



# Plan för egenkontroll inom socialservicen Österbottens välfärdsområde

Enhetens/ servicehelhetens namn	Lyran boende
Godkännare (namn, titel) Underskrift	Ann-Charlotte Silfver, vik. serviceförman
Tidpunkt för godkännande	25.4.2024
Versionnummer och datum Datum för tidigare versioner (tidigare versioner skall sparas i sju år)	2.0 1.0 1.6.2023
Egenkontrollplanen finns offentligt framlagd.	På anslagstavlan i farstun och i Introduktionsmappen

## **INNEHÅLL**

### **1 INLEDNING3**

### **2 SERVICEPRODUCENT OCH SERVICE3**

### **3 VERKSAMHETSIDÉ, VÄRDERINGAR OCH VERKSAMHETSPRINCIPER4**

#### 3.1 Verksamhetsidé4

#### 3.2 Värderingar och verksamhetsprinciper5

### **4 RISKHANTERING6**

#### 4.1 Ledningens, förpersonens och personalens ansvar för riskhanteringen6

#### 4.2 Identifiering av risker och missförhållanden7

#### 4.3 Rapportering och analysering av tillbud och avvikelser8

#### 4.4 Korrigerande åtgärder och förebyggande av en upprepning av skador9

#### 4.5 Personalens anmälningskyldighet9

### **5 KLIENTENS STÄLLNING OCH RÄTTIGHETER11**

#### 5.1 Bedömning av servicebehov11

#### 5.2 Egen kontaktperson11

#### 5.3 Klientplan12

#### 5.4 Verkställighetsplan13

#### 5.5 Dokumentation av klientarbete13

#### 5.6 Rättighet till socialvård av god kvalitet och ett gott bemötande15

#### 5.7 Klienternas och deras anhörigas eller närståendes delaktighet16

#### 5.8 Stärkande av självbestämmanderätten och tillämpning av begränsningar17

#### 5.9 Multiprofessionellt samarbete19

#### 5.10 Anmärkningar och stöd av social- och patientombudsmannen19

### **6 PERSONAL21**

#### 6.1 Personalstruktur och personaldimensionering21

#### 6.2 Personalrekrytering, språkkunskaper och arbetstillstånd22

#### 6.3 Personalintroduktion och fortbildning23

### **7 ÅTGÄRDER SOM STÖDER FÖRVERKLIGANDET AV SERVICEN24**

#### 7.1 Hygien, samt förebyggande och bekämpning av infektioner24

#### 7.2 Hälso- och sjukvård26

#### 7.3 Läkemedelsbehandlingens förverkligande27

#### 7.4 Främjande av välbefinnande, rehabilitering och tillväxt28

#### 7.5 Måltider och lämplig mat30

#### 7.6 Enhetens verksamhetsutrymmen31

### **8 KLIENT- OCH PERSONALSÄKERHET31**

#### 8.1 Egenkontroll enligt hälsoskyddslagen31

#### 8.2 Medicinsktekniska produkter32

#### 8.3 Tekniska säkerhetslösningar33

#### 8.4 Säkerhets-, räddnings- och beredskapsplaner34

#### 8.5 Dataskydd och datasekretess, samt egenkontrollplan för informationssäkerhet35

### **9 EGENKONTROLLPLANENS ANSVARSPERSON, UPPDATERING OCH OFFENTLIGHET37**

### **10 BILAGOR39**



## 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.

Denna 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/ serviceenhet

Namn: [Lyrans boende](#)  
Adress: [Köpingsvägen 31, 66100 Malax](#)  
Telefon: [050-4081580](#)  
Stad/kommun: [Malax](#)

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

Verksamhetsområde inom socialvården: [Rehabilitering](#)  
Typ av service (öppenvård, boende etc.): [Serviceboende med heldygnsomsorg och serviceboende för personer med funktionsnedsättning](#)  
Verksamhetens omfattning (klienternas/ klientplatsernas antal): [Sju klienter på gruppboende och sju i lägenheter, varav två inte hör till specialomsorgen.](#)

### Enhetens/ serviceenhetens ansvarsperson

Namn, titel/ utbildning: [Ann-Charlotte Silfver, vik. serviceförmän](#)  
Telefon: [040-6507993](#) E-post: [ann-charlotte.silfver@ovph.fi](mailto:ann-charlotte.silfver@ovph.fi)

### Service som köps av underleverantörer och deras serviceproducenter

Köpt service	Serviceproducent
<a href="#">Städpersonal</a>	<a href="#">TeeSee Botnia</a>

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.*

Städpersonalen har varit samma person i flera år.

