehandlingens förverkligande.....	21
7.4 Främjande av välbefinnande, rehabilitering och tillväxt	22
7.5 Måltider och lämplig mat	22
7.6 Enhetens verksamhetsutrymmen	23
8 KLIENT- OCH PERSONALSÄKERHET.....	23
8.1 Egenkontroll enligt hälsoskyddslagen	23
8.2 Medicinskt tekniska produkter.....	24
8.3 Tekniska säkerhetslösningar	25
8.4 Säkerhets-, räddnings- och beredskapsplaner	25
8.5 Dataskydd och datasekretess, samt egenkontrollplan för informationssäkerhet.....	26
9 EGENKONTROLLPLANENS ANSVARSPERSON, UPPDATERING OCH OFFENTLIGHET.....	27
10 BILAGOR.....	29



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: Solhörnan ESB

Adress: Gamla Karperövägen 15B, 65610 Korsholm

Telefon: 040-6716815 / 040-8367215

Stad/kommun: Korsholm

Serviceform: Verksamhetsområde, typ av service och dess omfattning

Verksamhetsområde inom socialvården: Hem och boendeservice

Typ av service (öppenvård, boende etc.): Effektiverat serviceboende

Verksamhetens omfattning (klienternas/ klientplatsernas antal): 15

Verk-

Enhetens/ servicehelhetens ansvarsperson

Namn, titel/ utbildning: Teresa Eriksson

Telefon: 050-3626428 E-post: teresa.eriksson@ovph.fi

Service som köps av underleverantörer och deras serviceproducenter

Köpt service

Serviceproducent

Mat

Teese Botnia Oy Ab

Städning

Sol / Teese Botnia Oy Ab

Vaktbolag

NYQS Botnia Oy Ab

Tvätt av personalarbetskläder

Lindströms / Seinäjoen keskuspesula

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.

Enheten/ servicehelheten har ansvar för kvaliteten på den service som köps av underleverantörer. Bättre på vilket sätt köptjänsternas kvalitet och klientsäkerhet säkerställs:

Matservice: utvärderas vid gemensamma möten tillsammans med kosthållspersonal samt vårdpersonal.
Städservicen: granskas vid regelbundna kvalitetsgranskningar.

Det krävs en egenkontrollplan av underleverantörerna?

Ja.

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).

Målsättningen med vår verksamhet är att producera en kvalitativ vård och omsorg. Vår verksamhetsidé är att skapa god vård och värde i vardagen för våra klienter. Grunden, från vilken verksamheten byggs upp, baserar sig på kvalitet, kompetens, resurser och styrdokument.

Vården och omsorgen baserar sig de på social- och hälsovårdslagar som styr vår verksamhet, samt på kommunens egna strategier. På detta sätt kan vi garantera att vården och omsorgen utförs så att den stöder klientens välbefinnande, funktionsförmåga, hälsa och delaktighet.

För att säkerställa att vi har en högkvalitativ service har vi gjort upp tydliga processbeskrivningar och utarbetat gemensamma personalpolitiska regler, dessutom utför vi 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 samt rikta tjänsterna rätt använder vi RAI-systemet (L 980/2012 §15a).

3.2 Värderingar och verksamhetsprinciper

Tjänsterna inom socialvården ska iakttä 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. Detta ger en engagerad och kompetent personal som arbetar mot samma mål.

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:

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 effektiverad 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 den egna verksamheten, 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 missförhållanden, kvalitetsavvikelser och risker. Personalen uppmuntras att göra HaiPro/SPro för att de olika situationerna skall bli dokumente-

rade. 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
Exempel: Obehöriga kan få tillgång till klienthandlingar	Exempel: Personalen loggar ut klientdatasystemet när de inte använder det.
Låg personaltäthet	Rekrytering
Brist på kompetent personal	Organisera om arbetet så att kompetent personal har hand om tex läkemedelsutdelningen
Brister i språkkunskap	Personalen erbjuds språkundervisning
Brister i läkemedelshantering	Endast kompetent personal utför läkemedelshantering
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 överenskoms 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 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.

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.

