



Plan för egenkontroll inom socialservicen Österbottens välfärdsområde

Enhetens/ servicehelhetens namn	Kompetenscentret
Godkännare (namn, titel) Underskrift	Mervi Parviainen, avdelningsskötare
Tidpunkt för godkännande	5.5.2023
Versionnummer och datum Datum för tidigare versioner (tidigare versioner skall sparas i sju år)	1. 5/2023
Egenkontrollplanen finns offentligt framlagd.	www-sidorna, i enheten

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	5
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	8
4.5 Personalens anmälningskyldighet	9
5 KLIENTENS STÄLLNING OCH RÄTTIGHETER	10
5.1 Bedömning av servicebehov	10
5.2 Egen kontaktperson	11
5.3 Klientplan	11
5.4 Verkställighetsplan.....	11
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	19
7.1 Hygien, samt förebyggande och bekämpning av infektioner	20
7.2 Hälso- och sjukvård	21
7.3 Läkemedelsbehandlingens förverkligande.....	21
7.4 Främjande av välbefinnande, rehabilitering och tillväxt	22
7.5 Måltider och lämplig mat	23
7.6 Enhetens verksamhetsutrymmen	23
8 KLIENT- OCH PERSONALSÄKERHET.....	23
8.1 Egenkontroll enligt hälsoskyddslagen	23
8.2 Medicinsktekniska produkter.....	24
8.3 Tekniska säkerhetslösningar	25
8.4 Säkerhets-, räddnings- och beredskapsplaner	26
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: Kompetenscentret

Adress: Magasingatan 4, 65100 Vasa

Telefon: 040 557 1337

Stad/kommun: Vasa, Jakobstad, Närpes

Serviceform: Verksamhetsområde, typ av service och dess omfattning

Verksamhetsområde inom socialvården: _____

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

Verksamhetens omfattning (klienternas/ klientplatsernas antal): _____

Enhetens/ servicehelhetens ansvarsperson

Namn, titel/ utbildning: Mervi Parviainen, avdelningsskötare

Telefon: 040 557 1337 E-post: mervi.parviainen@ovph.fi

Service som köps av underleverantörer och deras serviceproducenter

Köpt service

Serviceproducent

Läkartjänst

Mikael Grönroos

Läkartjänst

Mikaela Blomqvist-Lyytikäinen

Läkartjänst

Marketta Tikkanen

Läkartjänst

Marcus Blomfeldt

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.

En del av läkartjänsterna är köpta tjänster, en del av läkarresurserna kommer från vår egen organisation. Läkarbesök organiseras av enhetens anställda. Vid behov finns även enhetens egen personal på plats på mottagningen. Läkar-service utvärderas vid behov. Enhet tar också feedback från klienter. Hyrläkare behöver inte ha en egenkontrollplan.

Enheten/ servicehelheten har ansvar för kvaliteten på den service som köps av underleverantörer

- ✓ Berätta på vilket sätt köptjänsternas kvalitet och klientsäkerhet säkerställs.
- ✓ Det krävs en egenkontrollplan av underleverantörerna?

3 VERKSAMHETSIDÉ, VÄRDERINGAR OCH VERKSAMHETSPRINCIPER

3.1 Verksamhetsidé

Verksamhetsidén anger vilken service som produceras för vilken målgrupp. 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).

Kompetenscentret erbjuder service till barn och vuxna vars funktionsförmåga är kraftigt nedsatt. Det mångprofessionella teamet erbjuder särskilt stöd till personer med svåra funktionsnedsättningar. Målet är att planera behandling och rehabilitering av klienter när det gäller särskild vård eller särskilt krävande behandlings- och rehabiliteringsstigar. Behovet av särskilt stöd kan uppstå från födseln eller till följd av en skada. Kompetenscentret ersätter delvis experttjänster som tidigare erhållits via Eskoo och Kårkulla. På Kompetenscentret faller en del av verksamheten under lagen om service och stöd på grund av handikapp, en del under lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda. En betydande del av arbetet hör under hälso- och sjukvårdsverksamhet.

- ✓ Beskriv är enhetens/ servicehelhetens verksamhetsidé.

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.

Enhetens bakgrund är hela välfärdsområdets mission: "Vi arbetar verkningsfullt tillsammans med människorna i vårt område för att erbjuda trygghet, funktionsförmåga och välmående på två språk." Som värderingar i enheten har meningsfullhet, delaktighet, begriplighet och självständighet särskilt lyfts fram.

Enhetens verksamhetsprinciper är stark yrkeskompetens, att erbjuda högkvalitativ service, att höra klienter och närstående samt möjliggöra klienternas delaktighet i beslut som rör dem själva. Rättvisa är grunden för verksamheten. Klienternas rättigheter respekteras och verksamheten bygger på lagstadgade skyldigheter. Klienternas individualitet är utgångspunkten för verksamheten.

- ✓ Beskriv är enhetens/ servicehelhetens värderingar och verksamhetsprinciper.

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)

Planer och anvisningarna i Kompetenscentret

- Plan för egenkontroll 04/2023

4.1 Ledningens, förpersonens och personalens ansvar för riskhanteringen

Det hör till riskhanteringsens karaktär att arbetet aldrig blir färdigt. Av hela enhetens personal krävs engagemang, förmåga att lära av sina misstag och att leva i en förändring för att säkra och högkvalitativa tjänster

ska kunna tillhandahållas. Olika yrkesgruppers sakkunskap kan utnyttjas genom att hela personalen tas med i att planera, genomföra och utveckla egenkontrollen.

