



Plan för egenkontroll inom socialservicen Österbottens välfärdsområde

Enhetens/ servicehelhetens namn	Grönkulla
Godkännare (namn, titel) Underskrift	Mona Skuthälla, Boendeförman
Tidpunkt för godkännande	20.6.2023
Versionnummer och datum Datum för tidigare versioner (tidigare versioner skall sparas i sju år)	1.0 20.6.2023
Egenkontrollplanen finns offentligt framlagd.	Österbottens välfärdsområdets webb sidor https://osterbottensvalfard.fi

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	6
4.1 Ledningens, förpersonens och personalens ansvar för riskhanteringen	6
4.2 Identifiering av risker och missförhållanden	7
4.3 Rapportering och analysering av tillbud och avvikelser	9
4.4 Korrigering 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.....	12
5.3 Klientplan.....	12
5.4 Verkställighetsplan	13
5.5 Dokumentation av klientarbete	13
5.6 Rättighet till socialvård av god kvalitet och ett gott bemötande	14
5.7 Klienternas och deras anhörigas eller närståendes delaktighet	15
5.8 Stärkande av självbestämmanderätten och tillämpning av begränsningar	15
5.9 Multiprofessionellt samarbete	17
5.10 Anmärkningar och stöd av social- och patientombudsmannen.....	17
6 PERSONAL	18
6.1 Personalstruktur och personaldimensionering	18
6.2 Personalrekrytering, språkkunskaper och arbetstillstånd.....	19
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.....	23
7.5 Måltider och lämplig mat	24
7.6 Enhetens verksamhetsutrymmen	24
8 KLIENT- OCH PERSONALSÄKERHET	24
8.1 Egenkontroll enligt hälsoskyddslagen	24
8.2 Medicinsktekniska produkter	25
8.3 Tekniska säkerhetslösningar.....	25
8.4 Säkerhets-, räddnings- och beredskapsplaner	26
8.5 Dataskydd och datasekretess, samt egenkontrollplan för informationssäkerhet	27
9 EGENKONTROLLPLANENS ANSVARSPERSON, UPPDATERING OCH OFFENTLIGHET	28
10 BILAGOR	Error! Bookmark not defined.

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: Grönkulla boende

Adress: Bankgatan 37

Telefon: 040-8051968

Stad/kommun: 66900 Nykarleby

Serviceform: Verksamhetsområde, typ av service och dess omfattning

Verksamhetsområde inom socialvården: Rehabilitering, delaktighetstöd

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

Verksamhetens omfattning (klienternas/ klientplatsernas antal): 5

Enhetens/ servicehelhetens ansvarsperson

Namn, titel/ utbildning: Mona Skuthälla, Socionom YH, Boendeförman

Telefon: 050-3501345 E-post: mona.skuthalla@ovph.fi

Service som köps av underleverantörer och deras serviceproducenter

Köpt service

Serviceproducent

Säkerhet

Securitas

Beskrivning av tjänsten finns antecknad i kontraktet med underleverantören. Kvaliteten på tjänsten uppehålls genom kontakt vid behov. Ifall saker som överenskommits i avtalet inte uppfylls görs en reklamation

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.

3 VERKSAMHETSIDÉ, VÄRDERINGAR OCH VERKSAMHETSPRINCIPER

3.1 Verksamhetsidé

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

Grönkulla boende hör till resultatområdet Delaktighetsstöd, vilket hör till verksamhetsområde Rehabilitering. Rehabiliteringen strategimål för år 2023 är

- 1) Välmående och välfungerande invånare
- 2) Tillräcklig, stabil, kunnig och välmående personal
- 3) Effektiv, kostnadseffektiv service.

Grönkulla erbjuder svenskspråkig service för personer med intellektuell funktionsnedsättning enligt gällande lagstiftning och boendestöd till personer som behöver stöd och hjälp från funktionshinderservicen i sitt eget hem.

Enheten erbjuder individuell service med målsättning att upprätthålla, utveckla och främja användning av de egna resurserna i vardagen. Verksamhetsprinciperna bygger på delaktighet och självbestämmande för servicetagarna.

Grönkulla boende är ett tryggt och trivsamt hem med servicetagaren i fokus. Vården och omsorgen planeras utgående ifrån servicetagarens individuella behov och förutsättningar och fokuserar på servicetagarens delaktighet samt upprätthållande och främjande av funktionsförmåga.

Personalen arbetar utgående ifrån en socialpedagogisk arbetsmetod som innebär att inläring och utveckling sker i vardagen. Personalen finns till för stöd och hjälp i vardagen för att servicetagaren ska

kunna leva ett så självständigt liv som möjligt. Servicetagaren får hjälp och handledning med bland annat dusch, klädvård, städning samt i måltidssituationer, när det gäller hushållssysslor är alla delaktiga i utförandet (både personal och servicetagarna).

Vi strävar efter att servicetagarna har en meningsfull fritid och deltar aktivt i olika evenemang, kurser samt gör utflykter och resor. Servicetagarens nätverk är en viktig resurs och bidrar till både kvalitet och kontinuitet i vården och omsorgen. På Grönkulla finns personal på plats när servicetagaren är hemma.

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.

Rehabiliteringens värdelöften till sina kunder är: tillgänglighet, rätt service i rätt tid, samarbete som stöder delaktighet, tydliga och verkningsfulla tjänster, att bli hörd, individuella lösningar, att få stöd som stärker de egna resurserna samt möjliggöra ett meningsfullt liv utifrån egna förutsättningar.

Grönkullas fastställda värdegrund är indelad i nio huvudområden och finns även utarbetad som lättläst version för att klienterna själva ska kunna läsa och förstå värdegrunden. Den lättlästa versionen av värdegrunden finns uppsatt på enheten.

Grönkullas värdegrund består av:

Trygghet: Servicetagaren ska kunna känna sig trygg i sitt hem tillsammans med personalen och andra servicetagaren.

Integritet: Servicetagaren har rätt till ett eget privatliv och respekt inför andra servicetagares privatliv.

Frihet: Servicetagaren har friheten att kunna bestämma själv och fatta egna beslut.