Alla avvikelser gällande klienten dokumenteras i vårdjournalen. Risksituationer gällande klienten, beaktas i vårdplaneringen och diskuteras inom personalen. Med hjälp av RAI kan fall och problembeteende riktat mot andra följas upp och utvärderas på halvårsbasis. Även klienten och dennes anhöriga har möjlighet att kontakta förmannen 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 avvikelseteckningar 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	utbildad personal	kontinuerligt	TE / MK / LSM
Apparatpass	utbildning	höst 23	TE / MK / LSM
Dataskyddets ABC	utbildning	kontinuerligt	TE / personal
1:a hjälp	utbildning	kontinuerligt	TE / 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 personalens whatsapp grupp. Alla i personalen är själva skyldiga att ta reda på vad som behandlats på personalmöten samt läsa mötesprotokollet.

Information fås även via veckoinfo (skriftlig).

4.5 Personalens anmälningskyldighet

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 avvikelseteckningar. 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 trygghet av sin vård och omsorg. Användningen av det internationella bedömningsverktyget RAI blir fr.o.m. den 1.4.2023 lagstadgat enligt äldreomsorgslagen.

Enligt lag om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012), ska klienternas välmående, funktionsförmåga och möjlighet att klara sig på egen hand utredas. RAI är det mätinstrument som ska användas i Finland. Med hjälp av RAI kartlägger man klientens helhetssituation och får en mångsidig bild av klientens funktionsförmåga (fysisk, psykisk och social) och vilka faktorer som påverkar självständigheten. RAI bedömningar görs med 6 månaders intervaller samt vid väsentliga förändringar i vård- och servicebehovet.

MNA- bedömning, används för att identifiera, bedöma, diagnosticera och behandla nutritionsproblem. Bedömningen görs regelbundet med 6 månaders intervaller i samband med RAI bedömningen.

När en klient flyttar in hålls ett vårdplaneringsmöte tillsammans med klient och anhörig eller närstående. På vårdplaneringsmötet går man tillsammans igenom önskemål för vardagen och vården, 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, vårdviljeyttring, etiska principer för sjukskötare och närvårdare.

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.

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.

Klientplanen har före inflyttning utarbetats av servicehandledare, tillsammans med klienten och anhöriga. Uppgifter från klientplanen överförs till klientens vård och serviceplan på enheten.

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 klientsäkerhetsrisk 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 målsättningar 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.

Vård- och serviceplanen utarbetas alltid för viss tid. Planen uppdateras alltid vid väsentliga förändringar, men minst 1 ggr/år. I samband med de regelbundna RAI halvårs-bedömningarna går egenvårdaren/sjukskötare genom planen och uppdaterar vid behov. Vård- och omsorgsinsatserna kan utökas eller minskas enligt klientens funktionsförmåga och vårdbehov. Klienten eller vid behov anhöriga godkänner serviceplanen med sin underskrift.

Vårdplaneringsmöten hålls tillsammans med klient och anhörig/närstående enligt behov men minst en gång/år. Vi informerar klienten och anhöriga om att RAI- bedömning görs och vad bedömningen innebär. Anhöriga erbjuds möjligheten att vara delaktiga, enligt vad som passar klienten och anhöriga bäst. Personalen strävar efter att göra klienten så delaktig som möjligt i bedömningen, utgående från dennas funktionsförmåga och hälsa. Klientens delaktighet stärks genom att personalen lyssnar på och beaktar de önskemål som klienten framför.

Vård- och serviceplanen finns elektroniskt i Abilita, 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. RAI-bedömningen utgör grunden för planen och personalen utformar tillsammans med klienten målsättningar med servicen, genom att ta fasta på klientens resurser och riskfaktorer (CAPS/RAPS).

Klientärenden diskuteras regelbundet på personalmöten, vilket säkerställer att personalen känner till förändringar i servicebehov, förändringar i funktionsförmåga och önskemål och målsättningar. Nya klienters vårdbehov och vård-och serviceplan diskuteras på personalmöten.

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.

Läs mera i:

[Föreskrift om strukturen för klienthandlingar inom socialvården och om](#)

[Sosiaalihuollon asiakastietojen käsittely 2022 \(på finska\)](#)

[Behandling av klientuppgifter inom socialvården 2016](#)

Personalen introduceras till dokumenteringen av klientuppgifter under sin inskolning. Under arbetsskiftets gång 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. 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.