Kompetenscentret har startat sin verksamhet som en ny enhet i januari 2023. Uppbyggnaden av enheten pågår fortfarande och många verksamhetsprocesser är ännu under arbete. Det innebär också att det finns risker, eftersom fungerande verksamhetsprocesser inte nödvändigtvis har hunnit utvecklat. Många saker uppkommer också första gången under startåret och som måste lösas tillsammans.

Säkerhet diskuteras regelbundet med personalen, till exempel vid veckomöten. Under mötena tas även upp eventuella hotfulla situationer och missförhållanden, gemensamma arbetsätt och regler diskuteras så att riskerna kan hanteras. Personalen informeras också om de olika kanalerna där anmälningar om hotfulla situationer kan göras. Personalen uppmuntras att lyfta fram händelser och situationer vid gemensamma möten. Stämningen är positiv och att ta upp svåra frågor kritiserats inte. Det förs protokoll från mötena så att informationen också förs vidare till de som är frånvarande.

Personalen har varit involverad i uppgörandet av egenkontrollplanen inom den tid som stod till förfogande. Enhetens värderingar och risker har diskuterats tillsammans.

Beskriv enhetens ansvarsfördelning i riskhantering:

- ✓ På vilket sätt ansvarar ledningen för, att tillräckliga resurser anvisas för tryggheten av verksamhetens säkerhet?
- ✓ På vilket sätt ser förpersonen till att ge instruktioner och ordna med egenkontrollen, samt att arbetstagarna har tillräckliga kunskaper i säkerhetsfrågor?
- ✓ På vilket sätt ser förpersonen till att det finns en positiv attityd kring behandling av missförhållanden och säkerhetsfrågor?
- ✓ På vilket sätt deltar personalen i bedömningen av säkerhetsnivån och -riskerna, uppgörandet/uppdateringen av egenkontrollplanen och förverkligandet av säkerhetsförbättrande åtgärder?

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 egna verksamhet, hör på klienter och observerar verksamhetens i anslutning till kvalitet och klientsäkerhet och beaktar klientresponsen i utvecklingen av verksamheten.

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

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

Beskriv hur risker och missförhållanden identifieras på enheten:

- ✓ Beskriv hur ni identifierar risker och missförhållanden som hotar klientsäkerheten, samt hur de förebyggs och tas tag i.

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.
Flera olika klient- och patientdatasystem används och informationen överförs inte från ett datasystem till ett annat	Gemensamma regler som försöker säkerställa överföring av information, t ex teammöten. Varje anställd måste inse risken och sträva efter att föra informationen vidare. Samtidigt måste man dock respektera kundernas integritet. En del av klientinformation finns inom socialvårdens klientdatasystem och en del finns inom hälsovårdens patientdatasystem. Information får inte överföras mellan dem utan lämpligt, skriftligt tillstånd från klienten.
Personalbrist	Kartläggning av de viktigaste arbetsuppgifterna och planering av arbetsfördelningen. Tilldela stöduppgifter till andra anställda, t ex sekreterare. Vi försöker lyckas med rekryteringen trots den utmanande situationen. Stöda kollegor och hjälpa nya medarbetare.
Oklara arbetsbeskrivningar och osäkerhet kring yrkesroller	Med den nya enheten har personalen en oklarhet och osäkerhet kring sina egna roller på arbetsplatsen, samt osäkerhet kring innehållet i arbetsbeskrivningen. Vi strävar efter att klargöra situationen genom att skapa arbetsbeskrivningar under året och hålla en intern gruppdiskussion kring ämnet. Arbetsfördelningen kommer att förändras från tidigare, på grund av arbetsbytet med den nya organisationen
Överföring av klientuppgifter från Eskoo och Kårkulla	En stor del av klienterna överförs från Eskoo eller Kårkulla. Deras tidigare klientuppgifter är inte tillgängliga i Kanta-tjänsten. Varje klient/närstående ombeds att skriftligen ge sitt samtycke till att nödvändig klientinformation kan överföras till Kompetenscentret.
Att dela klientinformation mellan social- och hälsovård i oklara situationer kan gå fel	Tidigare skrevs all information i samma klientdatasystem i Kårkulla och Eskoo. Nu ska samma information delas med socialAbilita eller sjukvården LifeCare eller Esko. Vissa tidigare journaltexter har information både från den sociala sidan och hälsovårdssidan i samma dokumentations-

Risk	Förebyggande åtgärder
	blad. Vi försöker bestämma från fall till fall till vilken plattform nödvändiga uppgifter ska överföras. Onödiga data kommer inte att överföras.
Personalens arbetsbelastning i en föränderlig organisation	Arbetsbeskrivningarna för en del personal kommer att förändras i och med den nya organisationen. Fler klienter kommer och serviceområdet kommer att utökas. Detta skapar oro och stress. Vi försöker organisera arbetshandledning för personalen och stöd med regelbundna möten. Öppen kommunikation och att försöka lösa utmaningar tillsammans.
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 ersättnings bara skador informeras klienten eller den anhöriga om hur ersättning kan sökas.

Rapporteringssystem som används inom Österbottens välfärdsområde

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

Anmälningar behandlas anonymt i gemensamma team. Klagomål diskuteras och övervägs tillsammans, hur situationer kan förebyggas i framtiden. De beslutade ärendena protokollförs och delas ut till samtliga anställda. Vid behov ändras processer så att farliga situationer inte uppstår.

