



Egenkontrollplan

Iris Jakobstad Ab

Malin Manninen

31.03.2025

Innehållsförteckning

1. Grunduppgifter om tjänsteproducenten och verksamheten.....	3
2. Tjänster, verksamhetsidé och principer	4
2.1 Verksamhetsidé	4
2.2. Principer och värderingar.....	4
3. Klientsäkerhet.....	5
3.1 Kvalitetsmässiga krav på servicen	5
3.2. Ansvar för tjänstens innehåll.....	6
3.3. Klientens ställning och rättigheter	6
3.4. Behandling av anmärkningar.....	10
3.5. Personal.....	10
3.6. Uppföljning av tillräckligheten för den personal som deltar i klientarbetet.....	11
3.7. Sektorövergripande samarbete och samordning av tjänster.....	12
3.8. Lokaler och utrustning.....	12
3.9. Medicintekniska produkter, informationssystem och användning av teknik	13
3.10. Plan för läkemedelsbehandling.....	14
3.11. Behandling av klientuppgifter och dataskydd	15
3.12. Beaktande av regelbundet insamlad respons och övrig respons.....	15
4. Egenkontrollens riskhantering	15
4.1. Ansvar för riskhantering, identifiering och bedömning av risker vid tjänsteenheten	15
4.2. Metoderna för riskhantering och behandling av missförhållanden och brister som framkommer i verksamheten	16
4.3. Uppföljning av och rapportering om riskhantering och säkerställande av kunskaper.....	17
4.4. Köptjänster och underleverans	18
4.5. Beredskaps- och kontinuitetshantering	18
5. Verkställande, publicering, uppföljning av genomförandet och uppdatering av planen för egenkontroll.....	18
5.1. Verkställande.....	18
5.2. Publicering, uppföljning av genomförandet och uppdatering.....	19

Versionstabell

Version:	Datum:	Uppdateringar:
2.0	28.8.2024	Ny plan enligt Valviras föreskrift 1/2024
2.1	22.11.2024	Kapitel 3.3, 3.5 och 4.4
2.2	31.3.2025	Kapitel 3.5, 3.6

1. Grunduppgifter om tjänsteproducenten och verksamheten

Verksamhetsenhetens namn: Iris Jakobstad Ab

FO-nummer: 2950550-4

Serviceenhetens förläggingskommun: Jakobstad

Serviceform; klientgrupp för vilken service produceras; antal klientplatser: Barnskyddsenhet 7 platser (dygnet runt-verksamhet)

Verksamhetsenhetens gatuadress: Gamla Pirilövägen 194, 68600 Jakobstad

Verksamhetsenhetens ansvariga föreståndare: Matilda Enlund (moderskapsledig) Malin Manninen, tel. 045 1493623, info@irisjakobstad.fi, matilda@irisjakobstad.fi

Tidpunkt för beviljande av regionförvaltningsverkets/Valviras tillstånd (privata enheter som tillhandahåller verksamhet dygnet runt):

1.1.2019

Service för vilken tillstånd beviljats:

Tillhandahålla verksamhet dygnet runt

Anmälningsskyldig verksamhet (privat socialservice)

Kommunens beslut om mottagande av anmälan: 12.11.2018

Tidpunkt för regionförvaltningsverkets registreringsbeslut: 17.12.2018

Tidpunkt för regionförvaltningsverkets registreringsbeslut: 14.7.2022 (Ändring av tillstånd för tillhandahållare av privat socialservice dygnet runt)

2. Tjänster, verksamhetsidé och principer

2.1 Verksamhetsidé

Iris Jakobstad Ab är en tvåspråkig barnskyddsenhet naturskönt beläget en bit utanför Jakobstad. Barnskyddsenheten har sju platser för öppenvårdsplacerade, brådskande placerade och omhändertagna barn i åldern 0-17 år. Den kunniga personalen tillgodoser en trygg uppväxtmiljö för de placerade barnen. Personalen samarbetar tätt med föräldrarna, skolan och det placerade barnets sociala nätverk, för att skapa en fysiskt, psykiskt och socialt trygg miljö som stöder barnets uppväxt.

Iris vill erbjuda högklassig privat social service inom barnskyddet, där barnets bästa alltid står i fokus. Vi erbjuder ett tryggt hem för en kortare eller längre tid. Vi jobbar för att stärka, stöda och framhäva de styrkor individen har. Vi jobbar med att stärka identitet, hälsa och självständighet samt öka barnens, de ungas och föräldrarnas delaktighet.

Personalen på Iris strävar till att alltid involvera föräldrarna i barnets vardag och samarbeta med dem, även i svåra situationer. På Iris Jakobstad Ab får barnet ett tryggt hem. Vi strävar efter att erbjuda en hemlik miljö där vi kan hjälpa barnet/den unga att hitta fungerande och hållbara rutiner i vardagen. Vi vill ge barnet/den unga möjlighet till en mångsidig vardag, och vi strävar till att alla skall ha en fritidssysselsättning som ger mervärde i vardagen. Dialogen mellan personal och barn är respektfull och vi vill ge barnet bästa möjliga vård och omsorg. Det nära samarbetet med barnets stödnätverk är av stor vikt för oss. Tillsammans jobbar vi mot de gemensamma målen som bestämts med socialarbetaren och familjen. Vi återkopplar ständigt till klientplanen och barnets plan för vård och fostran.

