



Mellersta Österbottens
vårdsområde

Mellersta Österbottens vårdsområde

Plan för egenkontroll inom socialservicen: Byrån för funktionshindersservice

Har godkänts av: Socialvårdens tillsynsteam 24.5.2023

Plan för egenkontroll inom socialservicen: Byrån för funktionshinderservice	1
1. Uppgifter om serviceproducenten	3
2. Utarbetande av plan för egenkontroll.....	3
3. Verksamhetsidé, värden och verksamhetsprinciper	4
4. Genomförande av egenkontroll	5
5. Klientens ställning och rättigheter	8
6. Egenkontroll av servicens innehåll	13
7. Klientsäkerhet.....	15
8. Behandling och dokumentering av klient- och patientuppgifter	18
9. Sammanfattning av utvecklingsplan.....	19
10. Uppföljning av planen för egenkontroll	19



1. Uppgifter om serviceproducenten

Serviceproducent

Mellersta Österbottens välfärdsområde Soite

FO-nummer 3221325-4

Verksamhetsenhet/service

Namn:

Sociala arbetet inom funktionshindersservicen

Gatuadress:

Strandgatan 16

Postnummer och postanstalt:

67100 Karleby

Kommunen där enheten är belägen:

Karleby

Serviceform, klientgrupp för vilken servicen produceras, antalet klientplatser:

Sociala arbetet inom funktionshindersservicen

Chef:

Veronica Joskitt

Telefonnummer:

050 555 0706

E-postadress:

veronica.joskitt@soite.fi

2. Utarbetande av plan för egenkontroll

Hur har planen för egenkontroll utarbetats och vem har deltagit i att utarbeta planen för egenkontroll:

Uppdateringsmöte 17.10.2023 Har uppdaterats av: serviceområdeschef Veronica Joskitt, ledande socialarbetare Lena Aho-Rintamäki och socialhandledare Päivi Luokkala.

Hur ser man till att personalen är delaktig i att utarbeta planen:

Man ber alltid personalen att delta i att göra upp planen.

Vem ansvarar för planeringen och uppföljningen av planen för egenkontroll, namn och kontaktuppgifter:

Veronica Joskitt, tfn 050 555 0706, veronica.joskitt@soite.fi

Uppföljning av planen för egenkontroll

Hur följer enheten upp och säkerställer att planen för egenkontroll är uppdaterad. Hur ofta uppdateras den:

Planen för egenkontroll uppdateras en gång per år och vid behov oftare om verksamheten eller kontaktuppgifterna ändras.

Offentlighet gällande planen för egenkontroll

Var är planen för egenkontroll framlagd i enheten:

En uppdaterad plan för egenkontroll hålls tillgänglig för allmänheten i väntrummet för enhetens klienter i enheten och på Soites webbplats, så att klienter, anhöriga och de som är intresserade av egenkontroll enkelt och utan särskild begäran kan ta del av planen.

Planen för egenkontroll läggs till som en del av introduktionsmappen och introduktionsperioden.

3. Verksamhetsidé, värden och verksamhetsprinciper

Verksamhetsidé

Vad är enhetens/servicens verksamhetsidé:

Att producera välbefinnande, likvärdighet och säkerhet genom tjänster och socialt arbete för personer med funktionsnedsättning som bor i välfärdsområdet Soites område.

Omsorgen om utvecklingshämmande och funktionshindersservicen producerar tjänster för sina klienter likvärdigt, högklassigt och med respekt för klientens självbestämmanderätt. Servicen hjälper klienten att klara sig självständigt, stöder klientens funktionsförmåga och minskar hindren för ett normalt liv. Målet är att göra det möjligt för klienten att handla som en självständig kommuninvånare som beslutar om sitt eget liv.

Omsorgen om utvecklingshämmande och funktionshindersservicen ordnas i första hand som grundtjänster som kompletteras vid behov med särskild service.

Värden och verksamhetsprinciper

Vilka är värdena och verksamhetsprinciperna som styr verksamheten:

Värdena hos Soite och byrån för funktionshinderservice:

- Ett respektfullt bemötande - varje människa är lika värdefull för oss, och vi bemöter hen på ett respektfullt sätt.

