



# Plan för egenkontroll inom socialservicen Österbottens välfärdsområde

Enhetens/ servicehelhetens namn	Villa Göta & Åke, ESB
Godkännare (namn, titel) Underskrift	Carina Antfolk, serviceenhetschef
Tidpunkt för godkännande	18.05.2023
Versionnummer och datum Datum för tidigare versioner (tidigare versioner skall sparas i sju år)	1.0
Egenkontrollplanen finns offentligt framlagd.	På allmän anslagstavla i servicecentret På Österbottens välfärdsområdets hemsida



## 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.....	8
4.4 Korrigerande åtgärder och förebyggande av en upprepning av skador .....	9
4.5 Personalens anmälningskyldighet .....	10
5 KLIENTENS STÄLLNING OCH RÄTTIGHETER .....	11
5.1 Bedömning av servicebehov .....	11
5.2 Egen kontaktperson .....	11
5.3 Klientplan .....	11
5.4 Verkställighetsplan.....	12
5.5 Dokumentation av klientarbete .....	12
5.6 Rättighet till socialvård av god kvalitet och ett gott bemötande.....	13
5.7 Klienternas och deras anhörigas eller närståendes delaktighet .....	14
5.8 Stärkande av självbestämmanderätten och tillämpning av begränsningar.....	14
5.9 Multiprofessionellt samarbete.....	16
5.10 Anmärkningar och stöd av social- och patientombudsmannen .....	16
6 PERSONAL.....	17
6.1 Personalstruktur och personaldimensionering.....	17
6.2 Personalrekrytering, språkkunskaper och arbetstillstånd .....	18
6.3 Personalintroduktion och fortbildning.....	19
7 ÅTGÄRDER SOM STÖDER FÖRVERKLIGANDET AV SERVICEN .....	20
7.1 Hygien, samt förebyggande och bekämpning av infektioner .....	20
7.2 Hälso- och sjukvård .....	21
7.3 Läkemedelsbehandlingens förverkligande.....	22
7.4 Främjande av välbefinnande, rehabilitering och tillväxt .....	24
7.5 Måltider och lämplig mat .....	24
7.6 Enhetens verksamhetsutrymmen .....	25
8 KLIENT- OCH PERSONALSÄKERHET.....	26
8.1 Egenkontroll enligt hälsoskyddslagen .....	26
8.2 Medicinsktekniska produkter.....	26
8.3 Tekniska säkerhetslösningar .....	27
8.4 Säkerhets-, räddnings- och beredskapsplaner .....	29
8.5 Dataskydd och datasekretess, samt egenkontrollplan för informationssäkerhet .....	30
9 EGENKONTROLLPLANENS ANSVARSPERSON, UPPDATERING OCH OFFENTLIGHET.....	31
10 BILAGOR.....	33

## 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.***

*Service 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.

Denna bottenmodell fungerar som en mall för uppgörande av socialvårdens egenkontrollplan.

## 2 SERVICEPRODUCENT OCH SERVICE

**Serviceproducent:** Österbottens välfärdsområde

**FO-nummer:** 3221324-6

**Adress:** Sandviksgatan 2-4, 65100 Vasa

### Enhet/ servicehelhet

Namn: Villa Göta & Åke, ESB

Adress: Närpes Vård- och Servicecenter, Kyrkvägen 6C, 64200 Närpes

Telefon: 040-6746054 (modul Åke), 040-6746055 (modul Göta)

Stad: Närpes

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

Verksamhetsområde inom socialvården: HEBO

Typ av service: Effektiverat serviceboende

Verksamhetens omfattning: 25 klientplatser

### Enhetens ansvarsperson

Namn, titel/ utbildning: Carina Antfolk, serviceenhetschef / sjukskötare

Telefon: 040-6746084 E-post: ann-carina.antfolk@ovph.fi

### Service som köps av underleverantörer och deras serviceproducenter

#### Köpt service

Läkartjänster

Apotekstjänster

Laboratorietjänster

Trygghetsalarm

Matservice

Städservice

Tvätteriservice

#### Serviceproducent

Pihlajalinna

Närpes apotek

Flmlab

Tunstall

Stöd Botnia Tuki fr o m 01.06.2023

Stöd Botnia Tuki fr o m 01.06.2023

EcoWash

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:

*Välfärdsområdena 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 avhjälpas. Om inte missförhållandena eller bristerna avhjälpas 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**

Kvalitet på service från tjänsteproducenter och underleverantörer följs noggrant med. Vid eventuella konstaterade brister, missförhållanden och negativa avvikelser kontaktas tjänsteproducenten för utredningar och vidare åtgärder. Man följer upp hurdana överenskommelser man gjort i gällande avtal med underleverantörer / serviceproducenter; motsvarar kvaliteten på servicen det som överenskommit i avtalet?.

Beroende på graden av brister kontaktar ansvarsperson på enheten, eller någon på högre nivå.

## 3 VERKSAMHETSIDÉ, VÄRDERINGAR OCH VERKSAMHETSPRINCIPER

### 3.1 Verksamhetsidé

Verksamhetsidén anger 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).

**Enhetens verksamhetsidé är**

att upprätthålla ett tryggt, trivsamt och funktionellt boende för äldre när hemmaboende med maximala stöd-tjänster inte längre uppfyller klientens behov.

Att erbjuda vård och service som stöder och kompletterar klientens fysiska, psykiska samt sociala funktion och upprätthåller dennes livskvalitet till livets slut.

### 3.2 Värderingar och verksamhetsprinciper

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

Värderingarna speglar sig även i de yrkesetiska principerna som tillämpas i arbetet, och de styr valen också i sådana fall där lagen inte ger exakta svar på de frågor som uppstår i det praktiska arbetet. Värderingarna vittnar om arbetsgemenskapens sätt att utföra sitt arbete. De påverkar målsättningen och de metoder som används för att målen ska uppnås.

Verksamhetsprinciperna anger målen för enheten/service och klientens ställning i den. Verksamhetsprinciper kan vara exempelvis individorientering, säkerhet, familjecentrering och professionalitet.

Tillsammans med värderingarna bildar verksamhetsprinciperna ryggraden för arbetsmetoderna och målen och återspeglas bl.a. i det sätt man bemöter klienter och anhöriga.

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

#### **Värderingar och verksamhetsprinciper**

Vi strävar till en personcentrerad vård och service enligt klientens individuella behov, förutsättningar och önskningsar i enlighet med den uppgjord vård- och service- och rehabiliteringsplanen.

Vi strävar till ett aktiverande arbetssätt för att så långt det är möjligt stödja klientens delaktighet samt upprätthålla klientens fysiska, psykiska, sociala och kognitiva funktionsförmåga.

Vi strävar till att upprätthålla en hemlik, trygg och säker miljö.

Vi strävar till att anhöriga skall känna sig välkomna och inbjuder dem till delaktighet i vård och omsorg.

Vi förutsätter ett gott bemötande gentemot klienter, anhöriga, besökare samt personal.

Vi respekterar den enskilda människans integritet, delaktighet och självbestämmanderätt.