**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).

Lyran hör till resultatområdet Delaktighetsstöd, vilket hör till verksamhetsområde Rehabilitering.

Rehabiliteringens strategimål för år 2023 är:

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

Lyran erbjuder svenskspråkig service för personer med specialbehov enligt gällande lagstiftning. Lyran 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.

Målsättningen på Lyran är att skapa en hemlik miljö och att de boende ska känna sig trygga, må bra och känna att de har en meningsfull vardag.

### 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.

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.

Lyrans tre ledord är:

**Självbestämmande** - Personalen respekterar varje individs självbestämmanderätt och stödjer till ett självständigt gott liv.

**Ansvar** - Varje personal ses som jämbördig medlem i arbetsgruppen och ansvarar för sitt eget arbete, både i förhållande till de boende och till arbetsgivaren. De ansvarar också för att upprätthålla sin yrkesskicklighet. Alla bär sitt etiska ansvar för besluten som fattas i arbetet och ansvarar för de boendes och arbetsmiljöns säkerhet. Personalen handlar i förtroende och följer tystnadsplikten.

**Omsorg** - Varje boende får stöd och omsorg enligt egna behov. Det handlar om att stöda individen att välja en hälsosam livsstil och skapa fysiska och sociala miljöer som stöder hälsa och livskvalitet.

## 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 för 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?

Enhetens närchef 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 gällande kvalitet- och klientsäkerhet.

På enheten råder positiv kultur kring HaiPro och rapporter skrivs med låg tröskel. Enhetens närchef 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
<p><b>Exempel: Obehöriga kan få tillgång till klienthandlingar</b> Klient får felaktig medicin</p> <p>Klienter faller och slår sig.</p>	<p><b>Exempel: Personalen loggar ut klientdatasystemet när de inte använder det.</b> Medicindelning sker i ostört utrymme, markeras med skylt när delning pågår. Delningen granskas av annan personal än den som delat. Övergång till Dosis för flera klienter.</p> <p>Personal går bredvid klienter med fallrisk när de förflyttar sig. På personalmöten går också igenom vad som kan ha orsakat fall och hur vi kan förebygga dem, t.ex. genom att se till att inga hinder finns i vägen samt att hjälpmedlen är i skick.</p>

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.

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.

Enhetens närchef tar tillsammans med sin koordinerande serviceförmän 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 kartläggningssmöte 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 avvikelsetillfällen och kända utvecklingsbehov och för dem görs en plan beroende av risknivån så att de kan fås i skick. De korrigerande åtgärderna registreras i enhetens utvecklingsplan för egenkontroll.

##### Utvecklingsplan för egenkontroll i anslutning till vård- och servicekvalitet, samt klientsäkerhet

Utvecklingsbehov som framförts av klienter, anhöriga/närstående, personal och samarbetspartners eller som aktualiserats via kvalitetsarbete eller riskhantering.