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 socialtjänsterna ska personalen respektera och stärka klientens självbestämmanderätt och främja klientens delaktighet i planeringen och genomförandet av servicen.

Vi har noll-tolerans när det gäller osakligt bemötande av våra klienter. All personal är skyldig att ingripa vid misstanke om osakligt eller kränkande bemötande. Vid osakligt bemötande av klienten diskuterar förmanen med berörd personen 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 grunderna för en sådan uppfylls. Är personalens beteende återkommande, övervägs om arbetsförhållandet kan fortsätta. Vid behov kan klient/anhörig göra en skriftlig anmärkning till ledningen.

Alla avvikelser rapporteras och dokumenteras. Förmannen och personalen håller diskussioner med klienten och anhöriga/närstående när en negativ händelse eller risksituation inträffat. Egenvårdarsystem tillämpas och vikten av egenvårdarens betydelse betonas kontinuerligt. Vid personalmöten diskuteras och protokollförs respons som framkommit.

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.

Med jämna mellanrum utförs en enkätundersökning angående servicens tillräcklighet och kvalitet. Responsblanketter, med både öppna och slutna frågor med färdiga svarsalternativ, gällande servicen delas ut till klienten, anhöriga och personal.

Responsen från enkätundersökningen sammanställs och analyseras både enskilt och enheter emellan. Resultaten delges ledningen som fattar beslut om nödvändiga åtgärder som enheterna ska förverkliga. Resultaten delges personal på personalmöten samt till anhöriga genom anhörigträffar på boendeenheter.

Respons och feedback som getts muntligt till personal och/eller förman delges och diskuteras på personalmöten.

Det finns en feedbacklåda tillgänglig för anhöriga och besökare. I den lådan kan respons lämnas. Responsen kan även ges anonymt om så önskas. Respons som kommit via feedbacklådan, samlas in och sammanställs regelbundet av enhetsansvariga. Personalen delges responsen vid personalmöten. Enhetsansvariga delger responsen till ledningen kontinuerligt.

Klientresponsverktyget ROIDU är på kommande hösten 2023.

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 stödas 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.

Socialvårdens vård och omsorg baserar sig i första hand på frivillighet utan intension att begränsa klientens självbestämmanderätt. Med undantag för barnskydd och omsorgen om utvecklingsstörda finns det ingen direkt lagstiftning som begränsar klientens självbestämmanderätt. Enligt barnskyddslagens ska begränsningar tillämpas på ett tryggt sätt där barnets människovärde respekteras, därtill ska barnets unika situation, ålder, kön och kulturella och religiösa bakgrund beaktas. Vid tillämpningen av begränsningar skall man ta hand om barnets enskilda och grundläggande behov. Begränsningarna får inte innehålla att barnet underordnas, disciplineras eller på annat sätt får ett förolämpande bemötande. Användningen av begränsningar skall genast avslutas när de inte längre är nödvändiga. Begränsningar får inte användas som en disciplinär åtgärd och de får inte orsaka barnet skada eller olägenhet.

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.

Läs mera:

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

[Muistisairaan henkilön hoito EOAK/8165/2020 \(på finska\)](#)

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 ska vara så delaktig som möjligt i sin vård. Klienternas rätt att själva fatta beslut beaktas i alla situationer. Personalen frågar klienterna vad hen önskar just idag och lyssnar lyhört på deras önskemål och åsikter. Personalen beaktar klienternas privatliv genom att alltid knacka på dörren till lägenheten, huset eller rummet före dörren öppnas. Kan klienten själv öppna dörren väntar personalen på att hen kommer och öppnar. Klienten ges valmöjlighet att själv bestämma om deltagande i olika aktiviteter som ordnas. Klienten ska känna sig fria att tacka nej eller 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 och om det är absolut nödvändigt med tanke på klientens säkerhet. Utredning av alternativa åtgärder görs alltid innan begränsande åtgärder vidtas.