Varje klient skall ses och höras på ett rättvist och jämlikt sätt.

Vi strävar till att personalen skall besitta kompetens och färdighet för sin uppgift.

Var och en skall i sin uppgift uppfylla sin tystnadsplikt och iaktta sekretess gentemot klienten.

## 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)
- Enhetens Läkemedelsplan
- Enhetens Räddnings- och utrymningsplan
- Enhetens plan för Egenkontroll

## 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 att 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:

Ledningen svarar för att tillräckliga resurser finns för att en säker verksamhet skall kunna garanteras. Ledningen skall hållas informerad om eventuella brister och därmed kunna stöda förbättringar och utveckling. Resurser fördelas även för utbildningstillfällen för personalen.

Förmannen ser till att alla är bekanta med planen för egenkontroll; dess innehåll och hur den skall användas. Förmannen poängterar vikten av att alla är observanta på missförhållanden, risker och avvikande händelser. Alla skall vara aktiva och på ett eller annat sätt meddela sina negativa erfarenheter och observationer. Alla skall känna sig trygga i att påpeka säkerhetsfrågor. Vi har inställningen att vi inte söker syndabockar till risksituationer.

Kollegiets förslag till förbättringar och lösningar välkomnas och hörsammas.

Alla i kollegiet skall ta del av ändrade rutiner och arbetssätt för att uppnå förbättring. Alla skall jobba för samma mål.

Korrigerande och förbättrande åtgärder inskrivs i uppdaterad egenkontrollplan.

Säkerhetsansvariga utses som håller extra kontroll på läget samt verkar som en länk mellan enheten och förpersonen.

Personalen uppmuntras att ta del av skolning i säkerhetsfrågor.

En positiv inställning till planen skall råda. Egenkontrollplanens syfte är att stödja säkerhetsfrågor; den berättar om på vilken nivå vår verksamhet skall vara. Den skall sporra oss att upptäcka, hantera och korrigera risker och missförhållanden.

## 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 verksamheten 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.

### Identifiering av risker och missförhållanden samt förebyggande åtgärder.

Alla ansvarar för att risker och missförhållanden lyfts fram; var och en förväntas reagera på det man själv ser, hör, känner och upplever. Även klienter och anhöriga uppmuntras att föra fram negativa observationer och erfarenheter.

HaiPro- / SPro- anmälningar görs. Även klienter och anhöriga kan göra HaiPro anmälan via välfärdsområdets hemsida.

Risker tas tag i så fort som möjligt; innan de leder till olyckliga händelser. Alla engageras och uppmuntras att komma med förslag hur man kan förbättra situationen.

Envar kan även tillrättalägga sådana risker som är lätt åtgärdade. Viktigt att alla korrigerande åtgärder /ändrade arbetsmetoder kommer till allas kännedom.

Vi tar alla en kollegial lärdom av hotande risker, tillbud eller direkta händelser.

### Enhetens/ servicehelhetens mest centrala risker och förebyggande av dessa

Risk	Förebyggande åtgärder
<b>Kirjoita tekstiä napsauttamalla tätä.</b>	<b>Kirjoita tekstiä napsauttamalla tätä.</b>
Obehörig personal, bristande kompetens, underbemanning medför stress	Följa med dimensioneringen. Tillräckligt antal personal i varje skift. Maximalt antal behöriga; i den mån folk finns att tillgå. Arbetsstyr med enbart obehörig personal får inte förekomma.
Bristande introduktion, information	Arbetsuppgifter enligt känd befattningsbeskrivning. Introduktion enligt plan och checklista.
Bristande dokumentation	Förbättra den skriftliga dokumentationen i vårdjournalen samt ta sig tid att läsa vad som skrivits.
Bristfällig kommunikation med såväl läkare som vårdpersonal p g a språkkunskap	Eftersträvansvärt att i läkarkontakt få prata svenska. Använda högsvenska i kommunikationen med kollegor som inte behärskar dialekt.
Obehöriga kan komma över klientuppgifter	Dokument med personuppgifter skall inte lämnas framme på öppna ställen. Alla loggar ut från datorn efter avslutad uppgift. Alla kommer ihåg sin tystnadsplikt gentemot obehöriga.
Bristfällig eller riskfylld läkemedelshantering	Kunskap om de läkemedel som används. Användande av planen för läkemedelshanteringen. Läkemedelstillstånd i kraft.
Klienters minnessjukdom medför bristande omdöme och nedsatt konsekvenstänkande.	Personalen skall vara medvetna om klienternas oförmåga till att bedöma följder av sitt handlande. "Vad som helst kan hända".

Risk	Förebyggande åtgärder
Bristfällig identifiering av klienter	Identifieringsarmband – om klienten låter sådant hållas. OBS speciellt viktigt att sätta armband när klient förs ensam till annat vårdställe.
Hotande, agerande klienter gentemot medboende, besökare och personal. Konflikter klienter emellan. Hotfulla besökare.	Personalens medvetenhet om riskerna. Lugnande åtgärder. Diskret info om risker och ev händelser till anhöriga / besökare. Användning av väktaralarm.
Klienter som förvillar sig från enheten	Demensalarm påsatt vilket alarmerar när någon går ut. Identitetsband påsatt. Foto av klienten som underlättar ev sökande. Diskret info till anhöriga / besökare om att vara observanta på vem de möter i dörren.
Bristfälliga eller opassande hjälpmedel, apparatur o annan utrustning. Ovarsamt hanterande av desamma	Säkra, hela och passande hjälpmedel till klienten. Personalens kunskap om hur hjälpmedel, apparater och utrustning används. Apparatpass för personalen.
Farliga medel, ämnen och föremål	Lämnas inte oövervakade. Låses in.
Brandrisk	Eliminera synliga, kända orsaker till ev brand. Fungerande brandalarm och sprinklers. Personalens kunskap om agerande samt om brand- och utrymningsplan.

### 4.3 Rapportering och analysering av tillbud och avvikelser

**Behandlingen av tillbud och avvikelser innefattar dokumentering, analysering och rapportering av dessa.** Ansvar för att den kunskap som samlats vid riskhanteringen kommer till nytta i utvecklingsarbetet ligger hos serviceproducenten, men de anställda ansvarar för att informationen förmedlas till ledningens kännedom. I behandlingen av avvikelser ingår även att de diskuteras med de anställda, klienten och vid behov med en anhörig.

Efter en allvarlig avvikelse som orsakat ersättningsbara skador informeras klienten eller den anhöriga om hur ersättning kan sökas.

Rapporteringssystem som används inom Österbottens välfärdsområde

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

#### Hantering och dokumentering av tillbud och avvikelser

Alla ansvarar för att via HaiPro och SPro anmäla tillbud samt direkta avvikelser. Anmälan görs av den som upplevt avvikelsen. Anmälan görs via organisationens intra: HaiPro programmets patient-/klientsäkerhetsanmälningsblankett.

Förmanen får rapporter till sin kännedom, analyserar och rapporterar dessa till personalen. Diskussioner förs i arbetsteamet om vad som hänt, åtgärder och hur vi kan undvika att det händer igen.