Barnets och den ungas möjlighet att göra sin röst hörd och känna sig delaktig i de beslut som rör hen är personalens högsta prioritet. Personalen strävar till att alltid då det är möjligt att låta klienterna vara med och bestämma om saker som berör dem. Genom egenhandledarmodellen skapas trygga relationer där barnet kan ta upp också svåra saker. Egenhandledaren känner till det som rör barnet extra bra och är insatt i alla aspekter av barnets liv. Egenhandledaren är en vuxen som fungerar som ett speciellt stöd i den ungas/barnets liv.

2.2. Principer och värderingar

Iris har en erfaren och kompetent personalgrupp, där professionalitet betonas, som i samverkan med klienten kan skapa ett gott förändringsarbete. Ett viktigt inslag för att möjliggöra en god omvårdnad är också att personalen får goda möjligheter till kompetensutveckling. Iris satsar strategiskt på personalvård, frekvent handledning och vidareutbildning.

Förhållningssätt emot såväl klienter som anhöriga och uppdragsgivare genomsyras av respekt för individualitet, transparens och medbestämmande. Iris övertygelse är att detta arbetssätt genererar bästa tänkbara boende- och behandlingsklimat för samtliga berörda parter och bästa möjliga resultat.

På Iris är det viktigt med klienternas självbestämmanderätt och delaktighet. Iris vill skapa ett tryggt hem med trygga rutiner och trygga vuxna, där man alltid lyfter fram det goda i individen. Genom att göra klienten delaktig i sina ärenden stärks självbestämmanderätten känslan av kontroll över sitt liv.

3. Klientsäkerhet

3.1 Kvalitetsmässiga krav på servicen

Verksamheten bygger på det krav som ställs i Barnskyddslagen (417/2007), som utgör branschens speciallagstiftning. Andra lagar som styr verksamheten är Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000) och Lagen om behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården (703/2023).

Personalen ansvarar för att rapportera brister och risker i verksamheten som upptäcks. Detta kan göras genom en särskilt framtagen blankett, avsedd för detta ändamål. För att utreda klienternas åsikter används en (anonym) blankett avsedd för ändamålet. Även en blankett för vårdnadshavare eller anhöriga finns för att få respons på verksamheten.

Klientsäkerheten upprätthålls och utvecklas genom att regelbundet och alltid vid ändringar uppdatera planer i anknytning till klientsäkerhet, såsom räddningsplan, riskbedömning, informationssäkerhetsplan och läkemedelsbehandlingsplan. Även övningar och skolningar, såsom brandövningar och läkemedlesskolningar, hålls regelbundet eller vid behov för att upprätthålla klientsäkerheten.

Orsaker som har lett till negativa händelser eller tillbud reds ut så att man kan övergå till säkrare praxis. Utrymmena och apparaterna hålls i gott skick och de underhålls regelbundet. Vårdåtgärderna i arbetet med klienter samt rapporter skrivs in i myneva.nappula för att säkerställa klientsäkerheten.

3.2. Ansvar för tjänstens innehåll

Verksamheten leds av enhetschefen, som ansvarar för verksamhetens innehåll och kvalitet. Det finns en biträdande enhetschef som sköter ärenden vid enhetschefens frånvaro.

På enheten finns en läkemedels- och vårdansvarig sjukskötare som ansvarar för hälso- och sjukvårdsfrågor.

3.3. Klientens ställning och rättigheter

Klientens servicebehov bedöms av klientens ansvariga socialarbetare. I bedömningen deltar också klienten själv och vid behov klientens anhöriga eller företrädare. Klienten placeras på barnskyddsenheten genom beslut av socialarbetaren.

Personalen på barnskyddsenheten Iris kan kontakta klientens ansvariga socialarbetaren och be om en ny bedömning av servicebehovet. Egenhandledaren har en nära kontakt med klienten och bedömer kontinuerligt behovet av olika vård- och stödåtgärder. Klienterna diskuteras regelbundet på klientmöten med personalen deras behov bedöms.

Klienten kan ge feedback och uttrycka sina önskemål direkt till personalen. Information samlas också in regelbundet, genom uppföljning på feedback-blanketter. Personalen på enheten strävar också till att ha en aktiv dialog med våra samarbetspartners för att kunna utveckla vår service på bästa möjliga sätt. Klienternas åsikter hörs genom anonyma blanketter. Det ordnas varje vecka husmöte där klienterna får komma till tals och påverka innehållet i verksamheten. I klientspecifika ärenden hörs enskilda klienter.

Det ordnas regelbundet egenhandledartid för klienten tillsammans med egenhandledaren. Syftet med egenhandledarskapet är att bygga upp en förtrolig relation och då skapas också möjligheter att ta upp saker och höra klienternas åsikter och synpunkter på ett mera ingående sätt.

Personalen uppmuntrar alltid klienten att vara med på de möten som hålls. Egenhandledaren och i vissa fall enhetschefen diskuterar och förklarar också för klienten mötenas innehåll och syfte, både före och efter mötena, för att öka förståelsen och möjligheten att delta och påverka. Diskussioner hålls på en konkret nivå och hänsyn tas till klientens utvecklingsnivå.

Under placeringstiden på Iris har handledarna nära kontakt med klientens närstående, ansvaret ligger främst på klientens egenhandledare. Ibland kan det vara en god idé att även annan personal än klientens egenhandledare har kontakt till de närstående, speciellt i de fall där samarbetet upplevs komplicerat. I en del fall har också enhetschefen kontakt med anhöriga.