Begränsande åtgärder beviljas av läkare. Klienten kan även själv önska begränsande åtgärder och då behöver inte läkare kontaktas. Alla begränsande åtgärder dokumenteras grundligt i klientens vårdplan. Behovet av begränsningar utvärderas kontinuerligt och de är alltid tidsbundna. Begränsningar diskuteras alltid med klienten och anhöriga.

Vid situationer där det finns risk för smittspridning, t.ex. vid en epidemi, kan begränsning av rörelsefriheten ske genom beredskapslagen och/eller genom lagen om bekämpande av smittosamma sjukdomar. I dessa fall sker begränsningen av rörelsefriheten i enlighet med de direktiv som myndigheterna utfärdat.

Personalen sköter inte klientens ekonomi och befattar sig inte med dennes ekonomiska transaktioner.

Begränsande anordningar som används vid enheten är grenbälten, sänggrindar, låsta ytterdörrar, dörrvakter, larmmattor och hygienhalare.

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

När service inleds undertecknar klienten en samtyckesblankett. Detta innebär att klienten ger sitt samtycke till att information får föras mellan social- och sjukvården. I Abilita vårddokumentationsprogrammet är social- och hälsovården integrerad.

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.

Klienter inom socialvården har rätt till socialvård av god kvalitet och gott bemötande utan diskriminering från den som lämnar socialvård. Klienten ska bemötas så att hans människovärde, övertygelse och integritet respekteras. Beslut som gäller egentlig vård och service fattas och verkställs medan klienten omfattas av tjänsterna.

En klient som är missnöjd med servicekvaliteten eller bemötandet har rätt att framställa en anmärkning hos verksamhetsenhetens ansvariga person eller en ledande tjänsteinnehavare. Anmärkning kan också vid behov framställas av klientens lagliga företrädare, en anhörig eller en närstående. Mottagaren av anmärkningen ska behandla ärendet och lämna ett skriftligt, motiverat svar inom rimlig tid samt vid behov vidta behövliga åtgärder för att avhjälpa missförhållandet.

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. Kan problemet inte lösas eller om det är fråga om ett större problem kontaktas förmanen. Är problemet ännu inte lösbart parterna emellan, eller om det är fråga om en mycket allvarligare 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.

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- och 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 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 långvarigt serviceboende med heldygnsomsorg och långvarig institutionsvård för äldre regleras personaldimensioneringen genom lag. Personaldimensioneringen ska vara 0,7 anställda per klient, och dimensioneringen ökar stegvis. Vid beräkningen av dimensioneringen beaktas endast den personal som utför direkt klientarbete.

Tillräckliga personalresurser tillgodoses genom kontinuerlig rekrytering. Enhetsansvariga planerar arbets-schemat utgående från verksamhetens behov och ansvarar för att det finns tillräckligt med personal.

En god personalpolitik främjar tillgången av personal och vi är måna om att ta emot studeranden på praktik och läroavtal. Inskolning av nyanställda ges, vilket ger en ökad trygghet och säkerhet för både personal och klienter och skapar ett bra arbetsklimat. Genom intresseförfrågan, annonsering, kontakter och praktikanter sköts vikarierekryteringen.

Arbetsfördelningen är uppdelad så att arbetsbördan inte ska vara för stor för förpersonen. Förpersonerna har egna ansvarsområden, exempel på ansvarsområden är titania, RAI, abilita, Haipro. Vid semester och dylik frånvaro finns det utsedd vikarie.

Vardagar arbetar fyra personer på morgonen och tre på kvällen. Veckoslut arbetar tre personer på morgonen och tre på kvällen. Nätter arbetar två personer, men sköter då också om trygghetsalarm från annan avdelning. På enheten arbetar sjukskötare, närvårdare och vårdbiträden.

THL resultatet för två senaste undersökningarna visar följande: hösten 2022: 0,75

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 förmannen rekryterar yrkesutbildad social- och hälsovårdspersonal skall uppgifter som de sökande alltid kontrolleras i Valvira's 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>

Rekrytering sker genom olika typ av annonsering (bl.a. TE-byrån, kuntarekry) eller genom direkt rekrytering. Uppvisande av betyg, intyg från Valvira och arbetsintyg samt tillräckliga språkkunskaper krävs. I organisationen finns möjlighet att genomgå ett internt språkprov samt språkutbildning. Vid rekrytering av personal kontrolleras att personen finns registrerad i Suosikki och Terhikki registret.

