EGENKONTROLLPLAN

Serviceboende med heldygnsomsorg

Enhet: Aurora Care Oy

Uppdatering av planen: 01.09.2025, 22.09.2025, 5.11.2026

PLAN FÖR EGENKONTROLL

INNEHÅLL

1 UPPGIFTER OM SERVICEPRODUCENTEN 2
2 VERKSAMHETSIDÉ, VÄRDERINGAR OCH VERKSAMHETSPRINCIPER..... 3
3 GENOMFÖRANDE AV EGENKONTROLLEN 4
4 UPPGÖRANDE AV PLANEN FÖR EGENKONTROLL 8
5 KLIENTENS STÄLLNING OCH RÄTTIGHETER 10
6 EGENKONTROLL AV SERVICEINNEHÅLLET 16
7 KLIENTSÄKERHET 23
8 DOKUMENTERING AV KLIENT- OCH PATIENTUPPGIFTER 29
9 SAMMANDRAG AV UTVECKLINGSPLAN 32
10 UPPFÖLJNING AV PLANEN FÖR EGENKONTROLL.....33

Planen för egenkontroll följer tillsynslagen (741/2023) och Valviras föreskrift 1/2024 om planen för egenkontroll.

Plan för egenkontroll för tjänsteenheter inom social- och hälsovården - Tillstånds- och tillsynsverket

1 UPPGIFTER OM SERVICEPRODUCENTEN

Serviceproducent

Namn: Aurora Care Nykarleby FO-nummer: 3287707-7

Kommunens namn: Nykarleby

Social- och hälsovårdsområdets namn: Österbottens välfärdsområde

Verksamhetsenhet eller service

Namn: Serviceboende med heldygnsomsorg

Gatuadress: Jeansborgsvägen 1A

Postnummer: 66900 **Postort:** Nykarleby

Verksamhetsenhetens eller servicens förläggningskommun och kontaktuppgifter:

Nykarleby, Tel. 06-7889038

Serviceform; klientgrupp för vilken service tillhandahålls; antal klientplatser

Serviceboende med heldygnsomsorg, 27 klientplatser

Tjänster som stöder äldres boende i det egna hemmet, dagverksamhet 36 klientplatser

Hemtjänst 10 vårdplatser (muut vammaiset)

Hemtjänst 20 vårdplatser (vanhukset)

Enhetschef för verksamhetsenheten eller servicen:

Stina Westlin, sjukskötare, Ledarskapsskolning inom social och hälsovård (40sv/60sp) Enhetschefen sedan 2002. Enhetschef för Aurora Care Oy 1.9.2025.
Telefon: 044-7889020 E-post: stina.westlin@auroracare.fi

Uppgifter om verksamhetstillstånd

Tidpunkt för beviljande av regionförvaltningsverkets/ Soteris tillstånd:

Enligt beslut från Regionförvaltningsverket i Västra och Inre Finland är Stiftelsen Nykarleby Sjukhems verksamhet (0670702–3) överförd till Aurora Care Oy och överföringen registrerad i Soteri-registret i enlighet med ansökan från och med den 1 september 2025.

Service för vilken tillstånd beviljats: Privat socialservice

Serviceboende med heldygnsomsorg för äldre

Tjänster som stöder äldres boende i det egna hemmet (Dagverksamhet)

Hemvård för äldre

Hemvård för andra än barnfamiljer och äldre

Anmälningspliktig verksamhet (privat socialservice): Privat socialservice dygnet runt, Hemtjänst 10 vårdplatser (muut vammaiset), Hemtjänst 20 vårdplatser (vanhukset)

Tidpunkt för registreringsbeslut: 04.01.2019, 1.9.2025 verksamheten överflyttas till Aurora care Oy

2 VERKSAMHETSIDÉ, VÄRDERINGAR OCH VERKSAMHETSPRINCIPER

Verksamhetsidé

Vår verksamhet är riktad till multisjuka äldre i behov av dygnet runt vård. Vi avser även motta klienter som lyder under krigsskadelagen och Statskontorets avtal, dvs., veteraner och krigsinvalidänkor. Därtill kan vi motta självbetalande äldre personer i behov av intervallvård.

Vi vill värna om en god livskvalité och individualitet för klienterna, ett arbetssätt som främjar funktionsförmågan och en välmående och fungerande arbetsgemenskap.

Verksamhetsprinciper och värden:

Värden- Vi utgår i vår verksamhet från "klienten i centrum", ett respektfullt bemötande och en kvalitativ, trygg och värdig vård.

Verksamhetsprinciper:

Vi eftersträvar en nöjd klient, anhörig och personal. Vi arbetar utgående från en genomförandeplanering och ett vårdarbete som är individuellt anpassat. Individualitet, professionalitet, helhetssyn, egen aktivitet, självbestämmande är principer som genomsyrar vår verksamhet.

3 GENOMFÖRANDE AV EGENKONTROLLEN

Uppgifter om serviceboendet förs in i Palse.fi portalen enligt gällande krav (om företaget, verksamhetsstället, egenkontroll, personal, personalens kunnande, tillgång till tjänster och priser.
Egenkontrollen i Palse.fi uppdateras en gång /år. En egenkontrollrapport ska utarbetas och sparas i Palse.fi i februari varje år.
Tillsynsmyndigheten kan vid inspektions- och tillsynsbesök granska hur egenkontrollen genomförs och följs upp.

Riskhantering

Identifiering av risker och missförhållanden och avhjälpande av dem

Enligt 29 § i lagen om tillsynen över social- och hälsovården (741/2023), nedan tillsynslagen, är personalen skyldig att utan dröjsmål anmäla missförhållanden eller uppenbara risker för missförhållanden i genomförandet av klienternas social- och hälsovård. Anmälningsskyldigheten gäller även andra lagstridigheter som upptäcks i arbetet.

Ingen får hindras från att göra en anmälan eller utsättas för negativa följder på grund av att anmälningsskyldigheten fullgörs. Tjänsteproducenten ansvarar för att personalen informeras om anmälningsskyldigheten och om hur den ska fullgöras.

Tjänsteproducenten ska utan dröjsmål anmäla till tjänsteanordnaren och tillsynsmyndigheten sådana missförhållanden och brister som väsentligt äventyrar klient- och patientsäkerheten, allvarliga händelser och tillbud samt andra brister som inte kan åtgärdas genom egenkontroll. Anmälan görs enligt gällande anvisningar och via tillämpliga anmälningskanaler, bland annat Österbottens välfärdsområdes kanal för egenkontrollsanmälningar:

(https://www2.awanic.fi/haipro/220/srpro/julkinen/?kieli=SWE)

Interna risker kan vara kopplade till personalen, klienterna, serviceverksamheten, lokalerna eller utrustningen. Risker identifieras genom riskkartläggningar, avvikelseanmälningar, olycksrapporter, rapporter om tillbud och nära ögat-situationer samt respons från klienter, anhöriga och personal.