Anmälningar läses och följes upp även av flera sakkunniga och ansvariga på högre nivå.



Såvida händelsen gäller klient dokumenteras den i vårdjournalen och anhöriga får saklig och korrekt information. Ev följder diskuteras med anhöriga.

Om det gäller en våldshandling gentemot personal görs anmälan till arbetarskyddet.

Ifall man inom enheten anser att man behöver hjälp med handläggning av händelsen, eller om orsaken till händelsen beror på externa orsaker som man inte kan påverka, kan anmälan flyttas till högre nivå. Man kan antingen flytta för kännedom en redan behandlad anmälan eller med begäran om direkt handläggning av de som får anmälan på högre nivå.

Anhöriga och besökare underrättas om deras rätt att göra anmälningar via Österbottens Välfärdsområdes websida:

<https://osterbottensvalfard.fi/sa-har-fungerar-vi/kundens-och-patientens-rattigheter/missnojd-med-var-den/>

Anmälan kan göras anonymt. Men om anmälaren har lämnat sina kontaktuppgifter bör handläggaren på enheten vara i kontakt med anmälaren och be om ursäkt, diskutera händelsen och reda ut eventuella missförstånd. Vi bemöter patienters, klienters och anhörigas negativa upplevelser på ett sakligt sätt och kan återupprätta förtroendet för enheten.

Allmänhetens HaiPro anmälan bemöts inom två veckor efter anmälan. Följder och åtgärder meddelas åt anmälaren.

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

För kvalitetsavvikelse, missförhållanden och tillbud samt för negativa händelser **fastställs korrigerande åtgärder som hindrar att händelsen upprepas framöver. Sådana åtgärder är bland annat utredning av orsakerna till det skedda och därigenom en övergång till säkrare arbets sätt.** Detaljerad information om servicens kvalitet och behoven att utveckla klientsäkerheten fås från olika källor.

Inom riskhanteringsprocessen behandlas alla avvikelseanmälningar och kända utvecklingsbehov och för dem görs en plan beroende av risknivån så att de kan fås i skick.

De korrigerande åtgärderna registreras i enhetens 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
Personal	Medicindelningen rätt	2023	Sjukskötare
Personal	Läkemedelslov /praktiska prestationer	2023	Sjukskötare
Personal	Kunskap om apparater o hjälpmedel	2023	Apparatansv.
Personal	Datasekretessen	2023	Förmannen
Personal	Introduktionsplan för nyanställda o studerande 2023		Förmannen

#### Uppföljning och dokumentering av korrigerande åtgärder

Muntlig och skriftlig redogörelse om korrigerande åtgärder, vilka alla i vårdteamet skall ta del av. Skriftliga rapporter till klient, anhöriga, samarbetspartners ifall sådana varit delaktiga i anmälan.

Genomgång vid personalmöten.

Verkan av åtgärderna följs upp genom dokumentering på passande sätt.

## 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 avvikelseanmälningar. 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).*

Läs mera i: [Klient- och patientsäkerhetsstrategi och genomförandeplan 2022-2026](#)

### Personalens anmälningsskyldighet

Informeras om personalens anmälningsskyldighet.

Information om tillvägagångssätt hittas på anslagstavla i dokumentationsrummet samt på organisationens intra "När kontaktar du tillsynen"

<https://intra.pohjanmaanhyvinvointi.fi/service-och-stod/kvalitet-och-tillsyn/egenkontroll-och-tillsyn/nar-kontaktar-du-tillsynen/>

Anmärkingar och klagomål riktas i muntlig eller helst i skriftlig form i första hand till serviceenhetschefen. Diskussion om vad som kan göras.

Om inte tillrättaläggande lyckas inom enheten kontaktas ansvariga på högre nivå inom egna organisationen, patient- eller socialombudsmannen.

Även tillsynsmyndigheter kan komma på fråga: Regionförvaltningsverket och Valvira.

## 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 tryggheten av sin vård och omsorg.

Användningen av det internationella bedömningsverktyget RAI blir fr.o.m. den 1.4.2023 lagstadgat enligt äldreomsorgslagen.

#### **Bedömning av servicebehov**

Redan innan den s k SAS-gruppen gör beslut om plats på boende, bedöms klientens möjligheter och servicebehov med hjälp av RAI HC. Till buds stående möjligheter presenteras och klienten och dennes anhöriga hörs om ev önskemål.

### 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 arbetstagar 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.

Kontaktperson är utsedd: Annica Janfelt 040 482 9463

### 5.3 Klientplan

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

Den s k SAS-gruppen gör bedömning av vård- och servicebehov enligt vilken klienten tilldelas plats på passende serviceenhet. Klientens önskemål och åsikter beaktas. Plats beviljas enligt uppgjorda kriterier

## 5.4 Verkställighetsplan

Förverkligandet av vård-, service- eller rehabiliteringsplanen i klientens dagliga vård och service förutsätter att personalen är väl förtrogna 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 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.



### Vård- service- och rehabiliteringsplan

I samband med inflytten till serviceboende fås information om klientens situation och hjälpbehov; dels från SAS-gruppen men även från ev annan vårdenhet därifrån klienten flyttar.

En sk ankomstintervju för att få de mest basala förstahandsuppgifterna görs. Samt en levnadsberättelse som möjliggör att vi lär känna klientens historia bättre.

Klienten observeras och hörs (i den mån den kognitiva förmågan medger) om behov och önskningar.

Vårdarens uppmärksamhet på beteenden kan härledas till uttalade behov.

Blodtryck och vikt följs åtminstone inför läkares närrond samt övriga mätningar och undersökningar enligt läkares ordination. MNA kollas i samband med RAI-bedömning samt ev MMSE görs.

Anhöriga som bäst känner klienten hörs; deras information är en viktig del i bedömningen och uppdatering av vårdbehov. Tröskeln till anhörig-kontakter skall vara låg.

RAI LHC bedömning görs några veckor efter inflytten. Därefter görs ny bedömning efter 6 månader såvida inte vårdbehovet ändras väsentligt så att bedömning behöver göras tidigare. Efter genomförd RAI-bedömning skall vård- och serviceplanen uppdateras.

Rekommenderas att klienten och anhöriga deltar i bedömningen.

Som grund för klientens vård- och serviceplan samlas information om klientens bakgrund, status, behov och önskningar. Klienten informeras och hörs i den mån hen p g a nedsatt kognitiv förmåga kan uttala sig om behov och önskningar.

Även anhörigas information och önskningar beaktas. RAI bedömningar ger viktig information om klientens vård- och servicebehov. Planen uppdateras när vård- och servicebehovet ändras eller åtminstone efter varje RAI-bedömning.

Sjukskötare tillsammans med egenvårdaren uppdaterar planen.

Alla i vårdteamet har tillträde till vårdjournalen. Det är på allas ansvar att läsa / ta del av planerna.

Planen förverkligas genom att dagliga vård- och serviceinsatser upptecknas i vårdjournalen. Vartefter uppgifterna har gjorts kvitteras de. Eventuella avvikande observationer dokumenteras.