Vid rekrytering av vårdpersonal, förutsätts utbildning inom branschen. Alla anställningar föregås av personlig intervju. Uppvisande av betyg och behövliga intyg krävs. Sjukskötares och närvårdares yrkesbehörighet kontrolleras alltid. Vårdbiträden anställs utgående från lämplighet.

6.3 Personalintroduktion och fortbildning

När ny personal anställs behöver tillräckligt med tid reserveras för introduktionen 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.

I lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda (1977/519 § 42 a) betonas att personalen som tar hand om den här klientgruppen behöver få introduktion och anvisningar om arbetsmetoder som stöder och främjar klienternas förutsättningar för att klara sig på egen hand och stöda deras självbestämmanderätt., samt främjar ibruktagnig av arbetsformer som är alternativa och rehabiliterande i förhållande till begränsningsåtgärder.

Enhetsansvariga tillsammans med personalen ansvarar för att alla nyanställda får en god introduktion av arbetet. Nyanställda arbetar sida vid sida med ordinarie personal i 2 - 3 dagar, vid behov upp till en vecka. Under inskolningen räknas inte personen in i personaltätheten.

Vikarier som saknar behörighet ges skolning (distribuering av läkemedel, sårvård) samt får intyg på att de får distribuera läkemedel ur färdigt delade dosetter/ läkemedelspåsar.

Inskolningsmapp och checklista för nyanställda finns i personalens kansli. Alla anställda, även korttidsvikarier och studeranden på praktik, undertecknar en tystnadspliktsblankett.

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 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.

I förverkligande av egenkontrollen syns det bl.a. i

- Enhetens hygiennivå, 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 textilvård

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).

Enhetens städning och klädvård utgör ett viktigt delområde i att upprätthålla allmän hygiennivå och hindra spridning av infektioner. Beskriv hur livsmedels- och handhygien beaktas i matlagningen och vid måltiderna (klienter och personal).

Klientens hygien (intimhygien, tand, -mun- och hudvård) tillgodoses genom daglig tvätt eller enligt behov. Hjälpbehovet finns antecknat i vård-och serviceplanen. Duschhjälp ges enligt vad som är överenskommet i vård och serviceplanen. Bastuservicemöjligheter finns på annan enhet i samma byggnad.

Inom verksamheten tillämpas god handhygien med tvätt och desinficering mellan klienter. Personalen har möjlighet att kontakta VCS hygienskötare tfn. 06-213 2405 vid behov. De flesta i personalen har hygienpass.

Vid infektioner/pandemier/epidemier följer man sjukvårdsdistriktets föreskrifter för god vård i hemmet. Skyddskläder används vid behov utgående från gällande direktiv. Förmannen ansvarar för att givna myndighetsdirektiv tillämpas utan avvikelse vid verksamhetsenheten.

Städningen av klienternas rum och allmänna utrymmen sköts av underleverantör. Mot en tvätt avgift kan all tvätt tvättas på enheten. Anhöriga kan också sköta om tvätten om så önskas.

Under inskolningsdagarna för en nyanställd går personalen genom vilka direktiv och föreskrifter som gäller vid enheten. Anvisningar och direktiv finns utprintade.

Som hygienansvarig fungerar sjukskötaren på enheten. Och hygienskötaren har informerats om vem som fungerar som ansvarsperson.

De medicintekniska produkterna och instrumenten rengörs efter användning i enhetens autoklav – deko 190

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. Därtill behöver det finnas anvisningar kring handlande vid oväntade dödsfall.

Munhälsovård: vi följer de allmänna direktiven i kommunen.

Icke-brådskande och brådskande sjukvård: Akuta situationer och försämring av hälsotillstånd är situationsbundna och behandlas utgående från klientens specifika situation samt vårdviljetrytning (egen läkare, HVC, samjour eller 112). För bedömning av behovet av brådskande vård finns gemensamma riktlinjer och bedömningsverktyg.