Riskhanteringen omfattar både fysisk, psykisk och social säkerhet. Enheten har planer och anvisningar för att förebygga och hantera risker, bland annat en plan för egenkontroll, räddningsplan, säkerhetsdokument, dataskyddsanvisning och läkemedelsplan.

Riskidentifieringsarbetet behandlas i samarbete mellan enhetschefen, arbetarskyddet och övriga ansvariga. Arbetarskyddskommissionen behandlar olycksstatistik, nära ögat-situationer och andra risker i arbetsmiljön. Utifrån identifierade risker bedöms behovet av förändringar i rutiner, arbetssätt, utrustning och lokaler.

Klienter och anhöriga ges möjlighet att lämna skriftlig respons. Responsen behandlas och används för att utveckla verksamheten.

Företagshälsovården är ordnad via Työplus. Arbetet för att förebygga risker i arbetsmiljön stöds bland annat av företagshälsovårdens handlingsplan, rutiner för sjukfrånvaro samt anvisningar för situationer som gäller rusmedel och trakasserier.

Personaldimensioneringen ska motsvara gällande lagstiftning och klienternas individuella behov. Enheten deltar i THL:s uppföljning av personaldimensioneringen enligt gällande anvisningar. En omsorgsfull introduktion, handledning och fortbildning av personalen bidrar till att förebygga risksituationer.

En arbetsklimatundersökning genomförs en gång per år. Resultaten behandlas och används vid behov för att utveckla arbetsmiljön och verksamheten.

Hantering av risker och observerade missförhållanden

Hur hanteras negativa händelser och tillbud vid enheten och hur dokumenteras de?

Personalen ansvarar för att utan dröjsmål rapportera upptäckta avvikelser, missförhållanden, tillbud och negativa händelser på avsedd blankett. Brådskande situationer rapporteras omedelbart även muntligt.

Anmälan görs till enhetschefen, Stina Westlin, e-post: stina.westlin@auroracare.fi, telefon 044-7889020, eller till en annan ansvarsperson om situationen kräver det. Enhetschefen ansvarar för att anmälan utreds och att behövliga åtgärder vidtas De inlämnade blanketterna sammanställs i en Excel tabell.

Vid händelser som kräver omedelbara åtgärder kontaktar enhetschefen vid behov ansvarig läkare, arbetarskyddet, Österbottens välfärdsområde eller annan relevant instans. Händelser som gäller arbetsmiljön behandlas vid behov i arbetarskyddskommissionen. Relevanta lärdomar och åtgärder gås igenom på personalmöten eller enhetsvisa möten.

Läkemedelsavvikelser rapporteras genast till ansvarig skötare i vårdarbete som vid behov kontaktar läkaren. Rapport görs även skriftligen på skild blankett och lämnas till enhetschefen, som sammanställer uppgifterna och följer upp rapporterna.

Olyckor och nära ögat-situationer rapporteras skriftligt på avsedd blankett som finns i enhetens kansli. Händelserna och de vidtagna åtgärderna dokumenteras i enhetens Excel tabell. Dokumentationen förvaras på ett säkert sätt och är tillgänglig endast för personer som behöver uppgifterna i sitt arbete.

Personal som upptäcker vanvård, bristfälligt bemötande eller andra missförhållanden ska utan dröjsmål rapportera detta till enhetschefen. Blanketten ”Anmärkning mot vård eller bemötande” kan användas för att dokumentera och utreda händelsen.

Exempel på händelser och avvikelser som ska rapporteras är:

- Otillräckliga eller felaktiga uppgifter vid överföring från sjukhus.
- Bristfällig information om fortsatt vård eller omsorg

- Trycksår som uppstår under vård- eller omsorgstiden.
- Brister i remisshantering.
- Fördröjning av vård eller service.
- Fel vid identifiering av klient.
- Läkemedelsavvikelser och fallolyckor.
- Brister i bemötande, klienternas självbestämmanderätt eller säkerhet.
- om reklamation och ersättningskrav, orsaker som lett till reklamationer och om utvecklingsåtgärder som vidtagits på grund av dem
- Brister i dataskydd eller informationssäkerhet. (informationssäkerhetsplan)

Allvarliga händelser, risker och brister som inte kan åtgärdas genom enhetens egenkontroll anmäls vidare av enhetschefen enligt gällande lagstiftning och anvisningar till Österbottens välfärdsområde och vid behov till tillsynsmyndigheten. För detta används tillämpliga anmälningskanaler, exempelvis kanaler för egenkontroll, klientsäkerhet, arbetarskydd och datasäkerhet. Vid informationssäkerhetsincidenter t.ex. som berör klienters kunduppgifter som får service via välfärdsområdet, bör enhetschefen alltid kontakta ÖVPH.

När enhetschefen gör en egenkontrollsanmälan till Österbottens välfärdsområde vidarebefordras den enligt välfärdsområdets rutiner till enheten för kvalitet och tillsyn. Enligt enhetens nuvarande rutin kontaktas enhetschefen inom 1–2 dygn för överenskommelse om fortsatta åtgärder.

Korrigerande åtgärder

Om händelsen medför en omedelbar risk för klienter eller personal ska nödvändiga skyddsåtgärder vidtas genast.

Vid kvalitetsavvikelser, missförhållanden, tillbud och negativa händelser utreds orsakerna och behovet av korrigerande åtgärder bedöms. Syftet är att förebygga att liknande situationer upprepas och att utveckla verksamheten så att den blir tryggare för klienterna och personalen.

Enhetschefen ansvarar för att avvikelserna behandlas, orsakerna utreds och behovet av korrigerande åtgärder bedöms. Bedömningen inleds så snart som möjligt, helst inom fem arbetsdagar från rapporteringen. Vid allvarliga händelser påbörjas utredningen omedelbart.

Korrigerande åtgärder kan exempelvis innebära ändringar i arbetssätt och rutiner, kompletterande anvisningar, utbildning, förbättrad introduktion eller åtgärder i lokaler och utrustning. Åtgärderna dokumenteras i enhetens uppföljningsdokumentation och vid behov i arbetarskyddskommissionens uppföljningsdokument.

Missförhållanden behandlas beroende på deras karaktär vid personalmöten, enhetsvisa möten, inom arbetarskyddet eller i individuella samtal mellan chef och arbetstagare. Vid behov ordnas trepartssamtal där företagshälsovården deltar.

Vid läkemedelsavvikelser utreds orsakerna och nödvändiga korrigerande åtgärder vidtas. Omedelbara risker för klientens säkerhet hanteras genast. Vid behov kontaktas ansvarig läkare och ändringar i läkemedelshanteringen planeras i enlighet med verksamhetens läkemedelsplan.