## 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](#)

### **Klientuppgifter och Datasekretess**

Var och en som hanterar personuppgifter skall avlägga en webbaserad dataskyddstent: **”Dataskyddets ABC inom offentlig förvaltning”**

Alla skall även underteckna dokumentet: **”Användnings- och sekretessförbindelse”**.

Den som tar hand om nya arbetstagare introducerar dem i dataprogrammet och klientdokumenteringen. Alla i kollegiet skall handleda ny personal när behov finns.

Poängteras att dokumentationen, för att undvika missförstånd, skall vara klar, tydlig och sanningsenlig. Den bör ske utan dröjsmål så att man får med adekvat information.

En uppdaterande fortbildning i dokumentering behövs.

Bedöms att frågorna kring dataskydd och sekretess är osäkra; de behöver repeteras och kompletteras.

Dataskyddsansvariga är: Tuija Viitala 06-2131840 Anne Korpi 040-1832211

## **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 hens människovärde inte kränks och så att hens 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.

### **Gott bemötande**

Ett gott bemötande av klienten innefattar att vi ser och hör dem, sakligt och tålmodigt. Att vi visar intresse för deras person och respekterar deras val och åsikter och handlar utgående från dessa. Att vi ger klienten valmöjligheter samt tillåter denne att vara delaktig i besluten som gäller hen. Att vi behandlar klienten som en likvärdig och pratar som en vuxen till en vuxen på dennes modersmål.

Vi pratar inte över klientens huvud. Vi är inte nedvärderande mot klienten och idkar inte maktmissbruk mot densamme!

Om undermåligt bemötande eller osakligt uppträdande förekommer gentemot klienten skall det utredas med enskild personal. Kollegiet har också ett ansvar att påminna varandra om eventuella missförhållanden. Ett osakligt bemötande, risksituationer och negativa händelser som klienten utsatts för skall omgående tas till bedömning och korrigerad. Klienten / närstående skall känna sig trygga att diskutera sådana ärenden med personalen / förmannen.

Klient och närstående skall vara informerade om att de kan lämna en anmälan om dylika situationer via <https://osterbottensvalfard.fi/sa-har-fungerar-vi/kundens-och-patientens-rattigheter/missnojd-med-var-den/>.

Klient, anhöriga och närstående kan även vända sig till klient- / patientombudsmannen för att framföra missnöje. Kontaktuppgifter finns på anslagstavlan samt i egenkontrollplanen.

Missförhållanden skall bedömas, bemötas och korrigerande åtgärder delges de berörda. Viktigt att bemöta sakligt och korrekt samt framföra ursäkt för det som hänt.

## 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.

### **Klienternas och anhörigas delaktighet och respons**

Kontinuerlig dialog med klienter och deras närstående. De skall uppmuntras att spontant berätta sina åsikter. Personalen skall vara lyhörd för framförda uttalanden, förslag och önskingar.

Klient- / anhörig- och personalundersökningar skall göras.

Ris- och roslåda är tillgänglig för spontana anonyma åsikter.

Roidu- respons.

Vi strävar till att ta till oss responsen och bedöma hur vi bäst kan uppfylla önskingar och krav.

## 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 i 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 könsensitiva situationer.

Bland socialvårdens klienter finns det personer i olika åldrar som är oförmögna att sköta egna ärenden. 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. 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 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 begränsnings sättet, 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.

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

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

### **Integritet, självbestämmanderätt och begränsningar**

- Alla har sitt egna privata område i sitt rum vilket de inrett med privata tillhörigheter. I varje rum finns egen toalett och dusch.
- Trygghetslarmet har förutom en kalla-på-hjälp-funktion även en låsfunktion åt rumsdörren, vilket möjliggör att klienten kan ha sin dörr i lås och få den öppnad när hen med sitt armband närmar sig. Klienter slipper inte in i andras rum om låsfunktionen är aktiverad.
- Personalen knackar på dörren innan vi går in till klienten; för att meddela att vi är på väg.
- Flexibla tider när klienten önskar stiga upp på morgonen och när hen hjälps i säng på kvällen.
- Flexibla tider för måltider om klienten önskar.
- Flexibilitet vad gäller duschdagar
- Personalen tillfrågar och lär känna klientens vanor och önsknings angående ex klädval, mat & dryck, sysselsättning o s v
- Förslag om vardagliga sysslor ges. Klienten väljer själv sitt deltagande.

Vi strävar till att efterfråga, uppmuntra och respektera klientens egna önsknings och val, såvida de inte är till skada för denne själv eller för andra.

Om inte vård- och serviceåtgärder tas emot / lyckas vid ett tillfälle görs nya försök senare. Eventuellt av annan vårdare.

Tvingande åtgärder endast i yttersta nödfall om situationen är generande för klienten eller om risk och fara föreligger.

Begränsning övervägs när följderna av klientens egna handlingar kan bli generande eller medför skada för klienten själv eller för andra. När nedsatt omdöme och konsekvenstänkande kan leda till riskfyllda eller farliga situationer.

Med klient, anhöriga och läkare diskuteras begränsande åtgärder innan läkare ger utlåtande och skriftliga lov.

Begränsande åtgärd är undantagsfall och tillfälliga. Skall utvärderas senast efter 3 mån och avslutas genast det bedöms möjligt. Anteckningar i vårdjournalen om orsak, anhörigas och läkares tillstånd samt om begynnelse- och utvärderingsdatum

- Trygghetsalarm med demensalarm som meddelar om någon avlägsnar sig från enheten
- Kodade dörrar till och från enheten; för att minimera risken att minnessjuka skall komma på villovägar men även för att obehöriga inte skall komma in.
- Sänggrindar dras upp om man bedömer fallrisk (uppdagna sänggrindar kan även upplevas som en trygghet för klienten, liksom ett hjälpmedel att ta i för att kunna svänga sig i sängen).
- Hygienhalare om utsöndringsbeteendet är sådant att det i friare former är störande för andra
- Bältesbegränsning om det föreligger fallrisk när klienten annars skulle vara i rörelse eller när hen har en försvårad sittställning.
- Bältesbegränsning i samband med dusch om hen under proceduren är så agerande att hen riskerar skada sig själv eller andra. (i extremfall och helt under vårdares närvaro och uppsikt).

Begränsningar medför även ansvar och uppmärksamhet hos vårdarna.

Alla i vårdteamet skall vara medvetna om lovad begränsning och därav nedsatt rörelsefrihet så att man reagerar snabbt vid eventuella farosituationer.

Ökad övervakning av klient med begränsande åtgärder. Medvetenhet om hur klientens rörelsefrihet och egen aktivitet är inskränkt.

## 5.9 Multiprofessionellt samarbete

Socialvårdens klienter kan behöva flera olika serviceformer samtidigt. Hos äldre har t ex 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

### **Samarbete och informationsöverföring**

Vid samarbete mellan olika vård- och serviceproducenter skall den information om klienten ges som bedöms vara adekvat och behövlig för uppgiften. Detsamma gäller vid förflyttningar mellan olika vårdproducenter. Muntlig och skriftlig information. "Epikris" kan väljas i vårdjournalen. Även från Pihlajalinnas vårdprogram Acute kan information printas ut.