Individualitet: Servicetagaren ska kunna vara sig själv och respektera andra såsom de är.

Delaktighet: Servicetagaren ska få kunna påverka och göra sin röst hörd. Även få ta del av sådant som berör denne.

Självständighet: Servicetagaren ska få utvecklas till en självständig individ och själv utföra uppgifter som denne klarar av.

Respekt: Servicetagaren ska kunna respektera andra människor och deras åsikter.

Omsorg, stöd och service: Servicetagaren ska kunna få hjälp och handledning av personalen när det behövs.

Grundläggande och individuella behov: Det är personalens ansvar att ta reda på servicetagarens behov för att kunna möta dessa med lämpligt stöd.

Personalens principer för arbetet utgår ifrån enhetens fastställda verksamhetsidé samt värdegrund och kan sammanfattas med att personalen strävar till att "göra tillsammans med servicetagaren, inte istället för servicetagaren". Vi arbetar utgående ifrån servicetagarens individuella behov av vård och omsorg samt servicetagarens förutsättningar till självständighet och delaktighet.

Grönkulla är ett hem och ska stå för trygghet i tillvaron, all personal och alla servicetagare bidrar till att Grönkulla är ett hem, alla ska vara och är lika viktiga för verksamheten.

Varje servicetagaren har en fastställd egenvårdare. Egenvårdarsystemet innebär att varje servicetagaren har någon i personalen som har extra omsorg om just dem. Den extra omsorgen innebär att man som egenvårdare ansvarar för att säsongssamtal hålls tillsammans med servicetagaren och dennes anhöriga, bokar in återkommande besök till läkare/hvc etc. Egenvårdaren har kontakt med anhöriga och intressebevakare och hjälper servicetagaren att fylla i ansökningar och andra dokument. Egenvårdarens viktigaste uppgift är att bygga en förtroendefull relation till servicetagaren så att servicetagaren alltid känner att de har någon i personalen att vända sig till om behövs. Trots egenvårdarsystemet är allt klientarbete ett lagarbete. Detta betyder att vi alla hjälps åt för att våra servicetagaren ska få det de behöver.

4 RISKHANTERING

Riskhanteringsprocessen handlar om hantering av enhetens/ servicehelhetens risker via egenkontroll.

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

Österbottens välfärdsområdes

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

- Program för egenkontroll 12/2022

- Plan för kvalitet och klientsäkerhet 2022/2023

- Plan för egenkontroll av datasäkerheten 2023 (på kommande)

4.1 Ledningens, förpersonens och personalens ansvar för riskhanteringen

Det hör till 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.

Ledningen ansvarar för att tillräckliga resurser har anvisats till att trygga en säker verksamhet. Enhetens närchef bär också huvudansvaret för att skapa en positiv attityd gentemot behandling av missförhållanden och säkerhetsfrågor.

Tillbud rapporteras i den webbaserade databasen HaiPro. HaiPro-rapporter görs kontinuerligt på enheten. Uppföljning av dessa görs på enhetsnivå eller tillsammans med förmän. På enheten råder positiv kultur kring HaiPro och rapporter skrivs med låg tröskel. Närchefen diskuterar regelbundet med personalen kring missförhållanden och säkerhetsfrågor. Missförhållanden och säkerhetsfrågor diskuteras även i samband med arbetsplatsmöten.

Alla anställda har ansvar för att krav och kvalitetsmål efterföljs samt för att rapportera om brister i kvaliteten, tillbud och negativa händelser. Missförhållanden och brister i kvaliteten kan upptäckas av närstående, servicetagaren själv eller personal och rapporteras till linjeledningen. Respons kan även ges via ÖVPH:s webbsida via en elektronisk responslänk (Roidu). Tillbud rapporteras i den webbaserade databasen HaiPro och missförhållanden i SPro.

Närchefen går igenom och uppdaterar egenkontrollplanen och riskbedömning tillsammans med personalen årligen. Varje personal kvitterar att ha läst egenkontrollplan och tillhörande instruktioner.

En förutsättning för god riskhantering är att arbetsgemenskapen arbetar i en öppen och trygg atmosfär där personal, servicetagaren och anhöriga vågar ta upp missförhållanden i kvalitet- och klientsäkerhet.

Alla som ingår i socialvårdens personal eller som arbetar med motsvarande uppgifter ska enligt socialvårdslagen (1301/2014 §48) arbeta för att den socialservice som ges servicetagaren är högklassig. Om man upptäcker eller får kännedom om ett missförhållande eller risk för missförhållande för klienten vid tillhandahållandet av socialvård är man skyldig att utan dröjsmål anmäla detta till närchefen. Närchefen är skyldig att åtgärda dessa missförhållanden eller vända sig till den instans som kan hjälpa, närchefen är även skyldig att anmäla detta vidare till chefen för funktionshinderområdet.

Personalen känner till programmet om "aktivt stöd", som tas i bruk vid behov. Utvecklingssamtal hålls en gång per år

Räddningsplan är gjord för enheten. Släckningsövningar görs med 3 års mellanrum.

4.2 Identifiering av risker och missförhållanden

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

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

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

Beskriv hur risker och missförhållanden identifieras på enheten:

Alla anställda har ansvar för att krav och kvalitetsmål efterföljs samt för att rapportera om brister i kvaliteten, tillbud och negativa händelser. Missförhållanden och brister i kvaliteten kan upptäckas av närstående, servicetagaren själv eller personal och rapporteras till linjeledningen. Respons kan även ges via ÖVPH:s webbsida via en elektronisk responslänk (Roidu). Tillbud rapporteras i den webbaserade databasen HaiPro.

Risker och missförhållanden tas regelbundet upp på personalmötet eller i direkt diskussion mellan personal och närchef.

Vid riskbedömning identifieras risker via tre kanaler:

- En riskbedömning görs utifrån de uppgifter som fås via HaiPro-systemet, en säkerhetsbedömning av sammanställningarna samt de risker som identifieras utifrån diskussionen på serviceområdesnivå.
- Bedömning av risker förknippade med en förändring utförs alltid innan förändringen genomförs.
- Bedömning av risker förknippade med verksamheten och processer utförs i samband med utvecklandet av processer. Processägaren ansvarar för att riskerna bedöms i samband med processutvecklingen.