- **Mod** - vi tar modigt tag i ärenden i vardagen. Mod behövs i grundläggande uppgifter såväl inom klientarbetet i det sociala arbetet som inom strukturellt socialt arbete som har inriktning på att ändra samhället. Mod är att lita på det egna kunnandet och de egna möjligheterna att påverka.
- **Säkerhet** - vi gör det möjligt för en person med funktionsnedsättning att leva en trygg vardag och ger klienter trygghet i olika skeden av livet.
- **Delaktighet** - vi stärker klienternas delaktighet genom kommunikationsmetoder, gör klienter delaktiga enligt deras förmåga i planeringen av sina tjänster och i genomförandet av dem
- **Verkningsfullhet** - vi försöker att tillsammans med klienten hitta de tjänster som lämpar sig för hen och med vilka vi stöder hens aktörskap och delaktighet i samhället. Genom sektorsövergripande samarbete för vi den sakkunskap vi har inom det sociala arbetet inom funktionshinderservicen till andra verksamhetsområden, försöker utöka medvetenheten om funktionsnedsättningar och främjar delaktigheten hos personer med funktionsnedsättning till exempel när det är fråga om boende, rörlighet och att delta i arbete.
- **Likvärdighet** - vi bemöter våra klienter och varandra likvärdigt, vilket leder till välbefinnande eller producerar samhällelig nytta.

4. Genomförande av egenkontroll

Riskhantering

Identifiering av risker och missförhållanden samt korrigerande av dessa

Riskhanteringsprocessen är i praktiken en process för att genomföra egenkontroll. Där inriktas riskhanteringen på alla delar av egenkontrollen

En lista över instruktioner om att genomföra riskhantering/egenkontroll:

Till riskhanteringssystemet hör informationssystemet Anmälningar om negativa händelser och farliga incidenter (HaVa-ilmoitus), personalenkäter och klientresponsystemet.

Personalen gör en elektronisk anmälan om alla tillbud och om alla avvikelser som har skett en klient och skickar anmälan till sin chef för behandling. Information som har fått via riskhantering och respons utnyttjas i utvecklingsarbetet. Dessutom går serviceområdeschefen och köptjänst- och tillsynschefen igenom anmälningarna om negativa händelser och farliga incidenter (HaVa) och responsen gällande köpta tjänster med serviceproducenterna. Vid behov går man igenom responsen och anmälningarna om negativa händelser och farliga incidenter (HaVa-ilmoitus) också på ett personalmöte.

Identifiering av risker

I riskhanteringsprocessen kommer man överens om hur risker och kritiska faser i arbetet identifieras och hur egenkontroll ska riktas mot dem. Hur beaktas detta:

Serviceområdeschefen ansvarar för att personalen genomför riskhantering på de överenskomna tillvägagångssätten och för att personalen har fått introduktionsutbildning och utbildning i riskbedömning.

Genom riskhantering försöker man identifiera, avlägsna och minska risker som är betydande för verksamheten.

Personalen deltar i bedömningen av säkerhetsnivån och säkerhetsriskerna, utarbetandet av en plan för egenkontroll och genomförandet av åtgärder som förbättrar säkerheten.

Till riskhanteringsens natur hör att arbetet aldrig blir färdigt. Av hela personalen i enheten krävs engagemang, förmåga att lära sig av sina misstag och att leva i förändring, så att det är möjligt att erbjuda trygg och högklassig service. Expertisen hos olika yrkesgrupper kan utnyttjas genom att man gör personalen delaktig i planering, genomförande och utveckling av egenkontrollen.

HaVa är ett rapporteringsförfarande för och ett datatekniskt redskap vid händelser som äventyrar patient- och klientsäkerheten. Personalen gör en elektronisk anmälan om alla tillbud och om alla avvikelser som har skett en klient och skickar anmälan till sin närmaste chef för behandling.

Också klienter har möjlighet att göra en anmälan om en farlig incident via webbplatsen soite.fi.

Missförhållanden, risker och kvalitetsavvikelser behandlas vid behov vid enhetens möten. På arbetstagnivå reagerar man omedelbart när ett missförhållande upptäcks.

Anmälningsskyldighet

Har instruktionerna om förfaringssätten för hur personalens anmälningsskyldighet ska fullgöras tagits med i planen för egenkontroll:

I 48 § i socialvårdslagen (1301/2014) föreskrivs det om personalens anmälningsskyldighet. I paragrafens 2 moment föreskrivs det att en person som hör till socialvårdspersonal ska utan dröjsmål meddela den person som ansvarar för verksamheten om han eller hon lägger märke till eller får kännedom om ett missförhållande eller ett uppenbart missförhållande eller en uppenbar risk för ett missförhållande vid tillhandahållandet av socialvård för klienten. Den som har tagit emot anmälan ska underrätta den ledande tjänsteinnehavaren inom socialvården i välfärdsområdet om ärendet.

