



SOLGÅRD

Plan för egenkontroll

Österbottens välfärdsområde

Verksamhetsområdets/ tjänstenhetens/ verksamhetsenhetens/ resultatenhetens namn	SOLGÅRD
Utarbetad Uppdaterad Utarbetad av	Datum, version 1.0 Datum, version 7.5.25 Mikaela Ahlbäck-Strand Serviceenhetschef
Godkänd Underskrift	Smedsby 7.5.25 Mikaela Ahlbäck-Strand Serviceenhetschef
Planen för egenkontroll är framlagd	I serviceenhetschefens kontor samt anslagstavla vid aulan samt anslagstavlan vid aulan + www.osterbottensvalfard.fi

Innehåll

1.	UPPGIFTER OM TJÄNSTEPRODUCENTEN, TJÄNSTEENHETEN OCH VERKSAMHETEN	4
1.1	Tjänsteproducentens och tjänsteenhetens uppgifter	4
1.2	Tjänster som köps av underleverantörer	5
1.3	Verksamhetsidé, värderingar och verksamhetsprinciper	5
2.	UTARBETANDE AV EN PLAN FÖR EGENKONTROLL, VERKSTÄLLANDE OCH UPPFÖLJNING	7
2.1	Utarbetande av en plan för egenkontroll	7
2.2	Genomförande av en plan för egenkontroll, publicering och uppdatering	9
3.	KLIENT- OCH PATIENTSÄKERHET	9
3.1	Kvalitetsmässiga krav på tjänsten	9
3.2	Ansvar för tjänsternas kvalitet	10
3.3	Klientens ställning och rättigheter	10
3.3.1	Tillgång till tjänster och vård	10
3.3.2	Bedömning av servicebehov/vårdbehov	11
3.3.3	Planering och genomförande av tjänsten/vården	12
3.3.4	Bemötande av klient/patient och rättigheter	12
3.3.5	Anmärkning, klagomål och anmälan om patientskada	14
3.3.6	Social- och patientombudens tjänster	16
3.3.7	Klienternas/patienternas delaktighet	16
3.4	Beaktande av regelbundet insamlad respons och övrig respons	17
3.5	Personal	18
3.5.1	Mängden och strukturen för personal	Error! Bookmark not defined.
3.5.2	Principer för användning av vikarier och för rekrytering	19
3.5.3	Introduktion, fortbildning och säkerställande av kunskaper	20
3.5.4	Arbetshälsa och arbets säkerhet	21
3.6	Uppföljning av tillräckligheten för den personal som deltar i klient- och patientarbetet	22
3.7	Sektorsövergripande samarbete och samordning av tjänster	22
3.8	Lokaler och utrustning	23
3.9	Medicintekniska produkter, informationssystem och användning av teknik	24
3.10	Läkemedelsbehandling	26
3.11	Näring	27
3.12	Hygien, förebyggande och bekämpning av infektioner	27
3.13	Hälso- och sjukvård	29
3.14	Främjande av välbefinnande, rehabilitering och utveckling	30
3.15	Behandling av klient- och patientuppgifter och dataskydd	30
4.	EGENKONTROLLENS RISKHANTERING	32



4.1	Ansvar för riskhantering, identifiering och bedömning av risker	32
4.2	Riskhantering, behandling av missförhållanden och brister som framkommer i verksamheten	33
4.2.1	Tjänsteproducentens och personalens anmälningsskyldighet	34
4.2.2	Anmälningsskanaler för klient/patient och extern tjänsteproducent	37
4.2.3	Behandling av farliga situationer, brister, missförhållanden och korrigerande åtgärder	37
4.3	Köptjänster och underleverans	38
4.4	Beredskaps- och kontinuitetshantering	39
5.	UPPFÖLJNING AV EGENKONTROLL OCH RAPPORTERING	40
5.1	Uppföljning av kvalitet, riskhantering och rapportering	40
5.2	Uppföljning och rapportering av hur egenkontroll genomförs	40
BILAGOR		42
Bilaga 1. Utvecklingsplan för egenkontroll		42
Bilaga 2. Uppföljningsrapport om genomförandet av egenkontroll		42
Bilaga 3. Anvisningar och andra planer som stöder egenkontroll		42



1. UPPGIFTER OM TJÄNSTEPRODUCENTEN, TJÄNSTEENHETEN OCH VERKSAMHETEN

1.1 Tjänsteproducentens och tjänstenhetens uppgifter

Tjänsteproducent

Österbottens välfärdsområde, FO-nummer: 3221324-6

Adress: Sandviksgatan 2–4, 65130 Vasa

Växel: 06 218 1111

Registratur: registrator@ovph.fi

Socialservicens registratur: socialvard.registratur@ovph.fi

Format på e-postadresser: fornamn.efternamn@ovph.fi

Tjänstenhet/tjänstehelhet

Tjänstenhetens namn: Solgård

Form av tjänst: Boende med heldygnsomsorg samt intervall

Adress: Gamla Karperövägen 17A, 65610 Korsholm

Telefonnummer: 044-727 1244

Ansvarsperson(er) för tjänstenheten eller tjänsteområdena och kontaktuppgifter

Namn och titel: Mikaela Ahlbäck-Strand, serviceenhetschef

Telefonnummer: 050 5181013

Namn och titel: Mikaela Mattlar, serviceansvarig

Telefonnummer: 044 4249278

Servicepunkt som hör till tjänstenhet

Servicepunkter: Avdelning 01, 02, 2, 3 och 4 samt intervall avd. 5

Adress: Gamla Karperöv. 17A, 65610 Korsholm

Avdelningarnas telefonnummer:

01: 044-424 0122

02: 044-424 0124

2: 044-424 0127

3: 044-424 0129

4: 044-424 0132

5: 044-424 0134

Dejourtelefon (24/7): 044-727 1244

1.2 Tjänster som köps av underleverantörer

Österbottens välfärdsområde ska säkerställa att andra tjänsteproducenter som producerar tjänster som omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar har tillräckliga professionella, verksamhetsmässiga och ekonomiska förutsättningar för att sörja för produktionen av tjänsterna. Välfärdsområdet ska styra och övervaka den tjänsteproduktion som omfattas av dess organiseringsansvar. (10 § i lag om välfärdsområden, 611/2021).

Tjänst som köps av underleverantör, och tjänsteproducenten för denna

Köpt tjänst	Tjänsteproducent
Städtjänster	TeeseBotnia/ ISS
Kosthåll	TeeseBotnia
Tvätteritjänster för klienter	Provina / Eco-Wash
Tvätteritjänster för personalkläder	Lindström / Eco-Wash
Dosdispensering av läkemedel	Anja via Vasa Centralapotek
Fastighetstjänster	Korsholms kommun
Vaktjänster	Securitas
Patientalarm	9 solutions
Laboratorietjänster	Fimlab
It-tjänster	2 M-it

1.3 Verksamhetsidé, värderingar och verksamhetsprinciper

Var och en har enligt grundlagen rätt till tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster (19 §, 731/1999). Välfärdsområdena styrs av tre centrala lagar som stiftades i samband med välfärdsområdesreformen: lag om välfärdsområden (611/2014), lag om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) samt lag om ordnande av räddningsväsendet (613/2021). Dessa lagar utgör ramar för helheten av egenkontroll inom välfärdsområdet, och ingående krav på vad egenkontrollen ska omfatta fastställs i speciallagstiftningen för tjänstesektorerna.

Verksamhetsidén anger för vem tjänsten produceras och vilken tjänst som produceras. Verksamhetsidén ska basera sig på den lagstiftning som gäller för branschen.

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 är uttryck för arbetsgemenskapens sätt att utföra arbete. De påverkar målsättningarna och de metoder som används för att målen ska uppnås.

Verksamhetsprinciperna beskriver målen för enheten/tjänsten och klientens/patientens ställning i den. Tillsammans med värderingarna utgör verksamhetsprinciperna ryggraden i arbetsmetoderna och målen och återspeglas bland annat i hur man bemöter klienter/patienter och anhöriga.

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

De centrala lagarna som styr verksamheten är socialvårdslagen (1301/2014), lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000) och äldreomsorgslagen (980/2012). Om personalen inom social- och hälsovården föreskrivs i lag om yrkesutbildade personer inom socialvården (817/2015) och lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994).

Målsättningen med verksamheten är att producera en kvalitativ vård och omsorg. Vår verksamhetsidé är att skapa en god vård och värde i vardagen för våra klienter. Grunden, på vilken verksamheten byggs upp, baserar sig på kvalitet, kompetens, resurser och styrdokument. På detta sätt kan vi garantera att vården och omsorgen utförs så att den stöder klientens välbefinnande, funktionsförmåga, hälsa och delaktighet.

Solgård är ett boende med heldygnsoomsorg. Antalet platser är 64 platser och de är fördelade på 6 avdelningar. Boendeplatserna är 52 (avd. 01, 02, 2, 3 och 4) och intervallvårdsplatserna är 12 (avd 5). De flesta klienter är multisjuka och med en minnessjukdom i grunden. Hjälpbehovet varierar, vissa klienter är uppegående utan hjälpmedel medan andra vårdas större delen av dygnet i säng.

Målgruppen för verksamheten (boendesidan): Äldre personer som inte längre klara sig hemma med hjälp av öppenvårdstjänster. Efter inflyttningen undviker vi alla onödiga förflyttningar och arbetar enligt principen att vården skall komma till klienten istället för klienten till vården. Klienterna vårdas på enheten till livets slut.

Målgruppen för verksamheten (intervallen): Klienter som behöver stöd för att klara av ett förlängt hemmaboende. En viss del av klienterna kommer in för att deras vårdtagare har lagstadgade lediga dagar.

De värderingar som är centrala för vår verksamhet är delaktighet, trygghet, omsorg och respekt. Vården och omsorgen som ges till våra klienter utförs på ett sådant sätt att klienten känner sig trygg och respekterad, att hen är delaktig i och kan påverka sin egen vård. Vi arbetar utgående från att alla klienters vårdbehov bedöms enligt samma principer och kriterier. Vi vill skapa en välfungerande verksamhet där all personal arbetar utgående från samma värderingar.

För att säkerställa att vi har en högkvalitativ service har vi gjort upp tydliga processbeskrivningar och utarbetat personalpolitiska regler. Vi utför regelbundet systematiska uppföljningar av vår verksamhet. Med rätt personaldimensionering och mångprofessionella team kan vi ge rätt vård, i rätt tid, på rätt plats och i rätt omfattning. Som kvalitetsinstrument för att följa med klienternas servicebehov används RAI.

2. UTARBETANDE AV EN PLAN FÖR EGENKONTROLL, VERKSTÄLLANDE OCH UPPFÖLJNING

2.1 Utarbetande av en plan för egenkontroll

Enligt bestämmelsen i 27 § i lag om tillsynen över social- och hälsovård (741/2023, hädanefter tillsynslagen) ska privata och offentliga tjänsteenheter inom social- och hälsovården utarbeta en elektronisk plan för egenkontroll för att säkerställa att den dagliga verksamheten är av god kvalitet, ändamålsenlig och säker samt för uppföljning av att den personal som deltar i klient- och patientarbetet är tillräcklig.

Inom Österbottens välfärdsområde utarbetas planer för egenkontroll inom verksamhetsområde och resultatområde samt inom verksamhets- och resultatenhet (med beaktande av speciallagstiftning, till exempel hälso- och sjukvårdslagen, barnskyddslagen, äldreomsorgslagen) i enlighet med den riktlinje om utarbetande som fastställs av välfärdsområdet. När kapitel 3 i tillsynslagen träder i kraft 1.1.2026 kommer organisationens nuvarande resultatområden att registreringstekniskt motsvara tjänsteenheter. För varje tjänstenhet ska utarbetas en plan för egenkontroll som omfattar alla de tjänster som produceras vid tjänstenheten av tjänsteproducenten och för tjänsteproducentens räkning.

De planer för egenkontroll som utarbetas inom välfärdsområdet grundar sig på Valvira (Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården) föreskrift 1/24 (Valvira 8.5.24, Dnr V/42106/2023) om innehållet i samt utarbetandet och uppföljningen av den tjänstenhetsspecifika planen för egenkontroll för tjänsteproducenter inom social- och hälsovården.

Planerna för egenkontroll och övriga planer är en del av Österbottens välfärdsområdes program för egenkontroll. Programmet för egenkontroll styr tjänstenheterna i genomförandet av egenkontroll. En handbok för egenkontroll och kvalitetssäkring stöder tjänstenheterna i det praktiska arbetet att utarbeta en plan för egenkontroll och genomföra olika delområden av egenkontroll.

Varje tjänstenhet ansvarar för att utarbeta en egen plan för egenkontroll. Planerna utarbetas i samarbete med personalen med hjälp av välfärdsområdets enhetliga mall för en plan för egenkontroll.

Begrepp

Med **tjänsteanordnare** avses i denna plan för egenkontroll Österbottens välfärdsområde som har ansvaret för ordnande av social- och hälsovård.

Med **tjänsteproducent** avses alla offentliga och privata organisationer och enskilda näringsidkare som producerar sådana social- och hälsovårdstjänster som avses i 4 § 1 mom. 3 och 4 punkterna i tillsynslagen.

Med **tjänstenhet** avses en funktionell och administrativ helhet som upprätthålls av en offentlig eller privat tjänsteproducent, och där social- eller hälsovårdstjänster produceras. I Soteri-registret antecknas ett eller flera **tjänsteställen** för en tjänstenhet i form av ett registertekniskt hjälpbegrepp i avsikt att visa den faktiska plats där eller från vilken de tjänster som har registrerats för tjänstenheten produceras för klienterna eller patienterna. Med tjänstenhet avses i Valvira's föreskrift även en gemensam tjänstenhet i enlighet med tillsynslagen 4 § 1 mom. 6 punkten. De tjänster som ingår i en tjänstenhet kan produceras i en eller flera verksamhetsenheter, med vilket hänvisas till en fysisk plats i enlighet med lagstiftningen om privata och offentliga social- och hälsovårdstjänster.

Med **tjänsteproducentens egenkontroll** avses förebyggande, under verksamheten och i efterhand utförd kvalitetsledning och riskhantering av social- och hälsovårdstjänsterna, genom vilken för sin del säkerställs att klient- och patientsäkerheten uppfylls. Egenkontrollen definierar bland annat hur organisationen ansvarar för tjänsternas kontinuitet, säkerhet och kvalitet. Verkställandet av egenkontrollen förutsätter planmässiga åtgärder för att dess mål ska uppnås.