Utvecklingsbehov/ Respons från	Förbättringsåtgärd	Tidtabell	Ansvarsperson
<a href="#">Inspektör</a>	<a href="#">Övervakning av HCl-läkemedel</a>	<a href="#">Genast</a>	<a href="#">Serviceförman/Sjukskötare</a>
<a href="#">Inspektör/personal</a>	<a href="#">Mera skolning för personalen</a>	<a href="#">Under året</a>	<a href="#">Serviceförman</a>
<a href="#">Inspektör</a>	<a href="#">Apparaturlista</a>	<a href="#">Genast</a>	<a href="#">Serviceförman</a>
<a href="#">Klient</a>	<a href="#">Insyn i klient-/serviceplanen</a>	<a href="#">Regelbundet/årligen</a>	<a href="#">Serviceförman/Egenvårdare</a>

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

Enhetens närchef 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 avvikelsetillfällen. 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 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 tilllynsenhet och via SPro. Personal informeras i samband med introduktion till arbetet samt med jämna mellanrum 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 funktionsförmågan, vilka är fysisk, psykisk, social och kognitiv funktionsförmåga. Därtill ska vid bedömningen beaktas de riskfaktorer i samband med de olika dimensionerna som förutspår en försämrad funktionsförmåga, såsom instabilt hälsotillstånd, smärta, dålig nutrition, otrygghet, brist på sociala kontakter eller ensamhet.

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

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

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 bedömningen av klienten servicebehov.

### 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.

- ✓ Har det utnämnts en egenvårdare åt klienterna?

Egenvårdarsystemet är organiserat så att två eller tre personal ansvarar för fyra eller fem klienter.

Sjukskötaren och enhetens serviceförman ska inte vara egenvårdare åt någon.

## 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.

- ✓ 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 servicetagaren 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 uppfostringsplan, välmående- eller rehabiliteringsplanen i klientens dagliga vård och service förutsätter att personalen är väl förtrodda med sitt arbete. Det är en stor klientsäkerhetsrisk i fall inte vård- och serviceplanen förverkligas eller uppdateras. Det är speciellt viktigt att göra en plan, ifall det har tillämpats eller möjligtvis kommer att tillämpas begränsningar åt klienten. Planens målsättning är, att förebygga och skapa en beredskap för begränsningsåtgärder. Genom planen iakttar man klientplanens dokumenterade målsättningar och beskriver detaljerat hur man möter klienternas behov. Planen görs tillsammans med klienten och den skall uppdateras med jämna mellanrum och när klientens servicebehov förändras. En central sak i förverkligande av egenvården är, hur man säkrar att egenkontrollen förverkligas i klientens dagliga vård/omsorg.

- ✓ 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 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 helhetssituation. 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?

Enhetens närchef 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.

- ✓ Det 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 Intranät 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 Intranät och klickar på länken "Dataskyddets ABC för anställda inom offentliga förvaltning 2020" för att avlägga fortbildningen. Enhetens närchef 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 service-tagarna.

Österbottens välfärdsområde erbjuder även mångprofessionellt stöd vid Stöd- och kompetenscentret.

Personal erbjuds kontinuerlig intern och extern fortbildning. Personalen genomgår lagstadgade utbildningar. 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 enhetens närchef och ett nätverksmöte bokas in där klienten, anhöriga, enhetens närchef 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 deltar i utvecklandet av enhetens verksamhet, kvalitet och egenkontroll.

Servicetagaren 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 enhetens närchef eller koordinerande serviceförman inom delaktighetsstödet.

Kvalitetsmätning görs årligen.

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

- ✓ På vilket sätt och hur ofta insamlas klientrespons?

Klientresponsystem Roidu (ipad/platta) cirkulerar på delaktighetsstödet serviceenheter.

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

Responsen används som grund för kartläggning av utvecklingsbehov av organisationens servicekvalitet. Enheternas 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 självbestämmanderätt. 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 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 barnskyddslagen 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 riskerar 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 det 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 järjestämisessä 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 enhetens närchef. 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?

Begränsningar på enheten gäller främst någon typ av övervakning nattetid.

- ✓ Vilka begränsningsåtgärder används på enheten, ifall man kommer i en situation där det är nödvändigt att begränsa klientens självbestämmanderätt?

Rörelselarm och sänglarm finns till förfogande nattetid för att personalen ska reagera om en klient är uppe. Larm finns på alla ytterdörrar kl. 23-05.

- ✓ Hur övervakas klienten under den tid som begränsningsåtgärden varar?