Enligt 49 § 1 momentet i socialvårdslagen ska den person som tar emot en anmälan vidta åtgärder för att rätta till missförhållandet eller avvärja risken för ett uppenbart missförhållande. Personen ska trots sekretessbestämmelserna underrätta regionförvaltningsverket om ärendet, såvida missförhållandet eller en uppenbar risk för ett missförhållande inte åtgärdas utan dröjsmål.

Nämns det i anvisningarna om förfaringssätten att inga negativa motåtgärder får vidtas mot den anmälade parten:

Ja.

Hur lyfter personalen fram de risker, missförhållanden och kvalitetsavvikelser som de har upptäckt i fråga om klientsäkerheten:

HaVa är ett rapporteringsförfarande för och ett datatekniskt redskap vid händelser som äventyrar patient- och klientsäkerheten. Personalen gör en elektronisk anmälan om alla tillbud och om alla avvikelser som skett en klient och skickar anmälan till sin närmaste chef för behandling.

Hur kan klienter och anhöriga lyfta fram missförhållanden, kvalitetsavvikelser och risker som de har märkt, och hur behandlas dessa:

Också klienter och anhöriga har möjlighet att göra en anmälan om en farlig incident via webbplatsen soite.fi. Klienten kan dessutom ringa klientservicenumret om hen upptäcker missförhållanden, kvalitetsavvikelser och risker. På arbetstagarnivå reagerar man omedelbart när ett missförhållande upptäcks.

Behandling av risker och missförhållanden som har upptäckts

En beskrivning av hur negativa händelser och tillbud dokumenteras, behandlas och rapporteras:

Behandlingen av avvikande händelser och tillbud omfattar dokumentering, analysering och rapportering av dem. Serviceproducenten har ansvaret för att utnyttja informationen från riskhanteringen i utvecklingsarbetet, men de arbetstagarna har ansvar för att se till att ledningen får informationen. I behandlingen av avvikande händelser ingår även diskussioner om dem med arbetstagarna, klienten och vid behov anhöriga. Om det inträffar en allvarlig avvikande händelse som orsakar följder som ska ersättas, informeras klienten eller en anhörig om hur man söker ersättning.

Korrigerande åtgärder

Beskriv uppföljningen och dokumenteringen av korrigerande åtgärder:

Incidenter och tillbud som anmäls via HaVa-systemet behandlas av enhetens chef, och man går vidare genom dem samt de korrigerande åtgärderna vid enheternas möten. Dokumentationen från anmä-

lan till korrigerande åtgärder görs i HaVa-systemet. Serviceområdeschefen och köptjänst- och tillsyns-
chefen går igenom anmälningarna om negativa händelser och farliga incidenter (HaVa) och responsen
gällande köpta tjänster med serviceproducenterna.

Klienten och hens närstående kontaktas snarast möjligt efter det skedda, och man kommer överens om
ett förfaringsätt på ett sätt som passar dem. De ges vid behov anvisningar om förfarandena gällande
anmärkning och klagomål samt social- och patientombudets kontaktuppgifter.

För kvalitetsavvikelser, tillbud och negativa händelser fastställs korrigerande åtgärder genom vilka man
ser till att situationen inte upprepas i fortsättningen.

Sådana åtgärder är bland annat att utreda orsakerna till situationerna och att därigenom göra tillväga-
gångssätten tryggare. Det görs uppföljningsdokumentation och uppföljningsanmälningar också om korri-
gerande åtgärder.

Händelserna behandlas, man söker en orsak till avvikelserna och fastställer korrigerande åtgärder.

Hur informeras personalen och andra samarbetspartner om överenskomna ändringar i arbetet och om
andra korrigerande åtgärder:

Man informerar om ändringar per e-post, vid möten, i promemorior och med meddelanden. Man kon-
takter utomstående samarbetspartner vid behov. Serviceområdeschefen och den ledande socialarbete-
ren ansvarar för informeringen

5. Klientens ställning och rättigheter

Hur utarbetas och uppdateras en klients service- och vårdplan:

När en anmälan om servicebehov eller en ansökan har inkommit gör arbetstagarna en bedömning av
hur brådskande ärendet är. Servicebehovet börjar utredas senast den sjunde vardagen, behovet av
brådskande hjälp omedelbart.

Utgångspunkten är att en bedömning av servicebehovet görs vid ett hembesök eller om detta inte är
möjligt eller annars ändamålsenligt, kallas klienten till ett personligt möte så att man får en fullständig
helhetsbild av klienten och hens situation. Vid behov kan bedömningen också göras via fjärranslutning.