Olika datasystem medför utmaningar i informationsflödet. Extra arbete att flytta information mellan programmen.

## 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 vidta 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 samt vid servicens kvalitet.

#### Anmärkningar riktas till

Carina Antfolk, serviceenhetschef  
Kyrkvägen 6C, Närpes. [ann-carina.antfolk@ovph.fi](mailto:ann-carina.antfolk@ovph.fi)

#### Behandling

Klagomål och anmärkningar bedöms sakligt och skriftligt svar om korrigerande åtgärder delges anmälaren inom en månad.

Beroende på arten och graden av anmärkning informeras även ansvariga på högre nivå.

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.

## 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 heldygnssorg. 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.

#### Personalstruktur och mängd

På Villa Göta och Åke är tjänster och befattningar enligt följande:

- Serviceenhetschef 100%. Endast administrativa uppgifter.
- Ansvarig sjukskötare, 88,37%. Har helhetsansvar ute på enheten. Deltar i den direkta vården.

- Sjukskötare, 100 % och 78,43 %. Ansvarar för den medicinska vården, för vård- och serviceplaneringen. Deltar i klientvården.
- Primärskötare / närvårdare, 6 x 100%, 9 x 80%, 1 x 78,43%, 2 x 75%, 1 x 61,6 %. Jobbar närmast klienterna.

Förmannen har enbart administrativa uppgifter. Tiden är ändå knapp för arbetsuppgifterna emedan det är så mycket nytt inom den nya organisationen. Övertid samlas.

Vårdpersonalen gör både direkt och indirekt arbete. För indirekt arbete beräknas ett dagsverke / dag.

Antalet personal skall uppfylla ett visst antal / skift. Vissa dagar är fler i jobb, andra färre; beroende på planerade arbetsuppgifter för dagen. På vardagar i morgonskift: 6-7 personer, i kvällsskift 5 personer i nattskift 2. Motsvarande på helg 5+5+2.

Grundbemanningen uppfyller minst en sjukskötare varje dag. Övriga skift besätts av närvårdare.

Dessvärre råder svårighet att få tag i vikarier och därmed kan antalet personal / skift halta.

Vikarier kan vara vårdbiträden utan utbildning eller studeranden. Alltid minst 2 behöriga i arbetsskiftet.

I tider med större vårdbehov (ex terminalvård eller annars oroliga perioder på enheten) strävar vi till att få alla skift besatta, vilket inte alltid är lätt.

Tillfälligt lediga platser sätter mindre tryck på antalet vårdare / skift.

## 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, språkkunskaper och arbetstillstånd

För inbopp och korta vikariat (< 13 dagar / lista) anställs timanställda.

En stor del av personalen har deltids arbetsförhållanden. De har rätt att i första hand ta extra arbetspass om de önskar. En skild Wats-up grupp har bildats för övriga inboppare.

Ordinarie befattningar samt längre vikariat (> fem månader) lediganslås via Kuntarekry.

Vikariat under fem månader kan besättas utan utannonsering.

Enheten rekryterar ordinarie personal samt vikarier för längre prövade ledigheter.

Resursenheten rekryterar för längre sjukledighet, semester samt andra lagstadgade ledigheter.

Resursenheten tillhandahåller även vår enhet med två personer vilka verkar som av året-om semestervikarier.

En poolbefattning finns även ämnad för akuta sjukdomsfall. Den befattningen delas mellan fyra närliggande enheter. Innehavaren har en "hemstation" där hon jobbar sitt skift som extra resurs ifall hon inte bokas för akut sjukledighet.

Anställningsintervju görs bland behöriga sökande. Prövningstid ingår i anställningen. I övrigt följer vi med personers arbetssätt och bedömer inför eventuella fortsatta arbetsavtal.

Språkrav vid nyanställning:

av sjukskötare krävs god muntlig och nöjaktig skriftlig förmåga i det nationalspråk som inte är ens eget.

Motsvarande för närvårdare är nöjaktig förmåga i tal och skrift.

Betyg och eventuella språkintyg uppvisas.

Studier med främmande modersmål genomgår språktest innan studierna kan inledas.

Olika nationaliteter och modersmål representeras i personalgruppen.

Arbetsstillstånd kontrolleras.

### 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.

#### Introduktion och fortbildning

Utsedd vårdpersonal introducerar nya kollegor och studerande. Nya följer gamla 2-3 dagar. Allas ansvar att ta hand om nykomlingar.

Introduktionsplan saknas, behöver utvecklas.

#### Fortbildningsområden bör prioriteras

Dokumentering, uppgörande och användande av vård- och serviceplan, praktiska färdigheter i injektionsteknik, terminalvård.

Utbud finns i utbildningskalendern. Det som inte finns i kalendern kan önskas genom att kontakta utbildningsansvariga.

**Alla ansvarar själva för sin fortbildning.** Alla skall känna till kalendern, frimodigt söka i den och anmäla sig till önskade /behövda kurser.

## 7 ÅTGÄRDER SOM STÖDER FÖRVERKLIGANDET AV SERVICEN

### 7.1 Hygien, samt förebyggande och bekämpning av infektioner

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

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

I förverkligande av egenkontrollen syns det bl.a. i

- Enhetens 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 textiltvård

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

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

#### **Uppföljningen av den allmänna hygiennivån.**

Nybyggda och nyrenoverade utrymmen vilket gör det lätt att städa.

Alla klientrum försedda med egen toalett och dusch.

Flera tvättställ med tvål och handdesinfektion i allmänna utrymmen.

Städning av såväl klientrum som allmänna utrymmen görs varje dag. Städningen som köptjänst; utförs av utbildad personal. Därtill plockar och städer vårdpersonalen när akuta behov finns.

Skriftlig städplan finns och är under uppdaterande.

Smutsvätt hämtas 3 ggr / vecka. Möjlighet att sköta akut-tvätt på enheten.

En enhetsspecifik anvisning om hygienpraxis rekommenderas. / skall uppgöras.

Vid behov konsulteras hygienskötare eller städchef vad det gäller hygien- och städfrågor.

Aseptiskt arbetssätt; från det rena till det smutsiga.

Personalen använder skyddskläder enligt hygienföreskrifter (handskar, förkläde, munskydd o s v).

Vid aktiv influensa eller magsjuka bör klienten hålla sig på sitt rum.

Enhetens verksamhetsanvisningar och klienternas individuella vård- och serviceplaner ställer mål för hygienpraxis i vilka ingår att klienternas personliga hygien har ordnats samt att spridningen av infektioner och andra smittsamma sjukdomar hindras.

### Hygien

Eventuella inkontinensskydd anpassade enligt klientens storlek och mängden utsöndring.

Extra noggrannhet vid smittosamma infektioner.

Eventuella infektioner och avvikande hygienpraxis uppmärksammas i vårdjournal. Framförs även muntligen till kollegiet. Anvisningar om utökade skyddsklädsel.