Egenhandledaren, andra handledare samt enhetschefen, håller en kontinuerlig dialog med klienternas närstående för att på så sätt få feedback på vår verksamhet. Vi vill att tröskeln att

diskutera eventuella problem och utvecklingsmöjligheter skall hållas mycket låg. Samtal och diskussioner för att utreda önskemål och åsikter hålls också.

Personalen behandlar klientresponsen på enheten och strävar efter att beakta önskemålen i verksamheten i mån av möjlighet. Vid behov kan klientrespons tas upp under personalmöten och diskuteras.

Personalen ska informera enhetschefen om osakligt bemötande eller kränkande beteende mot klienten, även uppenbara risker för missförhållanden ska meddelas. Den anställda fyller i blanketten för rapportering om våld och hotfulla situationer för att beskriva det osakliga eller kränkande beteendet. Enhetschefen tar upp ärendet med den anställda som betett sig osakligt eller kränkande och vidtar vid behov arbetsledningsåtgärder (bland annat varning, uppsägning). I första hand används korrigerande diskussioner och i mån av möjlighet reds saken ut med berörda parter och enhetschefen.

Personalen har i uppgift att se till att inte heller klienterna bemöter andra klienter osakligt och vid behov ska personalen vidta behövliga åtgärder. Personalen ska fylla i blanketten för rapportering om våld och hotfulla situationer gällande negativa händelser eller risksituationer mellan klienterna. Enhetschefen behandlar anmälan. Vid behov tas den inträffade negativa händelsen eller risksituationen upp till diskussion med klienten och eventuellt med klientens anhöriga.

Om klienten är missnöjd med den service och det bemötande som hen har fått, kan klienten ta kontakt med ledaren på verksamhetsenheten eller vända sig till ansvariga socialarbetaren eller socialombudet. Klienten har även rätt att framställa en anmärkning till den som ansvarar för verksamhetsenheten.

Personalen och de boende har bekantat sig med planen för gott bemötande och strävar efter att följa den i den vardagliga verksamheten. Planen för gott bemötande har också behandlats på enheten med klienterna genom att det gjorts en överskådlig tavla med gemensamt överenskomna regler för bemötande. Denna är placerad synligt på enheten. En uppdatering av planen och en ny övning kring detta är planerad till hösten 2024.

De klienter som är missnöjda med bemötande tar upp saken med den person som gett vård eller med dennes chef. Det kan vara möjligt att rätta till missförhållandet genom diskussionen. En anmärkning kan också ges till enhetschefen skriftligen. Enhetschefen och ledningen beaktar anmärkningar, klagomål och andra tillsynsbeslut i utvecklingen av verksamheten. Målet är att anmärkningarna behandlas så snabbt som möjligt, enhetschefen behandlar anmärkningarna inom en veckas tid efter att de har kommit till känna.

Om klienten fortsättningsvis är missnöjd med bemötandet eller förfaringsättet, kan klienten göra en anmärkning till ansvariga socialarbetaren. Anmärkningen ska helst göras skriftligen. Klienten ska i anmärkningen redogöra så detaljerat som möjligt för de angelägenheter som hen

är missnöjd med angående de socialvårdstjänster som tillhandahållits klienten. Vid behov bistår personalen vid detta.

Socialombudet informerar om klientens ställning och rättigheter enligt lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000). Socialombudet kan vara stödperson eller förmedlare i svåra socialvårdsfrågor. Socialombudet ger råd och assisterar klienterna i att göra upp anmärkningar. Därtill följer socialombudet upp hur klienternas ställning och rättigheter utvecklas i välfärdsområdet och ger årligen en rapport till social- och hälsovårdsnämnden.

Socialombud

Tfn: 040-507 9303 (måndag-fredag 08:00-14:00)

sosiaaliasiamies@ovph.fi

Besöksadress: Korsholmsesplanaden 44, 65100 Vasa

Konsumentrådgivningen är en riksomfattande service som ger information om konsumentens rättigheter och medlingshjälp i tvister mellan konsumenter och företag.

Konsumentrådgivarna svarar på numret 09 5110 1201 (mån-ons, fre kl. 9-12, tors kl. 12-15) eller via en webb-blankett (<https://www.kkv.fi/sv/konsumentarenden/konsumentradgivning/>).

Klienter kan även vända sig till Regionförvaltningsverket för att lämna ett klagomål vid misstanke om ett felaktigt förfarande eller försummelse. Ett klagomål kan lämnas på en elektronisk blankett eller på en blankett som lämnas till Regionförvaltningsverket via krypterad e-post. Ett klagomål kan inte göras anonymt, men man kan göra det å någon annans vägnar med fullmakt.

<https://avi.fi/sv/valj-arende/privatperson/tillsyn-och-klagomal>

Man kan även vända sig till Riksdagens justitieombudsman för att göra ett klagomål. Om man misstänker att en tjänsteman brutit mot lagen eller försummat sina skyldigheter kan man göra ett klagomål. Ett klagomål kan även göras ifall man misstänker att någons grundläggande eller mänskliga rättigheter inte har tillgodosetts. Ett klagomål kan göras på en blankett eller via hemsidan. Ett klagomål till Justitieombudsmannen kan inte göras anonymt.