- ✓ Beskriv hur tillbud och avvikelser hanteras, samt hur dessa dokumenteras.

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 avvikelseanmälningar 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.

Vi stävar efter att följa upp åtgärderna veckovis. Personalen tillfrågas om feedback på om förbättringsåtgärderna fungerat eller inte. Vissa av åtgärderna sker långsammare, i vissa fall kan förändringen ses snabbare.

Feedback från klienter dokumenteras så att den verkligen beaktas. Det finns ett stort behov gällande kommunikation i och med att verksamheten är ny och det behövs även hjälp från organisationens kommunikationsavdelning.

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
-----------------------------------	--------------------	-----------	---------------

Dålig tillgänglighet på kontaktinformation

Tydligare kontaktinformation till Intra och hemsidan

	våren 2023	Mervi Parviainen
--	------------	------------------

Köhantering	Mera sekreteraresurs	år 2023	Mervi Parviainen
--------------------	----------------------	---------	------------------

Information om den nya verksamheten

	Begärde hjälp med kommunikation. Deltagande i tredje sektorns evenemang. Utarbete infobrev. Informera klienter och närstående. Personalen informeras vid olika evenemang.
--	---

	år 2023-2025	Mervi Parviainen
--	--------------	------------------

- ✓ Beskriv av uppföljningen av korrigerande åtgärder och dokumentationen av dessa.
- ✓ På vilket sätt informeras personal och samarbetspartners om överenskomna förbättrade arbetsätt och korrigerande åtgärder?

4.5 Personalens anmälningsskyldighet

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

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

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

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

Personalen kan rapportera om problem och missförhållanden direkt till enhetschefen eller via Spro/Haiprokanalen i Intra. Om handledaren inte svarar adekvat på rapporten, kan rapporten även göras genom att arbetstagare tar kontakt med närchefens förman.

Enhetens personal påminns om anmälningsskyldigheten och antecknas även i loggboken.

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

- ✓ Beskriv hur personalens anmälningsskyldighet enligt socialvårdslagen förverkligas.
- ✓ Hur säkerställs, att personalen känner till sin anmälningsskyldighet?

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.

Klientens behov av service bedöms mångprofessionellt och i samarbete med klienten. Företrädare för olika yrkesgrupper använder sina egna bedömningsmetoder för att få en helhetsbild av klientens funktionsförmåga och servicebehov. I utvärderingen av servicebehovet diskuterar vi även med klienten och/eller anhöriga. Vid behov görs bedömningar i kundens egen miljö, till exempel hemma eller under dagaktiviteter.

Vid bedömningen av servicebehovet är målet att samverka med funktionshinderservice och delaktighets stöd. För närvarande är processerna för hur detta kommer att förverkligas fortfarande öppna.

- ✓ Beskriv hur bedömningen klientens servicebehov förverkligas och vilka mätare som används.
- ✓ Beskriv hur klienten och/eller hans anhöriga eller närstående tas med i bedömningen eller uppdateringen av servicebehovet.

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.

Klienter som har beslut via funktionshindersservicen har en egen socialarbetare där. Man strävar efter att ordna så att kunden har en bekant person som kan hjälpa dem på Kompetenscentret, men klienten har ingen egen utsedd kontaktperson på enheten.

- ✓ Har det utnämnts en egenvårdare åt klienterna?

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.

Klientplan finns i Abilita och är läsbar för anställda som använder Abilita. Klientens uppgifter är inte tillgängliga för anställda som använder hälsovårdens patientdatasystem, om den inte har distribuerats separat till dem med klientens tillåtelse. Risken är att anställda som använder hälsovårdens patientdatasystem kommer att ha liten användning av klientplanen om de inte har tillgång till den. Klientplanen kan också vara ett mer främmande koncept om man inte har jobbat med det tidigare. Klientplanen ska inte heller delas ut till hälsovården om den inte innehåller väsentlig information eller om klienten inte godkänner detta.

Anställda måste respektera innehållet i klientplanen. Att ta hänsyn till det bör betonas till exempel under orienteringsfasen för en nyanställd.

- ✓ Hur säkerställs att klienten får tillräckligt med information om olika servicealternativ och hur hörs klientens?
- ✓ På vilket sätt säkerställs att personalen känner till innehållet i klientplanens och arbetar utgående från den.

5.4 Verkställighetsplan

Förverkligandet av service-, vård- och uppfostringsplan, välmående- eller rehabiliteringsplanen i klientens dagliga vård och service förutsätter att personalen är väl förtrodda med sitt arbete. Det är en stor clientsäkerhetsrisk i fall inte vård- och serviceplanen förverkligas eller uppdateras. Det är speciellt viktigt att göra en plan, ifall det har tillämpats eller möjligtvis kommer att tillämpas begränsningsåtgärder på 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.

Hör inte till Kompetenscentret.

- ✓ Beskriv hur klientens plan uppgörs och uppdateras, samt hur uppföljningen förverkligas.
- ✓ På vems ansvar är det, att klientens plan uppdateras?
- ✓ Hur säkerställs att klienterna får tillräckligt med information om olika servicealternativ och hur hörs klienterna?
- ✓ Beskriv hur ni säkerställer, att personalen känner till innehållet i klienternas verkställighetsplaner och förverkligar dem i dagligt arbete.