Anhöriga och besökare informeras om behov av extra skyddsåtgärder.

Vid större epidemier och pandemier följs anvisningar, rekommendationer och restriktioner som utfärdas av ledande organ och myndigheter.

Influensa-vaccin till alla.

Hygienpass till personalen.

Handtvätt eller decinficering av händerna innan hantering av mat.

Provtagningar enl läkares ordination vid misstanke om infektioner.

Bedömes om klienten bör hållas isolerad

Extra noggrann städning.

Beroende på vilket slag av utrustning torkas den av med decinfektionsmedel, tvättas i deco eller steriliseras.

Hygienansvarig finns på enheten och denna har anmälts till hygienskötaren.

Kontaktuppgifter till hygienskötare: Merja Tikkakoski merja.tikkakoski@ovph.fi

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

### Hälso- och sjukvård

Personalen skall ha giltig första hjälp kurs vilken förnyas vart 3. år.

Läkartjänst: Pihlajalinnas ansvarsläkare

Nåbar dygnet runt:

Ansvarsläkare kan kontaktas vardagar dagtid. Håller telefonrond varje onsdag

Dejourläkare nås dygnet runt

Närrond på enheten var tredje månad.

Ansvarsläkaren träffar klienten vid varje närrond. Ordinerar om mätningar och undersökningar. Kroniska sjukdomar följs upp även av läkare vid hälsocentral och centralsjukhus.

Sjukskötare på plats varje dag åtminstone i ett skift.

Sjukskötare vid Hemsjukhuset kan kontaktas när egen sjukskötare inte finns på plats. (stationerade på HVC Allmänmedicinska avdelning).

Även möjlighet att konsultera specialsjukskötare vid HVC: ex ang diabetes, sårvård och dylikt.

#### **Akut behov av sjukvård:**

Kontakt till ansvarsläkare eller bakjouren (dygnet runt) vid Pihlajalinna som bedömer situationen och ger eventuella remisser för vidare utredning.

Vid riktigt brådskande fall ringer vi ambulans 112

**Tandvård:** Såvida tillgång till tandhygienist finns, kommer denna med jämna mellanrum till enheten och granskar alla klienters tänder och munhälsa. Framför råd och ev behov av vidare åtgärder.

I övrigt beställs tid till tandläkare om klienten uppvisar besvär.

**Dödsfall** hanteras enligt Pihlajalinnas föreskrifter.

Föreskrifter om omhändertagande av avliden finns på anslagstavla i medicinrummet.

Utgående från klientens ålder, grundsjukdomar och förutsättningar att klara en återupplivning gör ansvarsläkaren tillsammans med klient och anhöriga DNR-beslut. Då påbörjas inte återupplivning.

**Personalens kunskaper i första hjälp** uppdateras vart tredje år. En webskolning i nöd-första hjälp arrangeras av Välfärdsområdet. Nyutexaminerade har till en början Första hjälp 1.

## 7.3 Läkemedelsbehandlings förverkligande

Enhetens läkemedelsbehandling baserar sig på enhetens läkemedelsplan, som uppdateras årligen eller oftare om 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 samt minimikrav som skall uppfyllas för anställda som deltar i läkemedelsbehandlingen. Enligt handboken ska varje enhet ha en utsedd ansvarsperson för läkemedelsbehandlingen och där betonas vidare att en introduktion i läkemedelsbehandlingsplanen är en betydande del av personalens introduktion.

Enligt Fimea ska det på social- och hälsovårdsenheter finnas en utnämnd sjukskötare, som ansvarar för genomförandet av läkemedelsbehandlingen som helhet. Den sjukskötare som ansvarar för genomförandet av läkemedelsbehandlingen som helhet ska arbeta på arbetsenheten, så att han eller hon kan ingripa i observerade missförhållanden. Inom socialvården finns det dock enheter där klienternas servicebehov inte förutsätter en sjukskötare på heltid vid enheten, till exempel inom barnskyddet och servicen för utvecklingsstörda. Enheten ska dock utse en sjukskötare som ansvarar för den praktiska helheten av enhetens läkemedelsbehandling och som de facto besöker enheten för att bedöma om läkemedelsbehandlingen är ändamålsenlig,

som tar emot praktiska prov och så vidare. Om det inte finns någon sjukskötare bland enhetens egen personal, kan man komma överens om arbetsfördelningen med sjukskötarna vid serviceproducentens övriga enheter eller samarbeta med kommunens hälsovårdscentral eller med privata aktörer inom hälso- och sjukvården.

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

Till egenkontrollen hör att identifiera och eliminera risker som orsakas av bristfällig kompetens eller oklara förfaranden i läkemedelsbehandling och -försörjning. Därtill måste man säkerställa att den social- och hälsovårdspersonal 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

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](#)

#### **Läkemedelsbehandlingen; ansvar och tillstånd**

Annette Langels, ansvarig sjukskötare

Carina Antfolk, serviceenhetschef

Anna-Maria Sandberg, specialist i allmän medicin. Närpes HVC.

Var och en som erhållit läkemedelstillstånd ansvarar för sina handlingar inom läkemedelsbehandlingen.

Läkemedelsplanen skall vara en vägledare i den dagliga läkemedelshanteringen och -behandlingen. Alla som deltar i läkemedelsbehandlingen skall känna till planen och dess innehåll.

Planen uppdateras när förändringar sker, dock minst en gång / år. Sjukskötare uppdaterar.

Alla som deltar i läkemedelsbehandlingen skall med fem års mellanrum avlägga en Lovetentamen innehållandes de delar som bestämts höra till var och ens utbildning i relation till vilket slag av enhet man jobbar på. Efter godkänd skriftlig tentamen utförs praktiska prestationer vilka antecknas godkända i vars och ens papper. Godkända tentamen och prestationer berättigar till godkänt tillstånd.

Sjukskötare övervakar praktiska prestationerna. Läkare godkänner tillstånd.

Ansökan om begränsat tillstånd har lämnats in och väntar som bäst på godkännande.

Uppföljning, värdering och övervakning enligt specifik läkemedelsplan.

## 7.4 Främjande av välbefinnande, rehabilitering och tillväxt

Enligt äldreomsorgslagen (2012/980 § 5) är kommunen skyldig att som en del av ordnandet av social- och hälsovården **stödja den äldre befolkningens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand. 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 vilken verksamhet som skall inledas och får någonting till stånd med sitt agerande, som inte skulle ske utan åtgärder.** Agerandet kan stödjas.

### Stöd till aktivitet och delaktighet

Klienterna uppmuntras och hjälps att komma ut från sina rum. Social samvaro med andra boende värdesätts: man är inte ensam.

Klienten uppmuntras och ges möjlighet att själv utföra det hen ännu kan vad det gäller hygien, av- och påklädning, näringsintag o s v

Det är fritt att röra sig över hela enheten vilket gynnar egen rörelse och motion. Till klienternas förfogande finns en uteplats med asfalterad lättframkomlig gångväg samt ett utegym.