Med **planen för egenkontroll** avses en handling som utarbetas per tjänsteenhet, och i vilken tjänsteproducenten beskriver verksamhetens centrala risker samt hur tjänsteproducenten och personalen övervakar kvaliteten, ändamålsenligheten och säkerheten för de tjänster som ingår i tjänsteenheten samt tillräckligheten för den personal som deltar i klient- och patientarbetet. Planen för egenkontroll är ett verktyg för daglig verksamhet. Planen för egenkontroll är en del av det program för egenkontroll som hör till ansvaret för tjänsteansordnaren och tjänsteproducenter som tillhandahåller tjänster i fler än en tjänsteenhet.

Ansvarsperson(er) för utarbetande av planen för egenkontroll och uppföljning av genomförandet och uppdateringen samt kontaktuppgifter

Mikaela Ahlbäck-Strand, serviceenhetschef, 050-5181013

Ansvarsperson(er) för godkännande av planen för egenkontroll samt kontaktuppgifter

Mikaela Ahlbäck-Strand, serviceenhetschef, 050-5181013

Planen för egenkontroll uppdateras när ändringar inträffar i verksamheten som påverkar servicekvaliteten och klientsäkerheten. Egenkontrollplanen behandlas och går igenom på personalmöte. Egenkontrollplanen är även en del av introduktionsmaterialet för nyanställda och vikarier. Planen för egenkontroll uppdateras årligen. Förmannen ansvarar för uppdateringen samt för att personalen känner till innehållet. Den nya planen ersätter den tidigare planen, vilken arkiveras i 7 år. Egenkontrollplanen finns sparad i välfärdsområdets dokumenthanteringssystem. Klienternas åsikter och respons tas i beaktande då verksamheten planeras och utvecklas.

Personalen är delaktig på så vis att de tillfrågas om de praktiska förfarandena, risker som finns samt utvecklingsbehov. Personalen har egna ansvarsområden och har möjlighet att vara mer insatta (se risker och utvecklingsbehov samt ge utvecklingsförslag) inom det egna ansvarsområdet. I det dagliga omsorgsarbetet fångar personalen upp klienternas tankar och åsikter kring servicen, vården, maten etc. Klienterna samt deras anhöriga framför önskemål om hur verksamheten borde ordnas.

2.2 Genomförande av en plan för egenkontroll, publicering och uppdatering

Det är väsentligt för genomförande av egenkontroll och för fungerande egenkontroll i klient- och patientarbetet att hela personalen i tjänsteenheten förbinder sig till egenkontroll och att personalen förstår betydelsen, syftena och målen gällande egenkontroll. Planen för egenkontroll styr personalens dagliga arbete och verksamheten i tjänsteenheten.

Egenkontrollplanen behandlas och går igenom på personalmöte. Den är även en del av introduktionsmaterialet för nyanställda och vikarier. Planen för egenkontroll uppdateras årligen eller då det blir väsentliga förändringar i verksamheten. Förmannen ansvarar för uppdateringen dessa samt för att personalen känner till uppdateringen och planens innehåll. Planen finns fysiskt tillgänglig på enheten samt på webben (<https://osterbottensvalfard.fi/om-oss/kvalitet-och-tillsyn/program-for-egenkontroll/>). Enhetens säkerhets material finns inladdat på Laatuportti samt utprintat på enheten. Personalen deltar även regelbundet i en säkerhetsutbildning. I denna utbildning ingår även praktiska brandövningar.

3. KLIENT- OCH PATIENTSÄKERHET

3.1 Kvalitetsmässiga krav på tjänsten

Österbottens välfärdsområde övervakar, följer upp och utvärderar genom egenkontroll att tjänsterna är av god kvalitet, lagenliga och säkra. Välfärdsområdet ska även säkerställa tillgången till och kontinuiteten i tjänsterna samt klienternas likvärdighet och delaktighet.

Österbottens välfärdsområde beviljades i januari 2024 ett SHQS-kvalitetscertifikat som omfattar välfärdsområdets alla tjänster. Certifikatet är ett bevis på högklassig verksamhet på hög nivå inom social- och hälsovården och är i kraft fram till den 26 januari 2026. Certifikatet har beviljats av ett finskt företag inom kvalitetsutvärdering, certifiering och utbildningstjänster, Labquality Oy. Välfärdsområdets kvalitetsprogram SHQS (Social and Health Quality Standard) är ett verktyg för ledning och utveckling inom social- och hälsovården, och om verktyget tillämpats med framgång beviljas organisationen ett certifikat som erkännande.

Vi utvärderar kontinuerligt vår verksamhet, såväl i det dagliga arbetet som genom auditeringar och inspektioner. Olika missförhållanden som rapporteras via Haipro/Spro är även de en del av kvalitetskontrollen. Personalen uppmuntras att rapportera om missförhållanden. Anmälningarna kan även göras anonymt. Responsinsamling är en del av kvalitetsarbetet. Rai bedömningar görs åtminstone två gånger per år och resultatet av dessa ingår i kvalitetskontrollen. Självutvärderingar görs årligen i Laatuportti.

3.2 Ansvar för tjänsternas kvalitet

Ansvar och ledningen av egenkontrollen inom Österbottens välfärdsområde samt säkerställande av kvaliteten och säkerheten beskrivs i välfärdsområdets förvaltnings- och verksamhetsstadga, i programmet för egenkontroll samt på praktisk nivå i handboken för egenkontroll och kvalitetskontroll.

Serviceenhetenschefen är av tjänsteproducenten utsedd att fungera som ansvarsperson och har enligt Tillsynslagen 741/2023 skyldighet att se till att planen för egenkontrollen genomförs i den dagliga verksamheten. Ansvarspersonen skall leda verksamheten och övervaka att tjänsterna uppfylls under hela den tid vilken tjänsterna utförs. Även personalen skall säkerställa tjänsternas kvalitet samt klient- och patientsäkerheten samt utveckla tjänsterna inom ramen för enhetens egenkontroll.

3.3 Klientens ställning och rättigheter

Tjänsteenheter inom Österbottens välfärdsområde iakttar bestämmelserna i lagarna om klientens/patientens ställning och rättigheter (812/2000; 795/1992) samt välfärdsområdets anvisningar för säkerställande av klientens/patientens ställning och rättigheter.

Klienten/patienten har rätt till socialvård och hälso- och sjukvård av god kvalitet samt till gott bemötande. Den tjänst/den vård som tillhandahålls en klient eller patient ska ordnas utan att kränka dennas människovärde samt med respekt för dennas övertygelse och integritet enligt bestämmelserna i 4 § i lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000), 3 § i lag om patientens ställning och rättigheter (785/1992) och 30 § i socialvårdslagen (1301/2014).

3.3.1 Tillgång till tjänster och vård

Information om tillgång till tjänster och vård inom Österbottens välfärdsområde samt väntetider till vård finns på Österbottens välfärdsområdes webbplats: [Vård](#) och [Tillgång till vård – väntetid](#)

Om att få vård stadgas närmare i 6. kap. i hälsovård- och sjukvårdslag (1326/2010). Aktuella maximala väntetider för att få vård finns på Social- och hälsovårdsministeriets webbplats: [Tillgång till vård \(vårdgaranti\) - Social- och hälsovårdsministeriet \(stm.fi\)](#)

Om tillhandahållande av socialvård, dess tillgänglighet och lagstadgade behandlingstider stadgas i 4. kap. i socialvårdslagen (1301/2014).

Mera information om tillgången till socialtjänster finns på Social- och hälsovårdsministeriets webbplats: [Tillgång till socialvårdstjänster](#)

Ordnande av vård ifall att den maximala väntetiden överskrids

Om social- och hälsovården i Österbottens välfärdsområde inte kan ge en patientvård inom den föreskrivna maximala väntetiden måste välfärdsområdet se till att patienten har möjlighet att få vård någon annanstans, antingen i ett annat välfärdsområde, genom köp av tjänster eller genom att ge patienten en servicesedel. För det betalar patienten inte några extra avgifter, utan patienten betalar endast välfärdsområdets kundavgift för vården. Patienten har rätt att vägra ta emot vård på en annan enhet och kan vänta tills vården kan ges på den enhet som patienten valt.

Om välfärdsområdet inte kan ordna vård i Finland inom den i lagen föreskrivna tiden, måste välfärdsområdet på patientens begäran ge förhandstillstånd att på välfärdsområdets bekostnad söka vård i ett annat EU-land eller EES-land eller i Schweiz. (STM: [Väntetiderna inom vården \(vårdgarantin\)](#))

Enheten har själv inte möjlighet att välja vem som flyttar in. Det är servicehandledare som beslutar om vem som får den permanenta boendeplatsen.

Intervallvårdsavdelningen beslutar inte själva om vem som får intervallvårdsplats. Det är servicehandledare som beslutar om vem som får intervallvårdsplats samt antalet dagar.

3.3.2 Bedömning av servicebehov/vårdbehov

Boendesidan:

Enligt lagen om *Stödjande av äldre befolkningens funktionsförmåga och Social- och hälsovårdstjänster för äldre*, skall klientens välmående, funktionsförmåga och möjlighet att klara sig på egen hand utredas. Det mätinstrument som skall användas i Finland är RAI. Med hjälp av RAI kartlägger man klientens helhetssituation och får en mångsidig bild av klientens funktionsförmåga (fysisk, psykisk och social) samt vilka faktorer som påverkar självständigheten. RAI bedömningar görs regelbundet, med 6 månaders intervaller samt om det blir en väsentlig förändring i hälsotillståndet. Utöver RAI används även MNA bedömningsblanketten för att identifiera, bedöma, diagnosticera och behandla nutritionsproblem. MNA görs regelbundet, med 6 månaders intervaller i samband med RAI bedömning.

I samband med att en klient flyttar in på boendet, hålls ett vårdplaneringsmöte tillsammans med klient, anhörig och personal. Under mötet går man tillsammans igenom önskemål för vardagen, hjälp- och vårdbehov samt klientens styrkor och resurser. Vård- och serviceplanen uppdateras enligt behov men minst en gång per år. För att ytterligare kunna säkerställa en god och individuell vård används levnadsberättelse och vårdviljeyttring. Egenvårdare utses i samband med inflyttning.

Intervall:

I samband med att det inkommer en ansökan om intervallvård gör servicehandledaren en utredning över klienten samt utreder att kriterierna för intervallvård uppfylls. Med hjälp av RAI kartlägger man klientens funktionsförmåga. Ifall att intervallvården baserar sig på närståendevårdarens rätt till lagstadgad ledighet kontrollerar servicehandledaren att rättigheten uppfylls. I samband med att första perioden beviljas ber man anhöriga att kontakta avdelningen samt att fylla i levnadsberättelse.

Det finns en områdesvis, utsedd socialarbetare. Amanda Högfors, 040-619- 7308

3.3.3 Planering och genomförande av tjänsten/vården

Boendesidan:

De vård- och omsorgstjänster som klienten behöver skall genomföras enligt en personlig vård-och serviceplan. Denna plan utarbetas i samarbete med klient och anhörig under vårdplaneringsmöte i samband med inflyttning. Vård- och serviceplanen utarbetas alltid för viss tid. Planen uppdateras vid väsentlig förändring, men minst 1ggr/år. Det är avdelningens sjukskötare som har hand om uppgörandet samt uppdatering av planen. Vård- och omsorgsinsatserna kan utökas eller minskas enligt klientens funktionsförmåga och vårdbehov. Klientens delaktighet stärks genom att personalen lyssnar på och beaktar de önskemål som klienten framför. Klienten eller vid behov anhöriga godkänner serviceplanen med sin underskrift. Alla i personalen har ansvar för att läsa klientens vård- och serviceplan, vilka målsättningar hen har samt vilka individuella behov och önskemål som finns antecknade. Från Rai bedömningen tar man fasta på klientens resurser och riskfaktorer (CAPS/RAPS). Klientärenden diskuteras regelbundet inom personalen samt på personalmöten, vilket säkerställer att personalen känner till förändringar i servicebehov, förändringar i funktionsförmågan samt önskemål och målsättningar. Nya klienters vårdbehov diskuteras på personalmöte.

Intervall:

Nya intervallvårdsklienternas ansökan samt levnadsberättelse finns att tillgå för personalen så att de har möjlighet att veta varför ansökan lämnats in samt vilken klientens funktionsförmåga är. Klienterna diskuteras regelbundet inom personalen, med andra serviceproducenter samt med anhöriga och vid behov på personalmöten. Diskussionerna säkerställer att personalen känner till förändringar i servicebehov, förändringar i funktionsförmågan samt önskemål och målsättningar.

3.3.4 Bemötande av klient/patient och rättigheter

Klienten/patienten har rätt till gott bemötande, det vill säga hens människovärde, övertygelse och integritet ska respekteras. Klientens/patientens önskemål, åsikt, intresse och individuella behov samt modersmål och kulturbakgrund ska beaktas i tjänsterna/vården. Kravet på gott bemötande gäller såväl de tjänster som välfärdsområdet själv producerar och de tjänster som välfärdsområdet köper.

Välfärdsområdet har utarbetat anvisningar för gott bemötande och god behandling av en klient eller patient (intra). I anvisningen beskrivs vad en anställd ska göra om hen observerar osakligt beteende och osaklig behandling i sitt arbete. Anställda ska ingripa i osakligt beteende och osaklig behandling och alla som jobbar i enheten ska känna till hur man anmäler. En anmälan om en situation där man upplevt osakligt beteende eller osaklig behandling kan även göras av klient, patient eller anhörig. Även anställda eller andra personer som varit närvarande kan göra en anmälan. Det finns flera anmälningskanaler.

Anmälningskanaler för klienter, patienter och personer utanför organisationen finns på välfärdsområdets webbplats: [Ge respons - Österbottens välfärdsområde \(osterbottensvalfard.fi\)](#). En klient, patient eller anhörig kan även ge muntlig respons. Anmälningskanaler för personalen (HaiPro och SPro) finns på intra.

Självbestämmanderätten är varje människas grundläggande rättighet, och den inbegriper rätt till personlig frihet, likvärdighet, integritet och säkerhet. Den har nära samband med rätten till privatliv och skydd för privatlivet. Tjänster och vård genomförs i regel utan att begränsa en persons

självbestämmanderätt. Om man är tvungen att vidta åtgärder som begränsar självbestämmanderätten, ska det finnas en laglig grund för detta och självbestämmanderätten kan begränsas endast ifall att klientens/patientens eller andra personers hälsa eller säkerhet hotar att äventyras eller om andra metoder inte hjälper. Begränsningsåtgärderna ska utföras i enlighet med principen om lindrigaste möjliga begränsning och på ett säkert sätt med respekt för människovärdet. En anvisning om användning av begränsningsåtgärder har utarbetats för välfärdsområdets personal. Anvisningen finns i materialbanken på intra.

