



Plan för egenkontroll inom socialservicen Österbottens välfärdsområde

| | |
|--|---|
| Enhetens/ servicehelhetens namn | Kronan boendeservice/Lillsveden |
| Godkännare (namn, titel) Underskrift | Maria Harju tf enhetschef |
| Tidpunkt för godkännande | 20.6.2023 |
| Versionnummer och datum Datum för tidigare versioner (tidigare versioner skall sparas i sju år) | |
| Egenkontrollplanen finns offentligt framlagd. | Anslagstavlan i personalrummet och på Österbottens VFO:s hemsida |

INNEHÅLL

| | |
|--|-----------|
| 1 INLEDNING..... | 3 |
| 2 SERVICEPRODUCENT OCH SERVICE..... | 3 |
| 3 VERKSAMHETSIDÉ, VÄRDERINGAR OCH VERKSAMHETSPRINCIPER | 4 |
| 3.1 Verksamhetsidé..... | 4 |
| 3.2 Värderingar och verksamhetsprinciper..... | 5 |
| 4 RISKHANTERING..... | 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..... | 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 | 10 |
| 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 | 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 | 25 |
| 8 KLIENT- OCH PERSONALSÄKERHET..... | 25 |
| 8.1 Egenkontroll enligt hälsoskyddslagen..... | 25 |
| 8.2 Medicinskt tekniska produkter..... | 26 |
| 8.3 Tekniska säkerhetslösningar | 27 |
| 8.4 Säkerhets-, räddnings- och beredskapsplaner..... | 28 |
| 8.5 Dataskydd och datasekretess, samt egenkontrollplan för informationssäkerhet..... | 29 |
| 9 EGENKONTROLLPLANENS ANSVARSPERSON, UPPDATERING OCH OFFENTLIGHET..... | 30 |
| 10 BILAGOR..... | 32 |

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: Kronan Boendeservice, Lillsvedens boende

Adress: Storsvedsvägen 8, bost 12-13. 65410 Sundom

Telefon: 044 7581365

Enhetschef: 050 365 7248

Ansvarig handledare: 044 458 1778

Ansvarig Sjukskötare: 044 458 1727

Stad/kommun: Vasa

Serviceform: Verksamhetsområde, typ av service och dess omfattning

Verksamhetsområde inom socialvården: _____ Verksamhetsområde: Rehabilitering → Delaktighetsstöd

Typ av service (öppenvård, boende etc.): Lägenhetsboende med heldygnsomsorg

Verksamhetens omfattning (klienternas/ klientplatsernas antal): 2

Enhetens/ servicehelhetens ansvarsperson

Namn, titel/ utbildning: Enhetschef Ann-Katrin Hietanen (Socionom), tf. enhetschef (t.o.m. 13.8.23) Maria Harju (Närvårdare, Specialyrkesexamen inom omsorgsarbete för utvecklingsstörda, Yrkesexamen i arbete som teamledare).

Telefon: 050 365 7248 / 044 458 E-post: ann-katrin.hietanen@ovph.fi / maria.harju@ovph.fi

Service som köps av underleverantörer och deras serviceproducenter

Köpt service

Serviceproducent



| | |
|------------|-----------------|
| Livsmedel | K-Market Sundom |
| Hjälpmedel | Handitec |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Enligt lagen om ordnade av social- och hälsovård (612/2021, 41 §) har välfärdsområdet inom sitt organiseringsansvar skyldighet att fortgående ge handledning och övervaka privata serviceproducenter och deras underleverantörer i deras serviceproduktion.

Utdrag ur ovanstående lag:

Välfärdsområdenas har skyldighet att styra och övervaka den tjänsteproduktion som omfattas av deras organiseringsansvar, rätt att av privata tjänsteproducenter och deras underleverantörer få uppgifter och utredningar som är nödvändiga för tillsynen och rätt att inspektera privata tjänsteproducenters och deras underleverantörers lokaler och utrustning...Om det framkommer eventuella missförhållanden eller brister, ska välfärdsområdet styra tjänsteproducenten...be om en redogörelse...kräva att brister avhjälps. Om inte missförhållandena eller bristerna avhjälps ska välfärdsområdet vidta åtgärder...sänka ersättning eller hålla inne betalning...säga upp eller häva avtal.

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

- ✓ 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 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).

Kronan boendeservice/Lillsveden 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.

Lillsveden erbjuder svenskspråkig service för personer med special behov enligt gällande lagstiftning. Lillsveden erbjuder fortgående boendeservice. 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 servicetagare.

Kronan boendeservice, Lillsvedens verksamhetsplan/målsättningar för 2023:

Mål:

- 1) Fysisk aktivitet
- 2) Social aktivitet
- 3) Skolningar för personalen för att bibehålla en stabil personalgrupp

Mätare:

- 1) Dokumenteras i daglig dokumentering.
- 2) Sammanställs utgående från deltagande i fritidsaktiviteter och tillfällen/år.
- 3) Sammanställs hur många kurser/skolningar personalen deltagit i under året

Åtgärder:

- 1) promenader med väderreservation o utgående från servicetagares resurs. Personal planerar fysiska aktiviteter på kvällar och veckoslut
- 2) deltagande i samtalsgrupp, öppethus som ordnas av Församlingen o FDUV
- 3) Möjlighet att delta i skolningar o kurser som stöder personalen

Risker:

- 1 o 2) Personal- och vikariebrist, svårt att motivera servicetagarna till aktivitet
- 3) Ekonomi för skolningar

- ✓ 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/servicen 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.