Enhetschefen ansvarar för att korrigerande åtgärder vidtagits, att ansvarsfördelningen är tydlig och att genomförandet följs upp. Vid behov rapporterar enhetschefen till läkaren, verkställande direktören eller annan relevant instans. Åtgärdernas effekt utvärderas för att säkerställa att de har haft önska effekt och att liknande händelser förebyggs. En uppföljning/utvärdering av riskhantering görs även av ledningsgruppen enligt årsklockan.

Klienternas rättigheter och stöd

Socialombudet och patientombudet ger råd och information om klienters och patienters rättigheter samt vägleder vid behov klienterna och deras företrädare i frågor som gäller anmärkningar och andra fortsatta åtgärder. Personalen informerar vid behov klienter och anhöriga om möjligheten att kontakta socialombudet eller patientombudet. Information och kontaktuppgifter finns uppsatta på anslagstavlor i korridorer på Aurora care.

Om det finns anledning att misstänka att en klient behöver en intressebevakare kan personalen vid behov informera om möjligheten att göra en anmälan till Myndigheten för digitalisering och befolkningsdata. Även anhöriga kan ta initiativ till att utreda behovet av intressebevakning. Detta sker med beaktande av klientens självbestämmanderätt och enligt gällande förfaranden.

Klientens rättsskydd

Mottagare av anmärkningar: Stina Westlin, tel. 044-788902
stina.westlin@auroracare.fi

Aurora cares socialarbetare: Katrina Grön

Socialombud
Är anträffbar mån – fre. kl. 8 -14
Telefonnummer: 040 507 9303
E-post: socialombud@ovph.fi (ej skyddad e-post)
Besöksadress: Österbottens välfärdsområde, Vasa Centralsjukhus A1, Sandviksgatan 2-4, Vasa

Socialombudet ger råd och information om klientens rättigheter inom socialvården och hjälper vid behov till med att göra en anmärkning. Tjänsten är avgiftsfri. Känsliga eller sekretessbelagda uppgifter ska inte skickas via oskyddad e-post.

Patientombud
Österbottens välfärdsområde
Vasa centralsjukhus, A1
Sandviksgatan 2-4
65130 Vasa
Telefonnummer 06 218 1080
Telefontid måndag – torsdag kl. 9.00-11.00, kl.12.00-13.00
E-post: patientombud@ovph.fi

Personligt besök ska bokas på förhand per telefon. Känsliga eller sekretessbelagda uppgifter ska inte skickas via oskyddad e-post.

Konsumentrådgivarens kontaktuppgifter samt uppgifter om vilka tjänster som erbjuds
Tel. 09 5110 1201. Må-ons kl. 10-12 och torsdag kl. 12-14.

Personligt besök ska bokas på förhand per telefon. Känsliga eller sekretessbelagda uppgifter ska inte skickas via oskyddad e-post.

Verkställande av korrigerande åtgärder

Hur informeras personalen och andra samarbetspartner om ändrade arbetssätt och korrigerande åtgärder?

När rutiner eller anvisningar ändras uppdateras berörda dokument. Enhetschefen och teamledaren ansvarar för att informationen når berörd personal och att personalen vid behov får handledning eller utbildning i de nya rutinerna. Korrigerande åtgärder och ändringar i arbetssätt som berör personalen informeras om på personalmöten och enhetsmöten. Mötena protokollförs och protokollen finns tillgängliga för personalen på enhetens dator.

Om ändringarna berör samarbetspartner eller andra ansvariga instanser informeras dessa enligt behov. Den som har rapporterat ett missförhållande informeras, med beaktande av sekretessbestämmelserna, om hur ärendet behandlas och vilka åtgärder rapporteringen har lett till.

4 UPPGÖRANDE AV PLANEN FÖR EGENKONTROLL

Vid uppgörandet av planen för egenkontroll iakttas de lagstadgade skyldigheterna.

Då det gäller klienter med servicesedel, styrs det av:
"Servicesedlar, Tillämpningsdirektiv för serviceboende med heldygnsomsorg", Österbottens Välfärdsområde " samt "Servicesedlar, Allmänt tillämpningsdirektiv".

För självbetalande klienter följer verksamheten samma lagstadgade krav på kvalitet, säkerhet och egenkontroll samt övrig tillämplig lagstiftning och myndighetsanvisningar.

Planen för egenkontroll utarbetas under ledning av enhetschefen. Personalen deltar i arbetet och bidrar med sina erfarenheter och synpunkter från det dagliga arbetet. Arbetarskyddskommissionen deltar i behandlingen av frågor som gäller risker och säkerhet inom sitt ansvarsområde.

Vem ansvarar för planeringen och uppföljningen av egenkontrollen (namn och kontaktuppgifter):

Enhetschefen för serviceboendet med heldygnsomsorg tillsammans med personal, läkare och VD är ansvariga för planering och uppföljning.

Kontaktperson: Stina Westlin, enhetschef. tel. 044-7889020

Uppföljning av planen för egenkontroll

Enligt 27 § i tillsynslagen (741/2023) ska egenkontrollen följas upp regelbundet och brister som upptäcks ska åtgärdas. Resultaten av uppföljningen och de förändringar som gjorts ska publiceras var fjärde månad. Sekretessbelagda uppgifter får inte publiceras.

En löpande egenkontroll sker dagligen i verksamheten gällande säkerhet, omsorg, bemanning och eventuella avvikelser.

Enheten har i oktober 2026 infört en årsklocka för uppföljning av egenkontrollen. Syftet är att säkerställa en regelbunden och systematisk uppföljning av egenkontrollens olika delområden samt att tydliggöra tidpunkterna för uppföljning, utvärdering och dokumentation. Elektroniska påminnelser skickas inför planerade uppföljningar för att säkerställa att dessa genomförs enligt tidtabell.

Årsklockan används för att identifiera utvecklingsbehov, följa upp vidtagna åtgärder och kontinuerligt förbättra verksamhetens kvalitet samt klient- och patientsäkerhet.

Vid enheten följs egenkontrollen upp var fjärde månad i en ledningsgrupp bestående av VD, enhetschef och teamledare. Den första uppföljningen görs i samband med att planen uppdateras. Därefter dokumenteras uppföljningen i en uppföljningslogg. Vi uppmärksammar både fungerande rutiner och goda resultat samt områden där det finns möjlighet till utveckling och antecknar vilka åtgärder som vidtagits.

Uppföljningen genomförs i följande steg:

Steg 1 – Genomgång av verksamheten

Delområden som granskas är

1. Klienten i centrum (individuell omsorg, planer, självbestämmande, bemötande, kost, trivsel och hemtrevlig miljö.

2. Hälsa, säkerhet och bemanning (klientsäkerhet, bemanning och kompetens, läkemedelshantering, hygien/infektioner, fastighet/beredskap).