Postadress: Riksdagens justitieombudsman, 00102 Riksdagen

Fax: 09 432 2268

E-post: ombudsman@riksdagen.fi

Skyddad e-post: <https://turvaviestieduskunta.fi/?lang=sv>

Skriv som mottagarens adress: oikeusasiamies@eduskunta.fi

Det går också bra att lämna in klagomålet personligen på JO:s kansli, Arkadiagatan 3, Helsingfors, kl. 9 -15.

<https://www.oikeusasiamies.fi/sv/klagomal-till-finlands-jo>

Ett beslut som fattas av en tjänsteman kan överklagas till förvaltningsdomstol. Exempel på detta är beslut om placering, men även beslut om begränsande åtgärder fattade på barnskyddsenheten kan överklagas. För närmare information om vilka beslut som kan överklagas se Handlingsplan vid begränsningar. En överklagan på ett beslut skall lämnas till förvaltningsdomstol inom 30 dagar från dagen då beslutet delgivits klienten. Närmare information om överklagan bifogas alltid till beslut som kan överklagas.

Innan begränsande åtgärder kontaktas ansvariga socialarbetaren i mån av möjlighet. Begränsningar vidtas alltid för att säkra klientens säkerhet och hälsa. På enheten så finns det en handlingsplan för hur man skall gå tillväga vid begränsande åtgärder. Stor vikt läggs på att förhindra situationer där begränsningar kan bli aktuella, i det arbetet är Plan för gott bemötande ett viktigt verktyg.

Om begränsande åtgärder blir nödvändiga är det för att trygga klientens liv och hälsa. Så lite som möjligt ska begränsas och en begränsande åtgärd tas bara i bruk ifall det inte finns någon annan lösning. Stor vikt läggs vid att vardagen och självbestämmanderätten bevaras även under begränsande åtgärder. En begränsning ska också med låg tröskel kunna avbrytas ifall behovet inte längre kvarstår.

Plan för vård och fostran är ett viktigt verktyg för det dagliga arbetet. Planen görs så fort som möjligt efter att en placering inleds, dock senast inom två veckor. Därefter görs en ny plan var sjätte månad, dock oftare vid behov. Är det fråga om kortare placeringar behöver planen göras fortare och med kortare intervaller. Efter varje möte med placerande socialarbetare bedöms ifall en ny plan behöver göras.

Plan för vård och fostran görs på basen av klientplanen som den ansvariga socialarbetaren gjort upp. Ifall en sådan inte finns att tillgå görs plan för vård och fostran på basen av de möten och diskussioner som hållits med socialarbetaren. Så fort en klientplan sedan finns att tillgå uppdateras planen för vård och fostran.

Varje månad skrivs av egenhandlarna en månadsrapport som sänds till placerande socialarbetare och närstående. I månadsrapporten ska innehållet från Plan för vård och fostran återspeglas och man ska reflektera över hur målen uppnås och vilka åtgärder som gjorts. Vi klientmöten är egenhandledaren tillsammans med enhetschefen föredragande för klienten i fråga och då uppdateras alla i personalstyrkan. Alla i personalen förutsätts hålla sig uppdaterade och insätta i all dokumentering kring klienterna.

3.4. Behandling av anmärkningar

Anmärkningar som kommer till enhetschefen behandlas så fort som möjligt. Anmärkningar ska helst göras skriftligen, men kan även framföras muntligen i undantagsfall. Vid behov kan egenhandledaren bistå. Anmärkningar behandlas av enhetschefen och vid behov tas de vidare till ledningsgruppen. Resultatet och åtgärderna ska dokumenteras skriftligen.

Alla i personalen har ansvar för att rapportera de missförhållanden eller risksituationer som framkommer under arbetet. För detta kan med fördel blanketten för rapportering om tillbud användas. Dessa behandlas såsom ovan.

3.5. Personal

Minimiantalet anställda är 7+1 anställda, för tillfället enligt följande; 3 socionomer, 1 sjukskötare, 2 närvårdare, 1 ungdoms- och fritidsinstruktör samt enhetschef. Enhetschefen och en handledare är på plats dagtid, två handledare kvällstid. Nattetid (22-07) är en handledare på plats.

Vikarier anlitas vid behov. Möjligheterna till interna arbetsarrangemang inom enheten bedöms först. I praktiken har detta lett till mindre personalomsättning och en tryggare vardag för såväl klienter som personal. Tillräckligheten av personalresurserna säkerställs genom att anlita behöriga och inskolade vikarier. Semestervikarierna rekryteras i god tid.

Det finns en vikariebank med färdigt inskolade, behöriga vikarier som kan rycka in ifall man inte kan ordna personalbehovet med interna arbetsarrangemang. Vikarier används också vid planerad frånvaro. Man strävar till att ha några vikarier som kan rycka in för att inte personalomsättningen ska bli så stor.

Bara behöriga vikarier anlitas. I första hand personer med socionom- eller sjukskötarexamen eller närvårdare. Vikarier skolas in på förhand och kontaktas vid behov. Vid inskolningen kontrolleras behörigheten genom Julkiterhikki/JulkiSuosikki. Ifall personen inte hittas där uppmanas hen utan dröjsmål uppvisa betyg istället. Vid oklarheter kring behörigheter kontaktas Regionförvaltningsverket.

Arbetstagarens lämplighet och behörighet för uppgiften granskas i anställningsintervjun, från skolbetyg och arbetsintyg, registret för yrkespersoner inom social- och hälsovården och vid behov med arbetssökandens tillstånd hos tidigare arbetsgivare. Också timanställda vikarier rekryteras på samma sätt. Utdrag ur brottsregister kontrolleras så fort som möjligt efter en anställning, detta gäller såväl ordinarie som vikarier. Utdrag ur brottsregistret bör uppvisas inom en (1) vecka efter påbörjad anställning.