Rehabiliteringen 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.

Enhetens värdegrund vilar på en teori om hälsans ursprung "salutogenes"



och en känsla av sammanhang. Nyckelorden är begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Grundläggande för verksamheten är god omsorg, vari ingår lyhört bemötande, vägledande respektfulla samspel och socialpedagogiska individcentrerade arbetssätt med hänsyn till självbestämmande, integritet och grundläggande rättigheter.

4 RISKHANTERING

Riskhanteringsprocessen handlar om hantering av enhetens/ servicehelhetens risker via egenkontroll

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

Österbottens välfärdsområdes

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

- Program för egenkontroll 12/2022

- Plan för kvalitet och klientsäkerhet 2022/2023

- Plan för egenkontroll av datasäkerheten 2023 (på kommande)

4.1 Ledningens, förpersonens och personalens ansvar för riskhanteringen

Det hör till riskhanteringen karaktär att arbetet aldrig blir färdigt. Av hela enhetens personal krävs engagemang, förmåga att lära av sina misstag och att leva i en förändring för att säkra och högkvalitativa tjänster ska kunna tillhandahållas. Olika yrkesgruppers sakkunskap kan utnyttjas genom att hela personalen tas med i att planera, genomföra och utveckla egenkontrollen.

Beskriv enhetens ansvarsfördelning i riskhantering:

- ✓ På vilket sätt ansvarar ledningen för, att tillräckliga resurser anvisas för tryggheten av verksamhetens säkerhet?

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 vilket sätt ser förpersonen till att ge instruktioner och ordna med egenkontrollen, samt att arbetstagarna har tillräckliga kunskaper i säkerhetsfrågor?

Närchefen går igenom Egenkontrollplan och Riskbedömning tillsammans med personalen. Varje personal kvitterar att ha läst egenkontrollplan och tillhörande instruktioner.

Räddningsplaner bör även uppgöras på varje enhet (finns ännu ingen enhetlig botten för detta inom ÖVPH). Släckningsövningar görs på enheten med 3 års mellanrum.

- ✓ På vilket sätt ser förpersonen till att det finns en positiv attityd kring behandling av missförhållanden och säkerhetsfrågor?

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

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.

- ✓ På vilket sätt deltar personalen i bedömningen av säkerhetsnivån och -riskerna, uppgörandet/uppdateringen av egenkontrollplanen och förverkligandet av säkerhetsförbättrande åtgärder?
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.
Uppdatering av Egenkontrollplan och Riskbedömning görs årligen tillsammans med personalen.

4.2 Identifiering av risker och missförhållanden

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

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

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

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.

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 enhetschef.

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. |
| Fysiskt våld. Både utåtagerande och självdestruktivt | Enligt bästa förmåga avleda klienten. Finns en grind mellan klientens lägenhet och "personal" lägenheten som gör att klienten hålls borta från personale om hen är utåtagerande mot dem. Personalen dokumenterar på en lista över knip och slag som sedan förs in varannan vecka i Hai-pro, eftersom de är såpass ofta förekommande |

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

Rapporteringssystem som används inom Österbottens välfärdsområde

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

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

Diskuteras med berörda, dokumentering av olycksfallstillbud (olycksfall och arbetsolyckor görs i den webbaserade tjänsten HaiPro). Fortbildning, stöd och handledning.

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.

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

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 arbets sätt. Detaljerad information om servicens kvalitet och behoven att utveckla klientsäkerheten fås från olika källor. Inom riskhanteringsprocessen behandlas alla avvikelseanmälningar och kända utvecklingsbehov och för dem görs en plan beroende av risknivån så att de kan fås i skick. De korrigerande 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 |
|-----------------------------------|--------------------|-----------|---------------|
|-----------------------------------|--------------------|-----------|---------------|

Fyll i om ni har fått respons

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

Närchefen tar tillsammans med sin koordinerande serviceförman ställning till hur informationen till personal och samarbetspartner 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.

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 tillsynsverk- samhet får vetskap om sådana brister eller missförhållanden i en tjänsteproducents eller dennes underleve- rantörs verksamhet som i väsentlig grad äventyrar klient- och patientsäkerheten, ska tillsynsmyndigheten på motsvarande sätt omedelbart underrätta det välfärdsområde åt vilket tjänsteproducenten producerar tjäns- ter om saken. (Lag om ordande av social oh hälsovård 612/2021, § 44).

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?

Anmälan om missförhållanden kan göras via personalens närchef, till välfärdsområdets kvalitets- och til- lynsenhet och via SPro. Personal informeras i samband med introduktion till arbetet samt med jämna mel- lanrum på personalmöten.

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 funktionsför- mågan, 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 per- sons funktionsförmåga, om den äldre personen enligt en preliminär bedömning behöver regelbunden soci- alservice för trygghandet av sin vård och omsorg. Användningen av det internationella bedömningsverktyget RAI blir fr.o.m. den 1.4.2023 lagstadgat enligt äldreomsorgslagen.

- ✓ 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 uppdate- ringen av servicebehovet.

Servicebedömning görs av funktionshindersservicens socialarbetare i samband med uppgörande av vård- och serviceplan. ICF används som referensram och gemensam vårdtyngdmätare (Rai ID) upphandlas som bäst inom Rehabiliteringen. Gällande enhetens klienter bör anhöriga och serviceenhetens personal tas med i be- dömningen av klienten servicebehov.