Den proaktiva riskbedömningen är en del av den kontinuerliga verksamhetsutvecklingen på enhets-, områdes- och organisationsnivå. Det är på ledningens och/eller närchefens ansvar att avgöra vilka risker som är godtagbara och vilka åtgärder som krävs för att riskerna ska fås på en godtagbar nivå. Riskkartläggning görs på enheten minst vartannat år av arbetarskyddsparet, som består av enhetens socialhandledare och en personalrepresentant. Efter genomförd riskkartläggning hör det till förmanen och socialhandledaren att tillsammans göra upp en åtgärdsplan och förverkliga de åtgärder som behövs på basen av kartläggningen. Riskkartläggning och åtgärdsplan går igenom på personalmöten. Vid förändringar (vid risksituationer och vid övrigt förändringsarbete) ansvarar närchefen och socialhandledaren för att personalen informeras om förändringarna. Strävan är att information om förändringar ska tas upp under personalmöte. Om detta inte är möjligt, används epost som en informationskanal.

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.
Rekryteringsutmaningar	Positiv presentation och marknadsföring av enheten
Anpassning av arbetsskiftet vid oplanerade skift	Enhetens verksamhet omstruktureras
All klientdata är elektronisk	Enligt organisationens anvisningar, pappersblanketter av ex. Vårdjournaler
Enheten har ingen sjukskötare	Ansvarig sjukskötare bör utses för enheten

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

4.3 Rapportering och analysering av tillbud och avvikelser

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

Rapporteringsystem 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.

Närchefen tar tillsammans med sin koordinerande serviceförman ställning till hur tillbud och avvikelser hanteras med beaktande av ärendets art. Alla tillbud och avvikelser dokumenteras skriftligt så att ärendet finns tillgänglig för uppföljning. Diskussion med berörda, dokumentering av olycksfallstillbud (olycksfall och arbetsolyckor görs i den webbaserade tjänsten HaiPro). Fortbildning, stöd och handledning.

Gällande servicetagare tas avvikelser upp med socialarbetare, på nätverksmöten eller uppföljnings- och kartläggningssammanhang kring genomförandeplanen.

HaiPro används för rapportering av risksituationer samt registrering av negativa händelser och tillbud, vilka följs upp av utsedd ansvarsperson. Samtlig personal informeras om vilka registreringar som gjorts i HaiPro för att förhindra att liknande situationer uppstår på nytt.

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.

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

Medicinlistor	Tillgång till dom i Abilita vårdjournal	Genast	Sjukskötare
---------------	-----------------------------------------	--------	-------------

Introduktion Info/ olika ärendedokument	Materialet behöver uppdateras Läskvittering	Kontinuerligt Kontinuerligt	Socialhandledaren Personalen
-----------------------------------------------	------------------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

Närchefen tar tillsammans med koordinerande serviceförman ställning till hur informationen till personal och samarbetsparter bör ske med beaktande av ärendets art. Ifall informationen sker genom muntlig framställning bör det också säkerställas att en skriftlig dokumentation av ärendet finns tillgänglig för uppföljning. Ifall att korrigerande åtgärder krävs på högre nivå ansvarar ledande tjänsteinnehavare för att informationen når ut till rätt målgrupp

Personal: Information ges via e-post, intranät, arbetsplatsmöte, enhetens infohäfte, Abilita elektronisk dokumentering.

Samarbetspartners: Information ges via brev, e-post, telefonkontakt och hemsida.

Alla korrigeringar eller förbättringar går igenom på personalmöten, elektroniska protokoll skrivs som kan läsas i efterhand. Gällande samarbetspartners meddelar socialhandledarens de som berörs eller delegerar uppgiften vidare till annan personal som åtgärdar ärendet. Vid uppdatering av material datummärks dom.

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 avvikelsemätningar. 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](#)

Anmälan om missförhållanden kan göras via personalens närchef, till välfärdsområdets kvalitets- och tillsynsenhet och via SPro. Personal informeras om detta i samband med introduktion till arbetet samt med jämna mellanrum på personalmöten.

Personer som tillhör socialvårdens personal eller arbetar med liknande uppgifter ska agera på ett sådant sätt att de sociala tjänster som tillhandahålls kunden genomförs på ett högkvalitativt sätt. Enligt socialvårdslagen (1301/2014 §48) ska personen omedelbart meddela den verksamhetsansvarige om han eller hon upptäcker eller får kännedom om ett problem eller ett uppenbart hot om problem vid genomförandet av klientens sociala vård. Den som fått beskedet ska informera den ledande tjänsteinnehavaren för socialvården inom välfärdsområdet. Anmälan kan göras oavsett sekretessbestämmelser. Välfärdsområdet ska informera sin personal om anmälningsskyldigheten och frågor som rör dess användning. Arbetsordningsanvisningarna om genomförandet av anmälningsskyldigheten ska ingå i den egenkontrollplan som avses i 47 §. Den som gjort anmälan får inte utsättas för negativa motåtgärder till följd av anmälan.

5 KLIENTENS STÄLLNING OCH RÄTTIGHETER

5.1 Bedömning av servicebehov

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

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

Servicebedömning görs av funktionshindersservicens socialarbetare i samband med uppgörande av vård- och serviceplan. ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) används som referensram och gemensam vårdtyngdmätare. Gällande enhetens servicetagare bör anhöriga och serviceenhetens personal tas med i bedömningen av servicetagarens servicebehov.

Vård- och servicebehovet bedöms tillsammans med servicetagaren och vid behov med hans eller hennes anhöriga, närstående eller lagliga representant. Utgångspunkten för bedömningen är personens egen uppfattning om egna resurser och hur de kan stärkas. Vid utredningen av servicebehovet ska uppmärksamhet fästas vid att återställa, bevara och främja funktionsförmågan samt möjligheterna till rehabilitering. Servicetagaren och de anhöriga är alltid delaktiga i processen.