Sång- och musiktilfällen ordnas på enheten liksom andakter och träffar via Vuxeninstitutet, föreningar eller andra aktörer.

Aktiviteter: utevistelse, musikstunder, högläsning, minnesträning, gymnastik, pyssel o s v.

I klienternas vård- och serviceplaner skall inskrivas mål som hänför sig till daglig motion, friluftsliv, rehabilitering och rehabiliterande aktiviteter.

Klienten bestämmer själv huruvida hen deltar i aktiviteter.

Anhöriga och andra besökare skall känna sig välkomna att hälsa på.

Vid programtilfällen kan anhöriga bjudas in.

Telefonkontakt / kontakt via Skype är möjlig.

## 7.5 Måltider och lämplig mat

För många av socialvårdens klienter är näring och måltider samt seder och bruk kring dem en viktig del av servicen. I kosthållningen behöver livsmedelsverkets närings- och matrekommendationer för olika befolknings- och åldersgrupper beaktas. I kosthållningen behöver klienternas önskemål, dieter (beroende på sjukdomar, födoämnesöverkänslighet, - allergier och -intoleranser) samt lämpliga födoämneskonsistenser beaktas, 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](#)



### Måltider, dieter och önskemål

Klienterna samlas och äter tillsammans men även servering till rummen är möjlig.

Morgonmål, lunch, eftermiddagskaffe, middag och kvällsmål serveras. Därtill finns möjlighet att erbjuda extra mellanmål närhelst klienten önskar eller verkar behöva något. Mat finns på enheten. Frukt och saft finns framme för den som önskar.

Strävan att alla skall få frukost före kl 9 på morgonen.

Extra mat på kväll och natt, såvida klienten är vaken.

Dieter och konsistens på maten liksom framförda önskemål har skrivits ner på en lista som finns i anslutning till platsen för servering; tillgängliga för personalen att kontrollera.

I närliggande centralkök produceras mat för i första hand vård- och serviceenheter, vilket möjliggör val av diet, konsistens, tilläggsnäring o dyl. Ett nära samarbete med kökspersonalen medger även att önskemål kan uppfyllas.

Regelbundna viktkontroller. BMI- och MNA-uppföljning. Vätskelista vb.

## 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.

### Utrymmen

Villa Göta & Åke består av två moduler: i Göta modulen finns 11 boenderum och i Åke modulen 14 rum. Storleken på rummen varierar 20,3 – 25,6 m<sup>2</sup>. De största rummen kan bebos av två personer, ex par eller syskon.

I varje rum finns egen toalett och dusch. Även större badrum, lämpade för dusch på säng, finns i vardera modulen. Vissa rum finns taklift som möjliggör förflyttning mellan säng och toalett. Endel rum är utrustade med ett litet pentry med kylskåp och liten diskbänk.

Allmänna utrymmen (matsal, "vardagsrum", inglasade uterum och korridorer) står till allas förfogande. Frisör- och fotvårdsrum samt gymnastiksal - gemensamma för hela servicecentret- är belägna utanför enheten. Även ett med annan villa gemensamt allrum lämpat för ex familjeträffar finns i direkt anslutning till enheten.

Dörren emellan modulerna står mestadels öppen så att man fritt kan röra sig över hela enheten.

Klienten hyr sitt rum. Hyresavtal skrivs och hyresbidrag kan sökas. Nyinflyttare får det rum som råkar vara ledigt. Rummet är privat så länge hyresavtalet gäller; även när klienten är frånvarande.

Flytt inom enheten kan bli aktuell om t ex rörelseförmågan blir sådan att en taklift underlättar. Flytt sker i samråd med klient och anhöriga.

Eldriven höj- och sänkbar säng med madrass finns i varje rum. Klienten inreder i övrigt sitt rum enligt eget önskemål med beaktande av den yta som behövs för ev hjälpmedel vid förflyttning.

Textilier (sängkläder, gardiner) skall klienten själv ha. Inga mattor.

Rekommenderas ett litet matbord emedan det möjliggör måltider på rummet.

Klientens trygghetslarm har även en låsfunktion till den egna rumsdörren. Dörren kan ställas så att den öppnas /stängs när klienten själv är i närheten av sin dörr. Däremot reagerar låset inte på andra klienters alarm.

Personal har allmän nyckel till klienternas rum.

Inga begränsade besökstider finns. Anhöriga välkomnas under hela dagen. Men framförs önskan om återhållsamhet på morgonen medan det hektiska morgonarbetet pågår samt på kvällen när klienterna hjälps inför natten. Om man ändå vill hälsa på under senast nämnda tider är det önskvärt att man vistas i klientens rum.

I terminalvårdskede kan anhöriga stanna kvar dygnet runt.

## 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 av verksamhetsenheter som ger fortlöpande vård inom socialvården, serviceboenden med heldygnsvård, institutionsvård, barnskyddsenheter. Vilka enheter det berör 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. De här riskerna är kända och hanteringen av dessa risker är planerade.

#### **Hälsorisker knutna till utrymmen**

Emedan utrymmena är nyligen renoverade /byggda torde vi nu ha en hälsosam verksamhetsmiljö. Vi har ljusa, rena och luftiga utrymmen med lättskötta ytor.

Fastighetsskötare övervakar och justerar vb inomhustemperatur och ventilation.

Brandmyndigheter gör årligen brandsyn.

### 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§).

Ansvarsperson för medicintekniska produkter:

Namn och kontaktuppgifter: sjukhusingenjör Petri Luoma [petri.luoma@ovph.fi](mailto:petri.luoma@ovph.fi)

Personalen skall lära sig använda apparater och utrustning.

Dokumenteras i vars och ens apparatpass.

Apparatansvariga samlar bruksanvisningar, handleder personal i hanteringen.

**Poängteras åt teamet: Användaren meddelar om ev brister; beskriver på vilket sätt hjälpmedlet/apparaten inte fungerar som den skall.**

Ansvarsperson handhar anmälningar.

Hjälpmiddel och medicintekniska produkter lånas från hjälpmedelsutlåningen eller köpes till enheten i första hand enligt gällande upphandling inom Välfärdsområdet.

Användarhandledning och -skolning kan begäras av leverantör.

Om hjälpmedel och apparatur som införskaffats tidigare än Välfärdsområdets tillkomst behöver servas, kontaktas husets fastighetsskötare eller annan expertis.

Hjälpmiddel som lånats inom Välfärdsområdet servas av deras utsedda servicemän.

Mindre apparatur och mätinstrument kontrolleras och underhålls av utsedda ansvariga på enheten.

Endel utrustning (CRP-mätare, INR-mätare, EKG apparat) fås via Pihljalinna. Vid problem vänder vi oss i första hand till dem.

### 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 hälsofaktorer. Klientrum, personalutrymmen och toaletter får inte filmas. Områden på utsidan får filmas utan någon speciell orsak. När

Klienter filmas behöver grundlagens 10 paragraf angående skydd av privatlivet beaktas. Det är speciellt viktigt att tänka igenom, till vad det 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 konsument säkerhetslagen (920/2011, § 7) åläggs en tjänsteleverantör av larmtelefoner och andra motsvarande tjänster en skyldighet att upprätta ett säkerhetsdokument med en plan för identifiering av faror och hantering av risker. Enligt paragrafens 2 mom. kan säkerhetsdokumentet ersättas med de uppgifter om de omständigheter som beaktats i egenkontrollplanen.