Nya vikarier deltar i regel i 1-2 inskolningsskift. Det finns en manual för inskolningarna och en checklista för att säkerställa att all väsentlig information ges. I mån av möjlighet är sedan de första skiftena på enheten tillsammans med erfaren personal.

Enhetschefen på enheten ansvarar för rekrytering av nya arbetstagare. Anställning för ordinarie personal dock genom styrelsen, men vikarier med enhetschefens godkännande. Enhetschefen påbörjar inskolningen och utser sedan en handledare som ansvarar för inskolningen under inskolningsskiftet/-skiftena. För inskolningen finns en inskolningsmanual tillhanda och en checklista som undertecknas av både den nyanställda och den som ansvarat för inskolningen.

För studerandena utses en handledare bland personalen på enheten. Handledaren skolar in studeranden i arbetet och är studerandens stödperson under hela praktikperioden. Handledaren gör mellanbedömningar och godkänner praktikperioden. Inskolningen sker under arbetstid vid sidan av de ordinarie arbetsuppgifterna. Studerande som är på praktik kan inte samtidigt arbeta på enheten, utan gör det i så fall vid sidan av praktiktiden. På enheten strävar man till att bara ta så många studerande åt gången att de kan få en lärorik praktikperiod.

Det ordnas intern utbildning för enhetens personal. I budgeten reserveras det även ett anslag för utbildning av personalen utanför huset. De arbetstagare som deltagit i utbildning delar med sig av de lärdomar de fått till kollegerna. Vi strävar till att personalen skall få en mångsidig fortbildning för att få verktyg att hantera de utmaningar som finns i arbetet. På personalmöten diskuteras vilken form av fortbildning som önskas av personalen själv. Även enhetschefen bedömer vilka former av utbildning som behövs.

Det görs upp en plan för fortbildningsperioden. Perioden sträcker sig från september till augusti. Planen förvaras tillsammans med fortbildningskortet. Utanför arbetstid uppmuntras personalen att delta i föreläsningar och utbildningar. På egen tid får man delta i föreläsningar som bekostas av arbetsplatsen, såsom föreläsningar på Arbis o dylikt.

3.6. Uppföljning av tillräckligheten för den personal som deltar i klientarbetet

Ifall ett stort personalbortfall orsakar situationer på enheten där man inte kan säkerställa kvaliteten kommer i sista hand någon från ledningsgruppen in. Vid sjukdomsutbrott eller olyckor som skulle drabba hela personalen utreds möjligheterna till nödarbete. Nödarbete är bara möjligt att utföra ifall det annars skulle förekomma fara för klienternas liv och hälsa.

Verksamheten planeras i mån av möjlighet till de resurser som finns tillgå. Om man på förhand vet om situationer som kräver större bemanning än annars planeras detta in i arbetslistan. Vikarier eller annan personal kallas in med enhetschefens godkännande.

Den kommande veckan planeras på veckomöte som hålls på fredagar tillsammans med ledningsgruppen. Då kontrollerar man veckans program och personaltillgången. Varje dag kontrolleras också programmet och skiftesansvariga planerar dagen och programmet.

3.7. Sektorövergripande samarbete och samordning av tjänster

För att upprätthålla en god vård och kunna följa de mål som satts upp är samarbete med andra sektorer mycket viktigt. I regel sköts samarbete med hälso- och sjukvården, barnskyddet, dagvården, grundutbildningen, andra stadiets utbildningar och hobbyverksamheten från enheten. Ansvar för detta ligger på egenhandledaren, med hjälp av enhetschefen och vårdansvariga handledaren. Individuella lösningar kan alltid förekomma, och exempelvis involveras närstående och vårdnadshavare i mån av möjlighet. Ansvar för att kontrollera och följa upp ligger ändå kvar på enhetens personal.

3.8. Lokaler och utrustning

Det finns gemensamma allmänna utrymmen på enheten. Klienterna kan fritt använda de gemensamma utrymmena. Köket är ändamålsenligt och används för matlagning. Det finns allmänna utrymmen att umgås på och där man kan samlas. På tredje våningen finns också ett tv-rum, mötesrum och utrymme för lek eller pyssel.

Klienterna har ett eget rum på enheten, rummet förblir klientens under hela placeringen. Även om klienten är borta en längre tid får rummet inte användas. Rummet är möblerat men kan inredas med egna möbler, tavlor och gardiner så att rummet känns hemlikt. Klientens privatliv respekteras bl.a. genom att personalen alltid knackar på dörren innan man går in i klientens rum. Personalen ser även till att andra klienter eller utomstående personer inte går in i klientens rum. Dörrarna till klienterna rum hålls stängd då klienten inte är på enheten. Alla klientrum är belägna på mellanplan och har nödutgångar.

På enheten finns tre wc för klienternas bruk och en för personalen. Det finns pojk- och flickwc samt duschutrymmen. Det finns en städskrubba som är låst och tvättstuga i samband med personal-wc:n. Det finns mycket förvaringsutrymme i källaren, både låsta och olåsta.

Gårdsplanen är stor och gränsar till ett skogsparti. Det finns goda möjligheter att vistas utomhus och leka eller ägna sig åt fritidsintressen.