Bedömningen av servicebehovet omfattar av fysisk, psykisk, social och kognitiv funktionsförmåga. Bedömningen behöver även beakta riskfaktorer som kan leda till en försämring i funktionsförmåga, såsom instabilt hälsotillstånd, dålig nutrition, otrygghet, brist på sociala kontakter eller smärta.

Som verktyg i bedömningen används en av WHO:s huvudklassifikationer ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa). ICF erbjuder en struktur och ett standardiserat språk för att beskriva funktionstillstånd och funktionshinder i relation till hälsa.

Servicetagaren beviljas plats på boende efter att socialarbetaren har utvärderat servicetagarens hjälpbehov på basen av ansökan, läkarutlåtande och ICF bedömning.

När en ny servicetagare flyttar till boendet läggs stor vikt vid flyttförberedelse. Processen att fysiskt flytta in på boendet kan se väldigt olika ut beroende på servicetagarens förutsättningar. Servicetagarens utsedda socialarbetare, egenvårdare och boendeförman gör upp en vård- och serviceplan tillsammans med servicetagaren och dess anhöriga. Vård- och serviceplanens innehåll skrivs in i Abilita vårdjournal, och delas in i bakgrundsinformation, planerad vårdaktivitet och status. I Abilita vårdjournal sker all daglig dokumentation gällande servicetagaren.

Samtlig personal har tillgång till Abilita vårdjournal (med personlig inloggning).

Servicetagarens egenvårdare ansvarar även för att, tillsammans med servicetagaren, fylla i "Detta är jag"-materialet. "Detta är jag" materialet fungerar som en presentation av servicetagaren och dennes styrkor, svagheter, kommunikationsmetoder osv. och ska fungera som en garanti för att vårdpersonal och andra aktörer bemöter servicetagaren på ett sätt som servicetagaren uppfattar som tryggt. Det är också ett verktyg för servicetagaren att kunna berätta vad som är viktigt för servicetagaren ifråga då hen inte alla gånger kommunicerar på samma sätt som majoriteten av befolkningen gör.

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.

Servicetagarna har en utnämnd socialarbetare vid handikappomsorgen. Alla servicetagare på Grönkulla har en egen egenvårdare.

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.

Servicetagaren har en individuell serviceplan upprättad tillsammans med socialarbetaren inom funktionshinderservice, som ansvarar för att serviceplanen uppdateras. Syftet med serviceplanen är att hjälpa servicetagaren att få lämplig och ändamålsenlig service och att kontrollera att de nuvarande service- och stödformerna motsvarar servicetagarens resurser och behov. Serviceplanen uppdateras enligt servicetagarens önskemål. Tiderna för uppdateringen registreras i serviceplanen.

I servicetagarens Abilita vårdplan skrivs mål som berör daglig motion, friluftsliv, habilitering och habiliterande aktiviteter in. Uppföljningen av hur mål uppfylls diskuteras kontinuerligt på personalmöten. Personalen delar tankar, idéer och resultat under möten. Säsongssamtal hålls en gång per år, under

samtalen går vi igenom servicetagarens vardag, tankar och åsikter samt ställer upp mål för servicetagarens egen utveckling tillsammans med servicetagaren och hans anhöriga. Under samtalet har servicetagaren också möjlighet att ge respons angående personalens arbetssätt eller enhetens verksamhet. Servicetagarens egenvårdare ansvarar för att säsongssamtalen hålls inom utsatt tid. Rehabiliteringsplan görs av läkare vid behov.

5.4 Verkställighetsplan = Genomförandeplan

Förverkligandet av service-, vård- och uppfostringsplan, välmående- eller rehabiliteringsplanen i klientens dagliga vård och service förutsätter att personalen är väl förtrodda med sitt arbete. Det är en stor klientsäkerhetsrisk i fall inte vård- och serviceplanen förverkligas eller uppdateras. Det är speciellt viktigt att göra en plan, ifall det har tillämpats eller möjligtvis kommer att tillämpas begränsningar åt klienten. Planens målsättning är, att förebygga och skapa en beredskap för begränsningsåtgärder. Genom planen iakttar man klientplanens dokumenterade 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.

Socialarbetare inom funktionshindersservice gör upp serviceplan för varje servicetagare. Serviceplanen ligger som grund för genomförandeplanen. Genomförandeplanen uppgörs på den enhet där servicetagaren får sin service och den görs utgående från en bedömning av servicetagarens helhetsituation. Enhetens närchef ansvarar för att planerna görs och servicetagarens egenvårdare koordinerar uppgörandet av planen. Planen görs i samarbete med personer i servicetagarens vardag. Information insamlas gällande servicetagarens önskemål och behov. Planen ger en helhetsbeskrivning av innehållet i den service servicetagaren erhåller. I planen beskrivs bl.a. vardagliga lång- och kortsiktiga målsättningar. Genomförandeplanen följs upp årligen eller beroende på servicetagarens behov. Tidpunkt för uppföljning antecknas i planen.

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](#)

Närchefen och ansvariga handledaren introducerar och delger tillgängligt material kring säker informationshantering. Personalen har gått Abilita skolning och personalen handleder ny personal och vikarier. Dokumenteringen sker kontinuerligt under arbetsskiftet och/eller vid skiftets slut.

Varje anställd förbinder sig till ett livslångt tystnadsplikts- och sekretessavtal vid anställningens början, anställda undertecknar blanketten "Användnings- och sekretessförbindelse gällande uppgifter och datasystem". Alla anställda bör ha avlagt en dataskydds- och datasäkerhetsutbildning, "Dataskyddets ABC för anställda inom offentliga förvaltning 2020" Närchefen påminner sin personal om detta i samband med personalmöten.

Organisationens dataskyddsansvarig:

Tuija Viitala, tel. 06 213 1840

Sandviksgatan 2-4, 65130 Vasa

Anne Korpi, tel. 040 183 2211

Damnbrunnsvägen 4, våning 1, 65100 Vasa

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.