### **Tekniska lösningar och säkerhet**

**Kodade dörrar** till och från enheten; för att ha kontroll över att ingen av de minnessjuka förvillar sig bort från enheten eller att obehöriga kommer in.

Olika koder för ordinarie personal, vikarier och studerande samt för anhöriga.

Klientens **trygghetslarm** för att kalla på hjälp. Demenslarm som alarmerar om klienten avlägsnar sig från enheten. Fungerar även som nyckel till det egna rummet.

Alarm kommer till dect-telefonerna och på displayerna i taken. Anger vilken klient som kallar på hjälp samt vid vilken dörr klienten ev är på väg ut från enheten.

Kvitteras bort antingen i telefonen, i klientens rum eller i personalrummet. Vårdare kan även kalla på kollega via alarmdosa i rummet. Meddelas i telefonerna när batterier i alarmen, dörrdosorna eller mattorna blir svaga. Alla skall vara uppmärksamma och kunna byta batteri.

**Dörralarm** till den egna rumsdörren; meddelar om att någon öppnat dörren. Aktiveras för önskad tid: i funktion kl 21-07

**Larmmatta** vid sängen för den som rör sig ur sängen och riskerar falla eller inte hitta tillbaka till sin säng

Sex stycken **övervakningskameror** i korridorerna (2 i Göta modulen + 4 i Åke). Enheten är stor och vinklar gör att personal inte har full kontroll över varje korridor. Bandar bild vid rörelse men inte ljud.

Film sparas ett dygn. Om den behöver sparas för längre tid skall ansvarspersonen kontaktas.

Ansvarsperson: Hans Hall, tekniska enheten (vikarie Sune Nordström).

**Överfallslarm** till väktarbolag MTP Syd. Används när man behöver kalla på hjälp från väktare;

- hotfulla / våldsamma situationer när vårdarinsatsen inte räcker till.
- om övervakning behövs utomhus.
- sökning av person som förirrat sig bort från enheten

**Alla skall känna till hur utrustningen fungerar. Manualer finns.**

**Alla ansvarar för att meddela defekter och tillbud.**

Klientlarm och personalens överfallslarm testas regelbundet; 1 gång / månad.

Risk finns att trygghetslarm och demenslarm plockas bort; klienten förstår inte dess syfte. Kontrollera att klienten har det!

Om problem uppstår kontaktas  
Tunstall (klientlarm) eller MTP Syd (personallarm)  
Kontakta via telefon eller mail.  
Kontaktuppgifter på anslagstavla! Man kan skicka e-mail på svenska.

Ansvarsperson: Serviceenhetschef Carina Antfolk

## 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 säkerhet är det viktigt med en aktuell räddningsplan (fastighetsägarens ansvar) och utredning av utrymnings säkerhet som 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](#)

### Säkerhet på enheten

Såväl hotande som uppenbara risker elimineras. Hela personalen ansvarar för att hjälpmedel och apparatur används på rätt sätt samt att sådana tas ur bruk om de har brister / inte uppfyller säkerhetskrav. Personalen har giltig första hjälp utbildning i kraft.

Personalen skall vara förtrogna med de säkerhetsanvisningar och planer som finns; veta hur man handlar i olika situationer. De skall känna till hur hjälpmedel och apparatur används.

Räddningsplan samt utrymningsplan finns uppgjorda för enheten. Uppdateras en gång / år.  
Beredskapsplan saknas.

Fastighetsskötare håller en brandgenomgång för personalen 1 gång / år.  
Brandsläckningsövningar har ordnats via brandstationen. Skall återupptas i någon form. Anteckning görs över vars och ens deltagande så att vi vet när det är dags för förnyelse.

Inom Välfärdsområdet ordnas säkerhetsskolning vilken alla skall delta i.  
Säkerhetsvandring på enheten skall införas. (intra <https://intra.pohjanmaanhyvinvointi.fi/service-och-stod/sakerhet/sakerhetsutbildningar/>)

## 8.5 Dataskydd och datasekretess, samt egenkontrollplan för informationssäkerhet

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

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

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

### **Personuppgifter och datasekretess**

Alla ansvarar för att inga känsliga personuppgifter ligger framme på öppna ställen / kommer i fel händer.

Alla ansvarar för att inget pratas så att obehöriga hör.

Alla ser till att obehöriga inte kan se texter i datorn samt alla loggar ut från datorn när man lämnar den.

Övervägs vem som behöver användarrättigheter till olika uppgifter och program.

Onödiga användarrättigheter avslutas.

Dokument med känsliga personuppgifter sänds med skyddad e-post. Sjukskötarna och förmannen har sådan.

Klienthandlingar i pappersformat förvaras i klientens egna mapp i låst utrymme.

Papper som inte längre behövs strimlas eller förs till låst tunna avsedd för känsliga dokument.

Klienthandlingar arkiveras på HVC när klienten flyttat bort / avlidit.

I samband med nyanställningar går förmannen igenom hantering av personuppgifter och datasäkerhet. Användarrättigheter ges enligt arbetsuppgift.

Följande skall avläggas / undertecknas av alla som kommer i kontakt med personuppgifter

**”Dataskyddets ABC för personal inom offentlig förvaltning**

samt

**”Användnings- och sekretessförbindelse gällande information och datasystem”**

Dataskyddsfrågor diskuteras och repeteras regelbundet inom kollegiet. Kompletteringsutbildningar ordnas. Allas ansvar att vara uppmärksamma.

Behandlingen av uppgifter sparas i en användarlogg som övervakas med hjälp av stickprov. Säkerhetsincidenter rapporteras i HaiPro. Beroende på grad av försummelse tas vidare åtgärder.

Dataskyddsbeskrivning under arbete. I den framkommer hur Österbottens Välfärdsområde iakttar gällande lagstiftning i hanterandet av personuppgifter.

Dataskyddets ansvarsperson:

Tuija Viitala 06-2131840      Anne Korpi 040-1832211

## 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.

### Uppgörande och ansvar för uppdatering

Serviceenhetschefen tillsammans med personalen

### 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.

Serviceenhetschefen ansvarar för att uppdatering görs alltid när något förändras eller åtminstone 1 gng / år.

### 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.

### Offentlighet

På en för alla boenden gemensam anslagstavla i korridor.

På Österbottens Välfärdsområdets hemsida.

Anhöriga informeras om var de kan hitta planen.

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

### Uppföljning av egenkontrollplanen

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



ska avhjälpas. I programmet för egenkontroll ingår en plan för egenkontroll och en patientsäkerhetsplan om vilka det föreskrivs särskilt i lag.

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



# Socialombudsman

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

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

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

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

## Service är kostnadsfri!

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

E-post: [sosiaaliasiamies@ovph.fi](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)