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.

Dokumentationen försvåras för närvarande av att flera olika klient- och patientdatasystem används samtidigt. Enheten använder 3 olika datasystem. Dokumenteringen skiljer sig något beroende på de olika plattformarna. Vi försöker utnyttja olika personers kompetens i olika klientdatasystem. Man uppmuntras att delta i utbildning gällande dokumentering vid behov. Personalen har fått utbildning inom organisationen kring dokumentation av klientarbete, till exempel Abilita. Personalen uppmuntras också att utbilda varandra internt.

I början av året har genomförandet av dokumentation varit utmanande. Dokumentation av klientarbete har inte gjorts omedelbart, eftersom övergången från hälsovårdens Abilita till socialvårdens Abilita orsakade utmaningar. Det har varit mycket förvirring bland personalen om vad man ska skriva in och hur man ska skriva. Öppnandet av kundrelationer har också varit oklart. Otydligheten består fortfarande delvis. När det gäller socialarbetare har det inte varit möjligt att lösa alla oklarheter kring dokumentation, men det finns fortfarande en risk att en del av dokumentation försenas eller till och med inte slutförs alls. Det medför också utmaningar när både vårdfrågor och sociala frågor dyker upp när man pratar med klienter. Ingen anställd kan logga in på båda plattformarna. Risken är därför att vissa saker inte dokumenteras helt.

Enheten har ännu inte upprättat en beskrivning om behandling av konfidentiella personuppgifter.

Det pågår en veckodiskussion på enheten om behandlingen av klientdata, i den nya enheten är en av de mest utmanande aspekterna överföringen av information. Av denna anledning diskuteras också ständigt lagar relaterade till behandling av personuppgifter. Enheten konsulterar även andra personer som arbetar i organisationen i oklara situationer.

Datasekretesschef Tuija Viitala

Sandviksgatan 2-6
65130 Vasa
Tel. 06 213 1840
E-post: tuija.viitala(at)ovph.fi

Läs mera i:

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

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

[Behandling av klientuppgifter inom socialvården 2016](#)

- ✓ Hur introduceras personalen i dokumentering av klientuppgifter?
- ✓ På vilket sätt säkerställer man att klientarbetet dokumenteras ändamålsenligt och utan dröjsmål?
- ✓ Den finns en beskrivning över hur konfidentiella personuppgifter behandlas på enheten?
- ✓ Har det uppgjort en beskrivning över hur personuppgifter behandlas på enheten?
- ✓ Hur ordnas introduktionen för personalen och studeranden i behandling av personuppgifter och datasäkerhet, samt hur ordnas fortbildningen?
- ✓ Hur säkerställs att personalen iakttar gällande lagstiftning om dataskydd och behandling av personuppgifter samt anvisningar och myndighetsföreskrifter gällande dokumentation av klientuppgifter?
- ✓ De dataskyddsansvarigas namn och kontaktuppgifter.

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.

Anställda har grundläggande utbildning som hjälper dem att förstå och möta klienter. Enheten värdesätter att möta klienter med respekt och alla är engagerade i det. Om felaktig behandling upptäcks ska ärendet omedelbart anmälas till närchef. Om man inte känner att man har möjlighet att ingripa i situationen borde man prata med närchef.

Situationen kommer att ses över med klienten och vid behov den anhöriga och en ursäkt kommer att begäras. Vi kommer också att gå igenom vad vi har gjort för att hantera det och hur vi ska säkerställa att situationen inte händer igen. Sådana händelser behandlas även i gemensamma möten med enhetens arbetstagare.

- ✓ Beskriv hur ni säkerställer ni ett gott bemötande av klienterna och hur ni handlar om osakligt bemötande upptäcks.
- ✓ Beskriv hur ett osakligt bemötande, en negativ händelse eller en risksituation som klienten blivit utsatt för behandlas tillsammans med klienten och hans anhöriga eller närstående.

Barnskyddet plan för gott bemötande

Barnskyddsenheter som vårdar barn utanför hemmet har en lagstadgad skyldighet att göra upp en plan om gott bemötande som en del av egenkontrollplanen. När planen görs/ uppdateras ska de barn som är placerade på enheten höras ges möjlighet till delaktighet. När planen är färdig ska den gås igenom med de barn

som är placerade på enheten. Planen skall finnas synligt tillgänglig på enheten, skickas till de kommuner som har placerade barn där och till de socialarbetare som ansvarar för barnens placeringar. Planen uppdateras årligen.

Hör inte till Kompetenscentret.

- ✓ När har planen om ett gott bemötande inom barnskyddet är uppgjorts/ uppdaterats?
Tidpunkt:

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.

Vi hoppas på feedback från klienter och anhöriga gällande verksamheten. Feedbacken skrivs ner och bearbetas tillsammans i teamet. Vi försöker respektera och lyssna på klienternas önskemål inom ramen för verksamheten. Feedback är särskilt uppskattat när utvecklingen av verksamheten endast är i inledningskedet.

- ✓ Beskriv hur klienterna och deras anhöriga/ närstående är deltar i att utvecklandet i enhetens verksamhet, kvalitet och egenkontroll.
- ✓ På vilket sätt och hur ofta insamlas klientrespons?
- ✓ Beskriv hur inkommen respons används vid utvecklandet av verksamheten.