Tillgång till psykiatrisk konsultation enligt behov och resurser i form av läkare och/eller sjukskötarbesök. Vid behov finns tillgång till specialistsjukvård.

Till enheten kommer läkare varje vecka en till två gånger. Sjukskötarna kan också vid behov ringa läkaren för konsultation. Sjukskötare finns vanligtvis på plats vardagar. Samarbete mellan sjukskötare sker även enheter emellan. Personalen följer vid klientbesöken med klientens hälsotillstånd och välbefinnande. Allmän genomgång och kontroll av medicinlista av läkare 1 ggr/år eller enligt behov.

Till regelbundna kontroller och uppföljning (oavsett kronisk sjukdom eller inte) hör: längd, vikt, blodsocker, blodtryck, puls samt blodprovskontroller enligt läkarordination.

Det finns utarbetat en folder kring vägledning vid dödsfall samt vård i livets slutskede. En handlingsplan för konstaterande av dödsfall finns. Vid oväntade dödsfall, t.ex. olycksfall, självmord, vid misstanke om förgiftning, resultat av vårdåtgärder eller annan onaturlig död kontakts alltid läkare eller polis. Under vardagar, dagtid kontakts ansvarig läkare eller HVC läkare. Under jourtid ring 112.

7.3 Läkemedelsbehandlingsplanens 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. 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 sjuksköterna 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](#)

Läkaren ansvarar för läkemedelsbehandlingen på enheten. Sjukskötare och närvårdare, vårdarvikarier samt vårdbiträden utför läkemedelsbehandling enligt ordination. Sjukskötare och närvårdare avlägger med 5 års mellanrum en tentamen i läkemedelsbehandling (LOVe) där de uppvisar sina kunskaper i teori och praktik.

Ansvarig läkare: Clas-Göran Smeds
Ansvarig på avdelningen är sjukskötare

Läkemedelsbehandlingsplanen uppdateras regelbundet enligt gällande direktiv minst 1 ggr/år.

Listan på personalens ikraftvarande läkemedelslov uppdateras kontinuerligt och personalen påminns när lovet håller på att gå ut. Tent-tillfällen ordnas regelbundet.

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.

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.

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. Vidare information hittas i [Livsmedelsverkets närings- och matrekommendationer](#)

Maten tillverkas vid Solsidans kök som är en del av TeeSe Botnia. Frukost, lunch, mellanmål, middag och kvällsbit hämtas från köket. Personalen på enheten tillreder mellanmål och dyliskt. Klienternas lägenheter är utrustade med kylskåp och spis.

Måltiderna serveras enligt följande: frukost kl.7.30-10.00, lunch kl. 11.30, kaffe kl.14.00, middag kl. 16.30, kvällsmål kl.18.00-19.00. Vid behov har klienten möjlighet till mellanmål mellan måltiderna, även nattetid. Personalen följer med så att inte nattfastan blir för lång.

Specialdiet ordnas enligt behov. Klienten har möjlighet att framföra önskemål direkt till personalen, som i sin tur för dem vidare till köket. Kundnöjdhetsundersökningar genomförs med jämna mellanrum av Solsidans kök.

MNA-bedömning görs 2 ggr/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 dag är tillräcklig. Vid misstanke om uttorkning följs vätskeintaget upp. En uppföljning av närings- och vätskeintaget görs med en skild blankett.

Inom äldresomsorgen finns tillgång till näringsrådgivare. Måltiderna är planerade så att de uppfyller de äldres näringsrekommendationer. Vid behov kan måltiderna fås mera energirika.

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.

Det finns 13 enrumslägenheter och 1 tvårumslägenhet på enheten. Klienternas lägenheter varierar mellan 20 och 32,5 kvadratmeter. Klienterna får själva inreda sitt rum, men i hyran ingår säng och nattygsbord. De allmänna utrymmena får användas av alla som bor på enheten. Anhöriga får fritt besöka enheten och möjlighet till övernattnig finns vid t.ex. palliativ vård. Personal finns på plats dygnet runt.

Personal respekterar klienternas privatliv genom att alltid knacka på dörren innan de går in i rummen.