5.2 Egen kontaktperson

Enligt socialvårdslagens 42 § ska åt en socialvårdsklient utses en egen kontaktperson för den tid som klient- relationen 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.

- ✓ Har det utnämnts en egenvårdare åt klienterna?

Vardera klient har 3 kontaktpersoner.

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 välfärdsovervakningsrådets tjänsteinnehavare och klienten har en gemensam syn på klientens funktionsförmåga och servicebehov. I planen antecknas klientens uppfattning, önskemål och åsikter om servicen och stödinsatserna.

- ✓ Hur säkerställs att klienten får tillräckligt med information om olika servicealternativ och hur hörs klienten?

Genomförandeplan, ev. nätverksmöten, samtal med anhöriga. Dagliga samtal eller annan interaktion med servicetagare (användning av olika kommunikationshjälpmedel vid behov).

- ✓ På vilket sätt säkerställs att personalen känner till innehållet i klientplanens och arbetar utgående från den.

Kontaktpersonen deltar i möten kring uppgörande och uppföljning av personens genomförandeplan. Kontaktpersonen informerar personer som deltar i vården av servicetagarens om uppdateringar eller nya överenskommelser gällande servicetagarens vardag. Delgivning sker genom anteckning i den dagliga rapporten/vårdjournalen och vid behov diskuteras servicetagarens ärenden på arbetsplatsmöte med enhetens personalgrupp. Delges även vid introduktion av ny personal.

5.4 Verkställighetsplan = Genomförandeplan

Förverkligandet av service-, vård- och uppföstringsplan, välmående- eller rehabiliteringsplanen i klientens dagliga vård och service förutsätter att personalen är väl förtrodda med sitt arbete. Det är en stor klientssäkerhetsrisk 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 iakttagas 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 säkerställer att egenkontrollen förverkligas i klientens dagliga vård/omsorg.

- ✓ 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.

Socialarbetare inom funktionshinderservice 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 kontaktperson 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](#)

- ✓ Hur introduceras personalen i dokumentering av klientuppgifter?

Enhetschef och ansvariga handledaren introducerar och delger tillgängligt material kring säker informationshantering. Personalen har gått Abilita skolning och personalen handleder ny personal och vikarier.

- ✓ På vilket sätt säkerställer man att klientarbetet dokumenteras ändamålsenligt och utan dröjsmål?

Dokumenteringen sker kontinuerligt under arbetsskiftet och/eller vid skiftets slut.

- ✓ Den finns en beskrivning över hur konfidentiella personuppgifter behandlas på enheten?

Varje anställd förbinder sig till ett livslångt tystnadsplikts- och sekretessavtal vid anställningens början. Se blankett "Användnings- och sekretessförbindelse gällande uppgifter och datasystem".

- ✓ Har det uppgjort en beskrivning över hur personuppgifter behandlas på enheten?

På Intran hittas "Dataskydd checklista för förmän". Det skall finnas en uppdaterad dataskyddsbeskrivning.

- ✓ 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?

Enligt "Dataskydd checklista för förmän" bör anställda ha avlagt en dataskydds- och datasäkerhetsutbildning. Varje personal går in via Intran och klickar på länken "Dataskyddets ABC för anställda inom offentliga förvaltning 2020" för att avlägga fortbildningen. Närchefen påminner sin personal om detta i samband med personalmöten/genomgång av Egenkontrollplan.

- ✓ De dataskyddsansvarigas namn och kontaktuppgifter.

Tuija Viitala
tfn. 06 2131840
Sandviksg.2-4
65130 Vasa

Anne Korpi
tfn. 040 183 2211
Dammbrunnsv. 4, 1.vån.
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 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.

- ✓ 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.

Personalen tar i beaktande självbestämmande, självständighet, delaktighet och jämlikhet bland servicetagarna. Österbottens välfärdsområde erbjuder även mångprofessionellt stöd vid stöd och kompetenscentret. Personal erbjuder kontinuerlig intern och extern fortbildning. Personalen genomgår lagstadgade fortbildningar såsom "Avekki". 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. Klienter och anhöriga uppmuntras även att anmäla missförhållanden i SPro.

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

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.

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

Tidpunkt:

Denna enhet har ingen verksamhet utgående från barnskyddslagen

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.

- ✓ Beskriv hur klienterna och deras anhöriga/ närstående är deltar i att utvecklandet i enhetens verksamhet, kvalitet och egenkontroll.

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

Kvalitetsmätning görs årligen.

Service tagare, närstående, personal och utomstående kan på Österbottens välfärdsområdes hemsida ge fritt formulerad eller riktad respons.

- ✓ På vilket sätt och hur ofta insamlas klientrespons?

Klientrespons system Roidu (ipad/platta) cirkulerar på delaktighetsstödet service enheter.

- ✓ Beskriv hur inkommen respons används vid utvecklandet av verksamheten.

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

5.8 Stärkande av självbestämmanderätten och tillämpning av begränsningar

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

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

Socialvårdens vård och omsorg baserar sig i första hand på frivillighet utan intention 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 \(på finska\)](#)

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

- ✓ Vilka delområden av klienternas självbestämmanderätt stärks på enheten och på vilka sätt?