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 i och påverka planeringen och förverkligandet av sin service. I mån av möjlighet skall klienten ha möjlighet, att framföra åsikter även om 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. 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.

Inga egentliga begränsningsåtgärder genomförs i enheten, eftersom verksamheten är en öppen verksamhet. Förbundet har dock en IMO-grupp som bedömer behovet av begränsningsåtgärder. Begränsande åtgärder är en sista utväg. Innan detta försöker man hitta andra lättare lösningar tillsammans med klienten och anhöriga. Vid behov kommer övrig personal att uppmanas att arbeta med klienten, om man upplever att det kommer att minska antalet begränsningsåtgärder. Till exempel kan rehabiliteringshandledare användas. Om begränsningsåtgärder rekommenderas, rekommenderas begränsningar så lite som möjligt och bedömningen uppdateras efter 6 månader.

En del av personalen har genomgått utbildningar för att minska begränsningsåtgärder, till exempel MAPA-utbildning och AVEKKI.

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 \(på finska\)](#)

[Lastensuojelun menettely sijaishuollon järjestämisessä EOAK/2857/2021 \(på finska\)](#)

- ✓ Vilka delområden av klienternas självbestämmanderätt stärks på enheten och på vilka sätt?
- ✓ Vilka är enhetens principer kring stärkande av klientens självbestämmanderätt?
- ✓ Vilka är enhetens principer kring begränsning av klientens självbestämmanderätt?
- ✓ Vilka begränsningar används på enheten och i vilken omfattning?
- ✓ Vilka begränsningsåtgärder används på enheten, ifall man kommer i en situation där det är nödvändigt att begränsa klientens självbestämmanderätt?
- ✓ Hur övervakas klienten under den tid som begränsningsåtgärden varar?

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

Samarbete och informationsflöde mellan olika aktörer är en av de mest utmanande faktorerna i enheten. Enheten använder flera olika klientdatasystem och dataöverföringen är ofta svår. Nu uppmanas kunder att fylla i Y100-samtyckesformuläret så att vi kan få skriftligt medgivande från klienten för överföring av klientuppgifter. Utöver detta håller vi regelbundna team möten där vi går igenom de överenskomna ärendena. Det är också viktigt att noggrant registrera de åtgärder som vidtas i klientdatasystem.

- ✓ Beskriv hur samarbetet och informationsförmedlingen har ordnats mellan klienternas, social- och hälsovårdens serviceproducenter och andra aktörer.

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.

Anmärkningar för socialvård:

Petra Isosalo Chef för funktionshinderservice

fornamn.efternamn@ovph.fi

040 484 0156

Anmärkningar för medicin

Annica Sundberg Ledande läkare

fornamn.efternamn@ovph.fi

050 438 5973

Anmärkningar för rehabilitering

Heidi Kotanen Överskötare

fornamn.efternamn@ovph.fi

040 486 7593

- ✓ Vem tar emot enhetens anmärkningar, tjänsteställning och kontaktuppgifter?

- ✓ Hur behandlas anmärkningar, klagomål och andra tillsynsbeslut angående enhetens verksamhet och hur beaktas dess i enhetens utvecklingsarbete?
- ✓ Inom vilken tid behandlas enhetens av anmärkningar?

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

Social- ja patientombudsmannens kontaktuppgifter hittas som bilaga.

6 PERSONAL

6.1 Personalstruktur och personaldimensionering

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

Arbetar för närvarande på enheten

socialarbetare 2
rehabiliteringshandledare 4
nepsy-handledare 1
sjukskötare 0.2
avdelningsskötare 1

Fysioterapeut 1

Utöver dessa finns det

talterapeut 2
psykolog 1

sekreterare 1
Läkartjänster

Det finns 2 lediga tjänster eller vikarier för socialarbetare, 3 rehabiliteringshandledare, 1 ergoterapeut, 1 sjukskötare. En del av rekryteringen pågår.

Utmaningen är att få kvalificerade arbetstagare till enheten. Det finns ingen lagstiftning om personalstyrkan på enheten, men den service kunderna får, kommer att minska om rekryteringen inte lyckas. Vakanslistan kommer fortfarande att förändras något under innevarande år.

Avdelningsskötarens arbetstid är heltid vid ledning och utveckling av enheten.

- ✓ Vilken är enhetens personalstruktur och personalmängd? (Yrkesgrupp, arbetsuppgifter och antal)
- ✓ På vilket sätt säkerställs det, att förpersonen har tillräckligt med tid att leda enheten?
- ✓ Beskriv hur kraven på enhetens personaldimensionering förverkligas.
- ✓ På vilket sätt säkerställs, att enheten har tillräckliga personalresurser för att möta klienternas servicebehov?
- ✓ På vilket sätt uppföljs personalens tillräcklighet i förhållande till klienternas servicebehov?
- ✓ Vilken är enhetens personalmängd i olika arbetsskift (vardagar respektive veckoslut)?
- ✓ På vilket sätt säkerställs att det finns tillräckligt med personal i stöd- och hjälpfunktioner?
- ✓ THL följer med personaltätheten inom äldreomsorgens serviceboenden med heldygnssorg två gånger per år. Vilka var resultaten i THL:s två senaste mätningar?

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 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>

Syftet är att anställa personal till lediga tjänster så att arbetsbelastningen inte blir för stor för personalen. enheten använder inte vikarier eller resursheter. Självklart anställs långtidsvikarier till exempel på grund av familjeledighet. Det har funnits enskilda undantag i början av året.