Om klienten av någon orsak är borta en längre tid används inte hans rum till annat ändamål.

I en situation där beredskapsplanerna tagits i bruk, t.ex. vid en epidemi, kan begräsningar gällande besök av anhöriga och vistelse i allmänna utrymmen förekomma på alla verksamhetsenheter.

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 heldygnsvård, 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.

Riskbedömning görs tillsammans med personalen och arbetarskyddet regelbundet och riskerna åtgärdas. Genomgång med företagshälsovården samt arbetarskyddet regelbundet.

Enheten och fastighetsägarna arbetar tillsammans för att minimera riskerna. Åtgärder vidtas vid behov i samarbete mellan fastighetsverket, arbetarskyddet och företagshälsovården. Rengöring av ventilationskanaler vart 5 år. Byte av ventilationsfilter årligen samt vid behov. Åtgärder och undersökningar i fastigheten utförs i enlighet med lagar och förordningar. Verkställs av fastighetsverket.

8.2 Medicinskt tekniska produkter

Fimea ansvarar för styrningen och tillsynen av medicinskt tekniska 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§).

Linda Styrís linda.styris@ovph.fi säkerhetskoordinator
Petri Luoma petri.luoma@ovph.fi sjukhusingenjör

På enheten finns utsedda apparatansvariga. Ny personal introduceras i apparatpasset. Apparatpassen registreras småningom i Laatuportti.

För hjälpmedel som lånats via utlåningen ges användarhandledning då hjälpmedlen tas i bruk på enheten. Utlåningen kontaktas vid servicebehov. Enhetens egna medicinskt tekniska produkter beställs från organisationens anskaffningsavdelning. Serviceavtal görs.

Rapportering av tillbud görs via Haipro programmet.

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.

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 hälsosfaktorer. 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 inspelad 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 konsumentssäkerhetslagen (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.

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 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 in genom ytterdörren krävs kod. Patientalarmen kontrolleras i enlighet med serviceavtalet. Underleverantören ansvarar för att tekniken fungerar och sköter om underhåll av larmapparater.

Loihde 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 boendeenheter är säkerhetssynpunkt är det viktigt med en aktuell räddningsplan (fastighetsägarens ansvar) ja 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.

Läs mera: [SHM: Beredskap inom social- och hälsovården](#)
[SHM: Beredskapsärenden](#)

Fastigheten har automatiskt brandalarm och det finns även sprinklers. Fastighetsverket ansvarar för fastighetens ändamålsenlighet och säkerhet, samt utför månatliga brandtester. Årligen utförs brandgranskningar av räddningsverket. Personalen har tillgång till överfallslarm, som går direkt till ett vaktbolag.

Serviceenhetens chefen ansvarar för att räddningsplanen är gjord, uppdateras årligen och informerar personalen om innehållet. Räddningsplanen finns i varje avdelningskansli. Personalen ansvarar själva för sitt kunskande. Välfärdsområdet ordnar heldagsskolning i säkerhet som personalen deltar i vart femte år.

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. 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 (Abilita vårddokumentation och RAI LTC). Programleverantören ansvarar för systemets datasäkerhet. De anställda undertecknar förbindelse om tystnadsplikt. Personalen har personliga lösenord och beviljas användarrättigheter utgående från arbetsuppgifter, och dessa uppdateras/tas bort vid förändringar. Abilita användarmanualer finns tillgängliga på avdelningarna. På alla avdelningar och i alla kanslier finns datorer tillgängliga för dokumentation.

Dataskyddets ansvarsperson:

Anne Korpi, telefonnummer 040 183 2211
Tuija Viitala, telefonnummer 06 213 1841
Serviceenhetens chef, 050 362 6428

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.

Serviceenhetschefen och personalen deltar i uppgörandet, uppdateringen och förverkligandet av egenkontrollplanen.

Egenkontrollplanens uppdatering

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.

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.

Egenkontrollplanen sparas i Välfärdsområdets dokumenthanteringssystem. Planen finns framlagd vid enhetens anslagstavla för anhöriga, klienter och besökare. Planen finns även i enhetens personalrum.

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 ordnande 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)