3. Styrning och kvalitetsledning (dokumentation, dataskydd/GDPR efterlevnad, responsuppföljning/klienter och personal.

Steg 2 – Sammanställning av observationer och resultat

Vi sammanställer observationer, respons och rapporter från verksamheten. Vi lyfter fram positiva erfarenheter, fungerande arbetssätt och sådant som bidrar till klienternas trygghet och välbefinnande. Samtidigt uppmärksammar vi eventuella risker och utvecklingsbehov. Resultaten dokumenteras i uppföljningsloggen.

Steg 3 – Utveckling av verksamheten

Utifrån uppföljningen bedömer vi vilka arbetssätt som är bra att fortsätta med och vilka som behöver utvecklas. Vid behov kommer vi överens om åtgärder, exempelvis att förtydliga rutiner, uppdatera anvisningar eller ordna handledning och utbildning för personalen. Ansvar och tidtabell fastställs för de åtgärder som behövs. Brådskande risker åtgärdas utan dröjsmål.

Steg 4 – Uppföljning av genomförda åtgärder

Enhetschefen och teamledaren följer upp att åtgärderna genomförs och att de fungerar som planerat. Om något behöver förbättras ytterligare planeras och dokumenteras nya åtgärder.

Steg 5 – Dokumentation och publicering

Resultaten av uppföljningen sammanställs och dokumenteras var fjärde månad. Sammanställningen beskriver vad som har granskats, vilka positiva resultat och fungerande arbetssätt som har uppmärksammats samt vilka utvecklingsåtgärder som har genomförts eller planeras. Uppföljningen publiceras på enhetens webbplats i enlighet med gällande bestämmelser samt bifogas till egenkontrollplanen. Sekretessbelagda uppgifter och uppgifter som kan identifiera enskilda klienter publiceras inte.

Resultaten används i det fortsatta arbetet för att upprätthålla det som fungerar bra och utveckla verksamheten där det behövs. Även när inga särskilda utvecklingsbehov identifieras dokumenteras vad som har följts upp och vilka resultat som har uppnåtts. Egenkontrollen är en fortlöpande del av arbetet med att främja kvalitet, trygghet och välbefinnande för klienterna.

Resultaten används för att utveckla verksamheten och förebygga att samma brister uppstår på nytt. Om det finns behov av att ändra egenkontrollplanen uppdateras den. Även om inga brister upptäcks dokumenteras vad som har granskats och resultatet av uppföljningens kvalité.

Offentlighet av planen för egenkontroll

Planen för egenkontroll finns tillgänglig för allas påseende på anslagstavlan på våning 2. Egenkontrollplanen finns på svenska och finska. Egenkontrollplanen finns också publicerad på Aurora cares webbplats. (auroracare.fi)

5 KLIENTENS STÄLLNING OCH RÄTTIGHETER

Enligt lagen om servicesedlar inom social- och hälsovården (569/2009), 1 §, är syftet med servicesedlar att öka klienternas och patienternas valmöjligheter, förbättra tillgången till tjänster samt främja samarbetet mellan välfärdsområdets social- och hälsovård, näringslivet och privata serviceproducenter.

Bedömning av servicebehovet

Vård- och servicebehovet bedöms tillsammans med klienten och vid behov med en anhörig, närstående eller laglig representant. Klientens egen uppfattning om sina behov, önskemål, resurser och möjligheter att påverka sin vardag utgör en viktig utgångspunkt för bedömningen. Vid utredningen av servicebehovet ska uppmärksamhet fästas vid att återställa, bevara och främja funktionsförmågan samt möjligheterna till rehabilitering. Vid bedömningen beaktas klientens fysiska, psykiska, sociala och kognitiva funktionsförmåga samt faktorer som kan påverka hälsan, tryggheten och livskvaliteten. Därtill ska vid bedömningen beaktas de riskfaktorer i samband med de olika dimensionerna som förutspår en försämrad funktionsförmåga, såsom instabilt hälsotillstånd och smärta, dålig nutrition, otrygghet, brist på sociala kontakter eller ensamhet.

På vilket sätt bedöms klientens servicebehov – vilka mätinstrument används vid bedömningen?

Klienter som erhållit en servicesedel för dygnet runt vård har bedömts av SAS byrån inom Österbottens Välfärdsområde och uppfyllt nödvändiga kriterier för att erhålla servicesedel för vården. (https://osterbottensvalfard.fi/vara-tjanster/socialvardstjanster/stod-i-vardagen/stod-i-vardagen-for-aldre/boendeservice-for-aldre/)

När klienten kommer till Aurora Care görs en sjukskötarintervju med klient/anhöriga, läkaren undersöker, klienten observeras, en genomförandeplan påbörjas och en vårddiskussion hålls inom den närmaste tiden med klienten och anhöriga.

ÖVPH förutsätter att de serviceproducenter som tillhandahåller dygnet runt serviceboende för äldre använder RAI-systemet för att kartlägga klienternas funktionsförmåga. Skyldigheten baserar sig på gällande äldreomsorgslag (lag om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga samt om social- och hälsovårdstjänster för äldre) och trädde i kraft den 1.4.2023.

RAI bedömningsinstrument tas i bruk via ÖVPH från och med oktober 2026.

På vilket sätt görs klienten och/eller de anhöriga och närstående delaktiga i bedömningen av servicebehovet?

Klienten görs delaktig genom personliga samtal, besök, vårddiskussioner och regelbunden uppföljning av hur vården och omsorgen fungerar i vardagen. Klientens önskemål, erfarenheter och synpunkter beaktas vid bedömningen av servicebehovet och vid planeringen av individuella mål.

Anhöriga och närstående involveras vid behov och med beaktande av klientens vilja, integritet och rätt till självbestämmande. Deras observationer och synpunkter kan bidra till en helhetsbild av klientens situation, men klientens egen vilja och rättigheter ska alltid beaktas.

Klientens delaktighet anpassas efter den individuella situationen och förmågan att uttrycka sina önskemål.

Genomförandeplan

På vilket sätt utarbetas och uppdateras genomförandeplanen, och hur följer man upp den?

I denna plan kommer benämningen genomförandeplan att användas enligt anvisning från Österbottens välfärdsområde (8.10.2026) istället för tidigare använda vårdplan.

En inledande genomförandeplan utarbetas utifrån information som samlas in vid inflyttningen, intervjuer med klienten, samtal med anhöriga vid behov samt observationer av klientens funktionsförmåga och individuella behov. Målen ska vara så konkreta och uppföljningsbara som möjligt.

Planen behandlas och kompletteras vid vårddiskussionen tillsammans med klienten och vid behov anhöriga. När RAI-bedömningen är genomförd används även dess resultat som underlag för planeringen.

RAI bedömning och genomförandeplan ska upprättas inom en månad från inflyttning till enheten. RAI ger information om klientens funktionsförmåga och resurser och de utlösande indikatorer och mätvärden som fås fungerar som verktyg vid fastställande av klientens mål. Deras förverkligande följs upp i det dagliga arbetet och dokumenteras i klientens journal. Uppföljningen ger personalen möjlighet att bedöma om de planerade åtgärderna stöder klientens välbefinnande och funktionsförmåga. Klienterna har även mätbara mål som utvärderas dagligen. Resultat visas i grafisk form och uppföljningen av klientens individuella målsättningar blir på så vis synlig för alla i personalen.