Behandling av en klient/patient och rättigheter

På enheten är det nolltolerans när det gäller osakligt bemötande av klienterna. All personal är skyldig att ingripa vid misstanke om osakligt eller kränkande bemötande. Brister i bemötande kan rapporteras muntligt eller genom S-Pro. Vid osakligt bemötande av klienten diskuterar förmannen med berörd person samt kommer överens om vilka åtgärder som vidtas för att kunna garantera att liknande situationer inte inträffar igen. I mån av möjlighet strävar man till att nå samförstånd med berörda parter genom diskussion. En varning utfärdas om grunden för en sådan uppfylls. Är personalens beteende återkommande, övervägs om arbetsförhållandet kan fortsätta. Vid behov kan klient /anhörig göra en skriftlig anmärkning till ledningen. Dessa anvisningar finns på anslagstavlan för anhöriga och besökare.

Alla klienter har rätt att använda sitt eget modersmål samt att bli bemött på det. Vi strävar efter att ha personal som kan prata klientens eget modersmål. För de inhoppare/ personal med svaga kunskaper i inhemska språken uppmanas att de skall öva språket, ta del i språkkurs samt att de får ett språklexikon (svenska-finska-engelska).

Ifall att klienten önskar förvara pengar eller värdesaker på enheten, förvaras dessa i ett låst kassaskåp hos serviceenhetschefen. Dokumentering om insättning och uttag görs. Intervallvårdsklienterna uppmanas att inte ta med sig värdesaker under intervallperioden.

Självbestämmanderätt

Personalen känner till och kan respektera klienternas privatliv, självbestämmanderätt och integritet genom att önskemål noteras i vård och serviceplanen. Personalen har kännedom om levnadsberättelsen och arbetar enligt principen individuell vård. Personalen strävar alltid till att klienten skall vara så delaktig som möjligt i den egna vården. Klientens rätt att själv fatta beslut beaktas. Personalen frågar klienten vad hen önskar och lyssnar lyhört på önskemål och åsikter. Personalen beaktar klienternas privatliv genom att alltid knacka på dörren till rummet innan dörren öppnas. Klienten ges valmöjligheter att själv bestämma om deltagande i olika aktiviteter som ordnas. Klientens skall känna sig fri att tacka nej och framföra önskemål om att göra saker på annat sätt. Klienter som inte själva kan förflytta sig har tillsyn, vistas i dagsalen eller har dörren till rummet på glänt.

I vissa situationer kan det finnas behov av att begränsa självbestämmanderätten och/eller rörelsefriheten. Detta för att trygga klientens hälsa och minimera risken för olycksfall. Sådana åtgärder vidtas endast efter noggrant övervägande för att säkerställa att det är absolut nödvändigt med tanke på klientens säkerhet. Utvärdering av alternativa åtgärder görs alltid innan begränsade åtgärder vidtas. Behovet av begränsade åtgärder diskuteras alltid med klient och anhörig samt beviljas av läkare. Behovet av begränsningar utvärderas kontinuerligt och de är alltid tidsbundna, max 3 månader i taget. Klienten kan själv önska begränsande åtgärder och då behöver inte läkare kontaktas. Alla begränsade åtgärder dokumenteras noggrant i klientens vårdplan. Vid situationer där risk för smittspridning finns, kan begränsningar av rörelsefrihet ske genom beredskapslagen och /eller genom lagen om bekämpande av smittsamma sjukdomar. I dessa fall sker begränsningar av rörelsefrihet enligt de direktiv som myndigheterna utfärdar.

Begränsande anordningar i bruk är: grenbälte, sänggrindar, låsta ytterdörrar, dörrvakter, alarmmattor och hygienhalare.

3.3.5 Anmärkning, klagomål och anmälan om patientskada

Anmärkning

Inom social- och hälsovården är en bra tjänst och god vård ett resultat av samarbete mellan klienten/patienten, anhöriga och professionella. Om du är missnöjd med den tjänst/vård som du fått, ta genast upp det med den person som tillhandahållit tjänsten/gett vården eller fattat beslutet eller med hens chef vid den verksamhetsenhet där du skött ett ärende eller fått vård. Om ärendet inte kan utredas genom diskussion, har en klient som är missnöjd med kvaliteten på socialvården eller med behandling inom socialvården rätt att göra en anmärkning till ansvarspersonen för verksamhetsenheten inom socialvården eller till den ledande tjänstemannen för socialvården (Socialvårdslag 812/2000, 23 §).

En patient som är missnöjd med hälso- och sjukvården eller med bemötandet har rätt att göra en anmärkning till den ansvariga direktören för hälso- och sjukvården inom verksamhetsenheten i fråga (hälso- och sjukvårdslag 785/1992, 10 §). Vid behov ger socialombudet eller patientombudet hjälp och vägledning för att utreda saken eller göra en anmärkning.

En skriftlig anmärkning kan du lämna på ett digitalt formulär på välfärdsområdets webbplats eller genom att fylla i en blankett som skrivs ut.

Formulär för anmärkning som gäller tjänster inom socialvården och anvisningar för ifyllandet finns på vår webbplats: [Klientens rättigheter inom socialvården - Österbottens välfärdsområde \(osterbottensvalfard.fi\)](https://www.osterbottensvalfard.fi).

Motsvarande **formulär för anmärkning som gäller tjänster/vård inom hälso- och sjukvården och anvisningar för ifyllandet** finns på vår webbplats: [Missnöjd med vården - Österbottens välfärdsområde \(osterbottensvalfard.fi\)](https://www.osterbottensvalfard.fi)

På en anmärkning ges ett svar inom skälig tid, cirka 1–4 veckor.

Klagomål

En anmärkning är det primära sättet att anmäla missnöje, och ett klagomål det sekundära sättet. Om den som gjort en anmärkning inte är nöjd med svaret på anmärkningen, kan hen lämna ett klagomål

(socialvårdslag 812/2000, 23 a §; hälso- och sjukvårdslag 785/1882, 10 a §) till regionförvaltningsverket och i specialfall till Valvira. Formulär och anvisningar för att lämna ett klagomål finns på regionförvaltningsverkets webbplats: [Anmärkning och klagomål](#). Anvisningar för ett klagomål finns även på välfärdsområdets webbplats: [Rättigheter som gäller en klient inom socialvården](#) och [Missnöje med vården](#).

Tilläggsuppgifter: Klient- och patientsäkerhetscentrets webbplats: [Anvisning för klienter och patienter](#).

Patientskadeanmälan

Patientförsäkringscentralen (PFC) handlägger alla patientskadeanmälningar som gäller hälso- och sjukvården i Finland. En patientskada ska anmälas till Patientförsäkringscentralen. Ett formulär för skadeanmälan och tilläggsuppgifter fås av patientombudsmannen, på välfärdsområdets webbplats: [Missnöje med vården](#) samt på Patientförsäkringscentralens webbplats: <https://www.pvk.fi/sv/>

Serviceenhetschef samt serviceansvariga tar emot anmärkningar. Även personalen på avdelningarna tar emot synpunkter gällande vård och omsorgen. Inkomna anmärkningar, klagomål och tillsynsbeslut behandlas enligt graden av allvar, akuta saker kräver snabbare åtgärder. Anmärkningar tas även i beaktande vid uppgörandet av utvecklingsplan för egenkontroll. Synpunkter framförs i första hand till den personal som det berör. Målsättningen är att genom diskussion komma överens med berörd part om eventuella åtgärder eller förändringar. Klagomål diskuteras endera enskilt med personal eller under avdelningsmöte, beroende på klagomålets karaktär. Om det är frågan om en mycket allvarlig förseelse, kan ledningen kontaktas.

Vid behov kan anmärkningen göras skriftligen med blanketten Anmärkning inom socialvården. Anmärkningen besvaras skriftligen inom fyra veckor. Vid behov kan man vända sig till socialombud, som handhar ärenden som gäller klientens ställning och rättigheter inom socialvården.

Namn och kontaktuppgifter till den person som ansvarar för behandling av en anmärkning som gäller hälso- och sjukvården vid verksamhetsenheten (läkare) eller den ansvariga direktören för hälso- och sjukvården

Anmärkningen sänds till:
Österbottens välfärdsområde / Registratur XA1
Sandviksgatan 2-4
65130 VASA

Namn och kontaktuppgifter till den person som ansvarar för behandling av en anmärkning som gäller socialvården vid verksamhetsenheten

Anmärkningen sänds till:
Österbottens välfärdsområde / Socialvårdens registratur
PB 1
65131 VASA

3.3.6 Social- och patientombudens tjänster

Social- och patientombudens uppgifter och kontaktuppgifter

För att främja tillgodoseendet av rättigheterna och rättsskyddet för patienter och klienter ska välfärdsområdet ordna patientombud och socialombud. Patientombudens och socialombudens uppgifter grundar sig på lagen om patientombud och socialombud (739/2023, 1–2 §, 8 §).

Österbottens välfärdsområde har ett socialombud och tre patientombud.

Socialombudens och patientombudens uppgifter:

- Ge råd och informera klienter/patienter eller deras lagliga företrädare, anhöriga eller andra närstående om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000) samt om ärenden enligt lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992)
- Ge råd och vid behov hjälpa en klient/patient eller patientens lagliga företrädare, anhöriga eller andra närstående att göra en anmärkning.
- Ge råd hur ett klagomål, rättelseyrkande, besvär, skadeersättningsyrkande, ersättningsyrkande som gäller en patient- eller läkemedelsskada eller ett annat ärende som gäller rättsskyddet i anknytning till en klients socialvård eller en patients hälso- och sjukvård kan lämnas till en behörig myndighet.
- Informera om klientens/patientens rättigheter.
- Sammanställa information om kommunikation med klienter/patienter och följa upp klienternas/patienternas rättigheter och ställning.
- Utöver nämnda uppgifter bidra till att klienternas/patienternas rättigheter främjas och förverkligas.

Socialombudets kontaktuppgifter

Telefonnummer: 040 507 9303, telefontid: måndag–fredag kl. 08.00–14.00

E-postadress: sosiaaliasiavastaava@ovph.fi (oskyddad e-post)

Besöksadress: Korsholmsplanaden 44, 65100 Vasa

Patientombudens kontaktuppgifter:

Telefonnummer: 06 218 1080, telefontid måndag–torsdag kl. 09.00–11.00 och 12.00–14.00

E-postadress: potilasasiavastaava@ovph.fi (oskyddad e-post)

Besöks- och postadress: Österbottens välfärdsområde, Vasa centralsjukhus, A1, Sandviksgatan 2–4, 65130 Vasa

Kontaktuppgifter till socialombudet och patientombuden finns även på webbplatsen för Österbottens välfärdsområde: [Klientens och patientens rättigheter - Österbottens välfärdsområde \(osterbottensvalfard.fi\)](https://osterbottensvalfard.fi)

3.3.7 Klienternas/patienternas delaktighet

Klienter inom Österbottens välfärdsområde har möjlighet att delta i tjänsteutvecklingen genom att delta i klientråd, påverkansorgan eller andra forum för klientdelaktighet. En del klienter kan delta i tjänsteproduktionen i samarbete med professionella, till exempel som erfarenhetsexperter. En delaktighetsplan som utarbetats för Österbottens välfärdsområde utgör ramen för utveckling av delaktighetsarbetet. [Delaktighetsplanen](#) finns på välfärdsområdets webbplats.

Välfärdsområdet har följande påverkansorgan: ungdomsfullmäktige, äldrerådet och handikapprådet. Välfärdsområdet har dessutom klientråd för olika grupper.

Delaktigheten för välfärdsområdets klienter stöds även bland annat genom partnerdiskussioner mellan välfärdsområdets sektorer samt organisationer och föreningar samt genom koordinerad organisations- och frivilligverksamhet (OLKA). OLKA-verksamheten genomförs som ett samarbete mellan Österbottens Föreningar r.f. och Österbottens välfärdsområde.

Den respons som klienterna och anhöriga ger är en väsentlig del av utvecklingen av servicen. Responsen anger hur vi har lyckats i vår service och vad som ytterligare behöver utvecklas. Det viktigaste gällande klienternas delaktighet är att varje klient skall ha möjlighet att delta i planering, genomförande och utvärdering av den vård och omsorg som hen får.

Solgård samarbetar aktivt med såväl svenskspråkiga som finskspråkiga församlingarna i kommunen, skolor på olika nivåer (grundskolor och högskolor) samt med olika aktörer som arbetar för de äldres väl.

3.4 Beaktande av regelbundet insamlad respons och övrig respons

Inom Österbottens välfärdsområde kan en klient/patient/närstående ge respons om en tjänst eller vård som hen tagit del av och således påverka utvecklingen av tjänsterna genom sin egen/en närståendes upplevelse av tjänsten/vården. Respons insamlas regelbundet även av studerande och personal.

Respons av klienter

Våra kanaler för respons från klienter finns på välfärdsområdets webbplats: [Ge respons - Österbottens välfärdsområde \(osterbottensvalfard.fi\)](https://www.osterbottensvalfard.fi)

Respons kan ges om social- och hälsovårdstjänsterna, webbsidorna eller allmän respons (då gäller responsen inte en enskild enhet). Respons kan ges muntligt eller skriftligt till en enhet som tillhandahåller tjänster eller vård, till exempel via kundserviceterminaler vid enheterna samt via QR-koder.

Klientupplevelse och klientnöjdhet

Välfärdsområdet mäter klientupplevelsen och klientnöjdheten med hjälp av nettherekommendationsindex, det vill säga NPS-mätare (Net Promoter Score). NPS-mätaren anger hur stor del av klienterna som kan rekommendera de tjänster som Österbottens välfärdsområde tillhandahåller. NPS-talet ligger mellan -100 och 100. Vanligen anses 50 som ett bra resultat. Ju högre tal, desto fler klienter kan rekommendera välfärdsområdets tjänster.

Respons som insamlas av studerande

Välfärdsområdet insamlar även regelbundet respons av studerande med hjälp av NPS-mätare och en responsförfrågan för studerande (CLES). NPS-talet ligger mellan -100 och +100. Vanligen anses 50 som ett bra resultat. Anvisningar för studerande som ska ge respons samt resultat från NPS-mätaren och CLES-förfrågan finns på välfärdsområdet intra.

Respons av personalen

Av personalen insamlas respons om arbetsplatsen bland annat med hjälp av en NPS-rekommendationsmätare. Genom mätaren fås information om personalens trivsel och om vad arbetstagarna tycker om sin arbetsplats. Mätningen görs två gånger per år per e-post. Anvisningar för behandling av resultaten, rapportering och genomgång finns på välfärdsområdets intra. Resultat för varje sektor publiceras på intra.