Personalen tar i beaktande självbestämmande, självständighet, delaktighet och jämlikhet bland servicetagarna. Österbottens välfärdsområde erbjuder även mångprofessionellt stöd vid stöd och kompetenscentret. Personal erbjuds kontinuerlig intern och extern fortbildning. För att säkerställa att även ny personal bemöter servicetagarna väl, ges introduktion enligt en checklista och utbildning innan personalen inleder arbetet.

Negativa händelser och risksituationer rapporteras i den webbaserade programvaran HaiPro. I första hand går kontaktpersonen och/eller enhetens närchef igenom händelsen eller risksituationen med servicetagaren, efter inträffad negativ händelse kan psykologen vid stöd och kompetenscentret kontaktas för samtal. Servicetagaren och anhöriga uppmuntras även att anmäla missförhållanden i SPro.

Vid behov kontaktas anhöriga per telefon av enhetschefen och ett nätverksmöte bokas in där servicetagaren, anhöriga, enhetschefen och/eller ansvariga handledaren deltar för att diskutera den negativa händelsen. Vid behov kopplas även koordinerande serviceförmannen, socialarbetaren, psykologen eller nepsy/habiliterings-handledaren in.

Personalen arbetar utgående ifrån Grönkullas värdegrund, vilket ska säkerställa ett sakligt bemötande gentemot servicetagaren och anhöriga men också varandra. Det främsta verktyget vi använder för gott bemötande är dialog. Det är viktigt att alla i personalen har en öppen dialog med servicetagarna

och anhöriga. Servicetagaren och anhöriga ska vara trygga med vetskapen om att man alltid får ett gott bemötande på Grönkulla.

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.

Servicetagaren deltar i uppgörande av genomförandeplanen och i nätverksmöten. Med servicetagarens tillstånd kan även närstående delta i dessa möten. Enligt överenskommelse med servicetagaren kan egenvårdaren och närstående diskutera med varandra samt vid behov kontakta enhetschefen eller koordinerande serviceförman inom delaktighetsstödet.

Servicetagare, närstående, personal och utomstående kan på Österbottens välfärdsområdes hemsida ge respons via Roidu. Klientresponsystem Roidu (ipad/platta) cirkulerar på delaktighetsstödet serviceenheter.

Responser används som grund för kartläggning av utvecklingsbehov av organisationens servicekvalitet. Enheternas egna målsättningar (som revideras årligen) görs bl.a. utgående från inkommen respons. Kvalitetsmätning görs årligen.

5.8 Stärkande av självbestämmanderätten och tillämpning av begränsningar

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

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

Socialvårdens vård och omsorg baserar sig i första hand på frivillighet utan intension att begränsa klientens självbestämmanderätt. Med undantag för barnskydd och omsorgen om utvecklingsstörda finns det ingen direkt lagstiftning som begränsar klientens självbestämmanderätt. Enligt barnskyddslagens ska begränsningar tillämpas på ett tryggt sätt där barnets människovärde respekteras, därtill ska barnets unika situation, ålder, kön och kulturella och religiösa bakgrund beaktas. Vid tillämpningen av begränsningar skall man ta hand om barnets enskilda och grundläggande behov. Begränsningarna får

inte innehålla att barnet underordnas, disciplineras eller på annat sätt får ett förolämpande bemötande. Användningen av begränsningar skall genast avslutas när de inte längre är nödvändiga. Begränsningar får inte användas som en disciplinär åtgärd och de får inte orsaka barnet skada eller olägenhet.

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

Läs mera:

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

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

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

Personal arbetar i dagliga samtal med servicetagarna lyhört med att stärka servicetagarnas rätt till självbestämmande och ökad delaktighet med respekt för deras integritet. Samtal mellan servicetagare och egenvårdare hålls en gång i året. I genomförandeplanen dokumenteras på vilket sätt klientens självbestämmande stärks. Denna plan delges övrig personal, så att alla gemensamt kan arbeta för att tillmötesgå och uppfylla önskemål.

Alla servicetagare bör ha möjlighet att uttrycka önskemål och ge respons på servicen, vilket kan innebära att personliga kommunikationshjälpmedel behöver utformas och användas.

All personal arbetar utgående från förebyggande åtgärder. Begränsande åtgärder vidtas endast om det absolut är nödvändigt och i så fall förordas lagenliga tidsbundna beslut av IMO gruppen som består av läkare, socialarbetare och psykolog, tillsammans med enhetens förman. Innan begränsande åtgärder får vidtas bör olika lösningar och arbetsätt först noggrant prövas.

För bearbetning av dylika frågor finns stöd och kompetenscentret till enheternas förfogande. Begränsande åtgärder tillämpas enligt lag om specialomsorger (381/2016) § 42.

Vid Grönkulla används inga begränsningsåtgärder för tillfället. Vid eventuella uppkommande behov av begränsade åtgärder kontaktas IMO gruppen. I personalens kansli har samtliga servicetagaren ett eget låsbart skåp där man har möjlighet att förvara olika saker. Personalen förvarar nyckeln till skåpet. All förvaring av saker sker i samförstånd, skriftliga avtal (lättlästa) som är uppgjorda tillsammans med servicetagaren.

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

Av servicetagarna kan begäras tillstånd kring att samarbete utförs mellan social- och hälsovården. Gemensamma nätverksmöten/ multiprofessionellt samarbete kan hållas vid behov.

Informationsutbyte och samarbetet mellan andra servicegivare har flera olika former. Det mesta av informationsutbyte sker via telefonsamtal eller så används säker epostförbindelse, s.k. turvaposti. Eftersom samtliga servicetagare är i daglig verksamhet har personalen kontinuerlig kontakt till arbetscentralerna där servicetagarna har sin dagliga verksamhet. Kontakten sker främst via telefonkontakt, men även genom besök och gemensamma möten om så behövs. Vid läkarbesök, tandläkarbesök och liknande använder vi oss av "dagens hälsning" när servicetagaren gör besöken utan följeslagare. Enhetschefen deltar i regelbundna möten.

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 köptjänst-avtal 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.