Personal arbetar i dagliga samtal med servicetagarna lyhört med att stärka servicetagarnas rätt till självbestämmande och ökad delaktighet med respekt för deras integritet. Personcentrerad planering (PCP) för samtliga servicetagare tillämpas på enheten. Samtal mellan servicetagare och kontaktperson hålls ungefär 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.

- ✓ Vilka är enhetens principer kring stärkande av klientens självbestämmanderätt?

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

- ✓ Vilka är enhetens principer kring begränsning av klientens självbestämmanderätt?

All personal arbetar utgående från förebyggande åtgärder. Begränsande åtgärder vidtas endast om det är absolut nödvändigt och i så fall förordas lagenliga tidsbundna beslut av enhetscheferna.

Innan begränsande åtgärder får vidtas bör olika lösningar och arbetssätt 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.

För bearbetning av dylika frågor finns inom ÖVPH IMO-grupp.

- ✓ Vilka begränsningar används på enheten och i vilken omfattning?

Babymonitor används nattetid

- ✓ 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?

Sändaren är uppe vid gruppboendet (Storsveden) och läggs igång nattetid som en extra trygghet ifall klienten i fråga skulle få ett epileptiskt anfall. Ifall detta sker kontrollerar nattpersonalen på Storsveden att Lillsvedens personal noterat anfallet.

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

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

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

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 välfärdssområdets ledande tjänsteinnehavare inom socialvården. På enheten behöver man även utan anmärkningar fästa uppmärksamhet vid hur klienter bemöts och servicens kvalitet.

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

Enhetens anmärkningar kan tas emot av:

Enhetens närchef:

Enhetschef ann-Katrin Hietanen tfn. 050 365 7248

Ansvarig handledare Mari Harju (tf. enhetschef tom. 13.8.23) Tfn 044 458 1778

Koordinerande serviceförman:
Mari-Anette Rönnlund
tfn. 050 574 4753

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

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

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.

- ✓ Inom vilken tid behandlas enhetens av anmärkningar?

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

| 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 heldygnsoomsorg. Inom socialvårdens enheter iakttas speciellt att personalen räcker till och är kunnig.

En klientsäkerhetsrisk är om förmanen 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



kunniga personer 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.

✓ Vilken är enhetens personalstruktur och personalmängd? (Yrkesgrupp, arbetsuppgifter och antal)
100% 2 närvårdare, 75,82 % 1 Närvårdare, 100% 1 socionom, 80 % 1 socionom, 50 % 1 vårdare med begränsade uppgifter (socionomstuderand)

✓ På vilket sätt säkerställs det, att förpersonen har tillräckligt med tid att leda enheten?
Enhetschefen är inte inplanerad i periodarbete. Ansvariga sjukskötaren har 2–3 inplanerade sjukskötardagar/vecka och är då inte inplanerad i vårdarbetet. Ansvariga handledaren är 100% administrativ men i vanliga fall stationerad vis Storsvedens boende (Kronans andra verksamhetspunkt).

✓ Beskriv hur kraven på enhetens personaldimensionering förverkligas.
Utgående från klienters gjorda behovsbedömningar. Enheten bör även följa nationella riktlinjer för boendeenheter (minimi personaldimensionering 0,7 personal/servicetagare).

✓ 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?

Utgående från klienters gjorda behovsbedömningar

✓ Vilken är enhetens personalmängd i olika arbetsskift (vardagar respektive veckoslut)?

Vardagar: Måndagar: 1 personal 12-19, 1 personal 14.15- 20.45, 1 personal 20.00-8.00(följande morgon)

Tisdagar-torsdagar: 1 personal 13-20.45, 1 personal 14.15-19, 1 personal 20.45-8.00 (följande morgon)

Fredagar: 1 personal kl 11-19, 1 personal 14.45-20.45, 1 Personal 20.00-8.00 (följande morgon)

Helgdagar och semesterperioder när dagliga verksamheten är stängd:

1 personal 7.45-14-15, 1 personal 10.19, 1 personal 15.2045 och natten 1 personal 20-8.00

✓ På vilket sätt säkerställs att det finns tillräckligt med personal i stöd- och hjälpfunktioner?

Enhetens närchef har inte tillgång till kanslist-/sekreterarfunktion som stöd i sitt arbete.

Mutliprofessionellt samarbete kan fås via rehabiliteringens Stöd- och kompetenscenter.

✓ THL följer med personaltätheten inom äldreomsorgens serviceboenden med heldygnsomsorg två gånger per år. Vilka var resultaten i THL:s två senaste mätningar?

Enheten hör ej till äldreomsorgens serviceboenden

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>

- ✓ 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?

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. **Enheter är enligt styrelsebeslut klassificerad som enspråkig (svensk). Stämmer för alla Kårkullas gamla enheter.**

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 service tagare behövs registrering hos Valvira. Då läkemedel hanteras krävs läkemedelstillstånd i form av avklarad LOVEtentamen. Lämplighet kontrolleras på begäran via referenser. Straffregisterutdrag bör uppvisas av personal som arbetar med barn under 18 år. Anställningarna inleds med provtid upp till hälften av anställningstiden, dock maximalt 6 månader.

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.

- ✓ På vilket sätt ordnas personalens och studerandens introduktion i klientarbete och egenkontroll? (Vem/Vilka introducerar, introduktionsplan, checklista, underskrifter etc.) **Ny vårdpersonal har 2 introduktionsskiften med ordinarie personal innan de planeras in i egna arbetsskiften. Introduktionsmaterial och introduktionsplan (checklista) finns på enheten.**
- ✓ På vilken typ av fortbildning behöver enheten satsa på just nu, för att möta klienternas vård- och servicebehov?