Egenvårdaren är en nyckelperson i uppföljningen av RAI bedömning och genomförande utvärdering- och planering med 6 månaders mellanrum eller vid en väsentlig förändring i hälsotillståndet. En sjukskötare deltar också i

genomförandeplaneringen. Som ansvarig för skolning och undervisning i RAI fungerar teamledare Johanna Frostdahl.

THL ansvarar för att utveckla och upprätthålla nationellt enhetliga handlingsstrukturer för dokumentation inom socialvården. Handlingsstrukturerna publiceras i tjänsten Sosmeta och stöder övergången till strukturerad dokumentation i Socialvårdens klientdatalager. Termeta är THL:s tjänst för nationella dokumentstrukturer, informationskomponenter och begrepp inom hälso- och sjukvården.

På vilket sätt säkerställer man att personalen känner till innehållet i genomförandeplanen och agerar enligt den?

Personalen tar del av klienternas genomförandeplaner och aktuella uppgifter i journalprogrammet inför vårdarbetet. Viktig information förmedlas genom daglig rapportering, vid skiftesbyten och genom dokumentation.

Egenvårdaren ansvarar för att uppmärksamma klientens individuella mål och informera övriga i personalgruppen om viktiga förändringar och överenskomna åtgärder. Alla medarbetare ansvarar för att följa genomförandeplanen och bemöta klienten på ett sätt som stöder dennes självbestämmande, integritet, delaktighet och individuella behov.

Om klientens situation förändras eller om det framkommer att de planerade åtgärderna inte motsvarar behoven, ska informationen föras vidare till ansvarig sjuksköterska och genomförandeplanen uppdateras vid behov.

Bemötande av klienten

Vilka är principerna för stärkande och begränsning av självbestämmanderätten vid enheten som man kommit överens om och instruerat för personalen?

Klientens självbestämmanderätt respekteras i det dagliga vård- och omsorgsarbetet. Klienten ska så långt som möjligt kunna påverka sin vardag, sina rutiner och de beslut som gäller den egna vården och omsorgen. Personalen stöder klientens egna resurser och uppmuntrar till delaktighet i vardagliga aktiviteter och beslut. Vid behov ger personalen vägledning och motiverar klienten att hitta lösningar som främjar välbefinnande och säkerhet.

Om det uppstår situationer där klientens eller andras säkerhet är i fara försöker personalen i första hand hitta lösningar tillsammans med klienten. Begränsande åtgärder får endast användas när det finns stöd i tillämplig lagstiftning och enligt gällande anvisningar. Situationerna bedöms individuellt och dokumenteras enligt enhetens rutiner. I en situation där fallrisken bedömts vara extra stor med risk för att klienten annars skadar sig och man inte har möjlighet att övervaka klienten hela tiden, kan en begränsningsåtgärd vara nödvändig innan beslut hunnit fattas. Beslutet behöver i sådant fall motiveras i journalanteckningar och diskuteras och följas upp följande dag för att utreda huruvida begränsningsbeslut behöver tas.

"Beslutet om begränsning antecknas i klientjournalen som en del av genomförandeplanen.

Innan beslutet fattas ska man sträva efter att klargöra patientens egen ståndpunkt i frågan och även registrera denna. Av anteckningarna ska även framgå begränsningens innehåll, den person som har beslutat om den, den person som har vidtagit begränsningsåtgärden, orsakerna till begränsningen, begränsningens omfattning och giltighet, dess verkningar för klienten eller patienten samt andra uppgifter som är väsentliga för bedömningen av begränsningen. I handlingarna ska även göras anteckningar om uppföljning av personens tillstånd under begränsningen samt om den behovsprövning som ska genomföras innan begränsningsåtgärden inleds, även då beslutet om begränsningen redan har fattats. Anteckningarna i handlingarna är viktiga både för att patientens och den vårdande partens rättsskydd ska genomföras, eftersom det utifrån anteckningarna är möjligt att vid behov bedöma begränsningens erforderlighet".

(Text från: Begränsning av självbestämmanderätten inom social- och hälsovården - Tillstånds- och tillsynsverket)

Beslut om begränsningsåtgärder fattas av läkare. Vid behov hörs även klientens lagliga företrädare eller anhöriga, i enlighet med gällande bestämmelser. Användningen ska alltid utgå från klientens situation, säkerhet, värdighet och grundläggande rättigheter. Innan en åtgärd vidtas ska mindre begränsande alternativ övervägas och klientens egen vilja och åsikt utredas. Vid Aurora Care kan säkerhetsbälte i rullstol, sidostöd i sängen och hygienoveraller förekomma i situationer där det finns ett individuellt bedömt behov.

Vilka begränsande anordningar används vid enheten?

Säkerhetsbälte i rullstol kan användas när det finns ett individuellt bedömt behov av att trygga klientens säkerhet. Innan användningen inleds ska man bedöma om åtgärden är nödvändig och proportionerlig samt om säkerheten kan tryggas på ett mindre begränsande sätt.

Sidostöd används på sängen vid vila om det behövs för säkerheten. Användningen ska bedömas individuellt med beaktande av klientens funktionsförmåga, rörelsefrihet och möjlighet att självständigt lämna sängen.

Hygienoveraller används endast i sådana situationer när man vill förhindra en klient med inkontinens att plocka bort sina inkontinensskydd. Orsaken till beteendet ska utredas och mindre begränsande alternativ prövas innan användningen övervägs. Klientens integritet, värdighet och självbestämmanderätt ska alltid respekteras.

Behov av begränsande åtgärder diskuteras i samband med genomförandeplanering och dokumenteras i genomförandeplanen. En anteckning om begränsning görs i inforutan som syns när man öppnar den aktuella personens journalsida. Läkaren gör en anteckning i sjukberättelsen med jämna mellanrum om de begränsande åtgärderna. I anteckningen behöver framgå klientens egen ståndpunkt, motiveringar till åtgärden, begränsningens innehåll och giltighetstid samt uppföljning av klientens tillstånd och den fortlöpande bedömningen av åtgärdens nödvändighet. En begränsningsåtgärd ska avslutas omedelbart när den inte längre är nödvändig eller när förutsättningarna för dess användning inte längre är uppfyllda.

På vilket sätt behandlas osakligt bemötande, en negativ händelse eller en risksituation som klienten blivit utsatt för?

Om en klient eller anhörig är missnöjd med vården, omsorgen eller bemötandet försöker personalen i första hand reda ut situationen genom en diskussion med berörda personer, om detta är lämpligt. Klienten/anhöriga har även rätt att lämna en formell anmärkning.