Enhetens anmärkningar kan tas emot av:

Enhetens närchef: Mona Skuthälla epost: mona.skuthalla@ovph.fi

Koordinerande serviceförman: Ann-Catrine Vuolle epost: ann-catrine.vuolle@ovph.fi

Delaktighetsstödschef Tiina Peltokorpi-Heikkilä är ansvarig för delaktighetstödet boendeenheter, dag- och arbetsverksamhet samt kortvarig omsorg. fornamn.efternamn@ovph.fi

Behandlingstid för anmärkningar är 14 dagar, dvs. respons besvaras inom två veckor.

Anmärkningar och klagomål tas upp i enhetens personalgrupp. Beroende på ärendets art informeras koordinerande serviceförman för delaktighetsstödet. Ärendet utreds, dokumenteras och diskuteras tillsammans med servicetagaren och/eller närstående. Socialombudsmannen hjälper till om servicetagaren inte är nöjd med socialvården, hen hänvisar även servicetagaren till rätt myndighet och ger

råd om hur man ansöker om ändring av beslutet. Socialombudsmannen har inte rätt att fatta praktiska beslut och kan inte ändra beslut. Tjänsten är kostnadsfri för kunden.

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, barnskyddsenheternas personal och äldreomsorgens personal på serviceboenden med heldygnsomsorg. Inom socialvårdens enheter iakttas speciellt att personalen räcker till och är kunnig.

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

Vid personalplaneringen beaktas den lag som tillämpas för verksamheten. Personalmängden beror på antalet servicetagare, deras hjälpbehov och på verksamhetsmiljön. Personal rekryteras genom urvalsprocess, fokus på utbildning, lämplighet och referenser. Anställningsintervjuer hålls med flera arbetsgivarrepresentanter.

På Grönkulla arbetar totalt 5 personer enligt följande fördelning:

- 3,19 heltidsbefattningar vårdare (fördelat på 4 personer) samt
- 1,0 heltidstjänst socialhandledare (socialhandledaren deltar i vårdarbete 63% medan 37% av arbetstiden används för administrativa uppgifter).

Grönkulla är bemannat när servicetagarna är hemma. Vardagar är personal på plats fram till ca. kl. 8.30 och kvällsskiftet börjar ca. kl. 14.30. Under helger är boendet bemannat dygnet runt.

Vikarier anlitas vid behov (ex. vid semestrar, sjukskrivningar etc), och en gemensam poolbefattning för boenden inom handikappservicen finns till förfogande. Det är inte möjligt att arbeta med mindre personalresurs eftersom personalen alltid arbetar självständigt. De vikarier som anlitas är kompetenta inskolade vikarier som kan arbeta självständigt och som klienterna redan känner.

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>

Alla längre vikariat (>5 mån) och befattningar lediganslås via Kuntarekry. Ordinarie tjänster och befattningar besätts efter att offentliga ansökningar inkommit, intervju tillfällen ordnats och utvärderats. Enheten är enligt styrelsebeslut klassificerad som tvåspråkig (svensk-finsk).

Vikarier anställs vid behov för att säkerställa tillräcklig personaldimensionering och trygga klientsäkerheten.

Vid rekrytering värdesätts erfarenhet av liknande arbete och goda insikter i värderingar och principer i arbete med personer med specialbehov. Utgångspunkten är att samtliga anställda ska ha lämplig utbildning för arbetsuppgiften, vara motiverade och visa gott bemötande. För att kunna arbeta ensam som ansvarig för servicetagare behövs registrering hos Valvira. Då läkemedel hanteras krävs läkemedelstillstånd i form av avklarad LOVE tentamen. Lämplighet kontrolleras på begäran via referenser. Straffregisterutdrag bör uppvisas av personal som arbetar med barn under 18 år. Anställningarna inleds med provotid upp till hälften av anställningstiden, dock maximalt 6 månader.

I normala situationer säkras personaltillgängligheten med hjälp av poolbefattningen och man ger möjlighet för deltidsanställd personal att utföra merarbete. Detta gäller även i undantagsförhållanden. Innehavaren av en tjänst är arbetsskyldig.

6.3 Personalintroduktion och fortbildning

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

I lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården (2015/817, § 5) och hälso- och sjukvården (1994/559, § 18) finns bestämmelser om yrkespersonernas skyldighet att upprätthålla och utveckla

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

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

En ny arbetstagare får lära känna servicetagarna och enheten genom att arbeta några skift tillsammans med en ordinarie personal. Den nya arbetstagaren får introduktionsmaterial där man lätt hittar all information om enheten och verksamheten. Introduktionsformuläret undertecknas av den nya arbetstagaren och arkiveras. Vi använder oss av bekanta vikarier som känner till verksamheten och servicetagarna väl.

Personalen deltar årligen i 3–10 utbildningsdagar, enligt lagen. Det finns både interna och externa utbildningar. Statistik på antalet utbildningsdagar fås utgående från anmälningar i utbildningskalendern. Närchefen följer upp antalet utbildningsdagar och personal är själv aktiv i deltagande i sådan utbildning som krävs och/eller finns att erbjuda i utbildningskalendern

7 ÅTGÄRDER SOM STÖDER FÖRVERKLIGANDET AV SERVICEN

7.1 Hygien, samt förebyggande och bekämpning av infektioner

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

[Anmälan av epidemier och allvarliga vårdrelaterade infektioner \(HARVI\) - Institutet för hälsa och välfärd](#)

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

I förverkligande av egenkontrollen syns det bl.a. i

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

Vad gäller hygienpraxis, så finns olikartade anvisningar tillgängliga via Österbottens välfärdsområdes Internetsidor. Ur konkret arbetssynpunkt är det bra, att ha en plan för verksamhet under normala respektive avvikande förhållanden (t.ex. vid Noro epidemier). Något som aktualiserats speciellt under

COVID-19 pandemin. Hygienskötarna bistår med sakkunskap i hygienärenden, men det är bra om det finns hygienansvariga på enheten som understöder hygienarbetet.

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

På Grönkulla följer vi den hygienpraxis som fastställts i organisationen. Vi samarbetar med organisationens hygienskötare inom det norra området, och enheten har en utsedd hygienansvarig.