Lämpligheten för jobbet bedöms utifrån ansökan och intervjun. Dessutom strävar vi efter att beskriva arbetsbeskrivningen så öppet som möjligt. Sökande ska lämna ett utdrag ur straffregistret samt intyg om utbildning och eventuella anställningsförhållanden.

Sökande måste ha språkintyg. Tvåspråkiga arbetsintervjuer genomförs. En del av personalen har flyttat från Kårkulla till den nya organisationen som sk som gamla anställda och av dem har det inte krävts språkintyg. På grund av detta arbetar en del av personalen på endast ett språk.

- ✓ Vilka är principerna för rekrytering av personal till enheten?

- ✓ Vilka är enhetens principer för användning av vikarier och resursenhetens personal?
- ✓ På vilket sätt beaktas lämplighet och pålitlighet av personer som ska arbeta i klienternas hem eller med barn, funktionsnedsatta och äldre?
- ✓ Berätta på vilket sätt ni säkerställer, att personalen har tillräckliga språkkunskaper?

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.

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 ibruktagnin av arbetsformer som är alternativa och rehabiliterande i förhållande till begränsningsåtgärder.

Nyanställda och studenter tilldelas en ansvarig person eller mentor som bär det övergripande ansvaret. Dessutom åtar sig varje anställd att hjälpa och stötta nyanställda. Nyanställda får också sätta sig in i informationen om organisationen i Intra. Avdelningskötare försöker också ge tid och stöd, särskilt i början av anställningsförhållandet.

Introduktionsmappen eller protokollet saknas ännu på enheten.

Fortbildning behövs för närvarande särskilt för den nya funktionshindersservicelagen. Personalen får stöd att delta i aktuella seminarier och evenemang som arrangeras av till exempel THL. Syftet är att fördela utbildningspengar lika mellan olika medarbetare.

- ✓ På vilket sätt ordnas personalens och studerandens introduktion i klientarbete och egenkontroll? (Vem/Vilka introducerar, introduktionsplan, checklista, underskrifter etc.)
- ✓ På vilken typ av fortbildning behöver enheten satsa på just nu, för att möta klienternas vård- och servicebehov?
- ✓ Hur säkerställs att personalen fortbildning uppfyller lagstiftningens minimirekommendation på 3 dagar/person/år?

7 ÅTGÄRDER SOM STÖDER FÖRVERKLIGANDET AV SERVICEN

7.1 Hygien, samt förebyggande och bekämpning av infektioner

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

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

I förverkligande av egenkontrollen syns det bl.a. i

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

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

Enheten har tills vidare ingen hygienansvarig. När en sjukskötare anställs till enheten är det hen som är ansvarig.

Enheten hanterar inte livsmedel, textilvård eller medicinsk utrustning.

- ✓ Beskriv uppföljningen av den allmänna hygiennivån.
- ✓ Hur säkerställs hygienpraxisen, så att den motsvarar klienternas behov enligt deras verkställighetsplaner?
- ✓ Beskriv hur livsmedels- och handhygien beaktas i matlagningen och vid måltiderna (klienter och personal).
- ✓ Beskriv förebyggande av spridningen av infektioners och smittsamma sjukdomars?
- ✓ Hur är städningen och textilvården ordnad?
- ✓ Beskriv hur personalen har introducerats/ utbildats i förverkligande av enhetens renlighet och textilvård enligt anvisningar och standarder?
- ✓ Hur säkerställs, att den medicintekniska produkter och instrument rengörs efter användning?
- ✓ Det finns en hygienansvarig på enheten? Vem? (Har hygienskötaren informerats om ansvarspersonen?)
- ✓ Kontaktuppgifter till hygienskötare:

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.

Personalen ska delta i första hjälp-utbildning i enlighet med organisationens instruktioner. För närvarande har enheten inte aktuell information om personalens första hjälp-kompetens.

- ✓ Hur är klienternas hälso- och sjukvård ordnad på enheten?
- ✓ Beskriv hur tillgången på läkar- och sjuksköttjänster är ordnade.
- ✓ Hur säkerställs personalens första hjälpkunnande? (uppdateringbehov vart tredje år)
- ✓ Hur är klienternas munhälsövård ordnad?
- ✓ På vilket sätt främjas och uppföljs hälsotillståndet hos klienter med kroniska sjukdomar?
- ✓ Hur agerar man vid oväntade dödsfall? Finns det uppgjorda skriftliga anvisningar?

7.3 Läkemedelsbehandlings förverkligande

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

Enligt Fimea ska det på social- och hälsovårdsenheter finnas en utnämnd sjukskötare, som ansvarar för genomförandet av läkemedelsbehandlingen som helhet. Den sjukskötare som ansvarar för genomförandet av läkemedelsbehandlingen som helhet ska arbeta på arbetsenheten, så att han eller hon kan ingripa i observerade missförhållanden. Inom socialvården finns det dock enheter där klienternas servicebehov inte förutsätter en sjukskötare på heltid vid enheten, till exempel inom barnskyddet och servicen för utvecklingsstörda. Enheten ska dock utse en sjukskötare som ansvarar för den praktiska helheten av enhetens läkemedelsbehandling och som de facto besöker enheten för att bedöma om läkemedelsbehandlingen är ändamålsenlig, som tar emot praktiska prov och så vidare. Om det inte finns någon sjukskötare bland enhetens egen personal, kan man komma överens om arbetsfördelningen med sjukskötarna vid serviceproducentens övriga enheter eller samarbeta med kommunens hälsovårdscentral eller med privata aktörer inom hälso- och sjukvården.