Blanketten "Anmärkning mot vård eller bemötande" kan användas för att framföra en anmärkning. Det går också att lämna anmärkningen i fritt formulerad skriftlig form. Den personal som tar emot missnöjet informerar om hur ärendet kan föras vidare. Anmärkningen lämnas till enhetschefen, som ansvarar för att den behandlas enligt gällande bestämmelser och Österbottens välfärdsområdes aktuella tillämpningsdirektiv. Anmärkningen ska besvaras inom skälig tid.

Enhetschefen vägleder vid behov klienten till rätt instans. Klienter och patienter kan kontakta socialombudet eller patientombudet för råd och information om sina rättigheter samt om hur en anmärkning eller ett klagomål kan göras.

Klienter, patienter och anhöriga kan även anmäla en negativ händelse, ett missförhållande eller en farlig situation via Österbottens välfärdsområdes webbplats. Anmälan kan också gälla osakligt bemötande. Mer information och anmälningsblankett finns på Österbottens välfärdsområdes webbplats – Ge respons.

Alla rapporterade händelser behandlas enligt gällande rutiner. Syftet är att utreda det inträffade, vidta nödvändiga åtgärder och förebygga att liknande situationer upprepas.

(https://osterbottensvalfard.fi/sa-har-fungerar-vi/ge-respons/#klient-patient-eller-anhorigs-anmalan-om-negativ-handelse)

På vilket sätt deltar klienterna och deras närstående i att utveckla enhetens verksamhet, kvalitet och egenkontroll? På vilket sätt och hur ofta samlar man in klientrespons?

Vi håller regelbundet kontakt med anhöriga. Regelbundna möten där klienten, egenvårdaren, klientens sjuksköterska och anhöriga deltar 1 - 2 ggr/år. Anhöriga besöker ofta, deltar ibland i vården av sin anhörig och för fram sina åsikter och önskemål och deltar på detta vis i vårdens utformning.
En egen klientnöjdhetsenkät med smileyskala har utarbetats som utförs minst en gång per år. Utöver den deltar Aurora care vartannat år i den nationella klientnöjdhetsundersökningen.

På vilket sätt utnyttjas klientresponsen vid utvecklingen av verksamheten?

Vi strävar till att kontinuerligt ta emot feed-back och åtgärda eventuella brister så snabbt som möjligt.

Klientresponsen presenteras av teamledaren för serviceboendet på personalmötet. Responsen delges även enhetens ledningsteam. Eventuella åtgärdsförslag diskuteras och beslut görs. Resultaten från klientnöjdhetsundersökningar publiceras på enhetens webbsida.

På vilket sätt behandlas anmärkningar, klagomål och andra tillsynsbeslut som gäller enhetens verksamhet och hur beaktas de i utvecklingsarbetet?

Anmärkningar, klagomål och reklamationer behandlas enligt Aurora cares interna anvisningar för bemötande av anmärkningar och gällande myndighetsbestämmelser. ("Interna anvisningar gällande bemötande av anmärkningar vid Aurora Care"). Enhetschefen ansvarar för att ärendet utreds, besvaras och dokumenteras. Vid behov utreds ärendet tillsammans med berörd personal eller andra sakkunniga.

Enligt enhetens interna anvisningar besvaras reklamationer i regel inom 7 vardagar, senast inom 14 vardagar. Ärenden som kräver ytterligare utredning eller är särskilt komplicerade behandlas skyndsamt, med beaktande av kravet på svar inom skälig tid.

Reklamationer som gäller tjänster som ordnas av Österbottens välfärdsområde meddelas även till välfärdsområdet enligt gällande avtal och anvisningar.

Tillsynsmyndigheternas beslut och anvisningar gås igenom och de åtgärder som behövs vidtas. Om utredningen visar att verksamheten behöver förbättras planeras och genomförs korrigerande åtgärder. Åtgärderna dokumenteras och följs upp för att säkerställa att de har haft önskad effekt.

Resultaten från anmärkningar, klagomål och tillsyn används i utvecklingen av verksamheten. Vid behov uppdateras rutiner och anvisningar, och personalen informeras om ändringar för att förebygga att liknande situationer upprepas.

6 EGENKONTROLL AV SERVICEINNEHÅLLET

Verksamhet som främjar välbefinnande, rehabilitering och tillväxt

På vilket sätt främjar tjänsterna klienternas fysiska, psykiska, kognitiva och sociala funktionsförmåga och delaktighet?

En stor del av personalen har förutom vårdutbildning gått utbildning i kinestetik och är medvetna och kunniga i hur man tar tillvara klientens kvarvarande resurser och hur man bemöter klienter. Personalen har ett rehabiliterande arbetssätt och varje vecka

ordnas program. Det finns olika slag av gruppverksamhet för att stärka fysiska funktionsförmågan samt olika sociala-, aktivitets– och minnesträningsgrupper.

Ordnande av motions-, kultur- och hobbyverksamhet

Varje vardag ordnas gruppverksamhet som leds av enhetens personal. Grupperna är omtyckta av klienterna som gärna deltar.

På vilket sätt följer man upp hur målen uppfyllts i fråga om verksamhet som främjar klienternas funktionsförmåga och välmående samt rehabiliterande aktiviteter?

Enheten har ett mångsidigt veckoprogram. Daglig dokumentation görs i vårdprocessen i Domacare vem som har deltagit. Alla klienter har också individuella mål som följs upp grafiskt i Domacare. Uppföljning sker också vid genomförandeplanerings- och utvärderingstillfällen, anhörigmöten och via klientnöjdhetsenkäten.

Näring

På vilket sätt har mathållningen ordnats vid enheten?

Enheten har eget kök med en kock som arbetar vardagar. Maten tas från Felia och en sex veckors roterande matsedel tillämpas. Måltiderna planeras så att de stöder klienternas välbefinnande och tillräckliga näringsintag. På helgen ansvarar annan personal med giltigt hygienpass för kosthållningen. Måltider som serveras är frukost, lunch, eftermiddagskaffe/mellanmål, middag och kvällsmål samt nattmål och extra mellanmål vid behov. Målet är att nattfastan inte får överskrida 11 timmar.

Hur beaktas klienternas önskemål och särskilda dieter och kostbegränsningar?

Klienternas individuella behov, önskemål, allergier och ordinerade specialdieter beaktas vid planeringen och tillredningen av måltiderna. Köket informeras om nya klienters kostbehov och aktuella specialdieter. Individuella kostuppgifter och önskemål dokumenteras på matkort och hålls uppdaterade.

Vid planeringen av måltiderna beaktas gällande näringsrekommendationer för äldre personer. Klienternas önskemål om maten beaktas så långt som möjligt med hänsyn till deras hälsa, näringsbehov och eventuella kostbegränsningar.

På vilket sätt följer man inom egenkontrollen upp klienternas tillräckliga närings- och vätskeintag samt nutritionskvalitet?