En bedömning av servicebehovet innefattar:

- 1) en sammanfattning av klientens situation och behov av socialservice och särskilt stöd,
- 2) slutsatser av en yrkesutbildad person inom socialvården om förutsättningarna för en klientrelation,

3) klientens åsikt och syn på sitt servicebehov ifall det inte finns uppenbara hinder för bedömningen av servicebehovet i samarbete med klienten,

4) en bedömning av klienten och en yrkesutbildad person inom socialvården om behovet av en egen kontaktperson som avses i 42 §.

En serviceplan utarbetas utifrån en bedömning av servicebehovet i samarbete med klienten och vid behov klientens närstående och annan egen kontaktperson/egenhandledare. Serviceplanen uppdateras när servicen ändras eller i övrigt vid behov.

Vem har ansvaret för uppdatering:

Klientens egen kontaktperson.

Hur följer man med genomförandet av service- och vårdplanen och behovet av uppdatering:

Man följer med genomförandet av serviceplanen genom att vara i kontakt med klienten. När det gäller klienter som bor i enheter är också enhetens personal i kontakt i klientens ärenden. Behovet av att uppdatera serviceplanen kan följas med utifrån statistik och genom att skapa arbetstagar specifika påminnelser i klientdatasystemet om uppdatering av en plan.

Vilka mätare används för att bedöma en persons funktionsförmåga:

Vid bedömning av servicebehovet kan man bland annat använda/utnyttja självskattningsblanketterna Whodas 2.0 och Kykyri samt RAI-mätarna.

Hur görs klienten och/eller hans anhöriga och närstående delaktiga i att utarbeta och uppdatera service- och vårdplanen:

Utarbetandet och uppdateringen av en serviceplan görs i den omfattning klientens livssituation förutsätter och i samarbete med klienten och vid behov hans närstående och anhöriga samt andra aktörer.

På vilket sätt försäkras man sig om att personalen känner innehållet i vård- och serviceplanen och handlar enligt planen:

Man försäkras sig om personalens dokumenteringskompetens genom instruktioner, skolningar, handledning, introduktion och kontinuerligt utvecklingsarbete. Personalen på byrån för funktionshindersservice gör upp serviceplanerna tillsammans med klienterna.

Plan för vård och fostran vid vård utom hemmet inom barnskyddet

Hur utarbetas en plan för vård och fostran och hur följer man med genomförandet av planen:

Görs inte upp på byrån för funktionshindersservice.

Bemötande av klient och säkerställande av självbestämmanderätten

Hur stärker och säkerställer enheten genomförandet av det som är förknippat med klienternas självbestämmanderätt (till exempel rätten till privatliv, friheten att själva bestämma över sina dagliga aktiviteter och möjligheten att leva ett individuellt liv som passar en själv):

Grundprincipen för verksamheten är klientens självbestämmanderätt och respekt för individualitet, vilka beaktas i klientarbetet. Servicen planeras i samarbete med klienten och hans närstående utifrån yrkesmässiga bedömningar.

Vilka principer och praxis gällande stärkande av självbestämmanderätten har man kommit överens om och gett instruktioner om i enheten:

I enheten har man gett anvisningar om vad det är bra att lyfta fram vid diskussioner om att stärka självbestämmanderätten och hur ärenden kan dokumenteras. Ärenden gällande självbestämmanderätten bör lyftas fram och dokumenteras i klientuppgifterna (bedömning/plan).

Genom vilka konkreta åtgärder försöker man förebygga behovet av att använda begränsningsåtgärder: Genom omfattande bedömningar av servicebehovet som görs i samband med att klientens planer görs upp beskriver man klientens situation, och man försöker hitta de medel med vilka användning av begränsningsåtgärder kan förebyggas. I serviceplansdokumentet finns egna avsnitt relaterade till det här ämnet, och dessa går igenom när man gör upp planer. Man kan också fråga arbetsgruppen för självbestämmanderätten om dess syn på klientens situation.

Vilka begränsningsåtgärder vidtar man i enheten om det uppstår en situation där det är nödvändigt att begränsa en klients självbestämmanderätt:

Gäller inte byrån för funktionshindersservice.

Hur följer man med en klients välbefinnande under en begränsningsåtgärd:

Gäller inte byrån för funktionshindersservice.

Sakligt bemötande av en klient

Hur försäkrar man sig om att klienterna bemöts sakligt och hur handlar man om man lägger märke till osakligt bemötande:

En klients sakliga bemötande hör till grunderna för god förvaltning och är varje arbetstagares plikt när hen sköter sina arbetsuppgifter. Varje arbetstagare har skyldighet att meddela sin chef ifall hen märker att en klient bemöts osakligt.