- ✓ Första hjälpen (3 personal) Hygienpass(2 personal) Mapa grundkurs (3 personal)
- ✓ Hur säkerställs att personalen fortbildning uppfyller lagstiftningens minimirekommendation på 3 dagar/person/år?

Statistik på antalet fortbildningsdagar fås utgående från anmälningar i utbildningskalendern. Närchefen följer upp antalet fortbildningsdagar och personal är själv aktiv i deltagande i sådan fortbildning som krävs och/eller finns att erbjuda i fortbildningskalendern.

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 textiltvård

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).

- ✓ Beskriv uppföljningen av den allmänna hygienivån.

Mat- och livsmedelsleverans kontrolleras, enligt hygienföreskrifter av personal som mottar varor. Övriga kvalitetskontroller görs i samband med riskbedömningar.

Enheten har temperaturuppföljning av livsmedel, kyl och frys.

t.ex. Städningen utförs tillsammans med servicetagarna eller av enhetens personal. Samma praxis gäller skötsel av tvätt o.dyl. Handledning kring hygienfrågor ges enhetsvist av personal.

Personal som sköter städning och tvätt följer de direktiv som THL har gett gällande städning och hygien inom omsorgen



- ✓ Hur säkerställs hygienpraxisen, så att den motsvarar klienternas behov enligt deras verkställighetsplaner?

Servicetagarnas rum städas en gång per vecka eller enligt behov. Toaletterna städas varje dag. Kontaktytor desinficeras dagligen av nattpersonalen. Uppföljningsschema för städningen finns i personalens kansli. Rummen på korttidsvården städas enligt behov dvs när servicetagarna åker hem.

- ✓ Beskriv hur livsmedels- och handhygien beaktas i matlagningen och vid måltiderna (klienter och personal).

Handhygien i form av handtvätt före och ibland efter måltiderna följs hos personalen och servicetagarna. Kontaktytor desinficeras regelbundet. Handskar används vid behov.

- ✓ Beskriv förebyggande av spridningen av infektioners och smittsamma sjukdomars?

God handhygien, munskydd vid behov, användning av plasthandskar vid nära vårdarbete med klienten samt matlagning.

- ✓ Hur är städningen och textilvården ordnad?

Personalen städar allmänna utrymmen och hjälper till att städa klienternas egna utrymmen enligt klienternas behov. Textilvård utförs även av personalen på enheten.

- ✓ Beskriv hur personalen har introducerats/ fortbildats i förverkligande av enhetens renlighet och textilvård enligt anvisningar och standarder?

I enlighet med ÖVPH:s hygienanvisningar. På intran hittas bl.a. "Hygien och förebyggande av infektioner" Bland annat: dokument "ESBLCPÉ-pa-boende-i-hemvard"

- ✓ Hur säkerställs, att den medicintekniska produkter och instrument rengörs efter användning?

Läkemedelsansvariga ansvarar själva för att medicintekniska produkter såsom tablettedlare och medicinske-dar rengörs efter varje användning.

- ✓ Det finns en hygienansvarig på enheten? Vem? (Har hygienskötaren informerats om ansvarspersonen?)

Enhetens Ansvariga sjukskötare Sofia Valsberg

- ✓ Kontaktuppgifter till hygienskötare:

Anna Nordman

Hygienskötare Vasa och Laihela

040 161 8289

anna.nordman@ovph.fi

Merja Tikkakoski

Hygieniahoitaja - hygienskötare

040 660 9395

merja.tikkakoski@ovph.fi

7.2 Hälso- och sjukvård

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



- ✓ Hur är klienternas hälso- och sjukvård ordnad på enheten?
- ✓ Beskriv hur tillgången på läkar- och sjukskötartjänster är ordnade.
- ✓ Hur säkerställs personalens första hjälpkunnande? (uppdateringbehov vart tredje år)
- ✓ Hur är klienternas munhälsovård ordnad?
- ✓ På vilket sätt främjas och uppföljs hälsotillståndet hos klienter med kroniska sjukdomar

Uppföljning av brukarnas hälsotillstånd, inklusive kroniska sjukdomar, verkställs genom läkarbesök, konsultation och/eller besök hos sjukskötare på HVC.

- ✓ Hur agerar man vid oväntade dödsfall? Finns det uppgjorda skriftliga anvisningar?

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. På enheten finns en sjukskötare som ansvarar över uppgörandet av läkemedelsplan och fungerar som kontaktperson mellan enheten och hälso- och sjukvården. Interna handlingsplaner inför döden och vid oväntade dödsfall finns. **Enheten kan plocka material från sin plan vid dödsfall.**

7.3 Läkemedelsbehandlings förverkligande

Enhetsens 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](#)

- ✓ 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?

Enhetens förman ansvarar tillsammans med enhetens sjukskötare för enhetens läkemedelsplan som arkiveras elektroniskt via Dynasty. Undertecknad pappersversion uppbevaras 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 tenderat givna delar i nätutbildningen för läkemedelsbehandling (LOVe) samt påvisat sitt kunnande till en sjukskötare. Tillstånden är i kraft 5 år. Under alla tider på dygnet finns utbildad behörig personal för läkemedelsbehandling. 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 Rehabiliterings överläkare Annica Sundberg (fysiatrik specialläkare).