Ingen övervakning eftersom det inte är åtgärder som rent fysiskt begränsar klienten. Klienterna är medvetna om dessa begränsningar.

## 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 servicegi- varna samarbeta, där kunskapsförmedlingen mellan olika aktörer har en särskilt stor betydelse. Socialvårdslagen (2014/1301, 41 §) understöder detta sektorövergripande samarbete mellan klienternas olika service- producenter

- ✓ 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 vidta behövliga åtgärder för att avhjälpa missförhållandet. När servicen baserar sig på ett köptjänstavtal kan anmärkningen göras till enhetens ansvarsperson eller till välfärdsområdets ledande tjänsteinnehavare inom socialvården. På enheten behöver man även utan anmärkningar fästa uppmärksamhet vid hur klienter bemöts och servicens kvalitet.

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

Enhetens anmärkningar kan tas emot av:

Enhetens vikarierande serviceförmän Ann-Charlotte Silfver, 040-6507993

Koordinerande serviceförmän Mari-Anette Rönnlund, 050-5744753

Delaktighetsstödschef Tiina Peltokorpi-Heikkilä är ansvarig för delaktighetstödets boendeenheter, dag- och arbetsverksamhet samt kortvarig omsorg.

[fornamn.efternamn@ovph.fi](mailto: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 serviceförmän för delaktighetstödet. 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.

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

Social- och patientombudsmannens kontaktuppgifter hittas som bilaga.

## 6 PERSONAL

### 6.1 Personalstruktur och personaldimensionering

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

En klientsäkerhetsrisk är om förmannen inte har tillräckligt med kompetens och tid att arbeta som enhetens närchef och verkställa egenkontrollen. Personalrisker 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.

- ✓ Vilken är enhetens personalstruktur och personalmängd? (Yrkesgrupp, arbetsuppgifter och antal)

Enhetens serviceförman, administrativa uppgifter, 100 %

Sjukskötare, administrativa uppgifter, 20 %

Vårdare, sköter det dagliga handlednings- och vårdarbetet med klienterna, 832 %

- ✓ På vilket sätt säkerställs det, att förpersonen har tillräckligt med tid att leda enheten?

Enhetens närchef är inte inplanerad i periodarbete. Ansvariga sjukskötaren har 1 inplanerad sjukskötar-dag/vecka och är då inte inplanerad i vårdarbetet.

- ✓ Beskriv hur kraven på enhetens personaldimensionering förverkligas.

Utgående från klienters gjorda behovsbedömningar. Enheten bör även följa nationella riktlinjer för boende-enheter (minimi personaldimensionering 0,7 personal/servicetagare).

- ✓ På vilket sätt säkerställs, att enheten har tillräckliga personalresurser för att möta klienternas servicebehov?

ICF-bedömning gör årligen för att följa upp 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:

Två personal på morgonskifte, tre personal på kvällsskifte och en personal på nattskifte.

Helger:

Två personal på morgonskifte, två personal på kvällsskifte och en personal på nattskifte.

Lördagar även en personal kl. 10-16 (mellanskifte)

- ✓ 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 om 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. Enheten är enligt styrelsebeslut klassificerad som enspråkigt svensk.

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.

### 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 och 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 ibruktagning 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 personal får alltid 2-3 dagars inskolning innan det självständiga arbetet inleds, detta görs delvis av enhetens serviceförman men främst av vårdpersonalen. Den nya personalen får förutom information om enheten och klienterna även information om tystnadsplikten och ett avtal om tystnadsplikt undertecknas. Det finns en checklista för nyanställda som går igenom under den första tiden på arbetsplatsen. Denna undertecknas sen av enhetens serviceförman och arbetstagaren.

- ✓ På vilken typ av fortbildning behöver enheten satsa på just nu, för att möta klienternas vård- och servicebehov?

Uppdatering av läkemedelslov och första hjälp är ständigt aktuellt. Utöver detta bör nu prioriteras skolning om ett åldrande klientel.

- ✓ Hur säkerställs att personalen fortbildning uppfyller lagstiftningens minimirekommendation på 3 dagar/person/år?