Hur behandlar man osakligt bemötande, en negativ händelse eller en riskfylld situation som en klient har upplevt med klienten och vid behov med hans anhöriga eller närstående:

Klienten kan ge respons på missförhållanden som är relaterade till servicens kvalitet. Responsblanketten finns på webbplatsen www.soite.fi/sv. Om en klient upplever att hen har blivit osakligt bemött, utreder man ärendet tillsammans med hen och vid behov med hens närstående utan ogrundat dröjsmål. Vid behov råds de att göra en anmärkning om osakligt bemötande eller att kontakta social- och patientombudet. Ärendet behandlas i enlighet med instruktionen gällande behandling av respons.

Klientens delaktighet

Klienternas och de anhörigas delaktighet i att utveckla kvaliteten och egenkontrollen i enheten

Hur deltar klienter och deras närstående i utvecklingen av enhetens service och egenkontroll:

Soite har i bruk ett elektroniskt system för respons med hjälp av vilket man behandlar och statistikför all respons man får.

Klienten kan ge respons direkt i klientresponssystemet via webbplatsen soite.fi/sv. Skriftlig klientrespons kan också lämnas in i verksamhetsenheten låda för klientrespons. Skriftlig respons kan också ges till verksamhetsenheten i form av ett fritt formulerat brev.

Arbetstagarna informerar klienter om möjligheten att ge respons. Verksamhetsenheten ordnar klientresponsveckor i enlighet med verksamhetsområdets linje. Under dessa gör man effektiviserad insamling av klientrespons. Dessutom har Soite i bruk en chatt-tjänst via vilken klienten kan ge respons på verksamheten.

Funktionshindersservicen ber vid behov om ställningstaganden och utlåtanden av landskapets råd för personer med funktionsnedsättning om ärenden som är under beredning.

Inom verksamhetsområdet Omsorgen om utvecklingshämmande och funktionshindersservicen har det tillsetts en arbetsgrupp som består av representanter för stödföreningar för personer med funktionsnedsättning och representanter för Soites omsorg om utvecklingshämmande och funktionshindersservice. Arbetsgruppen har regelbundna möten. Arbetsgruppen behandlar verksamhetsområdets aktuella planer och hör stödföreningars ställningstaganden och ståndpunkter som stöd för planeringen av verksamheten.

Soite har också kundråd.

När det gäller service som stöder rörligheten har det grundats en styrgrupp som för sin egen del deltar i att utveckla verksamheten.

Hur och hur ofta samlas klientrespons:

Klientresponsveckor ordnas två gånger per år. Dessutom kan en klient ge respons via chatt-tjänsten vilken dag som helst eller genom att göra en HaVa-anmälan (anmälan om negativa händelser och farliga incidenter), genom att lämna in en skriftlig responsblankett om servicen eller genom att ringa klientservicenumret för byrån för funktionshinderservice.

Enhetens chef behandlar den klientrespons som har fått. Responsen behandlas vid behov med personalen vid gemensamma möten, och den beaktas när verksamheten utvecklas. Klientresponsen behandlas, statistikförs och klassificeras i det elektroniska klientresponsystemet. För de observerade missförhållandena fastställs utvecklingsåtgärder som genomförs samt dokumenteras i responsystemet.

Om klienten har bett om att få ett svar på sin respons, ska ett svar ges skriftligt eller per telefon inom två veckor. Den som ger svaret kan vara klientens egen kontaktperson eller chefen, beroende på vad det är fråga om.

På vilket sätt utnyttjas respons från klienter i utvecklingen av verksamheten och/eller i korrigeringen av den:

Enhetens chef behandlar den klientrespons som har fått. Responsen behandlas vid behov med personalen vid gemensamma möten, och den beaktas när verksamheten utvecklas. Klientresponsen behandlas, statistikförs och klassificeras i det elektroniska klientresponsystemet. För de observerade missförhållandena fastställs utvecklingsåtgärder som genomförs samt dokumenteras i responsystemet.

En klients rättssäkerhet

Socialombudsmannens kontaktuppgifter och uppgifter om servicen hen erbjuder:

Social- och patientombudet Anne-Mari Furu

Mariegatan 16-20, 67200 KARLEBY

mån - tors kl. 9.00 – 14.00

tfn 044 723 2309

anne-mari.furu@soite.fi

Kontaktuppgifterna för konsumentrådgivningen och uppgifter om den service som är tillgänglig via den:

Konsumentrådgivningens telefontjänst

mån, tis, ons och fre kl. 9.00 – 12.00 och tors kl. 12.00 – 15.00

tfn 09 5110 1200 (på finska)

tfn 09 5110 1201 (på svenska)

Hur behandlar enheten anmärkningar, klagomål och andra tillsynsbeslut och hur beaktas de när verksamheten utvecklas:

Mellersta Österbottens välfärdsområde Soite, Registraturen/Kirjaamo, Mariegatan 16-20, 67200 Karleby

Mottagaren av anmärkningen, hens tjänsteställning och kontaktuppgifter:

Tarja Oikarinen-Nybacka, socialdirektör

Mariegatan 16-20, 67200 Karleby

Tfn 040 804 2980

tarja.oikarinen-nybacka@soite.fi

Målet för hur länge behandlingen av anmärkningar tar:

1 - 4 veckor.