Responsinsamling sker via QR kod, via feedbacklådor eller direkt via personal/serviceansvarig/serviceenhetschef. Klienterna och anhörigas feedback ges oftast muntligt och spontant i samband med vårdåtgärder eller besök på enheten. Feedback kan även lämnas in anonymt om så önskas. Responsen och feedbacken delges och diskuteras under personalmöten. THL undersökningar görs regelbundet. Resultatet av dessa diskuteras på förmannanivå samt med personalen.

Organisationen samlar in respons kring personalens välbefinnande 2 gånger per år, genom NPs-mätningar. Resultaten från dessa mätningar kommer som färdiga rapporter till serviceenhetschefen. Studerandes upplevelser från praktiken utvärderas genom att de fyller i en utvärdering efter avslutad praktikperiod, CLES. Personalen och studerande deltar i organisationens insamling av respons.

3.5 Personal

Tjänstenheterna inom Österbottens välfärdsområde ska ha tillräckligt med sådan personal som verksamheten kräver (tillsynslagen 741/2023, 9 §, 10 §). I personalen som deltar i klient- och patientarbete kan vid behov även ingå yrkespersoner som köps av en annan tjänsteproducent (kravet i arbetsavtalslagen 55/2001, 7 § ska uppfyllas). Antalet arbetstagare som deltar i klient- och patientarbete ska vara tillräckligt i relation till antalet patienter/klienter samt deras behov av vård, hjälp, stöd och tjänster samt förändringar i behoven.

Anvisningar som gäller välfärdsområdets anställda, personalärenden, arbetsskyddet samt uppfyllandet av förpliktelser i enlighet med arbetarskyddslagen (738/2002) finns på välfärdsområdets intra samt i applikationen Alma.

Formella kompetenskrav för tjänster och befattningar inom välfärdsområdet, såsom yrkesmässig behörighet och krav på språkkunskaper beskrivs i behörighetsstadgan. [Behörighetsstadgan](#) finns på välfärdsområdets webbplats.

För boenden med heldygnsomsorg regleras personaldimensioneringen genom lag. Personaldimensioneringen skall som minimum vara 0,6 anställda per klient. Personalmängden är om man räknar bort administrationen, 36,63 för boende och 8,99 för intervallen. Vid beräkningen av dimensioneringen beaktas endast den personal som utför direkt klientarbete. Ifall att personaltätheten inte uppnås stängs platser. THL resultatet för två senaste undersökningarna visar följande: höst 24 0,70m våren 2024 0,69 och hösten 2023 0,71

I personalstyrkan ingår

- serviceenhetschef: 1
- serviceansvarig: 1
- sjukskötare: 4
- närvårdare: 38
- vårdbiträden: 2
- omsorgsassistent: 1

Utöver dessa finns det även studeranden/pensionärer inom social- och hälsovårdsbranschen som har kortare och längre vikariat. Eftersom enheten har över 60 klientplatser är det uträknat att de administrativa uppgifterna utgör 100% av arbetstiden. På enheten finns en serviceansvarig som har en del administrativa uppgifter samt fungerar som serviceenhetschefens vikarie.

Personalmängden i olika skiften:

Totalt per paravdelning:

Vardag, dag: 5 + 1 indirekt

Vardag, kväll: 4

Vardag, natt: 1,33

Veckoslut + Helg, dag: 4

Veckoslut + Helg, kväll: 4

Veckoslut + Helg, natt: 1,33

En dejourerande sjukskötare är på plats: vardag morgnar, vardagkvällar samt veckosluts- och helgmorgnar.

För utförandet av indirekt arbete finns skild personal anställd. Dessa arbetar mån-fre, kl. 8-16.

Endast sjukskötare och närvårdare med läkemedelstillstånd har tillgång till medicinrum och kan ha medicinansvar. Om flera insjuknar måste arbetsschemat möbleras om för att säkerställa kompetensen såvida man inte får ersatt med vikarier med tillräcklig utbildning. I tider av svår personalbrist kan man tillfälligt göra beslut om att hålla platser tomma för att undvika underbemanning.

3.5.1 Principer för användning av vikarier och för rekrytering

Vid rekrytering av ny personal följs arbetsgivarens anvisningar. Tillräckliga personalresurser tillgodoses genom kontinuerlig rekrytering. Målsättningen är att alla befattningar är besatta. Rekrytering av personal sköts av serviceenhetschefen. Rekryteringen sker genom Kuntarekry. Vid rekrytering av vårdpersonal, förutsätts utbildning inom branschen. Alla anställningar föregås av personlig intervju. Uppvisande av betyg och behövliga intyg krävs. Sjukskötarnas och närvårdarnas yrkesbehörighet kontrolleras alltid. Vårdbiträden anställs utgående från lämplighet. För att få en fast anställning krävs intyg för det andra inhemska språket. Då utländsk arbetskraft används kontrolleras deras uppehålls- samt arbetstillstånd.

Under längre ledigheter söks vikarie för hela frånvaroperioden. Detta för att öka chansen att ha en och samma personal. Vikarier för kortare vikariat är oftast personer som utbildar sig inom vårdbranschen eller pensionär inom nämnda bransch. Det huvudsakliga språket som används på enheten är svenska men på avd 02 samt intervallen behöver personalen även behärska finska. Tillräckliga språkkunskaper är en utmaning. Vi uppmuntrar alla att prata klienternas modersmål och att lära sig språket så pass att de kan ha en enklare konversation med klienterna. Enheten har även varit med i ett pilotprojekt för språkinTEGRERING bland nursingstuderande.

Vid kortare och frånvaron av mer plötslig karaktär ser man över vikariebehovet. Under tjänstetid sköts vikarieanskaffningen av serviceenhetschef eller serviceansvariga tillsammans med resursenheten. Utanför tjänstetid av dejourerande sjukskötare eller av en i verksamheten erfaren personal. Den huvudsakliga vikarieanskaffningen sker via Sotender. Whats-app används under kvällar, helger och nätter.

Studerande anmäler praktikperioder via Tiitus- eller Jobiiliprogrammet. Samtliga studerande har en utsedd handledare under sin praktik. Så långt som det är möjligt följer studerande sin handledares arbetsschema.

Säkerställande av lämplighet och pålitlighet vid rekrytering till arbete med barn och äldre

Begäran om utdrag från brottsregister begärs in för nyanställningar och vikarier. Endast de som har arbetsavtal kortare än tre månader under en ettårs period behöver inte uppvisa utdrag från brottsregister. Det är serviceenhetschefens ansvar att kontrollera brottsregisterutdrag på de som denne anställer.

3.5.2 Introduktion, fortbildning och säkerställande av kunnande

Introduktion för personalen

Introduktion för personal inom Österbottens välfärdsområde ordnas enligt ett introduktionsprogram i tre delar (delar 1–3). Den första delen består av allmän introduktion. Den är avsedd för alla arbetstagare och även för studerande och sommarjobbare. Den andra delen består av introduktion till en specifik sektor (torde bli klar vid årsskiftet 2024–2025). Den tredje delen producerar enheten/avdelningen på en färdig mall (blir klar år 2025).

Välfärdsområdets introduktionsprogram är konstruerat i programmet Laatuportti. I Laatuportti finns även matriser för personalen. Laatuportti har dessutom gränssnitt till HRM-systemet. Via systemen kan cheferna följa upp vilka delar av arbetstagarens introduktion som utförts. Ett nätbaserat introduktionsprogram säkerställer utöver uppföljningen även att introduktionen är av jämn kvalitet för alla. De arbetstagare som genomgått introduktionsprogrammet får en responsförfrågan som gäller introduktionsmaterialet.

Nätbaserad introduktion utesluter aldrig personlig introduktion. En ansvarsperson för introduktionen ska alltid utses för en ny arbetstagare. Den personliga introduktionen är viktigare än introduktionen på nätet.

Innehållet i introduktionsprogrammet beskrivs närmare i välfärdsområdets intra.

Serviceenhetschefen tillsammans med personalen ansvarar för att nyanställda får en introduktion i arbetet. Nyanställda arbetar sida vid sida med ordinarie personal 3 dagar och vid behov upp till en vecka. Under inskolningen räknas inte personen in i personaltätheten. I enhetens material för introduktion finns samlat den viktigaste infon för en ny arbetstagare och en checklista för uppföljning av introduktionen. Studeranden och praktikanter får ta del av inskolningsmaterialet och går igenom viktigt information med arbetsplatshandledaren. Samtliga studerande har en utsedd handledare under sin praktik.

Fortbildning och säkerställande av kunnande

Välfärdsområdets personal- och utbildningstjänster utarbetar varje år i samarbete med tjänstesektorerna en plan för att upprätthålla och främja arbetstagarnas yrkesmässiga kunnande. Fortbildning ordnas både internt och externt.

Personalens kunnskaper och utbildningsbehoven bedöms i relation till utvecklingen av förfarandena inom social- och hälsovårdsverksamheten och välfärdsområdets strategi. Dessutom ska varje arbetstagares personliga utbildningsbehov gås igenom varje år vid ett utvecklingssamtal. Arbetstagarna har skyldighet att upprätthålla sitt eget yrkesmässiga kunskaper och arbetsgivaren har skyldighet att ge personalen möjlighet att delta i fortbildning. (Social- och hälsovårdsministeriets förordning om fortbildning för social- och hälsovårdspersonal 57/2024).

För personalen ordnas regelbundet olika slags utbildning, såsom till exempel utbildning i första hjälpen, hygien- och säkerhetsutbildning, nätutbildning i läkemedelsbehandling (LoVe), datasäkerhets- och dataskyddsutbildning och utbildning i olika elektroniska system.

I Laatuportti finns enhetsvisa gruppmatriser för uppföljning av personalens kompetenser. Via den egna gruppmatrisen kan cheferna följa upp vilka kompetenser personalen innehar (läkemedelslov och apparatpass). Personalen kan även själv följa med sina kompetenser och när de behöver förnyas.

Personalen deltar i fortbildning enligt verksamhetens och den enskilda personalens behov och önskemål. Under utvecklingssamtalet kan personalen framföra sina önskemål på utbildning. Fortbildning som personalen deltar i ordnas såväl intern på verksamheten, internt inom organisationen eller av externa parter. Målet är att personalen skall ha minst 3 fortbildningsdagar / år. Fortbildningarna matas in på den enskilda personalens utbildningskort samt på i ett dokument på enheten. Personalens läkemedelslov samt apparatpass matas in i Laatuportti. Lovtentamen sker vart 5te år. Säkerhetsutbildning sker vart 5te år. Första hjälp utbildning vart 3dje år. Utvecklassamtal hålls årligen och dokumenteras i Alma.

3.5.3 Arbetshälsa och arbets säkerhet

På enheten används för planering av personalens arbetsschema programmet Titania som automatiskt varnar om skiftena placeras på ett sätt som strider mot kollektivavtalet eller inte är tillräckligt ergonomiskt. Personalen har även möjlighet att påverka hur arbetslistan ser ut genom att tex önska specifika lediga dagar/skiften. Personalens arbetsschema delges personalen i god tid så att de har möjlighet att koordinera arbetslivet och privatlivet. Sjukdagarna följs upp och stödåtgärder sätts in vid behov. Samarbetet med företagshälsovården fungerar bra och trepartsmöten ordnas om behov finns. I frågor som gäller arbetsförhållanden och personalsäkerhet samarbetar man med fackens förtroendemän och arbetarskyddsfullmäktig. Man arbetar ständigt med att arbetssäkerheten skall uppfyllas och riskkartläggningar görs regelbundet. Arbetsgivaren bidrar med e-passi som personalen kan använda för att betala för diverse motions- och välmåendetjänster. Vidare har all personal möjlighet att delta i TYKY en gång per år. På personalens intranät finns all info om vilka förmåner som finns.

3.6 Uppföljning av tillräckligheten för den personal som deltar i klient- och patientarbetet

Österbottens välfärdsområdes personalplan grundar sig på välfärdsområdets strategi, personalpolicy och målen i personalprogrammet. Välfärdsområdet ska som tjänsteproducent följa upp att det finns tillräckligt med personal för tillhandahållandet av tjänsterna både inom den egna tjänsteproduktionen samt inom köpta tjänster (tillsynslag 741/2023, 23 §). Uppföljningen ska beakta de krav som finns i speciallagstiftningen gällande personaldimensioneringen och resurstilldelningen, såsom till exempel vårdardimensioneringen (lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre 980/2012, 20 §).

Ett tillräckligt personalantal säkerställs även genom de konkurrensutsättningar som utförs i samarbete med upphandlingsenheten. Då förman rekryteras till tjänsteenheterna och då vikarier skaffas stöds rekryteringsprocessen av resursenheter inom välfärdsområdes olika tjänstesektorer.

Verksamhets- och resultatområdets beredskapsplan ska innehålla en plan för personalfördelning i allvarliga störningssituationer och undantagstillstånd.

Tjänsteenheterna ska rapportera och publicera i uppföljningsrapporten för planen för egenkontroll sådana avvikelser som gäller ett tillräckligt personalantal och vilka korrigerande åtgärder som vidtagits.

För boenden med heldygnsomsorg regleras personaldimensioneringen genom lag. Rätt grundbemanning görs upp på organisationsnivå redan i budgetskedet. Semestervikarier planeras i god tid tillsammans med resursenheten som sköter alla rekryteringar. Vid akut sjukfrånvaro kallas timvikarier in. Utmaningar med att samtlig personal i skiftena är kompetent finns, men på alla arbetsskiftet finns det kompetent personal per paravdelning. Två gånger i året, under en tre veckors period, gör THL en undersökning för att under en uppföljningsperiod se hur personaltätheten är på enheten. Ifall att personaltätheten inte uppnås stängs platser. Serviceansvarig och serviceenhetschef följer kontinuerligt med hur personalsituationen ser ut, såväl i planeringsstadiet som då skiftena förverkligas. För de situationer då personalen inte är fulltaliga eller att samtliga i skiftet inte är kompetenta finns det utarbetat ett dokument för hur man jobbar vid olika belastningssituationer. Enheten har kartlagt riskerna som kan uppstå om det inte finns tillräckligt med kompetent personal.

3.7 Sektorsövergripande samarbete och samordning av tjänster

Hela organisationen använder samma dokumentationsprogram. Detta gör att alla verksamheter ser vad som är skrivet samt vad som är inplanerat för gällande klient. Samarbetet mellan sektorerna är stort. Efter inflyttningen undviks alla onödiga förflyttningar och man arbetar enligt principen att vården skall komma till klienten istället för klienten till vården. Med aktörer som inte använder samma program är det oftast telefonkontakt som gäller eller något program som den organisationen använder. Till intressebevakningsärenden används vanlig post, eller krypterad epost om det är fråga om personuppgifter. I generella ärenden där inga personuppgifter behövs används oftast vanlig epost.