Statistik på antalet fortbildningsdagar fås utgående från anmälningar i utbildningskalendern. Enhetens närchef 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 systematiskt bekämpa vårdrelaterade infektioner. Den som är chef för verksamhetsenheten ska följa upp förekomsten av smittsamma sjukdomar och mikrober som är synnerligen resistent mot läkemedel och sköta smittbekämpningen. Verksamhetsenheten ska svara för ändamålsenligt skydd för och placering av patienterna, klienterna och de anställda och se till att antimikrobiella läkemedel används som sig bör. Information om allvarliga vårdrelaterade infektioner och anmälningsförfarande hittas på Institutet för hälsa och välfärds hemsida på adressen: [Anmälan av epidemier och allvarliga vårdrelaterade infektioner \(HARVI\) - Institutet för hälsa och välfärd](#)

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

I förverkligande av egenkontrollen syns det bl.a. i

- Enhetens hygiennivå, förverkligad städning och förekomsten av en skriftlig 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 interwebsidor. 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. Hygieneskötarna 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 hygiennivån.

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.

Städningen utförs tillsammans med servicetagarna eller av enhetens personal samt genom köptjänst. 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?

#### Gruppboendet:

Serviceitagarnas rum städas en gång per vecka. Toaletterna städas två gånger per vecka, oftare vid behov. Allmänna utrymmen städas dagligen måndag-fredag. Städerskan följer upp och ansvarar för att detta blir gjort.

#### Lägenheterna:

Två servicetagare är beviljad städtjänst en gång per vecka.

Övriga fem får hjälp med städning av personal en gång per vecka, följs upp i Abilita.

- ✓ 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?

Städningen sköts via köptjänst inne på gruppboendet och med hjälp av vårdare och köptjänst (via socialen) i lägenheterna. Textilvården sköts av vårdarna.

- ✓ 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 "ESBLCPE-pa-boende-i-hemvard"

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

Det hör till introduktionen att informera om att desinficera apparater efter användning.

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

Sjukskötaren och en vårdare fungerar som hygienansvarig på enheten.

- ✓ Kontaktuppgifter till hygienskötare:

[merja.tikkakoski@ovph.fi](mailto:merja.tikkakoski@ovph.fi)

## 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, munhälsövård. 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 munhälsövård 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 samt läkare vid Psykosociala centret södra området. 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.

1. Ring 112 och följ anvisningarna därifrån.
2. Meddela enhetens serviceförman vad som hänt och ring också efter annan personal om du arbetar ensam.
3. Kontakta anhöriga.
4. Flytta inte kroppen – freds rummet genom att stänga dörren, öppna fönstret och slut ögonen på den döda.

Observera att denna plan gäller om personen i fråga inte går att återuppliva!

### 7.3 Läkemedelsbehandlingsplanens förverkligande

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

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

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

Till egenkontrollen hör att identifiera och eliminera risker som orsakas av bristfällig kompetens eller oklara förfaranden i läkemedelsbehandling och -försörjning. Därtill måste man säkerställa att den social- och 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 närchef 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 välfärd (THL) uppdaterade handbok Säker läkemedelsbehandling, som publicerades av social- och hälsovårdsministeriet år. Enhets-specifika läkemedelsplaner godkänns av Rehabiliteringens överläkare Annica Sundberg (fysiatrik specialläkare).

På varje enhet finns utsedda läkemedelsansvariga som ansvarar för läkemedelshanteringen. Varje enhet har en egen enhets-specifik 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.

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.

Klienterna deltar i nuläget i arbetsverksamhet vid Kvadratens dagcenter i Vasa och arbetscentral i Molpe samt vid Lantgården i Sundom. Taxiskjutsar ordnas till alla arbetsplatser. En del av klienterna är pensionärer eller har några hemmadagar per vecka.

- ✓ Beskriv hur det möjliggörs att klienternas har en regelbunden kontakt till sina anhöriga.