De allmänna lokalerna städas regelbundet av personalen och klienterna ansvarar för städande av sitt rum på enheten. Vid behov uppmanas klienten att städa sitt rum. Klientrummen städas regelbundet varje vecka av klienten, med stöd och handledning av personalen. För närmare information om hygien se Städplan.

Klienternas kläder tvättas av klienterna själva, en del av tvätten tvättas av personalen. På enheten finns tvättmaskin, torktumlare samt torkställningar.

Miljöhälsan Kallan har senast granskat verksamheten 25.6.2023. De uppmaningar som då gavs har åtgärdats 28.2.2024. Senaste inspektionsrapport är daterad 22.3.2024.

Verksamheten är uppdelad på tre olika våningsplan, det finns trappor mellan våningarna och på mellanplan finns det dessutom nivåskillnader. Det finns ledstänger att hålla sig i i trapporna och på trappstegen finns halkskydd.

Fastighetens planlösning gör att enheten är svåröverblickbar. Alla klientrum finns dock på mellanvåningen och kansliet är centralt beläget. Det finns också flera utgångar och nödutgångar. Alla utgångar är larmade för att göra det lättare att ha överblick över fastigheten.

Fastigheten ägs av Iris Jakobstad Ab och styrelsen ansvarar för underhållet av fastigheten. En blankett används för anmälan av reparationsbehov och underhåll. Blanketten finns tillgänglig på enheten och lämnas i ett fack avsett för detta ändamål.

För underhåll på utsidan, såsom gräsklippning och dyl. används fma Anders Holmqvist. För vägunderhåll används Ab J. Åkerlund Oy. PH-bygg Ab anlitas för underhåll av fastigheten. TPR Service, sköter enligt serviceavtal årligt underhåll av avloppssystem. Vid akuta problem hittas kontaktinformation nedan:

TPRservice: 0400 368978

En PTS-plan (pitkän tähtäinmen suunnitelma) för det långsiktiga underhållet av fastigheten utarbetas under hösten 2024 av styrelsen med hjälp av PH-bygg Ab.

Det finns lite tekniska utrustning på enheten. Det används vanliga hushållsmaskiner som underhålls av lokala montörer vid behov. I första hand kontaktas Esse el-byrå. För närmare information om informationssystem och datautrustning se Informationssäkerhetsplanen.

3.9. Medicintekniska produkter, informationssystem och användning av teknik

De hjälpmedel som klienterna behöver anskaffas från hjälpmedelscentralen i samråd med fysioterapeut, ergoterapeut och barnskyddsenhetens personal och vårdansvariga handledare.

Egenkontrollplan
Iris Jakobstad Ab

Personalen, fysioterapeut eller ergoterapeut instruerar klienten i användningen av hjälpmedel. Leverantören av apparaten eller ergoterapeuten instruerar personalen i användningen av apparaterna. Bruksanvisningarna finns till personalens förfogande på enheterna. Enhetschefen svarar för utbildningar i användningen av apparaterna för personalen.

Då nyanställda inskolats i arbetet får de även lära sig hur de olika hjälpmedlen används. På alla apparater inom hälsovården som klienterna använder finns ett uppföljningssystem för att säkerställa en trygg användning av apparaterna.

Uppföljningssystemet upprätthålls av den person som ansvarar för apparaterna på enheten. I uppföljningssystemet skrivs in bl.a. grundläggande uppgifter för de apparater som enheten förfogar över, uppgifter om användarutbildningen, tidsschema för underhåll och uppgifter om eventuella risksituationer som inträffat i användningen. Om risksituationer som förorsakats av produkter och utrustning för hälso- och sjukvård ska alltid en blankett för anmälan om risksituationer från användaren fyllas i.

För tillfället används ingen medicinteknisk utrustning på enheten. Ifall det aktualiseras uppdateras denna plan på tillbörligt sätt.

Det system som används för informationshantering på enheten är myneva.nappula. Det kontrolleras regelbundet genom Valviras register att det är godkänt för användning. Vidare information om användning, säkerhet, utbildning och andra krav som ställs finns i Informationssäkerhetsplanen. Även information om rapportering av avvikelser finns i Informationssäkerhetsplanen. Ansvar för att planen uppgörs och uppdateras ligger på enhetschefen.

3.10. Plan för läkemedelsbehandling

Läkemedelsbehandlingsplanen uppdateras alltid vid förändringar i verksamheten som kräver förändrade arbetssätt, t.ex. då bestämmelser, verksamheten eller förhållandena förändras. Annars uppdateras planen årligen. Den vårdansvariga handledaren ansvarar för uppdateringarna. Läkemedelsbehandlingsplanen godkänns av den läkare som ansvarar för läkemedelsbehandlingen som helhet. De ändringar som görs i läkemedelsbehandlingsplanen behandlas på personalmöten.

Vid nyanställningar går enhetschefen och den vårdansvarige sjukskötaren igenom att den nyanställda har de medicinlov som krävs på enheten.

Vårdansvariga sjukskötaren med gedigen kunskap om läkemedel och deras administration ansvarar för läkemedelsbehandlingen vid enheten. I Läkemedelsplanen specificeras vilka uppgifter de olika yrkesgrupperna har i läkemedelsbehandling.

Som vårdansvarig handledare fungerar sjukskötare (YH) Malin Manninen.

3.11. Behandling av klientuppgifter och dataskydd

Som dataskyddsansvarig fungerar enhetschef Matilda Enlund.