På varje enhet finns utsedda läkemedelsansvariga som ansvarar över läkemedelshanteringen. Varje enhet har en egen enhetsspecifik läkemedelsplan enligt direktiv.

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.

- ✓ Beskriv hur man i servicen främjar klienternas fysiska, psykiska, kognitiva och sociala funktionsförmåga och delaktighet

Personal stöder servicetagarens delaktighet och självbestämmande på alla nivåer, enligt grundläggande principer. Personal arbetar i dagliga samtal med servicetagarna lyhört med att stärka deras rätt till självbestämmande och ökad delaktighet med respekt för deras integritet. Personcentrerad planering (PCP) för samtliga servicetagare tillämpas på alla enheter.

Genomförandeplan uppdateras årligen. Dessa samtal dokumenteras och 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. Under enhetens husmöten kan servicetagarna ge respons och uttrycka sina åsikter och önskemål.

Metoder och verktyg för insamling av information, som stöd att uttrycka åsikter och önskemål samt vid planering och utvärdering är bl.a. "Så här klarar jag mig", "Stigen", "Mina styrkor och resurser", Widgeit online, valtavlor, HYP (dagligt intensivt samspel).

Rehabiliteringen Stöd- och kompetenscenters personal (nepsyhandledare, habiliteringshandledare) kan vid behov stöda servicetagaren och personalen i processen samt erbjuda ytterligare metoder och verktyg. ÖVPH har en arbetsgrupp för självbestämmandefrågor (IMO-grupp), vilken finns tillgänglig för konsultation, handledning och fortbildning.

- ✓ Beskriv hur klienternas skolgång, arbetsverksamhet eller annat deltagande i arbetslivet förverkligas. De servicetagare som har beslut på dag- och arbetsverksamhet i sin serviceplan deltar i dessa. Transport ordnas vid behov från boendeenheter till dag- och arbetsverksamheten.

- ✓ Beskriv hur det möjliggörs att klienternas har en regelbunden kontakt till sina anhöriga. Kontaktpersonen och övrig personal hjälper servicetagaren att hålla regelbunden kontakt med anhöriga

- ✓ I vilken utsträckning förverkligas klienternas motions-, kultur- och fritidsaktiviteter? Personalen försöker motivera och hjälpa servicetagarna att röra på sig och delta i fritidsaktiviteter

- ✓ På vilket sätt uppföljs målsättningarna på klienternas välmående, funktionsförmåga och rehabiliterande aktiviteter?

Tidigare genom säsongsamtal och framledes via genomförandeplaner

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](#)

- ✓ Hur har klienternas måltider ordnats?

Varje enhet är ansvarig i att stöda servicetagaren att välja hälsosam och näringsrik kost. Ordinarie personal introducerar ny personal, vikarier och praktikanter. Enheterna följer de nationella rekommendationerna gällande näring. Personalen kokar maten på enheten.

- ✓ Hur säkerställs att klienternas önskemål, dieter eller andra begränsningar beaktas vid måltiderna?

Särskilda dieter och begränsningar beaktas i all matlagning både i de fall där man kokar maten själv och då annan serviceproducent leverar maten. Anpassade ingredienser inköps av enheten

- ✓ Hur säkerställs klienterna får bra mat och ett tillräckligt närings- och vätskeintag?

Vid behov listas det personliga närings- och/eller vätskeintaget upp under en viss tid. I dagliga rapporteringen fylls alla måltider i per servicetagare.

- ✓ Hur säkerställs att klienternas nattfasta inte överskrider 11 timmar på äldreboenden?

Enheten i fråga inte ett äldreboende. Kvällsmål ges ca. kl.20, fruskost ges mellan kl.7 och 8

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.

- ✓ 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

När en brukare ska flytta in till boendeenheten hålls inflyttarmöte där man i detalj går igenom vårdbehov, behov av stöd och handledning, planerar inflyttning och ansvarsfördelning i detalj. Samarbetet med anhöriga är viktigt. Föräldrar och anhöriga får hälsa på när de önskar, vi har en öppen dialog. Brukarna inreder själva sina rum med egna möbler och tillhörigheter. Personalen sköter om renhållning och städning om inget annat överenskommit. Brukarens rum används inte för ngt annat ändamål. Gemensamma utrymmen finns som alla brukare har tillgång till (t.ex. bastu, vardagsrum, aula). Utrymmen finns som enbart personal har tillgång till. Kan brukaren använda egen nyckel så får han/hon kvittera ut en sådan.

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 hälsfaktorer 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.

- ✓ Hur hanteras risker i anslutning hur hälsosamma enhetens utrymmen är?

I samband med riskbedömning som görs med personalen årligen.

- ✓ Vilket samarbete sker med andra myndigheter och aktörer för att minska enhetens hälsorisker?

8.2 Medicinsktekniska produkter

Fimea ansvarar för styrningen och tillsynen av medicinsktekniska produkter, vilket inom socialvården innefattar rullstolar, rollatorer, personlyftanordningar, blodtrycks- och blodsockermätare, hörapparater, sårförband etc. Användningen av dessa produkter innebär säkerhetsrisker, vilket betyder att introduktion till rätt användning, underhåll, rapporteringar om tillbud och utseende av en ansvarsperson på enheten är viktiga moment för att minska på säkerhetsriskerna.