Klienterna håller kontakt med sina anhöriga via telefonsamtal och besök. Vid behov hjälper personalen till att upprätthålla telefonkontakten och arrangera besök till anhöriga.

- ✓ I vilken utsträckning förverkligas klienternas motions-, kultur- och fritidsaktiviteter?

På Lyran prioriteras motion och utevistelse högt. Några av klienterna har stödpersoner. Klienterna deltar också aktivt i kurser ordnade av Medborgarinstitutet samt träffar och andra evenemang ordnade av DUV i Vasanejden.

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

Vid uppgörandet av Genomförandeplanen görs och uppföljs målsättningarna tillsammans med klienten och anhöriga. Målen som inskrivs i Genomförandeplanen följs upp på personalmöten.

## 7.5 Måltider och lämplig mat

För många av socialvårdens klienter är näring och måltider, samt seder och bruk kring dem en viktig del av servicen. I kosthållningen behöver livsmedelsverkets närings- och matrekommendationer för olika 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 för att stöda servicetagaren att välja hälsosam och näringsrik kost. Ordinarie personal introducerar ny personal, vikarier och praktikanter. Enheterna följer de nationella rekommendationerna gällande näring. [Enhetens personal kokar maten själva.](#)

- ✓ 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?

[Lyran är inget äldreboende, men kvällsmål intas kl. 20 på kvällen och frukost börjar serveras strax före kl. 7 på morgonen.](#)

## 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. Klienterna inreder själva sina rum med egna möbler och tillhörigheter. Personal eller städerska handleder i/sköter om renhållning och städning om inget annat överenskommit. Klientens rum används inte för ngt annat ändamål. Gemensamma utrymmen finns som alla brukare har tillgång till (t.ex. bastu, vardagsrum, aula, tvättstuga). Utrymmen finns som enbart personal har tillgång till. Kan klienten använda egen nyckel så får han/hon kvittera ut en sådan. Även anhöriga har möjlighet att kvittera ut egen nyckel, dock finns alltid personal på plats. Anhöriga har rätt att komma på besök när de vill, ingen förhandsanmälan krävs.

## 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 berör finns närmare specificerat i lagens bilaga. Innehållet i anmälan finns närmare preciserat i hälsoskyddsförordningen (1280/1994) 4 §.

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

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

- ✓ 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 tillbudsansmälan till Fimea, när social- och hälsovårdens medicintekniska produkter orsakat tillbud eller som kunde ha lett till att klienten, användaren eller någon annan persons hälsa äventyras. En yrkesmässig användare ska anmäla sådana tillbud i anslutning till medicintekniska produkter som beror på produktens egenskaper, icke önskvärda biverkningar, en avvikelse eller störning i produktens prestanda, brister i märkningen av produkten, en bristfällig eller felaktig bruksanvisning för produkten, något annat skäl som hänför sig till användningen av produkten.

Yrkesmässiga användare skall ha en utsedd ansvarsperson, som ansvarar för att användarna i sin verksamhet följer lagen om medicinteknisk utrustning (719/2021, 32–33§).

- ✓ Det finns en utnämnd ansvarsperson för medicintekniska produkter:

[Sjukskötare Daniella Maher, 041-7314686](#)

- ✓ Personalen har gjort egenhetens apparatpass?

[Nej.](#)

- ✓ 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
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](mailto:lääkintäteknikka@ovph.fi). Botten för apparatlista finns på intra: apparatsäkerhet => registrering av apparatur



- ✓ På vilket sätt säkerställs att det görs 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](mailto:vikailmoitus.tekniikka@ovph.fi)

I NULÄGET HAR INTE SJUKHUSTEKNIKEN TILLRÄCKLIGT MED RESURSER FÖR ATT SKÖTA APPARAT-UNDERHÅLLET I HELA VÄLFÄRDSOMRÅDET UTAN TJÄNSTEN MÅSTE TILLSVIDARE ÄVEN KÖPAS EXTERNT.