Egen kontaktperson/egen handledare

Har det utsetts en egen kontaktperson/en egen handledare/en egenvårdare för klienter:

Ja.

6. Egenkontroll av servicens innehåll

Verksamhet som stöder välbefinnande, rehabilitering och uppväxt

Hur främjas klienternas fysiska, psykiska, kognitiva och sociala funktionsförmåga i verksamheten:

Främjas genom tjänster som beviljas (bland annat dagverksamhet, personlig assistans).

Möjligheter till motion, kultur, hobbyer och till att vara utomhus osv. ordnas på följande sätt:

Genom att bevilja tjänster med hjälp av vilka klienten kan delta i dessa aktiviteter och genom att informera klienten om möjligheterna på orten (föreningsverksamhet, hobbygrupper).

Hur följer man med hur målen gällande klienternas funktionsförmåga, välbefinnande och rehabiliterande verksamhet uppnås:

Genom att uppdatera genomförande- och serviceplaner. Genom att vara i kontakt med klienten per telefon om hens tjänster.

Kost

Hur har matförsörjningen ordnats i enheten:

Gäller inte byrån för funktionshinderservice.

Hur beaktas klienters särskilda kost och begränsningar:

Gäller inte byrån för funktionshinderservice.

På vilket sätt följer man med klienters tillräckliga närings- och vätskeintag samt näringsstatus:

Gäller inte byrån för funktionshinderservice.

Hygienpraxis

Hur följer enheten med den allmänna hygiennivån:

Gäller inte byrån för funktionshinderservice.

Hur försäkras man sig om att den hygienpraxis som motsvarar klienternas behov genomförs i enlighet med de instruktioner som getts och i enlighet med klienternas servicebehov:

Gäller inte byrån för funktionshinderservice.

Hur har man ordnat städningen av bostadsrummen i enheten:

Gäller inte byrån för funktionshinderservice.

Hur har man ordnat städningen av enhetens allmänna utrymmen:

Som köpta tjänster 2 gånger/vecka.

Hur har man ordnat klädvården i enheten:

Gäller inte byrån för funktionshinderservice.

Hygienkontaktpersonens namn och kontaktuppgifter:

Gäller inte byrån för funktionshinderservice.

Hur förebyggs spridning av infektioner och smittsamma sjukdomar:

Genom att vid behov använda skyddsutrustning.

Hälso- och sjukvård

Hur försäkras man sig om att instruktionerna om klienters munhälsovård, icke-brådskande sjukvård, brådskande sjukvård och om plötsliga dödsfall följs:

Gäller inte byrån för funktionshinderservice.

På vilket sätt främjar och följer man med hälsotillståndet hos klienter med kroniska sjukdomar:

Gäller inte byrån för funktionshinderservice.

Vem ansvarar för klienters hälso- och sjukvård i enheten:

Gäller inte byrån för funktionshinderservice.

Hur följer man med och uppdaterar planen för läkemedelsbehandling:

Gäller inte byrån för funktionshinderservice.

Vem ansvarar för helheten gällande läkemedelsbehandling i enheten:

Gäller inte byrån för funktionshinderservice.

Begränsat läkemedelsförråd

Om enheten har ett begränsat läkemedelsförråd, har det gjorts en anmälan om det? Hur följer man med användningen av detta läkemedelsförråd och hur bedöms och övervakas användningen:

Gäller inte byrån för funktionshindersservice.

Sektorsövergripande samarbete

Hur har man ordnat samarbetet och informationsutbytet med andra tillhandahållare av service inom social- och hälsovården och med olika förvaltningsområden som ingår i klientens servicehelhet:

Vi deltar varje vecka i ett konsulterande team som består av flera aktörer och har också regelbundna samarbetsmöten med andra välfärdsområden. Funktionshindersservicen har vardagar kl. 8-14 i bruk ett myndighetsnummer som Soites personal och serviceproducenter kan ringa och bland annat be om råd eller lämna begäran om att bli uppringd i klienters ärenden.

7. Klientsäkerhet

Samarbete med säkerhetsansvariga myndigheter och aktörer

Förpliktelser som brand- och räddningsmyndigheten har ålagt (till exempel plan för utrymningssäkerhet):

Det finns en fastighetsspecifik räddningsplan.