Det skall alltid göras en 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§).

- ✓ Det finns en utnämnd ansvarsperson för medicintekniska produkter:
[Enhetens ansvariga sjukskötare ansvarar för anskaffning och uppehåll av medicintekniska produkter: Sofia Valsberg](#)
tel: 044 458 1727
- ✓ Personalen har gjort egenhetens apparatpass?

[Apparatpasset är ännu inte i bruk på enheten](#)

- ✓ Hur säkerställs att de hjälpmedel och de medicinsktekniska produkter som klienten behöver är anskaffade, getts användarhandledning i och får service på ett adekvat sätt?

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, ansvarig sjukskötare och enhetschef. Personal vid stöd- och kompetenscentret eller HVC hjälper personalen att instruera servicetagaren i användning av hjälpmedlen.

Ansvariga sjukskötaren följer upp apparaturen genom att upprätthålla apparatregister. Apparatpass ämnas även tas i bruk.

Den utrustning som ska registreras i Medusa är:

1. El- och akku-driven medicinteknisk utrustning och apparatur
2. Sjukhussängar Apparathanteringsdirektiv version
3. Övervakningsterminaler

4. Hjälpmedel som ägs av enheten och som kan servas
5. Mätutrustning för kroppsvätskor; INR, CRP, Hb-mätare
6. Röntgenutrustning
7. Även annan apparatur som kan servas; TV och kylskåp (i tillägg till läkemedelskylskåp) registreras

Enhetens lämnar in apparatlistan till lääkintäteknikka@ovph.fi. Botten för apparatlista finns på intra: apparatsäkerhet =>registrering av apparatur

- ✓ På vilket sätt säkerställs, att det gör adekvata [rapporteringar av tillbud](#) 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?

Enhetens apparatregister följs upp och uppdateras. Enheten följer ÖVPH:s "Direktiv till enheterna gällande apparathanteringsprocessen"

Grundregeln är att all annan utrustning som kan servas på tekniska enheten och som ägs av och används på enheterna ska registreras i Medusa programmet. Tekniska enhetens personal sköter om inmatningen av de uppgifter som förmedlas gällande enheternas befintliga apparater. Även ändringar som sker i enhetens apparatuppsättning i samband med enhetens årliga inventering eller vid flytt av verksamhetsenheten meddelas till tekniska via felanmälan eller e-post; vikailmoitus.tekniikka@ovph.fi

I NULÄGET HAR INTE SJUKHUSTEKNIKEN TILLRÄCKLIGT MED RESURSER FÖR ATT SKÖTA APPARATUNDERHÅLLET I HELA VÄLFÄRDSOMRÅDET UTAN TJÄNSTEN MÅSTE TILLSVIDARE ÄVEN KÖPAS EXTERNT. Utförd service ska dokumenteras i Medusa genom att enhetens skickar in kopia av/uppgifter om utförd service med serviceutförarens namn till vikailmoitus.tekniikka@ovph.fi

8.3 Tekniska säkerhetslösningar

Klienternas som personalens säkerhet tryggas på olika sätt beroende på vilka risker som det finns i enhetens verksamhet. Säkerheten kan tryggas för klienternas del med klientlarm och larmtelefoner och för personalens del med telefoner, personlarm och personsökare etc. På enhetsnivå kan det handla om hur passagekontrollen är ordnad till enheten som till olika utrymmen, placering av möbler i olika utrymmen, extra utgångar till vissa utrymmen, i vilken utsträckning ytterdörrarna är låsta, tillgång till bevakningskameror, köpta tjänster av säkerhetsföretag etc.

I planen för egenkontroll behöver enhetens principerna för tryggade av säkerheten inklusive ansvarsfrågorna klargöras. Ifall kameraövervakning används på enheten, behöver det finnas information kring detta, så att alla som rör sig i utrymmena är medvetna om detta. För kameraövervakning i allmänna utrymmen behöver det finnas en grundad orsak som baserar sig på klientens vård, säkerhets och hälsosfaktorer. Klientrum, personalutrymmen och toaletter får inte filmas. Områden på utsidan får filmas utan någon speciell orsak. När klienter filmas behöver grundlagens 10 paragraf angående skydd av privatlivet beaktas. Det är speciellt viktigt att tänka igenom, till vad det inspelad materialet används och vem har rätt att se på det. Materialet utgör i praktiken en klienthandling. Kameraövervakning i läkemedelsrum är att rekommendera och för det finns det en grundad orsak. Brister i personalbemanning får inte ersättas med kameraövervakning. Därtill behöver det finnas en registerbeskrivning över kameraövervakningen.

Handlar det åter om larmtelefoner inom hemvården, så behöver det finnas principer och praxis för anskaffning, samt finnas en utnämnd ansvarsperson för introduktion i användning och funktions säkerhet. 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.

- ✓ På vilka tekniska lösningar används för att trygga enhetens säkerhet?

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, ansvarig sjukskötare och enhetschef. Personal vid stöd- och kompetenscentret eller HVC hjälper personalen att instruera servicetagaren i användning av hjälpmedlen. Ansvariga sjukskötaren följer upp apparaturen genom att upprätthålla apparatregister. Apparatpass ämnas även tas i bruk.

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 samt kontroll av larmband, larmtelefoner och eventuella larmklockor. Årlig riskbedömning förebygger uppkomsten av nya risker samt kartlägger kritiska arbetsmoment

- ✓ Hur säkerställs, att den säkerhetsutrustning som klienterna och personalen använder fungerar och att alarm besvaras.