3.8 Lokaler och utrustning

Fastigheten är byggd på 1960 talet, totalrenoverad och utbyggd på 2007. Fastigheten hyrs av Korsholms kommun. Kommunen står för underhåll och renoveringar av fastigheten. Dylika ärenden förmedlas till fastighetsverket via en QR-kod, akuta ärenden rings in. Sådant som rör verksamheten har verksamheten själv hand om. Ytterdörrarna är låsta dygnet runt. Ordinarie personal och regelbundna inhoppare har tagg till ytterdörren. Personalen har tagg med inställda passagerättigheter beroende på kompetens, tex endast de med medicinerättigheter har passagerätt till medicinrum. Från avdelningarna ut till allmänna utrymmen finns kodlås. Enheten har utarbetat en säkerhetsplan, handlingskort och en utredning om utrymnings säkerhet är gjord. Dessa hittas elektroniskt i Laatuportti och en pappersversion hittas i personalens listkansli. Hjälpmedel används och personalen deltar i apparatpass för att säkerställa sitt kunnande.

Boendesidan:

Boendesidan har 52 rum. Klienternas rum varierar mellan 20-32,5 kvadratmeter. Samtliga klientrum har egen wc och dusch. Klienterna får själva inreda sitt rum och i hyran ingår säng och nattduksbord. De allmänna utrymmena får användas av alla som bor på enheten. Gemensamma utrymmen är kök, vardagsrum samt terrass. Samtliga avdelningar har en egen terrass och de avdelningar som är på marknivå har även möjlighet att använda sig av en utomhusträdgård. Personalen respekteras klienternas privatliv genom att knacka på dörren innan de går in i rummet. Om klienten av någon orsak är borta en längre tid används inte hans rum till något annat ändamål. Anhöriga får fritt besöka enheten och möjlighet till övernattningsrum, tex vid terminal vård, finns. Personal finns på plats dygnet runt. I en situation där beredskapslagarna tagits i bruk kan begränsningar gällande besök av anhöriga och icke tillåten vistelse i allmänna utrymmen förekomma.

Intervall:

Intervallavdelningen har 12 rum och storleken varierar mellan 20-22,5 kvadratmeter. Klienterna som kommer på intervall kommer in för en kort tid enligt inbokade perioder. I mån av möjlighet får klienten använda samma rum varje period och personalen strävar till att ingen skall bli tvungen att byta rum under perioden. Samtliga klientrum har egen wc och dusch. De gemensamma utrymmena är tillförfogande för alla på avdelningen. Gemensamma utrymmen är kök, vardagsrum samt terrass. Vid behov kan de gemensamma utrymmena användas för övernattningsrum och det finns flera större rum som vid behov kan användas av två personer. Bland annat då det kommer in par eller vid akuta situationer då klienter blir placerade via socialjouren. Personalen respekterar klienternas privatliv genom att knacka på dörren innan de går in i rummet. Besökarna är hänvisade till besökstiderna, klockan 16-18. Personal finns på plats dygnet runt. I en situation där beredskapslagarna tagits i bruk kan begränsningar gällande besök av anhöriga och icke tillåten vistelse i allmänna utrymmen förekomma.

De utrymmen som klienterna inte har tillgång till är medicinrum, sköljrum, städtrum, tvättstuga, personalens omklädningsrum och kök. Personalens kansliutrymmen och kafferum är i nära anslutning till avdelningarna. Av sekretesskäl och för att värna om klienternas integritet hålls kanslidörren stängd.

Det är städföretaget som städar på enheten. Klientrum och allmänna utrymmen städas tre gånger i veckan. Personalen sorterar avfall och för skräp till utmärkta uppsamlingskärl. Riskavfall sorteras i gula avfallskärl, tänkta för just det ändamålet. Läkemedel sorteras i medicinavfall och skickas till apoteket. Verksamheten har i riskkartläggningen identifierat risker som kan förorsaka sanitära olägenheter i

verksamheten. Hälso- och skyddsmyndigheten gjorde sin senaste granskning 24.5.2024. Under denna granskning lyftes problematiken kring missnöjet med städningen och städnivån fram. Städgranskningar utförs regelbundet efter detta.

3.9 Medicintekniska produkter, informationssystem och användning av teknik

Utrustningar och produkter som används i välfärdsområdets tjänstenhet ska uppfylla kraven och vara säkra. Tjänsteproducenten ska svara för förpliktelser enligt lag som getts om medicintekniska produkter (719/2021). Yrkesmässig användare ska ha namngiven ansvarig person som ansvarar för att lagen om medicintekniska produkter (719/2021, 32–33 §) följs i användarens verksamhet.

Fimea övervakar att medicintekniska produkter motsvarar kraven och aktörerna i branschen i Finland. Övervakningen av att produkterna motsvarar kraven gäller medicintekniska produkter som släppts ut på marknaden och deras yrkesmässiga användning och underhåll. Om tillbud som social- och hälsovårdens medicintekniska produkter förorsakar och som har lett till eller kunde ha lett till äventyrande av klients, användares eller annan persons hälsa ska alltid avläggas en anmälan om tillbud till Fimea (Fimea: Bestämmelse och anvisning 16.05.2023, Dnr FIMEA/2021/007734).

Namn på och kontaktuppgifter till ansvarig för yrkesmässig användning av produkter i hälsovården

Chef för sjukhusteknik, telefonnummer 044 323 1181

Österbottens välfärdsområde säkerställer tillsammans med 2M-IT experter att datasystem som motsvarar kraven i kunduppgiftslagen (703/2023) används inom välfärdsområdet/tjänstenheten och att datasystems användningssyfte motsvarar tjänsteproducentens verksamhet och att uppgifterna om tjänsteproducenten finns i Valviras register över informationssystem.

Informationssäkerhetsplan för internt bruk i organisationen (intra) har utarbetats för välfärdsområdet 2024. Informationssäkerhetsplanen uppfyller kraven som finns föreskrivna i 77 § i kunduppgiftslagen (703/2024) och i THL:s bestämmelse 3/2024. IT-direktörerna är ansvariga för informationssäkerhetsplanen och dess uppdatering.

Informationssäkerhetsplanen granskas en gång om året enligt årsklockan och vid behov i samband med att anvisningar för behandling av personuppgifter eller datasystemet ändras eller uppdateras. 2M-IT tillsammans med experter i Österbottens välfärdsområde följer och utvecklar verkställandet av informationssäkerhetsplanen. IT-direktörerna samt 2M-IT-experten svarar för det praktiska genomförandet av informationssäkerhetsåtgärder. Välfärdsområdets dataskyddsombud ansvarar för det praktiska genomförandet av dataskyddsåtgärder.

Om enheterna använder kameraövervakning ska personen informeras om det med kameraövervakningsmärke före han eller hon kommer in på övervakat område/ in i övervakad byggnad. som välfärdsområdet utarbetat. I fråga om kameraövervakning handlar man på välfärdsområdet i enlighet med anvisningar som välfärdsområdet har utarbetat och som upphittas på intra-nätverket. Dessa baserar sig på Regionförvaltningsverkets styrningsbrev för kameraövervakning i verksamhetsenheter inom socialvården utfärdat 2.2.2024 (LSSAVI/677/2024).

Registerbeskrivningen av kameraövervakning finns på välfärdsområdets webbsida: <https://osterbottensvalfard.fi/om-oss/organisation-och-beslutsfattande/var-dataskyddspraxis/>

Medicintekniska produkter

Namn på och kontaktuppgifter till namngiven ansvarig för medicintekniska produkter (enhetens apparatansvarige)

Mikaela Ahlbäck-Strand, serviceenhetschef, 050-518 1013

Verksamheten har en utsedd ansvarsperson (på organisationsnivå): Petri Luoma

Personalen genomgår apparatpass för att visa sitt kunnande. Under året ordnas tillfällen då nyanställda och vikarier har möjlighet att genomgå apparatpass. Inför sommaren ordnas motsvarande tillfälle för sommarvikarierna. Kompetenserna uppvisade genom apparatpass matas in i Laatuportti. Vid nyanskaffning av hjälpmedel kan personalen få utbildning i användningen av fysioterapeuterna eller av produktens försäljare. Granskningar av hjälpmedel sker av ett företag inom branschen. Företaget skriver en rapport på de granskade hjälpmedlen. Om personalen märker att en utrustning gått sönder är det på deras ansvar att meddela om detta så att utrustningen kan tas ur bruk. Rapportering av tillbud görs genom HaiPro. Verksamhetens medicintekniska utrustning finns listad i organisationens dataprogram som används för ändamålet.

Informationssystem och informationssäkerhet

Verksamheten har övergått till organisationens gemensamma dokumentationsprogram i februari 2025. Personalen har fått ta del av självstudiematerial samt har deltagit i 6h utbildning i klass. Personalen har personliga lösenord till dokumentationsprogrammet. Personalen kommer under våren 2025 att gå in för att ta yrkes/personalkort i användning och i samband med det blir elektronisk identifiering möjlig. Kunskap och information om datasekretess ingår i introduktion av studerande och ny personal. Personalen är uppmärksam på risker gällande dataskydd och vid avvikelser görs HaiProanmälan.

Organisationens dataskyddsansvariga är: Tuija Viitala, 06 213 1840, Anne Korpi, 040 183 2211.

Användande av teknologi

Namn på och kontaktuppgifter till person som ansvarar för person-/klient-/patientsäkerhetsutrustningars och/eller trygghetstelefoners funktionssäkerhet

Namn och kontaktuppgifter: Loihde Trust

Felanmälningar 24/7: 0290013040

Felanmälningar och beställningar av tag: palvelukeskus.trust@loihde.com

Personal finns tillgänglig dygnet runt. Personliga alarm finns till alla klienter. Beroende på vilka alarm man önskar och behöver så tas de i användning. Det finns ett alarm som klienten bär med sig (arm eller halsband), ett i rummet och ett larmsnöre i wc. Alla rum är utrustade med närvaromarkering. Utöver det finns det även dörrvakter och alarmmattor. Patientalarmen går till båda avdelningstelefonerna. Personalen kan även tala med klienterna och alarmen visas på displayen på avdelningen. Klientlarmen och kvitteringarna loggas så att man i efterhand kan få ut rapporter över antalet larm och svarstider. För personalen finns det trygghetslarm som vid alarmering går till väktare.

Patient- och personalarmen kontrolleras i enlighet med serviceavtalet. Underleverantören ansvarar för att tekniken fungerar och sköter om underhåll av larmapparater. Vid de tillfällen då systemet varit ur bruk har man använt sig av koskälla samt att personalen rondar oftare.

3.10 Läkemedelsbehandling

Varje enhet som verkställer läkemedelsbehandling och handledning i läkemedelsbehandling i Österbottens välfärdsområde ska ha uppdaterad plan för läkemedelsbehandling som beskriver läkemedelsbehandlingen som genomförs i enheten och hur läkemedelsbehandlingen förverkligas. Planen ska vara undertecknad av läkare.

I välfärdsområdet säkerställer alla legitimerade yrkespersoner inom social- och hälsovården samt utbildade yrkespersoner med skyddad yrkesbeteckning som i sitt arbete deltar i genomförande av läkemedelsbehandling sitt kunnande i läkemedelsbehandling. Läkemedelstillståndet förnyas med fem års intervaller. Ansvaret för godkännandet av läkemedelsplaner och -tillstånd har delegerats genom chefsöverläkares beslut till särskilt namngivna ansvariga läkare regionalt eller enligt specialområde.

Arbetsenheternas läkemedelsplaner grundar sig på SHM:s handbok om säker läkemedelsbehandling [SHM:s handbok om säker läkemedelsbehandling \(2021: 6\)](#), Österbottens välfärdsområdets handbok om genomförande av säker läkemedelsbehandling (intra) samt anvisningar för olika sektorer och resultatområden. I handboken om säker läkemedelsbehandling beskrivs delområden som påverkar säkerheten och genomförandet av läkemedelsbehandlingen på organisationsnivå, principer samt rutiner och anvisningar genom vilka man strävar efter att garantera medicineringssäkerheten. Handboken styr utarbetandet av planer för enskilda sektorer och arbetsenheter. I handboken beskrivs ansvarsfördelningen i samband med genomförande av läkemedelsbehandling samt minimikrav som arbetstagare som deltar i genomförande av läkemedelsbehandling ska uppfylla.

Enskilda arbetsenheters planer för läkemedelsbehandling utarbetas på välfärdsområdets mall av plan för läkemedelsbehandling. Enheterna uppdaterar planerna för läkemedelsbehandlingar en gång om året och vid behov oftare om verksamheten i enheten, ansvariga eller lagstiftningen ändras.

Namn på läkare som ansvarar för läkemedelsbehandlingshelheten i enheten och kontaktuppgifter

Clas-Göran Smeds, överläkare SOTE-central, 044 4249217

Namn på sjukskötare som ansvarar för verkställandet av läkemedelsbehandlingshelheten i enheten och kontaktuppgifter

Mikaela Mattlar, serviceansvarig, 044 4249278

Namn på person som ansvarar för begränsade läkemedelsförråd i socialvårdens verksamhetsenhet för serviceboende och kontaktuppgifter

Mikaela Mattlar, serviceansvarig, 044 4249278

Enhetens läkare ansvarar för läkemedelsbehandlingen. Sjukskötare, närvårdare, vårdarvikarie samt vårdbiträden utför läkemedelsbehandlingen enligt ordination. All personal som deltar i läkemedelsbehandlingen avlägger med 5 års mellanrum en tentamen i läkemedelsbehandling. Beroende på utbildning och arbetsuppgifter bestäms vilken/vilka loopdelar man avlägger. Organisationens kravtabell är i användning. Innan personal får ha hand om en klients läkemedel behöver denne visa sitt kunnande genom praktiska prestationer. Enheten har utarbetat en verksamhetsanpassad blankett för ändamålet. Enheten har en lista över personalens läkemedelstillstånd samt på Laatuportti är de inmatade. Läkemedelsbehandlingsplanen uppdateras årligen eller vid väsentliga förändringar. Läkemedelsplanen ingår i det introduktionsmaterial som all ny personal tar del av. Serviceenhetschef informerar personalen när en uppdatering har gjorts i läkemedelsplanen, samt vilka förändringar som skett.

Ett begränsat läkemedelsförråd finns på enheten och anmälan till regionförvaltningsverket är gjord. Serviceansvariga övervakar användningen av detta skåp samt fyller på med preparat enligt behov.