Egenkontroll enligt hälsoskyddslagen

Hur hanterar man riskerna med anknytning till hur hälsosamma enhetens lokaler är:

Gäller inte byrån för funktionshindersservice.

Hur samarbetar man med andra myndigheter och aktörer som ansvarar för klientsäkerheten:

Klientsäkerheten beaktas kontinuerligt och regelbundet i verksamheten. Personalen på byrån för funktionshindersservice är kompetent och behörig.

Man har i bruk klientsäkerhetsplaner och instruktioner, och man deltar i relaterade skolningar och övningar. Man deltar i första hjälpen-skolning och så vidare.

Man ordnar intern och extern kvalitetsrevision.

Man har i bruk Laatuportti

Personalen

Antalet personal, personalstrukturen (personaldimensionering, utbildning och arbetsuppgifter):

1 Serviceområdeschef



1 ledande socialarbetare

5 socialarbetare

6 socialhandledare

1 servicerådgivare

1 hälsovårdare

Dessutom har det reserverats 3,0 byråsekreteraryrakanser för enheten

Hur följer man med personalens tillräcklighet i verksamhetsenheten i förhållande till klienternas servicebehov:

Kontroll av statistiska uppgifter.

På vilket sätt försäkras man sig om att personalresurserna är tillräckliga:

Man bedömer personalresursernas tillräcklighet genom kontinuerliga diskussioner. Vid behov anställer man mer personal tidsbestämt.

Vilka är principerna för att anlita vikarier:

Det är vid behov möjligt att anlita vikarier. Om det är fråga om ett kortvarigt vikariat, kan man försöka reservera en vikarie via Soites system för interna vikarier. Vid långvariga vikariat ordnar chefen personal.

Hur försäkras man sig om att ansvarspersonernas/de närmaste chefernas uppgifter organiseras så att det finns tillräckligt med tid för arbetet som närmaste chefer:

Principerna för rekrytering av personal

Hur försäkras sig arbetsgivaren om att arbetstagarna har tillräckliga språkkunskaper:

Arbetstagare har hänvisats till kurser i svenska. Man försäkras sig om språkkunskaper vid rekrytering, och i enhetens personal ingår både personer som kan finska och personer som kan svenska. Det är möjligt att använda tolk om det är fråga om främmande språk.

Vilka principer gäller vid rekrytering av personal till enheten:

Rekryteringen av personal behandlas i ledningsgruppen för Familjernas tjänster samt i Resursarbetsgruppen. Rekryteringen av personal styrs av arbetslagstiftningen och kollektivavtalen. I dessa fastställs både arbetstagarnas och arbetsgivarnas rättigheter och skyldigheter. När man rekryterar arbetstagare som arbetar i klienters hem och med barn beaktar man särskilt lämplighet och pålitlighet.

Hur beaktar man en arbetstagares lämplighet för arbetsuppgifterna och hens pålitlighet vid rekrytering:

När en ny person rekryteras till arbete kontrolleras hans identitet, arbetserfarenhet och studieprestationer. Behörigheten hos yrkesutbildade personer inom socialvården kontrolleras i JulkiSuosikki-registret. Personer som väljs till att arbeta med minderåriga ombes visa upp ett utdrag ur brottsregistret. När en person väljs till tjänst ber man hen visa upp ett utdrag ur brottsregistret. Personen visar upp utdraget ur brottsregistret innan hen tas i tjänst. Lagen tillämpas både på arbete som utförs i anställningsförhållande och på arbete som utförs i tjänsteförhållande. Om personen byter arbetsgivare, men uppgifterna inte ändras, ska den nya arbetsgivaren ändå kräva ett nytt utdrag ur brottsregistret.

Beskrivning av personalens introduktion och fortbildning

Hur sköts de anställdas och studerandenas introduktion i klientarbete och i att genomföra egenkontroll: Man följer introduktionsmodellen som har antecknats i introduktionsplanen. Ett introduktionskort används som hjälp vid introduktion. Valfärdsområdet har i bruk en webbkurs i introduktion, och denna utnyttjas i introduktionen. Enheten har i bruk introduktionsmaterial vilket uppdateras vid behov.

Hur och hur ofta ordnas det fortbildning för personalen:

Det utarbetas en skolningsplan årligen, och i den beaktas enhetens kompetensbehov. Fortbildning ordnas 3 - 10 dagar per år.