Klienternas näringsstatus och behov av stöd vid måltiderna bedöms individuellt. RAI-bedömning och övriga relevanta observationer används för att identifiera behov av stöd och uppföljning. Anhörigas åsikter beaktas och personalens dagliga observationer av klienternas aptit, matintag och vätskeintag utgör en viktig del av uppföljningen. Läkaren i samråd med ansvarig skötare följer upp om åtgärder behövs kopplande till näringstillstånd.

Vid behov används vätskelistor och regelbundna viktkontroller. Om en klient äter eller dricker otillräckligt, går ner i vikt eller uppvisar tecken på försämrat näringstillstånd

vidtas individuella åtgärder. Dessa kan omfatta hjälp och handledning vid måltiderna, extra mellanmål, proteinrika livsmedel, näringsdrycker eller andra näringspreparat enligt bedömning och vid behov i samråd med läkare eller annan yrkesutbildad person.

Laboratorieundersökningar genomförs vid behov enligt medicinsk bedömning. Observationer, vidtagna åtgärder och resultaten av uppföljningen dokumenteras i klientjournalen. Klientens situation bedöms på nytt vid behov och åtgärderna justeras enligt det individuella behovet.

Hygienpraxis

På vilket sätt följer man upp den allmänna hygiennivån vid enheten och hur säkerställer man att hygienpraxis som motsvarar klienternas behov iakttas enligt givna anvisningar och enligt klienternas genomförandeplaner?

Klienternas personliga hygien sköts individuellt utgående från deras behov, funktionsförmåga och genomförandeplaner. Genomförda åtgärder och observationer dokumenteras dagligen enligt enhetens rutiner.

Aurora Cares hygienplan har utarbetats med utgångspunkt i Österbottens välfärdsområdes (ÖVPH) *Minnesregler för förverkligande av god vård vid serviceboende och hemvård* samt Aurora Cares egna lokala rutiner. Hygienplanen innehåller anvisningar för det praktiska vårdarbetet och för upprätthållandet av god hygien i det dagliga arbetet. I hygienplanen finns skilda delar för städning och tvätt i form av en städplan och tvättplan för tvättstugan med hygienanvisningar.

Personalen ska följa hygienplanen och tillhörande anvisningar. Särskild uppmärksamhet fästs vid god handhygien, aseptiskt arbetssätt, förebyggande av smittspridning och användning av skyddsutrustning enligt behov och gällande anvisningar. Hygienrutinerna anpassas till klienternas individuella behov.

För köket finns separata hygienanvisningar som ska följas vid hantering, tillredning och servering av mat. Hygienpraxis följs upp i det dagliga arbetet och eventuella brister åtgärdas enligt enhetens rutiner.

Hur förebygger man spridning av infektioner och smittsamma sjukdomar vid enheten?

Smittspridning förebyggs genom god handhygien, aseptiskt arbetssätt, korrekt användning av skyddsutrustning och iakttagande av gällande hygienanvisningar. Personalen informerar varandra om relevanta smittorisker och vidtar nödvändiga försiktighetsåtgärder för att skydda klienter och personal.

Information om klienter med konstaterade resistenta bakterier hanteras enligt enhetens rutiner och med beaktande av sekretess och dataskydd. Nödvändig information för att förebygga smittspridning förmedlas till berörd personal. Städningen anpassas enligt gällande anvisningar, och extra städning eller andra försiktighetsåtgärder vidtas vid behov.

Vid misstanke om smittsam sjukdom eller när situationen kräver det tillämpas lämpliga skyddsåtgärder, inklusive isolering när det är motiverat och förenligt med gällande anvisningar. Vid behov kontaktas hygienskötare för rådgivning. Personalen får information och skolning om hygienpraxis och smittförebyggande arbete.

Som stöd för arbetet används Österbottens välfärdsområdes aktuella anvisningar och informationsmaterial om hygien och förebyggande av infektioner samt enhetens eget skolningsmaterial.

På vilket sätt har enhetens städning och klädvård ordnats?

Enhetens städning sköts av lokalvårdare och vårdbiträden enligt den fastställda städ planen. Städningen genomförs enligt utrymmenas användning, hygienkrav och klienternas behov. Vid behov anpassas städningen enligt särskilda hygienanvisningar.

Aurora Care har en tvättstuga med egen personal. På enheten finns två tvättrum. I det ena finns två tvättmaskiner, en torktumlare och en mangel. I det andra finns ett separat tvättrum med tvättmaskin och torktumlare. Personalkläder tvättas och torkas i ett separat rum.

För tvätteriverksamheten finns en separat tvätt plan som beskriver de grundläggande hygienprinciperna, utrustningen, ansvarsfördelningen och användningen av tvättmedel. Planen innehåller detaljerade anvisningar för hantering av klienternas kläder och personalkläder, insamling och förberedelse av smutstvätt, hantering av våta och kroppsförorenade textilier, tvätt temperaturer, torkning samt hantering och förvaring av ren tvätt.

Tvätt planen innehåller även anvisningar för daglig rengöring av tvättmaskiner och rengöring av tvätt utrymmen (kontroll lista förs), förebyggande av smittspridning vid smitta och epidemi samt användning av personlig skyddsutrustning. Planen omfattar också introduktion och utbildning av personalen. Tvättarbetet utförs enligt tvätt planen för att säkerställa god hygien och förebygga smittspridning.

På vilket sätt har personalen utbildats/inskolats i att iaktta renhållning och klädvård vid enheten enligt anvisningar och standarder?

Personalen introduceras i enhetens hygienrutiner, städ plan och tvätt plan i samband med yrkesspecifik inskolning. Introduktionen omfattar bland annat god handhygien, aseptiskt arbetssätt, användning av personlig skyddsutrustning, hantering av ren och smutsig tvätt samt rengöring av utrustning och utrymmen.

Skriftliga anvisningar finns tillgängliga i sköljrum och tvättrum. Hygienpraxis och aktuella frågor behandlas vid enhets möten och vid behov genom kompletterande handledning och utbildning. Personalen ska känna till och följa de anvisningar som gäller för de egna arbetsuppgifterna.

Vid uppdateringar av hygien- eller tvätt planen informeras berörd personal enligt enhetens rutiner. Behovet av ytterligare introduktion eller utbildning bedöms vid behov för att säkerställa att arbetet utförs enligt gällande anvisningar.

Hälso- och sjukvård

På vilket sätt säkerställs iakttagandet av de instruktioner som meddelats om mun- och tandvård, icke-brådskande sjukvård, brådskande sjukvård och oväntade dödsfall?

Mun- och tandvård ordnas individuellt utifrån klienternas behov. HVC tandskötare kan besöka enheten för kontroller. Vid behov bokar personalen tid hos tandläkare och ordnar transport till mottagningen. Klienternas behov av mun- och tandvård följs upp som en del av den dagliga omsorgen.