Som dataskyddsombud fungerar Minna Holmgård och Lidia Lehtinen-Jokela.

Närmare information hittas i Informationssäkerhetsplanen som är gjord för att uppfylla de lagstadgade kraven som ställs i Lagen om behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården (703/2023) och THL:s föreskrift 3/2024.

3.12. Beaktande av regelbundet insamlad respons och övrig respons

Regelbundet samlas av klienterna in respons på verksamheten. Responsen samlas in årligen. För insamling används en särskild blankett som utarbetats för detta ändamål. Ifall man får kännedom om missnöje på annat sätt reds saken ut och man försöker hitta en lösning. Respons samlas in av närstående i mån av möjlighet. Främst samlas respons in muntligen genom diskussion och samtal, men om så önskas kan responsen ges skriftligen.

Man strävar till att alltid ha en dialog med klienter, närstående och samarbetsparter. Genom dialog kan man lösa problem i ett tidigt skede och nå samförstånd. I detta spelar egenhandledarskapet en viktig roll. Den respons och de åsikter som framkommer både genom direkt respons, men också genom dialog med berörda parter, används i utvecklingen av verksamheten. Man strävar till att alltid hitta flexibla lösningar för att göra vardagen så fungerande och miljön så hemlik som möjligt.

Det ordnas regelbundet personalmöten där personalen har möjlighet att lyfta saker till diskussion. Utöver detta ordnas varje år utvecklingssamtal för de anställda. Personalen kan också direkt med enhetschefen diskutera förbättringsförslag och ge respons.

4. Egenkontrollens riskhantering

4.1. Ansvar för riskhantering, identifiering och bedömning av risker vid tjänsteenheten

För att få kännedom om risker och nära ögat-situationer som förekommit inom verksamheten används enhetens egna tillbuds-blankett. Ansvar för att rapportera och uppmärksamma ledningen om risker ligger på alla anställda, både ordinarie personal och vikarier. All personal uppmuntras rapportera med låg tröskel. Ansvar för att skapa en öppen atmosfär där man lätt kan lyfta upp

risker och negativa händelser ligger på ledningen. Enhetschefen tar emot denna information. Vid behov tas det upp på ledningsgruppens måndagsmöte. Åtgärder diskuteras och fastställs.

Riskbedömning är ett ständigt pågående arbete och ett led i att identifiera risker är egenkontrollen. Egenkontrollplanen uppdateras regelbundet och riskbedömning görs alltid i samband med det.

Vid bedömning av risker kan man använda sig av samma skala som vid annan riskbedömning. Exempelvis används samma bedömningsmetod vid riskbedömning av arbetsplatsen. Utgående från hur allvarlig följden av risken anses vara bedöms tidtabell för åtgärderana och hurudana åtgärder som behöver vidtas.

Följder			
Sannolikhet	Obetydliga	Skadliga	Allvarliga
Osannolik	1. Oväsentlig risk	2. Obetydlig risk	3. Måttlig risk
Möjlig	2. Obetydlig risk	3. Måttlig risk	4. Avsevärd risk
Sannolik	3. Måttlig risk	4. Avsevärd risk	5. Oacceptabel risk

4.2. Metoderna för riskhantering och behandling av missförhållanden och brister som framkommer i verksamheten

Riskhantering börjar med förebyggande arbete. För att förhindra att negativa händelser inträffar är det viktigt att personalen är kunnig och känner till arbetssätt och metoder. Till detta hör fortbildning och skolningar. Även brandövningar och första hjälp-kunnande är ett viktigt led i det förebyggande arbetet.

För att identifiera risker används främst riskbedömningsblanketter och tillbudsblanketter. I samband med att planen för egenkontroll uppdateras görs också riskbedömningar. Årligen görs en riskbedömning för arbetsskyddet och den riskbedömningen tangerar i vissa fall klientsäkerheten.

Det ligger på all personals ansvar att rapportera om risker, nära ögat-situationer och störningar i kvaliteten av vården och omsorgen. Personal informeras, bland annat genom denna plan, om vikten av att rapportera och ta upp risksituationer. Om skydligheten att rapportera om missförhållanden eller risker föreskrivs i Tillsynslagen (741/2023) § 29. Enligt lagen ska en anställd inom verksamheten utan dröjsmål rapportera åt ansvarspersonen för verksamheten vid uppenbara risker och missförhållanden.

Enhetschefen och ledningen ansvarar för att reda ut händelserna och åtgärda det som behövs. Till hanteringen av riskerna hör utredande diskussioner där personal, klienter och ibland även anhöriga får komma till tals.

Ifall den negativa händelsen orsakar behov av förändrade arbetssätt informeras personalen antingen genom informationssystemet myneva.nappula eller på personalmöte. Ifall det gäller enskilda arbetstagare diskuteras saken med den berörda.

Farliga situationer är sådana där personer skadas allvarligt eller är utsatta för risk för allvarlig skada. Det här kan betyda att man behöver sjukhusvård eller i värsta fall risk för dödsfall. Rapporteringen är den samma som vid mindre allvarliga händelser, men tidtabellen för åtgärderna kan behöva vara kortare. Till riskhanteringen vid allvarliga händelser hör också att informera närstående och placerande socialarbetare.

Ifall missförhållanden leder till att myndigheter kräver åtgärder eller ytterligare utredning görs detta utan dröjsmål, inom utsatt tidsram.