3.11 Näring

Samtliga av enhetens avdelningar har utdelningskök. Maten tillverkas på Solsidans kök som är en del av Teese Botnia. Frukost, lunch, mellanmål, middag och kvällsbit levereras från köket. Menyn för måltiderna skrivs dagligen upp på avdelningens anslagstavla. Specialdieter ordnas enligt behov. Klienten har möjlighet att framföra önskemål till personalen som i sin tur för dem vidare till köket. Måltiderna är planerade i samråd med näringsterapeut.

Måltiderna serveras enligt följande: frukost 7.30-10, lunch 11.30, kaffe 14, middag 16.30 samt kvällsmål 18-20. Ifall klienten så önskar eller har annat inplanerat under mattiderna, sparas maten, värms och ges vid passlig tidpunkt. Vid behov har klienten möjlighet till mellanmål samt nattmål. Att hålla nattfastan under 11h är en utmaning men personalen följer med så att nattfastan inte blir för lång. Måltiderna är planerade så att de uppfyller de äldres näringsrekommendationer. Vid behov kan måltiderna fås mer energirika. Måltiderna serveras i matsalen på avdelningen eller i klientens rum. Personalen hjälper de klienter som inte klarar av att äta själv.

MNA bedömningar görs 2ggr/år eller oftare enligt behov. Personalen dokumenterar i vårdjournalen kring klienternas mat- och vätskeintag. Vid tecken på undernäring fästs speciellt vikt vid näringstäthet och att matmängden per dygn är tillräcklig. Vid misstanke om uttorkning följs vätskeintaget upp.

3.12 Hygien, förebyggande och bekämpning av infektioner

I Österbottens välfärdsområde följs lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) och Institutet för hälsa och välfärd (THL) anvisningar och rekommendationer. Utgående från dessa har egna anvisningar om hygien och bekämpning av infektioner utarbetats. Dessa anvisningar finns för personalen och tjänsteproducenterna i välfärdsområdets intra och Sharepoint.

Hygienskötarna arbetar tillsammans med välfärdsområdets infektionsläkare som sakkunniga i bekämpning av infektioner i social- och hälsovårdens enheter. Kontaktuppgifterna till hygienskötare som arbetar i välfärdsområdet och deras ansvarsområden finns i välfärdsområdets intra och på [webbsidorna](#).

Enheten ska ha egen namngiven hygienansvarig. Hygienansvarigas roll i arbetsenheterna och deras uppgiftsbeskrivning finns i intra och för privata tjänsteproducenter i Sharepoint.

Infektionsskötare arbetar i social- och hälsocentralerna och ansvarar tillsammans med infektionsläkare för rådgivning för medborgare, skolor och daghem och för utredningsarbetet i samband med smittosamma sjukdomar: <https://osterbottensvalfard.fi/sa-har-fungerar-vi/hygien-och-forebyggande-av-infektioner/smittosamma-sjukdomar/>

Mer information om hygienpraxis och bekämpning av infektioner:

Institutet för hälsa och välfärds (THL). Anvisningar för förebyggande och bekämpning av infektioner: <https://thl.fi/sv/teman/infektionssjukdomar-och-vaccinationer/sjukdomar-och-bekampning/anvisningar-for-forebyggande-och-bekampning-av-infektioner>

Institutet för hälsa och välfärds (THL). Infektionssjukdomar och vaccineringar: <https://thl.fi/sv/teman/infektionssjukdomar-och-vaccinationer>

Österbottens välfärdsområdets intrasidor: Hygien och bekämpning av infektioner

Österbottens välfärdsområdets webbsidor: [Anvisningar för tjänsteproducenter](#)

Namn på och kontaktuppgifter till hygienansvarig

Kontaktuppgifter fås av serviceenhetschef.

Organisationen tillhandahåller anvisningar om renlighet och bekämpande av smitta. På organisationens intranät finns infektionsbekämpningsanvisningar. Organisationen har utsedda hygienskötare och på enheten finns utöver serviceenhetschef anställda som fungerar som kontaktpersoner i hygienfrågor.

Enhetens städning och klädvård utgör ett viktigt delområde i att upprätthålla allmän hygien och hindra spridning av infektioner. Inom verksamheten tillämpas god handhygien med tvätt och desinficering mellan klientbesök. Handfat med tvättmöjligheter finns på alla avdelningar på fyra platser samt i varje klientrum. Personalen har möjlighet att kontakta hygienskötaren vid behov. Vid infektioner / epidemier / pandemier följer man rådande föreskrifter. Skyddskläder används vid behov utgående från gällande direktiv. Förmannen ansvarar för att givna myndighetsdirektiv tillämpas utan fördröjning eller avvikelse vid verksamhetsenheten. I och med att klienterna har egna rum finns det möjlighet i någon mån att ha klienterna isolerade. Användning av sterila instrument förekommer och de förs efter användning till steriliseringen på Sote-centralen.

Smutstvätten skickas till tvätteriet tre dagar i veckan. Alla avdelningar har en egen tvättstuga där personalen kan tvätta sådant som endera är av känslig karaktär, sådant som behövs innan det hinner komma från tvätteriet eller sådant som är smutsigt och inte kan vänta med tvätt tills det kan göras på tvätteriet. Det är ett städföretag som städar på enheten. Klientrum och allmänna utrymmen städas tre gånger i veckan. Städning av intervallrummen sker alltid efter avslutad period. Personalen sorterar avfall och för skräp till utmärkta uppsamlingskärl.

Klientens hygien (daglig intimhygien, tand och munvård samt hudvård) tillgodoses genom daglig tvätt samt vid behov. Duschning utförs 1ggr/vecka samt enligt behov. Enheten har utdelningskök på avdelningarna. Maten levereras från köket som finns i samma byggnad. De flesta i personalen har hygienpass och det eftersträvas att samtlig personal har hygienpass.

3.13 Hälso- och sjukvård

Boendesidan:

Personalen följer med klientens hälsotillstånd samt välbefinnande. Allmän genomgång och kontroll av medicinlista av läkare 1ggr/år samt vid behov. Till regelbundna kontroller och uppföljningar (oavsett kronisk sjukdom eller ej) hör: Längd, vikt, blodsocker, blodtryck, puls samt blodprovskontroller enligt läkarordination. Sjukskötare, närvårdare, vårdarvikarie och vårdbiträden utför hälso- och sjukvård enligt läkares ordination samt enligt vad yrkesbehörigheten tillåter. Det finns en inplanerad dejourerande sjukskötare på plats samtliga vardagsmorgnar, vardagskvällar och veckosluts/helgmorgnar. Personalen strävar till att uppdatera sitt första hjälpkunnande vart tredje år.

Tandvård: Personalen följer allmänna direktiv och kontaktar ovph tandvård vid behov. De klienter som vill besöka privat tandläkare kan göra det.

Laboratorietjänster: Laboratoriet Fimlab kommer enligt remiss och tar laboratorieprover.

Planerade läkartjänster: Läkaren besöker enheten 2ggr/vecka

Icke-brådslande samt brådslande sjukvård: Akuta situationer och försämring av hälsotillstånd är situationsbundna och behandlas utgående från klientens specifika situation samt vårdviljeyttring. För bedömning av behovet av brådslande vård finns gemensamma riktlinjer och bedömningsverktyg i form av den geriatrika patientens vårdkedja. Tillgång till psykiogeriatriska konsultationer enligt behov och resurser i form av läkare och/eller sjukskötarbesök. Vid behov finns tillgång till specialistsjukvård. En viktig samarbetspartner för verksamheten är LiSa verksamheten och hemsjukhuset. Efter inflyttningen undviker vi alla onödiga förflyttningar och arbetar enligt principen att vården skall komma till klienten istället för klienten till vården. Klienterna vårdas på enheten till livets slut.

Oväntade dödsfall: Det finns utarbetat en folder kring vägledning vid dödsfall samt vård i livets slut som personalen kan ge till de anhöriga. En handlingsplan för konstaterande av dödsfall finns till hjälp för personalen. Enheten strävar till att vara uppmärksamma och förutseende så att läkare hinner ta ställning och ge ordination på vad personalen skall göra om olika situationer uppstår.

Intervall:

Intervallklienterna sköts av sin egen områdesläkare. Icke-brådslande samt brådslande sjukvård enligt samma riktlinjer som boendesidan. Ifall en klient dör under intervallperioden kontaktas polisen. Detta eftersom att klienten inte avlidit i det egna hemmet.

3.14 Främjande av välbefinnande, rehabilitering och utveckling

Personalen arbetar utgående från ett rehabiliterande arbetssätt och stödjer klientens fysiska, psykiska, kognitiva och sociala funktionsförmåga. Utgående från klientens egna önskemål, levnadsberättelse och förmåga, sätter personalen tillsammans med klienten och anhöriga upp mål i vård- och serviceplanen. Hjälpmedel som upprätthåller den fysiska funktionsförmågan finns tillgängliga.

Klienten har tillgång till meningsfulla aktiviteter som ordnas av sysselsättningsledare, närvårdaren som gör konditionsskötarpuppgifter, fysioterapeuter samt utomstående aktörer så som skolor eller aktörer inom tredje sektorn. Klienterna har möjlighet att med egen följeslagare delta i aktiviteter utanför enheten, vårdpersonal har dock inte möjlighet att fungera som följeslagare utanför enheten. Anhöriga får fritt besöka sin närstående och klienten kan även åka bort från enheten för kortare perioder. Endast intervallavdelningen har besökstider. Enheten ordnar två gånger i året anhörigträff (sommarfest och julfest). För att anhöriga skall veta vilka aktiviteter och program som ordnas på enheten skickar serviceenhetschefen ett månatligt mail med kommande månadsprogram. Månadsprogrammet finns även vid infotavlan samt på varje avdelning till påseende.

Klienternas funktionsförmåga utvärderas regelbundet med hjälp av RAI. Vid vårdplaneringsmöten samt vid uppdatering av vård- och serviceplanen utvärderas de uppsatta målen, funktionsförmågan, välmående och rehabiliterande aktiviteter. Målen dokumenteras. Även utförandet och utvärderingen av hur målen uppnåtts dokumenteras.

3.15 Behandling av klient- och patientuppgifter och dataskydd

Österbottens välfärdsområde är registeransvarig för klient-/patientuppgifter i den tjänst som hör till dess organiseringsansvar. Velfärdsområdet/tjänstenheten ska se till att tjänstenheten i sin verksamhet följer EU:s allmänna dataskyddsförordning (679/2016) och stadganden i kunduppgiftslagen (703/2023) och instruktioner om behandling av kund- och patientuppgifter och om dataskydd som Österbottens välfärdsområde utarbetat.

Tillvägagångssätt i fråga om välfärdsområdets dataskyddspraxis och behandling av personuppgifter har beskrivits på Österbottens välfärdsområdets webbsidor: [Vår dataskyddspraxis](#) och för personalen i intra, på webbplats: [Vår dataskyddspraxis](#). På samma webbplats finns även anvisningar för personalen om hur de ska handla enligt artikel 34 i dataskyddsförordningen (679/2016) i samband med personuppgiftsincidenter ([anmälan om personuppgiftsincident](#)).

Alla välfärdsområdets arbetstagare, studerande och övriga personer som behandlar sekretessbelagda uppgifter i organisationen undertecknar sekretessförbindelse om användning av uppgifter och informationssystem. Tystnadsplikten gäller arbetstagare under och efter anställnings- eller uppdragsförhållandet. Av arbetstagarna förutsätts vidare att de slutför dataskydds- och informationssäkerhetsutbildning. Länk till utbildningen och sekretessförbindelsen finns i Intranet: [Dataskydd och informationssäkerhet](#).

Plan för informationssäkerhet som upprättats för intern användning i Österbottens välfärdsområde finns i välfärdsområdets intra.

Organisationen har en beskrivning över hur konfidentiella personuppgifter behandlas och den har all personal tagit del av. All personal undertecknar en förbindelse om att hålla sej till tystnadsplikten, även studerande. På enheten är man noggrann med att alla dokumenterar inloggad med sitt eget användarnamn som är lösenordsskyddat. I samband med att Lifecare tas i bruk börjar personalen identifiera sig med yrkes/personalkort och i samband med det blir elektronisk identifiering möjlig. Studerande utan egen inloggning skriver på sin handledares inloggning på så vis att bådass namn syns i journalanteckningar. Personalen får handledning och introduktion av dokumentationsprogrammet och personalen uppmanas att på Laatuportti ta del av utbildningen: Grundläggande informationssäkerhet

Det praktiska vårdarbetet dokumenteras enligt anvisning i LifeCare så att den som utfört vården skriver under med sitt användarnamn. Enheten har en skriftlig anvisning för hur LifeCare används, var och hur man skriver och vilka rubriker som används. Dokumentering sker i varje arbetsskift. Alla Solgårds klienter finns i LifeCare platskarta och personalen har inte rätt att öppna journal för någon annan person än inskrivna klienter. I Inter-RAI samlas klientuppgifter regelbundet och ingen annan är enhetens vårdutbildade personal har tillgång till dokumentationen.

Namn på och kontaktuppgifter till chef/ansvarig person som svarar för behandlandet av klientuppgifter i tjänsteenheten enligt 7 § i kunduppgiftslagen (703/2023) och anvisningar som hänför sig till det.

Kontaktuppgifter till Österbottens välfärdsområdets dataskyddsombud och leveransadresser för loggdataförfrågningar

Välfärdsområdets dataskyddsombud behandlar inkomna loggdataförfrågningar och utredningar. Dataförfrågningarna ska lämnas in skriftligt till adressen:

Österbottens välfärdsområde, Dataskyddsombud / C.O, Sandviksgatan 2-4, 65130 Vasa
Dataskyddsombud: Tuija Viitala
Telefonnummer 06 213 1840, e-post: tietosuojaavastaava@ovph.fi
eller

Österbottens välfärdsområde, Dataskyddsombud, Dammbrunnsvägen 4, 1. våningen, 65100 Vasa
Dataskyddsombud: Anne Korpi
Telefonnummer: 040 183 2211, e-post: dataskyddsombud@ovph.fi

4. EGENKONTROLLENS RISKHANTERING

4.1 Ansvar för riskhantering, identifiering och bedömning av risker

Riskhanteringsansvar i Österbottens välfärdsområde har beskrivits i välfärdsområdets förvaltningsstadga, verksamhetsstadga och program för egenkontroll. Förfaringssätt i riskhanteringsprocessen och i riskhanteringspraxis har beskrivits i handboken i riskhantering (intra/materialbanken) avsedd för intern användning i organisationen.

Riskhanteringen och -bedömningen är en del av det systematiska utvecklandet av klient-/patientsäkerheten i Österbottens välfärdsområde och normal verksamhet i enheterna.