Utförd service ska dokumenteras i Medusa genom att enheten skickar in kopia av/uppgifter om utförd service med serviceutförarens namn till [vikailmoitus.tekniikka@ovph.fi](mailto:vikailmoitus.tekniikka@ovph.fi)

### 8.3 Tekniska säkerhetslösningar

Klienternas, såväl 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 principer 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 inspelade 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.

✓

- ✓ Vilka tekniska lösningar används för att trygga enhetens säkerhet?

Enheten har dörrlarm på alla ytterdörrar både på gruppboendet och på lägenhetsboendet. Detta är aktiverat nattetid kl. 23-05. Om dörren öppnas under denna tid går larmet till en "station" i personalens kansli. Flera av boendena har trygghetslarm som har en skild "larmtelefon" som mottagare. Om personal inte svarar på larmet går det vidare till gruppboendets telefon. Några har någon typ av rörelselarm nattetid för att personalen ska upptäcka eventuell nattvandring och kunna förhindra fall.

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

Personalen måste alltid bära med sig larmtelefonen.  
Om rörelselarmen inte fungerar byts batteri och fungerar det ändå inte kontaktas leverantören omedelbart.

- ✓ Vem ansvarar för funktionssäkerheten av larmtelefoner och annan larmutrustning?

Enhetens serviceförman ser till att rätt person kontaktas beroende på fel.

## 8.4 Säkerhets-, räddnings- och beredskapsplaner

Tryggande av säkerheten på enheten innefattar många olika aspekter och är beroende av vilken verksamhet som bedrivs. För boendeenheter är det viktigt med en aktuell räddningsplan (fastighetsägarens ansvar) och utredning av utrymnings säkerhet som övervakas av brand- och räddningsverket. Därtill skall varje enhet uppgöra en säkerhetsplan, som innehåller brand- och utrymnings-, fastighets- och personalsäkerhet, 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:
- ✓ Hur säkerställs att personalen deltar i brandsläckningsövningar x 1/ 5 år? Tidpunkt för senaste övning?

Senaste släckningsövning hölls hösten 2022.

- ✓ Hur ofta görs säkerhetsvandringar på enheten?

Årligen, senast i september 2023. Samt i introduktionen av ny personal.

- ✓ Vilken beredskap har man på enheten för störnings- och undantagssituationer? Finns det en skriftlig plan?

Exempelvis finns aktuella medicinlistor alltid utprintade så att de alltid är nära till hands. Extra mat och vatten finns alltid att tillgå. Fungerande ficklampor finns. Telefonen laddas nattetid så att det alltid ska finnas ström i den.

Ingen skriftlig plan finns.

- ✓ Hur säkerställs att personalen känner till enhetens räddningsplan, utredning av utrymnings säkerhet och beredskapsplan?
- ✓ Hur säkerställs att enhetens förperson och personal kan handla vid störnings- och undantagssituationer?

Närschefen 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 enhetens närchef 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 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.

- ✓ 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. Enhetens närchef 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?

Enhetens närchef 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?

[Enhetsens serviceförförman samt personal på Lyran.](#)

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

[Vikarierande serviceförförman på enheten, Ann-Charlotte Silfver, 040-6507993](#)

### 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?

[Genom öppna diskussioner i personalgruppen kommer det fram om något behöver ändras. Det är på serviceförförmannens ansvar att se till att den uppdateras minst på årlig basis.](#)

### 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)?

[Egenkontrollplanen finns framlagd på anslagstavlan i farstun och i Introduktionsmappen i personalens kansli.](#)

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 hälsovården (612/2021) 40 § ska ett välfärdsområde och en privat tjänsteproducent 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: [sosiaaliamies@ovph.fi](mailto:sosiaaliamies@ovph.fi) (ej skyddad e-post)

Besöksadress: Korsholmsesplanaden 44, 65100 Vasa



# Patientombudsmannen till din hjälp

Vi hjälper dig om du har frågor  
om patientens rättigheter.

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

Vi ger råd och hjälper i anmärknings- och patientskadeärenden.

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

**Boka tid via telefonen om du vill besöka oss personligen.**

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