Organisationens hygienskötaren arbetar som sakkunnig i hygien och bekämpning av infektioner och smittsamma sjukdomar i Österbottens välfärdsområde. Hen medverkar också i det kvalitetsarbete som har som mål att främja patient-/kundsäkerheten men även säkerheten för dem som arbetar inom social- och hälsovården. Hen samarbetar med såväl infektionsläkare och läkare som ansvarar för smittsamma sjukdomar som med olika yrkesgrupper och enheter. Men sköter även det nätverk som finns till för de hygienansvariga.

Hygienskötarens uppgift är att bekämpa, förebygga och informera om vårdrelaterade infektioner och smittsamma sjukdomar samt att med hjälp av infektionsregister och olika mätare sköta uppföljning av det som sägs i lagen om smittsamma sjukdomar. Hen upprätthåller och uppdaterar ifrågavarande anvisningar samt handleder och utbildar personalen i hur de ska använda och tillämpa dessa anvisningar i praktiken. Hen fungerar även som sakkunnig i olika arbetsgrupper och svarar på olika hygienrelaterade konsultationer.

Samtliga i personalen har hygienpass, vilket gör att personalen har tillräcklig kunskap att handleda servicetagarna till god hygien, särskilt när det kommer till dejourssystemen. Vad gäller servicetagarens personliga hygien så innehåller vårdplanen överenskommelser gällande ex. tandborstning, dusch, klädbyte, ren bäddning etc.

Servicetagaren och personalen utför dessa sysslor tillsammans (dejourssystem). Till dejourens uppgifter hör, förutom klädvård också städning. Servicetagaren veckostädar (dammtorkning, dammsugning och golvtvätt) sina egna rum och de allmänna utrymmena under handledning. Personalen utför veckostädningen av personalens utrymmen samt storstädning av samtliga utrymmen.

Enheten har en köks- och en städplan. Städplanen innehåller städanvisningar för gemensamma utrymmen och för klientrummen. Handhygien hos både personal och servicetagare uppmärksammas. Personalen använder skyddshandskar, desinfektionsmedel och vid behov munskydd och engångsförkläde. Medicinsk utrustning som kan användas flera gånger rengörs efter användning med rengöringsmedel avsedda för dem, och engångsprodukter kasseras på rätt sätt.

7.2 Hälsa- och sjukvård

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

För servicetagarna på boendeenheterna i regionerna verkställs tandvården via hälsovårdscentralerna. Servicetagarnas sjukvård som kräver specialkunnande ombesörjs av Stöd- och kompetenscentrets konsultläkare. Grundsjukvård ombesörjs av hälsovårdscentralerna. Personalen hjälper till med tids-

bokningar och följer med vid behov. Personalen på boendet gör regelbundna uppföljningar på blodtryck och vikt samt följer med servicetagarens allmänhälsa. Vid akuta situationer använd 112. Personalen har ikraftvarande förstahjälps utbildning.

Enheten har en plan för oväntade dödsfall.

Alla i personalen deltar regelbundet i säkerhetsutbildningar.

7.3 Läkemedelsbehandlingens 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 underätta tillståndsmyndigheten innan ett begränsat läkemedelsförråd inrättas.

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

Enhetens förman ansvarar tillsammans med en sjukskötare för enhetens läkemedelsplan som arkiveras elektroniskt i Dynasty. Undertecknad pappersversion bevaras på enheten. All personal bör introduceras i och bekanta sig med läkemedelsplanen. Läkemedelsplanen uppdateras årligen under första halvåret.

Av all vårdpersonal som hanterar läkemedel krävs ett läkemedelstillstånd. Läkemedelstillstånd fås efter att ha tenterat givna delar i nätutbildningen för läkemedelsbehandling (LOVe) samt påvisat sitt kunnande till en sjukskötare. Tillstånden är i kraft 5 år. Österbottens välfärdsområdes läkemedelsplan är uppbyggd enligt Institutet för hälsa och välfärds (THL) uppdaterade handbok Säker läkemedelsbehandling, som publicerades av social- och hälsovårdsministeriet år. Enhetsspecifika läkemedelsplaner godkänns av Rehabiliteringens överläkare. På varje enhet finns utsedda läkemedelsansvariga som ansvarar över läkemedelshanteringen. Varje enhet har en egen enhetsspecifik läkemedelsplan enligt direktiv.

Servicetagarna har egna personliga mediciner. Enheten har inget allmänt läkemedelsförråd.

Servicetagarens mediciner ordinerar av läkare på hälsovårdscentral eller sjukhus. Personalen eller servicetagarna hämtar själv ut sina mediciner på apotek, personalen handleder och hjälper när det behövs. Servicetagarna förvarar sina mediciner i ett låst skåp i personalens kansli.

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.

På Grönkulla är aktivitet viktigt och vi stävar efter ett gott välbefinnande och en god funktionsförmåga. Alla servicetagare deltar i dagverksamhet (vardagar) och personalen planerar in aktiviteter enligt servicetagarnas önskemål och vilja. Personalen planerar in dagliga promenader när servicetagarna är lediga från dagverksamhet och strävan är att vardagsmotion ska vara ett naturligt inslag i vardagen. Vi har även ett dejoursystem som aktiverar servicetagaren när det kommer till praktiska sysslor i hemmet, exempelvis matlagning, diskning, klädvård och städning. På servicetagarens fritid prioriterar personalen att vi hittar på roliga saker tillsammans, ex. biobesök, teater, resor och liknande.

Servicetagaren har alla egna gms telefoner som de använder när de kontaktar vänner och anhöriga. Enheten har inga besökstider, alla är välkomna när som helst.

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](#)

Personalen tillreder samtliga måltider tillsammans med servicetagarna. I dejourssysslan ingår alltid matlagning. Vi strävar till att servicetagarna serveras näringsrik och varierande mat under de måltider som serveras på Grönkulla. För att uppnå detta har en veckomeny utarbetats som fastställer huvudråvaran dagligen. Personalen uppmuntrar servicetagarna till att äta minst en näve grönsaker vid varje huvudmåltid. Vätskeintaget observeras i samband med måltider.