Förutsättningen för riskhanteringen är att ett öppet och tryggt klimat råder i arbetsgemenskapen där både personalen och klienterna/patienterna och deras anhöriga vågar ta upp observationer och missförhållanden i kvaliteten och klient- och patientsäkerheten.

Riskbedömningen görs på enhetsnivå i dagligt arbete och som en del av ledningens beslutsprocess. Förutseende riskbedömning är en del av kontinuerligt utvecklande av verksamheten både på enhetsnivå och regional nivå samt på organisationsnivå. Ledningen och/eller chefen i enheten svarar för att fastställa vilka risker är acceptabla och vilka åtgärder behövs för att sänka riskerna till acceptabel nivå.

Riskprocess indelas i tre delar: operativa och strategiska risker och förändringsrisker. Operativa eller funktionella risker bedöms hela tiden men minst en gång om året gör enheterna en systematisk riskbedömning. För att identifiera funktionella risker har välfärdsområdet skapat en strukturerad riskbedömningsblankett (Kvalitetsportal) som stöd för enheterna. Strategiska risker dokumenteras varje höst i samband med att verksamhetsplanen utarbetas (Opiferus). Strategiska risker är risker som kan hota eller förhindra genomförandet av verksamhetsplanen. Förändringsriskerna är antingen externa eller interna förändringar i verksamheten. De kan stå i samband med projekt eller andra förändringar i verksamheten. Då strävar man efter att göra riskbedömningen redan i planeringsskedet så att riskerna kan minimeras på förhand. Riskbedömningen görs i första hand i den egna enheten tillsammans med personalen.

Riskhantering och riskbedömning är en viktig del av arbetsplatsens säkerhetsarbete. Det ligger i allas intresse att förhållandena på arbetsplatsen är säkra och sunda. Arbetarskyddet omfattar alla som arbetar på en arbetsplats och det är serviceenhetschefen som har det funktionella ansvaret för arbetssäkerheten och arbetshälsan. Varje arbetstagare är dock skyldig att efter bästa förmåga vara uppmärksam på såväl den egna som på arbetskamraternas arbetssäkerhet.

Serviceenhetschefen är den person som ansvarar för riskhanteringen av enheten. För identifiering av risker används en riskbedömningsblankett. Riskutvärdering görs kontinuerligt och uppdateras regelbundet. Serviceenhetschefen ansvarar för att uppdateringen görs och uppdateras tillsammans med personalen. Företagshälsovården och arbetarskyddet följer upp resultatet. Genom lag är det uttryckt vad personaltätheten (0,6) bör vara inom effektiviserad boendeservice. Ifall att denna personaltäthet inte kan garanteras stängs klientplatser, tillfälligt eller permanent. Regelbundet ordnas brand och utrymningsövningar i samverkan med fastighetsverket och räddningsverket.

Arbetskyddets uppgift är att främja faktorer i arbetsförhållandena som möjliggör arbetstagarnas fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Utvecklingssamtal hålls regelbundet med all personal och under detta tillfälle är det möjligt att framföra sina åsikter om arbetets risker och arbetsmoment. Enligt lagen är arbetsgivaren förpliktad att ordna företagshälsovård åt sina anställda.

4.2 Riskhantering, behandling av missförhållanden och brister som framkommer i verksamheten

Egenkontrollen baserar sig på riskhantering där risker och eventuella missförhållanden i tjänst eller serviceprocess bedöms mångsidigt genom att undersöka klient- och patientsäkerheten och den tjänst som klienten/patienten får. Att identifiera riskerna som äventyrar klient- och patientsäkerheten är utgångspunkten för planen för egenkontroll och genomförandet av egenkontrollen. Utan att identifiera missförhållanden kan man inte förebygga riskerna i klient- och patientsäkerheten och systematiskt ingripa i missförhållanden. Välfärdsområdets personal bedömer kontinuerligt den egna verksamheten, hör klienter/patienter och gör observationer i frågor som gäller verksamheten, kvaliteten och klient-/patientsäkerheten samt beaktar klientresponsen när verksamheten utvecklas.

Program, planer och anvisningar som beskriver och stöder genomförandet av egenkontrollen och riskhanteringen i Österbottens välfärdsområde är bland annat:

- Österbottens välfärdsområdesstrategi
- Förvaltnings- och verksamhetsstadgan
- Programmet för egenkontroll
- Hur mår Österbotten
- Handbok för egenkontroll och kvalitetshantering
- Handbok för riskhantering
- Allmänna delen i välfärdsområdets beredskapsplan, beredskapsplanerna för verksamhets- och resultatområden och resultatenheternas handlingskort för störningar
- Enhetens säkerhetssida som innehåller säkerhetsplan, utredning om utrymningssäkerhet (24/7 enheterna) och handlingskort, säkerhetsinstruktioner
- Informationssäkerhetsplan
- Tillsynsplan
- Delaktighetsplan
- Anvisningar om personalens anmälningsskyldighet
- Välfärdsområdets plan för läkemedelsbehandling, planer för läkemedelsbehandling för enskilda verksamhets- och arbetsenheter
- LOVE-handbok
- Etiska riktlinjer
- Verksamhetsprogram för arbetskyddet
- Personal- och utbildningsplan
- Introduktionsprogram (delarna 1–3)
- Anvisningar om apparatsäkerhet
- Anvisningar om hygien och förebyggande av infektioner
- Anvisningar om begränsande åtgärder
- Anvisning om identifiering av klient

Personalen är skyldig att meddela närmaste förman om observerade missförhållande, kvalitetsavvikelser och risker. Dylika ärenden kan diskuteras enskilt eller på avdelningsmöte. Personalen uppmuntras att göra HaiPro/SPro för att de olika situationerna skall bli dokumenterade. Även "nära ögat" situationer rapporteras och på så sätt har arbetsgivaren möjlighet att korrigera felaktigheter innan de hinner ske en ny gång. Även anmälningar om missförhållanden, kvalitetsavvikelser och risker tas emot av klient och anhörig/besökare. Under de regelbundna kontrollerna utförda av underleverantörer kan risker upptäckas och dessa tar verksamheten ställning till snarast möjligast. Begäran om utredningar från övervakande myndighet besvaras utan dröjsmål.

Väsentliga risker som tjänstenheten/enheten identifierat och metoder som används för att hantera dem

Risk	Vilka metoder används för att hantera dem
Brist på personal	Rekrytering, jobbar för att existerande personal skall trivas
Brist på kompetent personal	Ordentlig introduktion, omorganisera arbetet så att kompetent personal har hand om tex läkemedelshantering
Brister i språkkunskaper	Omorganisera personalplacering så att det på alla avdelningar, i varje skifte finns personal som kan språk, språkkurser, dela ut språklexikon
Felaktigheter i läkemedelshantering	Kompetent personal, tydliga instruktioner, regelbunden fortbildning
Identifiering av klient	Foto på medicinbricka / Patientarmband
Utomstående kan få se andra klienters uppgifter	Alltid logga ut från dokumentationsprogram, inga utprintade papper
Klienter som går ut och inte hittar tillbaka	Låsta ytterdörrar och låsta avdelningsdörrar, besökare informeras om att inte låta någon passera, passagealarm
Förgiftning av kemikalier	Kemikalier hålls inlåsta
Skador till följd av fall	Fallriskbedömningar och tillhörande förebyggande åtgärder

4.2.1 Tjänsteproducentens och personalens anmälningsskyldighet

Tjänsteproducenten har skyldighet att underrätta personalen om anmälningsskyldigheten (Tillsynslagen 741/2023, 30 §). Tjänsteproducenten ska underrätta personalen om anmälningsskyldigheten och frågor som hänför sig till den. Instruktioner om hur anmälningsskyldigheten verkställs ska inkluderas i tjänstenhetens egenkontrollplan som avses i 27 §.

Anmälningsskyldigheten för välfärdsområdets personal och instruktionerna om anmälningsskyldigheten finns i intra.

Tjänsteproducentens och personalens anmälningsskyldighet (tillsynslagen 741/2023, 29 §)

Tjänsteproducenten ska trots sekretessbestämmelserna omedelbart underrätta Österbottens välfärdsområde/tjänsteanordnaren och tillsynsmyndigheten om sådana missförhållanden som framkommer i tjänsteproducentens egen eller dennes underleverantörs verksamhet och som i väsentlig grad äventyrar klient- och patientsäkerheten samt om händelser, skador eller tillbud där klient- och patientsäkerheten har äventyrats allvarligt och om andra sådana brister som tjänsteproducenten inte har förmått eller inte förmår åtgärda genom egenkontroll.

En person som ingår i välfärdsområdets/tjänsteproducentens personal eller arbetar med motsvarande uppgifter i ett uppdragsförhållande eller som underleverantör ska trots sekretessbestämmelserna utan dröjsmål underrätta ansvarspersonen för tjänsteenheten eller någon annan person som ansvarar för övervakningen av verksamheten, om hen i sina uppgifter upptäcker eller får kännedom om ett missförhållande eller en uppenbar risk för ett missförhållande vid tillhandahållandet av socialvård eller hälso- och sjukvård för klienten eller patienten eller upptäcker eller får kännedom om en lagstridighet av annat slag. Den som tagit emot anmälan ska underrätta tjänsteanordnaren eller tjänsteproducenten om saken. Tjänsteanordnaren, tjänsteproducenten och ansvarspersonen ska vidta åtgärder för att avhjälpa missförhållandet eller den uppenbara risken för ett missförhållande eller lagstridigheten av annat slag. Anmälan kan göras trots sekretessbestämmelserna.

Den som tagit emot anmälan ska anmäla och den som gjort anmälan kan trots sekretessbestämmelserna underrätta tillsynsmyndigheten om saken, om missförhållandet eller den uppenbara risken för ett missförhållande eller lagstridigheten av annat slag inte avhjälpas utan dröjsmål. Tillsynsmyndigheten kan besluta om åtgärder på det sätt som föreskrivs i 38 § (741/2023) eller meddela ett föreläggande enligt 39 § för att undanröja missförhållandet. Den som gjort anmälan får inte bli föremål för negativa motåtgärder till följd av anmälan.

Elektroniska anmälningssystem som personalen har tillgång till är:

- HaiPro-systemet (klient- och patientsäkerhetsanmälan, arbetssäkerhetsanmälan, dataskydds-/personuppgiftsanmälan)
- SPro-systemet (anmälan om observerade missförhållanden eller risker för missförhållanden i verkställandet i socialvården).

På anmälningar gjorda i ovan nämnda system verkställs bedömning av risker och i dem dokumenteras utvecklande/korrigerande åtgärder för att undanröja/minska riskerna.

I övriga lagar stiftade anmälningsskyldigheter som gäller personalen.

Anmälan om behov av socialvård (socialvårdslagen 1301/2014, 35 §)

Om en sådan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som avses i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994), eller annan person som nämns i 35 § i socialvårdslagen, i sitt arbete har fått kännedom om en person vars behov av socialvård är uppenbart, ska hen styra personen till att söka socialtjänsten eller om personen samtycker till det kontakta den myndighet som ansvarar för välfärdsområdets socialvård, så att stödbehovet kan bedömas. Om samtycke inte kan fås och personen är uppenbart oförmögen att svara för sin omsorg, hälsa eller säkerhet, eller om ett barns bästa absolut kräver det, ska yrkespersonen utan dröjsmål göra en anmälan om behovet av socialvård trots sekretessbestämmelserna. [Anvisning och anmälningsblankett](#) för bedömning av stödbehov hos person som kommit till socialvården finns på välfärdsområdets webbsidor:

<https://osterbottensvalfard.fi/vara-tjanster/socialvardstjanster/socialvardstjanster-for-seniorer/socialarbete-for-aldre/>

Anmälan till räddningsmyndighet om uppenbar brandfara eller annan risk för olycka (räddningslagen 379/2011, 42 §)

Om välfärdsområdets personal/myndigheter i samband med sin tjänsteförrättning upptäcker eller annars får kännedom om uppenbar brandrisk eller annan risk för olyckor i en byggnad, en bostad eller något annat objekt ska de oberoende av eventuella sekretessbestämmelser underrätta välfärdsområdets räddningsmyndighet om saken (42 §). Anvisningar om hur du gör anmälan och länk till elektronisk anmälningsblankett finns på webbsidorna för räddningsverket i Österbottens välfärdsområde: [Anmälningar till räddningsverket](#).

Anmälan om farliga situationer förknippade med produkter (lag om medicintekniska produkter 719/2021, 35 §)

Om farliga situationer som skett inom social- och hälsovårdsbranschen och som är förknippade med medicintekniska produkter och som har lett eller kunde ha lett till att patients, användares eller annan persons hälsa äventyrats ska alltid skrivas en rapport om tillbud till Fimea (lag om medicintekniska produkter, 35 §). Tillbudsanmälan till Fimea ska göras utan dröjsmål och den kan göras direkt elektroniskt samtidigt med HaiPro-anmälan. När du anmäler ett tillbud direkt genom HaiPro sparas uppgifterna om tillbudet i det elektroniska systemet. Anvisningar om hur du gör anmälan i HaiPro-systemet finns i välfärdsområdets intra (produktsäkerhet).

Anmälan om säkerhetsöverträdelse (dataskyddsförordning, 679/2016, artikel 34)

Personalens handlingsdirektiv för anmälning av personuppgiftsincident till dokumentering finns i intra (anmälan om personuppgiftsincident). Säkerhetsöverträdelsen dokumenteras även i HaiPro-systemet (informationssäkerhet).

Anmälan av epidemier och allvarliga infektioner i samband med vård (HARVI)

Anvisningarna om hur du gör anmälan finns på THL:s webbsidor: [Anmälan av andra epidemier och allvarliga vårdrelaterade infektioner \(HARVI\)](#).

Anmälan om oegentligheter i organisationen (EU:s whistleblowing-direktiv, 2019/1937; Lagen om skydd för rapporterande personer 1171/2022)

I Österbottens välfärdsområde finns en intern etisk kanal för anmälning av oegentligheter och olämplig verksamhet i organisationen. Anvisningarna om hur anmälan görs och länk till anmälningskanalen finns i välfärdsområdets intra (etisk anmälningskanal).

Personalen är skyldig att meddela närmaste förman om observerade missförhållanden, kvalitetsavvikelser och risker. Vid en sådan situation görs en anmälan som registreras via rapporteringssystemet HaiPro eller SPro. Rapporteringssystemet är avsett för intern utveckling samt att enheten och dess personal skall kunna lära sig av och förebygga uppkomsten av negativa händelser och tillbud. Via systemet fås information om enhetens processer och effekterna av vidtagna åtgärder. Rapporten ger en förklaring av vad som skett, analys om varför incidenten hände, hur man åtgärdat händelsen samt hur man förebygger för att inte samma situation skall inträffa igen. Rapport om avvikelser diskuteras även på personalmöten. Även klienten och dennes anhöriga har möjlighet att kontakta serviceenhetschef/serviceansvarig vid eventuella brister, önskemål eller förbättringsförslag.