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

Till egenkontrollen hör att identifiera och eliminera risker som orsakas av bristfällig kompetens eller oklara förfaranden i läkemedelsbehandling och -försörjning. Därtill måste man säkerställa att den social- och hälsovårdspersonalen som deltar i läkemedelsbehandlingen har ikraftvarande läkemedelslov. Ansvar 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](#)

Ingen medicinsk behandling ges vid enheten. Läkare skriver ut nödvändiga läkemedel och klienten tar läkemedlen i sin vardag. Uppföljning av läkemedelsbehandlingen utförs vid behov av enhetens läkare eller under överinseende av sjukskötaren.

- ✓ Vilka ansvarar för enhetens läkemedelsbehandling?
- ✓ Ansvarig läkare och specialisering?
- ✓ Ansvarig sjukskötare?
- ✓ Beskriv på vilket sätt det säkerställs, att läkemedelsbehandlingsplanen hålls aktuell och förverkligas som en del av dagligt arbete.
- ✓ Beskriv på vilket sätt det säkerställs, att all personal som deltar i läkemedelsbehandling har ikraftvarande läkemedelslov.
- ✓ Ifall det på enheten finns ett begränsat läkemedelsförråd, har en anmälan om detta gjorts till Regionalförvaltningsverket? Hur uppföljs, värderas och övervakas läkemedelsförrådets förbrukning?

7.4 Främjande av välbefinnande, rehabilitering och tillväxt

Enligt barnskyddslagen (2007/417 § 4 a) skall barn inom barnskyddet säkerställas en god vård och fostran med hänsyn till barnets ålder och utvecklingsnivå behövlig tillsyn och omsorg samt barnets rätt till en balanserad utveckling och välfärd.

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.

I samband med uppdatering av rehabiliteringsplaner görs nödvändiga bedömningar av klienternas funktionsförmåga och delaktighet. Utifrån dessa bedömningar utarbetas rekommendationer. Vid behov görs utvärderingen av ett mångprofessionellt team och involverar även klienter eller anhöriga.

- ✓ Beskriv hur man i servicen främjar klienternas fysiska, psykiska, kognitiva och sociala funktionsförmåga och delaktighet
- ✓ Beskriv hur klienternas skolgång, arbetsverksamhet eller annat deltagande i arbetslivet förverkligas.
- ✓ Beskriv hur det möjliggörs att klienternas har en regelbunden kontakt till sina anhöriga.
- ✓ I vilken utsträckning förverkligas klienternas motions-, kultur- och fritidsaktiviteter?
- ✓ På vilket sätt uppföljs målsättningarna på klienternas välmående, funktionsförmåga och rehabiliterande aktiviteter?

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](#)

Hör inte till kompetenscentret.

- ✓ Hur har klienternas måltider ordnats?
- ✓ Hur säkerställs att klienternas önskemål, dieter eller andra begränsningar beaktas vid måltiderna?
- ✓ Hur säkerställs klienterna får bra mat och ett tillräckligt närings- och vätskeintag?
- ✓ Hur säkerställs att klienternas nattfasta inte överskrider 11 timmar på äldreboenden?

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.

Arbetstagare på Kompetenscentret gör en betydande del av sitt arbete i klienternas egna miljöer, till exempel hemma, daghem eller boende. Läkar- och mottagningsverksamheten verkar i Kompetenscentrets lokaler. Besöken är korta mottagningsbesök. Fysioterapeut tar ibland emot klienter även i centralsjukhusets utrymmen. I Vasa har man strävat efter att dämpa ljudet från läkar- och psykologrummen för att garantera integriteten. Klienter vistas endast i lokalerna en kort stund.

- ✓ Vilka är principerna för användning av enhetens utrymmen?
- ✓ Hur kan klienterna inreda sin lägenhet/ rum?
- ✓ Används klientens personliga utrymmen till något annat, när klienten har en långvarig frånvaro?
- ✓ Hur respekteras klientens skydd för privatlivet?
- ✓ Hur är de anhörigas och närståendes besök ordnade?

8 KLIENT- OCH PERSONALSÄKERHET

8.1 Egenkontroll enligt hälsoskyddslagen

Enligt hälsoskyddslagens (763/1994) 13 § skall en skriftlig anmälan göras till kommunens hälsoskyddsmyndighet före inledande, vid ändringar och avslutande verksamhetsenheter som ger fortlöpande vård inom

socialvården, serviceboenden med heldygnsomsorg, institutionsvård, barnskyddsenheter. Vilka enheter det berörs finns närmare specificerat i lagens bilaga. Innehållet i anmälan finns närmare preciserat i hälsoskyddsförordningen (1280/1994) 4 §.

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

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

Kompetenscentrets lokaler i Vasa har precis renoverats och hittills har det inte funnits några hälsofaror. Vid behov kan hyresvärden kontaktas vid misstanke om hälsorisker. Kompetenscentrets anställda flyttar till nya lokaler på Malms sjukhus i Jakobstad. Det utrymme som kommer att användas av dem kommer också att renoveras. De anställda har deltagit i planeringen. Enligt personalen är Närpes lokaler lämpliga för verksamhet och hälsorisker har inte uppstått. I Närpes kan man även kontakta hyresvärden om man misstänker problem. Larmapparater finns inte i Vasa eller Närpes. Därför är riktlinjen att det alltid ska vara minst 2 anställda närvarande om en klient kommer till mottagning.