På Grönkulla äter vi morgonmål vid 07.00 på vardagarna och mellan 7.00 - 10.00 på helgerna och kl 20.00 - 21.00 dricker vi kvällste. Däremellan har vi lunch, middag och mellanmål.

Varje månad följs servicetagarens vikt och RR upp. Blodprov (kolesterol, blodsocker etc.) tas årligen i enlighet med remiss från läkare vid Nykarleby välfärdscentral.

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.

Grönkulla har 5 klientrum, samtliga servicetagare har eget rum som de får inreda enligt egen stil. Servicetagarnas rum är också rum där de kan vara ifred om de vill, ingen annan har rätt att vara där om de inte välkomnas in av servicetagaren. Två av servicetagarna har egna toaletter medan tre servicetagare delar toalett. Till gemensamma utrymmen hör kök, vardagsrum samt badrum och tvättstuga. Personalen har ett eget kansli samt badrum. Kombinerat badrum och tvättstuga finns där klädvård sker.

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, barnskydds-enheter. Vilka enheter det berörs finns närmare specificerat i lagens bilaga. Innehållet i anmälan finns närmare preciserat i hälsoskyddsförordningen (1280/1994) 4 §.

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

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

Grönkulla boendes fastighet ägs av Nykarleby stad. Tekniska avdelningen i Nykarleby står för underhåll av fastigheten. Österbottens välfärdsområde hyr fastigheten för boendeverksamhet. Vid problem kontaktas Nykarleby fastighetsservice via Mynetsprogrammet så att de kan utreda/åtgärda problemet. Lokalerna hålls rena och nödutgångarna fria. Temperaturen i utrymmen övervakas av personalen. Österbottens välfärdsområde har en kund- och patientsäkerhetsplan som finns på intranätet. En företagshälsovårds arbetsplatsbedömning har gjorts för enheten.

8.2 Medicinsktekniska produkter

Fimea ansvara för styrningen och tillsynen av medicinsktekniska produkter, vilket inom socialvården innefattar rullstolar, rollatorer, personlyftanordningar, blodtrycks- och blodsockermätare, hörapparater, sårforband 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 ansvara för, att användarna i sin verksamhet följer lagen om medicinteknisk utrustning (719/2021, 32–33§).

Utvärdering och kartläggning av behövliga hjälpmedel kan göras av experter vid Stöd- och kompetenscentret (fysioterapeut, ergoterapeut, habiliteringshandledare) med överläkare, närstående och/eller av servicetagarens kontaktperson tillsammans med servicetagaren själv och enhetschef. Personal vid stöd- och kompetenscentret eller HVC hjälper personalen att instruera servicetagaren i användning av hjälpmedlen.

Ansvariga handledaren följer upp apparaturen genom att upprätthålla apparatregister.

Personal har apparaturpass, som säkerställer att personen har fått utbildning i, och vet hur man använder apparaturer på enheten. Personalen ansvarar för att hjälpmedlen är i gott skick och servas regelbundet. Apparatansvarig är socialhandledaren på enheten.

Personalen känner till HaiPros avsnitt om faromeddelande och är skyldig att rapportera en trasig eller felaktig vårdrelaterad apparat.

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 personalbemannning 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.

Enhetschefen ansvarar för årlig uppdatering av enhetens räddningsplan. Personalen förbinder sig att läsa och handla enligt planen. Myndighetskontroller görs regelbundet bl.a. av släckningsapparat. Brand- och utrymningsövningar ordnas enhetsvis på eget initiativ. Årlig riskbedömning förebygger uppkomsten av nya risker samt kartlägger kritiska arbetsmoment.

Ytterdörren har dörrlarm som kan aktiveras manuellt av personalen. Larmet går till personalen.

Automatisk släckningsanordning finns på enheten. Den automatiska släckningsanordningen är kopplat till räddningsverket så om släckningsanordningen startar går meddelande till räddningsverket. Brandvarnare (för hemmabruk) finns. Dörrlarmet och brandvarnarna kontrolleras regelbundet.

8.4 Säkerhets-, räddnings- och beredskapsplaner

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

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

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

SHM: Beredskapsärenden

Grönkulla har en uppgjord räddningsplan (innehåller även utrymningsplan) och en beredskapsplan. Senaste brandsyn genomförd 9.2 2021. Brandvarnare och automatisk släckningsanordning kontrolleras regelbundet (för detta ansvarar vaktmästare). Personalen är medvetna om innehållet i räddningsplanen och servicetagarna är informerade om samlingsplats vid eventuell utrymning. Brandövningar tillsammans med servicetagarna hålls regelbundet 2 ggr per år. Säkerhetsvandring med personal görs 1 ggr per år, senast gjord 3.4.2023.

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.

Inom socialvården utgör klient- och patientuppgifterna känsliga, sekretessbelagda personuppgifter. God behandling av personuppgifter förutsätter systematisk planering genom hela processen från registrering av uppgifterna till förstöringen av dem för säkerställande av god informationshantering. Bestämmelserna om sekretess och utlämning av klientuppgifter inom socialvården finns i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården och bestämmelserna om motsvarande användning av patientuppgifter inom hälso- och sjukvården i lagen om patientens ställning och rättigheter. För dokumentering av klientuppgifter används Abilita vårdjournal. I vårdjournalen planeras servicetagarnas vårdplan, utförd aktivitet i servicetagarens vård och omsorg dokumenteras. Samtlig personal har personlig inloggning till vårdjournalen.

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 av egenkontrollplanen har gjorts av Mona Skuthälla och Martina Eklund. Ansvarig för egenkontrollplanen är Mona Skuthälla, 0503501345.

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 årligen och vid behov.

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 är ett offentligt dokument.

Grönkullas egenkontrollplan finns till allmänt påseende på enheten och på Österbottens välfärdsområdets webbsidor så att servicetagare, anhöriga och personer som är intresserade av egenkontrollen enkelt och utan särskild begäran kan läsa den.

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 9.00–14.00,
telefonnummer 06 218 1080**

Boka tid via telefonen om du vill besöka oss personligen.

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