4.2.2 Anmälningsskanaler för klient/patient och extern tjänsteproducent

Klients, patients eller anhörigs anmälan om negativ händelse

Om fel, missförhållande eller tillbud skett i klients/patients eller anhörigs vård eller tjänst kan klienten/patienten göra anmälan om tillbud på elektronisk blankett på Österbottens välfärdsområdets webbsidor.

Anmälningssblanketten finns på Österbottens välfärdsområdets webbsidor:

<https://osterbottensvalfard.fi/sa-har-fungerar-vi/ge-respons/>

Extern tjänsteproducents/samarbetspartners anmälan om farlig händelse eller missförhållande

Österbottens välfärdsområdets samarbetspartners kan lämna extern tjänsteproducents/samarbetspartners anmälan om allvarlig händelse, missförhållande eller tillbud i välfärdsområdets verksamhet via en webblankett. Anmälningarna styrs till klient- och patientsäkerhetskoordinatorerna samt till kvalitetsdirektören varefter anmälningen behandlas tillsammans med ansvariga personer. Vid behov deltar även övervakningen i utredandet av den farliga händelsen eller missförhållandet.

Anmälningssblanketten finns på Österbottens välfärdsområdets webbsidor:

<https://osterbottensvalfard.fi/sa-har-fungerar-vi/ge-respons/>

4.2.3 Behandling av farliga situationer, brister, missförhållanden och korrigerande åtgärder

Olyckshändelser, missförhållanden, farliga situationer och andra brister diskuteras enskilt med personalen, på avdelningsmöten samt informeras om i VeckoNytt. Finns det något i rutinerna eller processerna som behöver åtgärdas görs detta snarast möjligast. Under diskussioner eller när det informeras om saken namnges aldrig de som varit inblandade. Målet är inte att skuldbelägga specifika personer utan att försöka hitta lösningar och förebygga att liknande situationer uppstår. Större missförhållande anmäls via Secapp (intern anmälningsskanal inom organisationen).

Säkerhetsutbildningar för personalen vart 5:te år och årlig säkerhetsvandring på enheten är viktiga delar i det förebyggande arbetet.

Utredning av interna allvarliga händelser diskuteras enskilt med de som varit involverade samt på mer generell nivå på personalmöten. Personalen informeras både muntligen och skriftligen om förändringar som gäller arbetet och arbetsplatsen. Vid väsentliga förändringar som bör ske omedelbart, förmedlas informationen mellan personalen vid skiftesbyte samt genom personalwhats app gruppen. Alla i personalen är själva skyldiga att ta reda på vad som behandlats på personalmöten samt läsa mötesprotokollet. Information kan även delges via VeckoNytt och det är personalens skyldighet att läsa VeckoNytt.

Utvecklingsplan för egenkontroll

Utvecklingsbehov som framförts av klienter, anhöriga/närstående, personal, samarbetspartners eller som aktualiserats via kvalitetsarbete eller riskhantering. Utvecklingsplanen finns som Bilaga 1 i egenkontrollplanen

4.3 Köptjänster och underleverans

Välfärdsområdena ska på grundval av sitt organiseringsansvar fortlöpande styra och övervaka de privata tjänsteproducenterna och deras underleverantörer när tjänster produceras (tillsynslag 741/2023, 24 §, lag om välfärdsområden 611/2021, 10 §). Som ordnare och beställare av tjänst säkerställer Österbottens välfärdsområde i konkurrensutsättningsskedet innehållet i, kvaliteten på samt klient- och patientsäkerheten i tjänster som produceras som underleverans/köptjänst eller i servicesedelproducenternas godkännandeprocess eller i tjänster som skaffas som direktupphandling när avtal ingås. Beställaren svarar för att kontrollera att tjänsteproducenten uppfyller kraven enligt beställaransvarslagen samt uppfyller kraven på innehåll, kvalitet och klientsäkerhet.

Tjänsteinnehavare som ansvarar för avtalet följer och övervakar att tjänsteproducenten följer avtalet och uppfyller sitt tjänstelöfte och att man utan dröjsmål reagerar på respons som erhållits av klienterna och personalen på det sätt som responsen kräver. Även förfaranden för att säkerställa säkerhetskunnandet och uppföljningen av verkställandet är en del av den egenkontroll beställaren genomför. Anvisningar om avtalshantering, upphandlingar och reklamationer finns i välfärdsområdets intra.

Köptjänsterna är konkurrensutsatta och avtal skrivna för en viss tid. Under avtalstiden genomförs kontroller av resultatet och kvaliteten granskas. Underleverantörernas kvalitet på tjänsterna granskas vid inspektioner, stickprovskontroller samt fås genom feedback av klienter, anhöriga och personal. Enheten kräver ingen egenkontrollplan av underleverantören.

4.4 Beredskaps- och kontinuitetshantering

Österbottens välfärdsområde beaktar i sin riskhantering skyldigheter som gäller beredskapen och kontinuiteten i tjänsterna både i egen verksamhet och när välfärdsområdet skaffar tjänster av en annan tjänsteproducent. Som en del av kontinuitetshanteringen säkerställs klient- och patientsäkerheten även i eventuella störningssituationer och undantagsförhållanden (Statsrådets förordning om välfärdsområdenas beredskap för störningssituationer inom social- och hälsovården 308/2023; räddningslag 379/2011; beredskapslag 1552/2011).

I fråga om välfärdsområdets tjänsteproduktion ansvarar verksamhetsområdesdirektörerna för beredskapen och planeringen av beredskapen (Förvaltningsstadgan, § 104). Uppgiften för personerna som ansvarar för resultatområdena är att utveckla viktiga processer inom sitt ansvarsområde tillsammans med verksamhetsområdesdirektören och resursdirektörerna (Förvaltningsstadgan § 43). Hit hör också beredskap och planering av beredskap varför ansvarig för resultatområdet handledt av verksamhetsområdesdirektören och resursdirektören ansvarar för att producera beredskapsplan för sitt resultatområde. Verksamhetsområdena kan ändå överföra befogenheten som ålagts dem vidare till underställda aktörer. Det här gäller även uppgifter förknippade med beredskap men med förutsättningen att de som fått dessa uppgifter och/eller denna befogenhet inte kan överföra dem vidare.

Genom beredskapsplanering och utgående från riksomfattande och regional riskbedömning samt från välfärdsområdets riskbedömning skapas en hanteringsmodell för störningssituationer genom vilken man säkerställer ledningssystemet och strategimodellen för att säkerställa kontinuiteten i tjänsterna. Välfärdsområdets beredskapsplan består av en allmän del, beredskapsplaner för verksamhets- och resultatområden samt av tilläggsplaner som bland annat katastrofplan, pandemiplan, beredskapsplan för jodtabletter vid strålningsolyckor och nedfall samt evakueringsplan för flyttning av befolkning i en region. Resultatenheternas säkerhetsplaner och handlingskort för störningssituationer kompletterar planeringen av beredskapen.

I välfärdsområdet utarbetar varje enhet egen säkerhetssida. Säkerhetssidan innehåller enhetens säkerhetsplan, utredning om utrymningssäkerhet (de enheter som har lagstadgad skyldighet till det), räddningsplan för fastigheten (fastighetsägaren utarbetar), handlingskort och andra säkerhetsanvisningar som behövs i enheten. Särskild räddningsplan finns inte i enheterna. Uppgifterna på säkerhetssidan uppdateras alltid när ändringar sker i verksamheten/utrymmena.

Välfärdsområdets arbetstagare deltar minst vart 5. år i en utbildningsdag om säkerhet. Alla i enheten deltar varje år i säkerhetspromenaden som enhetens chef och kvalitets- och säkerhetspersoner ansvarar för.

Namnet på personen som ansvarar för tjänstenhetens beredskaps- och kontinuitetshantering och beredskaps- och kontinuitetsplan

Mikaela Ahlbäck-Strand, serviceenhetschef, 050 5181013

Enheten har utarbetat en säkerhetsplan, handlingskort och en utredning om utrymningssäkerhet är gjord. Dessa hittas elektroniskt i Laatuportti och en pappersversion hittas i personalens listkansli. Serviceenhetschefen ansvarar för att dessa är uppgjorda samt att de uppdateras. Förmannen informerar personalen om innehållet. Det ordnas regelbundet säkerhetsövningar. Dokumentation över deltagande finns. Årligen gör räddningsverket en brandsyn. Vid detta tillfälle deltar även

fastighetsverket. Utöver det gör fastighetsverket månatliga brandtester. Velfärdsområdet ordnar utbildning i säkerhet. Personalen deltar vart femte år i brandsläckningsövningar. Deltagande i säkerhetsutbildningen planeras in på arbetslistan. Genomgången utbildning dokumenteras i det utbildningskortet. Personalen har genomgått utbildningen hösten 24- våren 25.

Utredning om utrymningssäkerhet är senast uppdaterad 2.4.24

Enhetens säkerhetsplan är senast uppdaterad 31.10.24

Velfärdsområdet har uppgjort en beredskapsplan bestående av en allmän del samt tilläggsplaner. Personalen uppmanas att ta del av den allmänna delen via Laatuporttis utbildningsdel. Under sådana situationer där beredskapsplanen träder i kraft fortsätter enheten sin verksamhet. En viss förberedelse finns för att klara av att bedriva verksamhet trots störningssituationer. Exempel på detta är att det på avdelningarna finns tillgång till mat och att verksamheten har en reservgenerator.

5. UPPFÖLJNING AV EGENKONTROLL OCH RAPPORTERING

5.1 Uppföljning av kvalitet, riskhantering och rapportering

Om risker i välfärdsområdets verksamhet och egenkontroll rapporteras regelbundet till välfärdsområdets ledningsgrupper samt till sektionen för intern kontroll och riskhantering och styrelsen.

I enlighet med riskhanteringspolitiken ska man ingripa i identifierade risker med olika metoder i riskhanteringen. Även när beslut fattas ska man beakta de risker som lyfts fram i förhandsbedömningen av effekterna och aktivt följa hur riskerna utvecklas.

Vi utvärderar kontinuerligt vår verksamhet, såväl i det dagliga arbetet som genom auditeringar och inspektioner. Olika missförhållanden som rapporteras via Haipro/Spro är även de en del av kvalitetskontrollen. Personalen uppmanas att rapportera om missförhållanden. Anmälningarna kan även göras anonymt. Responsinsamling är en del av kvalitetsarbetet. Rai bedömningar görs åtminstone två gånger per år och resultatet av dessa ingår i kvalitetskontrollen.

5.2 Uppföljning och rapportering av hur egenkontroll genomförs

Ansvariga personen i tjänstenheten/enheten och hans personal har skyldighet att handla i enlighet med egenkontrollplanen och aktivt följa hur planen genomförs. Det handlar om att kontinuerligt och regelbundet kontrollera kvaliteten på tjänsterna som produceras och klient- och patientsäkerheten. Om brister upptäcks i verksamheten ska enheten vidta korrigerande åtgärder för att avhjälpa saken.

Tjänstenheten (resultatområdet) utarbetar med fyra månaders intervaller (perioderna 1.1.-31.4, 1.5.-31.8, 1.9.-31.12) **en uppföljningsrapport** om hur planen för egenkontroll och egenkontrollen genomförs och korrigerande åtgärder som förutsätts i den. Uppföljningsrapporten publiceras på välfärdsområdets webbsidor: Egenkontroll samt i tjänstenheten i samband med planen för egenkontroll.

Verksamhetsenheterna som hör till tjänstenheten (dvs. ifrågavarande resultatområde) bedömer och följer hur egenkontrollen genomförs i enheten och utarbetar med fyra månaders intervaller **en plan för utveckling av egenkontroll** som uppdateras enligt i kontrollen upptäckta korrigerings- och utvecklingsbehov. Utvecklingsplanen finns som bilaga till egenkontrollplanen som verksamhetsenheten utarbetat.

Serviceenhetschefen ansvarar för att egenkontrollplanen verkställs och att personalen handlar i enlighet med den. Det är i verksamhetens intresse att brister korrigeras. Genom regelbundna och öppna diskussioner säkerställs att egenkontrollplanen lever och motsvarar den dagliga verksamheten.

Som bilaga till egenkontrollplanen finns en uppföljning med plan för utveckling av egenkontroll. Bilagan byts med 4 månaders intervaller när rapporten om uppföljning av egenkontroll publicerats på organisationens hemsida. Resultatområdet ansvarar för att uppföljningsrapporten görs 3 gånger i året. Det övergripande ansvaret för uppföljning av korrigerande åtgärder och utvecklingsuppgifter på enheten är serviceenhetschefens, men alla i personalen förväntas vara delaktiga.

BILAGOR

Bilaga 1. Utvecklingsplan för egenkontroll

På verksamhets- och resultatsenhetens nivå görs uppföljning och bedömning av genomförandet av egenkontroll utgående från utvecklingsplanen för egenkontroll.

Planen uppdateras minst med fyra månaders intervaller (1.1–30.4, 1.5–31.8 ja 1.9–31.12) och alltid då behov av utveckling och korrigerande åtgärder framkommer.

Sammandrag av verksamhetsenhetens/resultatenhetens utvecklingsplan

Utvecklingsobjekt/ korrigerande åtgärd	Mål	Tidtabell/fördelning av ansvar/läge
Bristar i dokumentering	Personalen lär sig nya LifeCare	Våren2025
Säker läkemedelsbehandling	Tydliga instruktioner hur man avläser mediciner i LifeCare	Våren2025
Kompetenta vikarier	Då vi börjat använda Resurs pool/ Sotender kommer det många nya vikarier. Ordna med bra introduktion	Våren2025

Bilaga 2. Uppföljningsrapport om genomförandet av egenkontroll

Tjänstenhetens (resultatområdets) uppföljningsrapport om iakttagelser om genomförandet av egenkontrollen och åtgärder som vidtas på grund av dem. Rapportering med fyra månaders intervaller (1.1–30.4, 1.5–31.8 ja 1.9–31.12). Rapporten skrivs på organisationens enhetliga rapportunderlag (särskilt underlag) och publiceras på välfärdsområdets webbsidor.

Bilaga 3. Anvisningar och andra planer som stöder egenkontroll

Lista över tjänstenhetens/enhetens egna anvisningar och planer som stöder egenkontrollen, till exempel planen för läkemedelsbehandling.