Verksamhetspunkterna både i Vasa och Närpes har dålig ljudisolering. Ansträngningar har gjorts för att förbättra ljudisoleringen i Vasas kontor, men det finns fortfarande utrymme för förbättringar.

- ✓ Hur hanteras risker i anslutning hur hälsosamma enhetens utrymmen är?
- ✓ Vilket samarbete sker med andra myndigheter och aktörer för att minska enhetens hälsorisker?

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 tillbudsanmälan 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§).

Kompetenscentret har inte medicinsk utrustning av detta slag. En gemensam rollator upphandlas till Vasa kontoret för att underlätta för klienter att röra sig. Än så länge finns ingen namngiven ansvarig person.

- ✓ Det finns en utnämnd ansvarsperson för medicintekniska produkter:
Namn och kontaktuppgifter

- ✓ Personalen har gjort egenhetens apparatpass?
- ✓ Hur säkerställs att de hjälpmedel och de medicinsktekniska produkter som klienten behöver är anskaffade, getts användarhandledning i och får service på ett adekvat sätt?
- ✓ På vilket sätt säkerställs, att det gör adekvata [rapporter](#) rörande medicintekniska produkter
- ✓ På vilket sätt är de medicintekniska produkternas regelbundna service, som årlig service, när produkten är i behov av service eller går sönder?

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.

Det finns inga säkerhetsanordningar av denna typ på enheten. Organisationens allmänna instruktioner för personal som gör hembesök kommer. När klienter kommer till mottagningen är det alltid minst 2 anställda på plats.

- ✓ På vilka tekniska lösningar används för att trygga enhetens säkerhet?
- ✓ Hur säkerställs, att den säkerhetsutrustning som klienterna och personalen använder fungerar och att alarm besvaras.
- ✓ Vem ansvarar funktionssäkerheten av larmtelefoner och annan larmutrustning?
Namn och kontaktuppgifter:

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 utrymningssäkerhet 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.

Enheten har inga uppdaterade räddningsplaner eller utredning kring utrymningssäkerheten.

Det finns ingen aktuell information om deltagande i brandsläckningsövningar.

Det finns ingen aktuell information om säkerhetsvandringar.

Det finns ingen skriftlig plan för störningar och undantagssituationer.

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

[SHM: Beredskapsärenden](#)

- ✓ Hur tryggas klient- och personalsäkerheten på enheten?
- ✓ Tidpunkt för uppgörande/uppdatering av räddningsplanen och utredningen av utrymningssäkerheten? Tidpunkt:
- ✓ Hur säkerställs att personalen deltar i brandsläckningsövningar x 1/ 5 år? Tidpunkt för senaste övning?
- ✓ Hur ofta görs säkerhetsvandringar på enheten?
- ✓ Vilken beredskap har man på enheten för störnings- och undantagssituationer? Finns det en skriftlig plan?
- ✓ Hur säkerställs att personalen känner till enhetens räddningsplan, utredning av utrymningssäkerhet och beredskapsplan?
- ✓ Hur säkerställs att enhetens förpersoner och personal kan handla vid störnings- och undantagssituationer?

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.

Enheterna har arkiv med klientdata. Arkiven finns i låsta skåp och bakom låsta dörrar. Endast en del av personalen har tillgång till skåpen.

- ✓ Beskriv hur dataskyddet förverkligas på enheten?
- ✓ Hur säkerställs att dataskyddet efterföljs på enheten och lagstiftning kring behandling av personuppgifter, samt anvisningar som uppgjorts för enheten och myndighetsdirektiv?
- ✓ Hur ordnas personalens och studerandenas hantering av personuppgifter och introduktion i datasäkerhet?
- ✓ Dataskyddets ansvarsperson (namn och kontaktuppgifter):

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.

Planen gjordes av Mervi Parviainen, avdelningsskötare. Enhetens personal har deltagit i gemensamma diskussioner.

Mervi Parviainen ansvarar för uppföljning av egenkontrollplanen, tel 040557 1337.

- ✓ Vilka personer har deltagit i uppgörandet/ uppdateringen av egenkontrollplanen?
- ✓ Vem/vilka är ansvariga för planeringen och förverkligande av enhetens/ servicehelhetens egenkontroll (namn, tel.)?

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.

Egenkontrollplanen uppdateras minst en gång per år av en avdelningsskötare. Oftare vid behov.

- ✓ Hur säkerställer man på enheten att egenkontrollplanen hålls aktuell?

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 laddas upp på hemsidan och kopior skrivs ut på kontoren i Jakobstad, Vasa och Närpes.

- ✓ Var är egenkontrollplanen offentligt framlagd (fysiskt, hemsidan på Internet)?

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

Uppföljning av egenkontrollplanen

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

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

Socialombudsman

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

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

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

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

Service är kostnadsfri!

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

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

Besöksadress: Korsholmsesplanaden 44, 65100 Vasa



Patientombudsmannen till din hjälp

Vi hjälper dig om du har frågor
om patientens rättigheter.

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

Vi ger råd och hjälper i anmärknings- och patientskadeärenden.

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

Boka tid via telefonen om du vill besöka oss personligen.

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