Verksamhetslokaler

Principerna för användning av lokaler:

På grund av distansarbete delar en del arbetstagare rum. När en arbetstagare är på plats, är arbetsrummet dock reserverat för den arbetstagare som är på plats, och hen kan arbeta ensam i sitt rum. Klienter utträttar ärenden på byrån enligt tidsbokning, under tjänstetid. Lokalerna är inte fullständigt hinderfria, och därför sköter den arbetstagare som klienten har bokat tid hos om att ta emot klienten. Enheten har ingen toalett med invalidutrustning.

Tekniska lösningar

Vilka tekniska lösningar har enheten i bruk för passagekontroll:

Gäller inte byrån för funktionshinderservice.

Vilka tekniska lösningar (som enheten har skaffat) har klienter i personligt bruk:

Gäller inte byrån för funktionshinderservice.

Hur försäkras man sig om att de säkerhets- och anropsanordningar som klienterna har i personligt bruk fungerar och att larmen besvaras:

Klienten meddelar om störningar till ett överenskommet telefonnummer.

Namnet på och kontaktuppgifterna för personen som har ansvar för säkerhets- och anropsanordningarnas funktionssäkerhet:

Gäller inte byrån för funktionshinderservice.

Hälso- och sjukvårdens produkter och utrustning

Hur ser man till att anskaffning, användarhandledning samt underhåll sköts korrekt i fråga om de hjälpmedel som klienter behöver och de medicintekniska produkter som enheten har i bruk:

Underhåll av personlyft 1 gång/år. KONE Oy underhåller personhissar enligt sitt eget schema.

Vid anskaffning av hjälpmedel följs allmänna instruktioner. Nödvändigt underhåll genomförs i enlighet med allmänna instruktioner och krav.

Hur ser man till att det görs korrekta anmälningar om riskfyllda situationer förknippade med produkter och utrustning för hälso- och sjukvård:

Gäller inte byrån för funktionshinderservice.

Namnet på och kontaktuppgifterna för personen som har ansvar för produkter och utrustning för hälso- och sjukvård:

Ansvarspersonen gällande hjälpmedel är Paul Granvik.

8. Behandling och dokumentering av klient- och patientuppgifter

Dokumentering av klientarbete

Hurudan introduktion får de anställda i dokumentering av klientarbetet:

Alla anställda undertecknar en användarförbindelse i vilken man går igenom den grundläggande informationen om datasekretess och datasäkerhet. Personalen ska genomgå en webbkurs i datasekretess och datasäkerhet vartannat år och få godkänt i kursens tentamen. Dessutom har enheten egna instruktioner om dokumentering av klientarbete. Man håller möten gällande dokumentering två gånger per år för personalen.

Hur försäkras man sig om att dokumenteringen av klientarbete sker utan dröjsmål och på korrekt sätt:

Enheten har en tabell för uppföljning av dokumentering.

Hur försäkras man sig om att enheten följer lagstiftningen gällande dataskydd och behandlingen av personuppgifter, anvisningar som utarbetats för enheten samt myndighetsföreskrifter:

Dataskyddsansvariga och administratörer genomför loggövervakning med syfte att följa med att personuppgiftslagen, lagen om patientens ställning och rättigheter och lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården följs.

Den ledande socialarbetaren borde göra stickprov i fråga om klientdokumentering och servicebeslut med ungefär 3 månaders mellanrum som en del av den interna kontrollen.

Socialdirektören har ansvar för socialvårdens klienthandlingar.

Hur sköter man introduktionsutbildningen och fortbildningen för personalen och praktikanter när det gäller behandling av personuppgifter och datasäkerhet:

Genom en webbkurs i dataskydd och datasäkerhet som genomgås vartannat år, genom en användarförbindelse och genom intern introduktionsutbildning samt Soites instruktioner.

Namnet på och kontaktuppgifterna för den dataskyddsansvariga:

Satu Tikkanen, satu.tikkanen@soite.fi, tfn 044 723 2343

Har det utarbetats en beskrivning för enheten gällande behandlingen av sekretessbelagda personuppgifter:

ja nej

9. Sammanfattning av utvecklingsplan

Utvecklingsbehoven som har konstaterats i verksamheten:

Utvecklingsuppgifterna preciseras under utvecklingsdagar som ordnas årligen. Kärnan i verksamheten är internt utvecklingsarbete. Det utses ansvarspersoner för utvecklingsarbetet. Verksamheten bedöms systematiskt i samband med månadsmöten. För närvarande är bytet av klientdatasystemet ett stort projekt på byrån för funktionshindersservice.

10. Uppföljning av planen för egenkontroll

Planen för egenkontroll godkänns och bestyrkas av verksamhetsenhetens ansvariga chef.

17.10.2023

Ort och datum



Veronica Joskitt

Underskrift och namnförtydligande