Vanliga telefoner som enheten använder kontrolleras av personalen. Babylarmen kontrolleras dagligen när de läggs igång. Personalen ringer upp till gruppboendet och kontrollerar att signalen fungerar.

- ✓ Vem ansvarar funktions säkerheten 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 boende enheternas säkerhetssynpunkt är det viktigt med en aktuell räddningsplan (fastighetsägarens ansvar) ja utredning av utrymningssäkerhet 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](#)

- ✓ Hur tryggas klient- och personalsäkerheten på enheten?

- ✓ Tidpunkt för uppgörande/uppdatering av räddningsplanen och utredningen av utrymnings säkerheten? Tidpunkt: [Senaste utredningen av utrymnings säkerhet uppgjordes och godkändes 2.5.2019](#)
- ✓ Hur säkerställs att personalen deltar i brandsläckningsövningar x 1/ 5 år? Tidpunkt för senaste övning?

Uppföljning av enhetschef och personal

- ✓ Hur ofta görs säkerhetsvandringar på enheten?
- ✓ Nytt för oss men är på gång genom skolning som ordnats för personal som utsetts som ansvarspersoner för kvalitetssäkerheten på enheten. När skolning genomgått görs säkerhetsvandringar enl. ÖVPH:s föreskrifter.
- ✓ Vilken beredskap har man på enheten för störnings- och undantagssituationer? Finns det en skriftlig plan?

Finns beredskap t.ex för längre strömavbrott har man inhandlat fick- och pannlampor, transistorradio, vatten, grill för matlagning finns etc.

Dessutom ingår det i räddningsplanen utrymningsplan, handlingsplan vid gasolycka, strålning, vattenläckage, bombhot. Egna handlingsplaner för hot och våld finns också på anslagstavlan.

- ✓ Hur säkerställs att personalen känner till enhetens räddningsplan, utredning av utrymnings säkerhet och beredskapsplan?
- ✓ [Personalen läser räddningsplanen och kvitterar](#)
- ✓ Hur säkerställs att enhetens förpersoner och personal kan handla vid störnings- och undantagssituationer?

Närchefen 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 samt kontroll av larmband, larmtelefoner och eventuella larmklockor. Årlig riskbedömning förebygger uppkomsten av nya risker samt kartlägger kritiska arbetsmoment. Har servicetagaren behov av intressebevakare är det närchefen som kontaktar socialarbetaren för servicetagaren vid funktionshindersservicen Socialarbetaren kontaktar servicetagarens hemkommun för utredningar av behov av intressebevakare. Kontakter till intressebevakare upprätthålls från enheten

8.5 Dataskydd och datasekretess, samt egenkontrollplan för informations säkerhet

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

Dataskyddsförordningen innehåller även bestämmelser om de centrala principerna för behandling av personuppgifter. Den personuppgiftsansvarige ska anmäla personuppgiftsincidenter till tillsynsmyndigheten och till de registrerade. Med registeransvarig förstås den part som ensam eller tillsammans med andra bestämmer avsikten och sätten som personuppgifter behandlas. Behandlare av personuppgifter betyder till exempel en enhet/service, som behandlar personuppgifter för registerhållarens räkning. Registerhållaren ska bl.a.

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.

- ✓ Beskriv hur dataskyddet förverkligas på enheten?

På Intran hittas "Dataskydd checklista för förmän". Det skall finnas en uppdaterad dataskyddsbeskrivning.

Enligt "Dataskydd checklista för förmän" bör anställda ha avlagt en dataskydds- och datasäkerhetsutbildning. Varje personal går in via Intran och klickar på länken "Dataskyddets ABC för anställda inom offentliga förvaltning 2020" för att avlägga fortbildningen. Närchefen påminner sin personal om detta i samband med personalmöten/genomgång av Egenkontrollplan.

- ✓ 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?

Enhetschef eller enhetens ställföreträdare introducerar och delger tillgängligt material kring säker informationshantering.

Inskolning i dokumentering i Abilita ges åt all ordinarie personal på enheten. Vikarier introduceras av personal på enheten.

Arbetspassen överlappar varandra så att det finns tid till dokumentering

- ✓ Dataskyddets ansvarsperson (namn och kontaktuppgifter):

Tuija Viitala
tfn. 06 2131840
Sandviksg.2-4
65130 Vasa

Anne Korpi
tfn. 040 183 2211
Dammbrunnsv. 4, 1.vån.
65100 Vasa

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.



- ✓ Vilka personer har deltagit i uppgörandet/ uppdateringen av egenkontrollplanen?

t.f enhetschef Maria Harju med input. av ansvariga sjukskötare Sofia Valsberg

- ✓ Vem/vilka är ansvariga för planeringen och förverkligande av enhetens/ servicehelhetens egenkontroll (namn, tel.)?

t.f enhetschef Maria Harju tel 044 4581778

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.

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

Planen uppdateras vid behov och mins en gång/ år

Egenkontrollplanens Offentlighet

En uppdaterad plan för egenkontroll ska hållas offentligt framlagd vid enheten så att klienterna, deras anhöriga och alla som är intresserade av egenkontroll lätt och utan särskild begäran kan läsa planen.

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

På enhetens anslagstavla. Publiceras på Österbottens välfärdsområdes hemsida.

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)