Riskhantering steg för steg:

1. En arbetstagare för kännedom om risken
2. Rapporterar åt enhetschefen
3. Enhetschefen bedömer hur allvarlig händelsen var
4. Diskuterar eventuellt i ledningsgruppen
5. Diskuterar med inblandade
6. Eventuella åtgärder görs
7. Personalen informeras
8. Anhöriga och placerande socialarbetare informeras om det skedda.

4.3. Uppföljning av och rapportering om riskhantering och säkerställande av kunskaper

Genom Egenkontrollplanens uppdateringar och uppföljning kan man följa med riskhanteringen. Uppföljningen görs var fjärde månad. Då går man också igenom de anmälningar som kommit och bedömer ifall de åtgärdats på tillräckligt sätt. Vid behov förändras metoden för riskhantering för att bättre motsvara enhetens behov.

För att följa upp genomförandet av hygienanvisningar används schema. Dessa är utarbetade för att hålla hygien på en god nivå. Dessa scheman följs med regelbundet. Vid sjukdomsavbrott kan med intensifierad städning användas och följas upp via tillfälliga scheman.

Personalen ska utan dröjsmål bekanta sig med den här planen efter varje uppdatering. Man säkerställer att alla gjort detta genom att man kvitterar med sin namnteckning då man läst igenom den. Detta tas även upp på personalmöten för att lyfta upp vikten av riskhantering. Personalen uppmanas ta reda på eller fråga av enhetschefen ifall något är oklart.

4.4. Köptjänster och underleverans

De underleverantörer som används ansvarar i första hand själv för kvaliteten på servicen. Vi strävar till att skriva avtal med de underleverantörer som används, för att garantera kvaliteten. För sådana tjänster som kräver tillstånd, exempelvis läkartjänster, kontrolleras tillståndet. Regelbundet kontrolleras kvaliteten av köptjänsterna och vid behov hålls en genomgång med underleverantören/producenten av köptjänsten. Ifall den som producerar köptjänsten behöver ha en egenkontrollplan kontrolleras detta, dessutom utses hos båda parterna en kontaktperson för att utbyta respons. Alla i personalen uppmanas informera ledningen ifall det inom köptjänsternas eller underleverantörernas verksamhet upptäckt risker eller försummelse.

Enheten använder läkartjänster via ett avtal med läkaren Matias Björn. Utöver de köpta tjänsterna används offentliga hälso- och sjukvårdstjänster, såsom skolhälsovård och tandvård. För tolktjänster används i huvudsak MicoBotnia som köptjänst, inga terapier köps för tillfället, utan de offentliga tjänsterna används. För it-service används JNT Ab, bland annat vid köp av telefon- och dataförbindelser samt datorer. Nooga används för bokföring och löneräkning. Utöver detta anlitas lokala företagare bland annat för snöröjning, gräsklippning och servicearbeten.

4.5. Beredskaps- och kontinuitetshantering

Planen för Beredskap- och kontinuitetshantering har gjorts av enhetschef Matilda Enlund, som ansvarar över detta. Planen uppdateras vid behov.

5. Verkställande, publicering, uppföljning av genomförandet och uppdatering av planen för egenkontroll

5.1. Verkställande

För att uppnå syftet med Egenkontrollplanen är det väsentligt att hela personalen är engagerade i egenkontrollen. Egenkontrollplanen finns alltid framlagd på enheten och kommer att publiceras på enhetens hemsida. Vid alla uppdateringar informeras personalen omgående genom informationssystemet myneva.nappula. Vid betydande uppdateringar i planen tas detta också upp på personalmöten.

Att personalen bekantat sig med innehållet i Egenkontrollplanen kontrolleras genom att man kvitterar med sin namnteckning då man läst igenom planen. Det finns vanligen en tidsgräns inom vilken man ska ha gjort detta. Enhetschefen kan uppmana de som ännu inte gjort detta att utan dröjsmål läsa planen.

Egenkontrollplanen är ett ständigt levande verktyg i det dagliga arbetet på enheten. Då planen uppdateras och följs upp av enhetschefen utvärderas hela tiden om den är ändamålsenlig eller ifall metoder och arbetssätt behöver ändras. Även respons från personalen tas med i denna utvärdering. Med låg tröskel uppdateras planen för att bäst motsvara verksamhetens behov.

5.2. Publicering, uppföljning av genomförandet och uppdatering

Egenkontrollplanen publiceras i fysisk form på anslagstavlan på enheten. Där är den tillgänglig för både personal och andra. Egenkontrollplanen finns också utprintad i enhetschefens kansli. Planen kommer även att börja publiceras på enhetens hemsida.

Egenkontrollplanen följs upp åtminstone var fjärde månad av enhetschefen. Uppföljningen genomförs med hjälp av en checklista i form av en blankett, särskilt utformad för detta ändamål. Ifall det genom uppföljningen framkommer att det finns behov av uppdateringar i den egentliga planen uppdateras den. Personalen informeras omgående om uppdateringar enligt vad som beskrivs ovan. Vid förändrade arbetssätt- och rutiner informeras personalen. Vid behov sammakallas personalen till möte för att informeras.

Godkänd av: Malin Manninen

Datum och ort: 31.3.2025

Bilagor:

- Uppgiftsbeskrivningar
- Blankett för uppföljning av egenkontroll
- Blankett för anmälan om underhåll och reparationsbehov
- Blankett för anmälan om tillbud och nära ögat situationer