Läkaren besöker Aurora Care varje vecka, vilket möjliggör regelbunden bedömning och uppföljning av klienternas hälsotillstånd. Icke-brådskande sjukvård ordnas i samarbete med läkaren och övriga vårdkontakter. Vid behov ordnas remiss för vidare undersökningar eller fortsatt vård.

Vid brådskande sjukvård bedömer personalen situationen och kontaktar först enhetens egen läkare Maria Krokvik som ger fortsatta ordinationer eller anvisningar. I det fall hon inte kan nås kontaktas akutsjukvården via nödnumret 112. När klientens tillstånd kräver det ordnas transport till sjukhus. Personalen ska känna till rutinerna för brådskande sjukvård och agera enligt gällande anvisningar.

Vid oväntade dödsfall följer personalen den separata instruktionen i Aurora Cares kvalitetshandbok. Personalen ska känna till instruktionen och handla enligt den samt kontakta behöriga myndigheter och vårdinstanser enligt gällande anvisningar.

Rutinerna för hälso- och sjukvård ingår i personalens introduktion och finns dokumenterade i enhetens instruktioner och kvalitetshandbok. Vid behov ges personalen handledning för att säkerställa att rutinerna följs.

På vilket sätt främjas och uppföljs hälsotillståndet hos klienter med kroniska sjukdomar?

Aurora Cares läkare går rond vid behov, dock minst en gång per månad. En grundligare läkarundersökning genomförs en gång per år samt vid behov. Läkaren finns på plats varje måndag för konsultation. Omsorgspersonalen följer dagligen klienternas hälsotillstånd och uppmärksammar förändringar i symtom, funktionsförmåga och allmäntillstånd.

Vid behov kontaktar personalen läkaren, som bedömer situationen och ordinerar nödvändiga undersökningar, behandlingar och fortsatta uppföljningsåtgärder. Telefonkonsultation med läkaren används vid behov. Uppföljningen anpassas individuellt utifrån klientens sjukdomar, hälsotillstånd och behandlingsbehov.

Observationer, läkarordinationer och genomförda uppföljningsåtgärder dokumenteras i klientjournalen enligt enhetens rutiner. Vid förändringar i klientens hälsotillstånd kontaktas läkaren för bedömning och vid behov justeras vården och uppföljningen.

Vem ansvarar för klienternas hälso- och sjukvård vid enheten?

Läkare Maria Krokvik.

Läkemedelsbehandling

På vilket sätt följer man upp och uppdaterar verksamhetsenhetens plan för läkemedelsbehandling?

Planen uppdateras vid behov eller minst 1ggr/år av teamledaren för serviceboendet.

Vem ansvarar för läkemedelsbehandlingen vid enheten?

Läkaren, enhetschefen, teamledaren, läkemedelsansvariga och personal med läkemedelslov.

Sektorsövergripande samarbete

På vilket sätt har samarbetet och förmedlingen av information ordnats med de övriga servicegivarna inom social- och hälsovården som ingår i klientens servicehelhet samt mellan olika förvaltningsområden?

Aurora Care samarbetar med Österbottens välfärdsområde, Nykarleby stad och andra servicegivare för att säkerställa att klienterna får de tjänster, den vård och det stöd de behöver. Samarbetet omfattar bland annat läkarkontakter, laboratorieundersökningar, anskaffning av vårdmaterial och läkemedel samt tillgång till hjälpmedel.

Informationsutbytet mellan aktörerna sker enligt gällande bestämmelser om sekretess och dataskydd. Information som behövs för klientens vård och service förmedlas till berörda yrkespersoner på ett ändamålsenligt och datasäkert sätt. Vid behov kontaktar personalen de aktuella servicegivarna för att säkerställa kontinuiteten i vården och servicen.

Laboratorieundersökningar och hälso- och sjukvård

Ordinerade laboratorieprover tas av sjukskötare vid Aurora Care i Nykarleby och förs till laboratoriet i Nykarleby/Fimlab för undersökning. Sjukskötaren kontaktar hälsovårdscentralen vid behov för att säkerställa att laboratorieordinationerna finns i det system som används. Provresultaten förmedlas till enheten enligt gällande rutiner. Resultaten följs upp och vidare åtgärder vidtas enligt läkarens bedömning.

Vårdmaterial och inkontinensskydd

Klienter som uppfyller kriterierna kan få vårdmaterial via Österbottens välfärdsområdes utdelning av vårdmaterial. Tillgången till material grundar sig på gällande kriterier och erforderlig bedömning eller remiss. Beställningar görs via

välfärdsområdets Tena-program, Palse.fi eller per telefon enligt gällande rutiner. Inkontinensskydd levereras till Aurora Care i Nykarleby. Beställningar och leveranser sköts enligt de anvisningar som gäller för respektive produkt och klient.

Närmare information:
https://osterbottensvalfard.fi/vara-tjanster/halsa-och-medicinska-tjanster/halsostationer/utdelning-av-vardmaterial/.

Hjälpmedel

Hjälpmedel som klienterna behöver kan lånas från hjälpmedelsutlåningen i Jakobstad, Kållbyvägen 7. Personalen hjälper vid behov klienterna att komma i kontakt med hjälpmedelsutlåningen och att ordna tillgång till lämpliga hjälpmedel. Utlåning och tidsbokning sker enligt hjälpmedelsutlåningens aktuella anvisningar.

Kontaktuppgifter till hjälpmedelsutlåningen:
Telefon 06 786 1360. Telefontid kl. 8.00–9.30.

Läkemedel

Nykarleby apotek anlitas för anskaffning av läkemedel. Läkemedelsbehandlingen genomförs enligt läkarordinationer och enhetens anvisningar för läkemedelshantering. Vid behov kontaktar personalen läkare och apotek för att säkerställa att läkemedelsbehandlingen fungerar och att nödvändig information förmedlas. Enhetens sjukskötare med läkemedelslov ansvarar för läkemedelsbeställning via webtjänsten Easymedi. Apotekets personal levererar läkemedlen direkt till enheten.

Tillsyn och övriga samarbetspartner

Kvalitets- och tillsynsenheten vid Österbottens välfärdsområde utövar tillsyn över verksamheten och genomför inspektionsbesök enligt gällande tillsynsrutiner.

Fastighetsservice och underhåll sköts genom tjänster som köps av Nykarleby stad. Fel och brister i fastigheten anmäls enligt enhetens rutiner.

Samarbetet med de olika servicegivarna följs upp som en del av det dagliga arbetet. Om det uppstår problem med informationsöverföring, tillgång till tjänster eller kontinuiteten i klientens vård och service kontaktar personalen berörd samarbetspartner och vidtar nödvändiga åtgärder.

7 KLIENTSÄKERHET

Samarbete med säkerhetsansvariga myndigheter och aktörer

Aurora Care samarbetar vid behov med räddningsmyndigheter, nödcentralen, polisen och andra relevanta aktörer för att trygga klienternas, personalens och verksamhetsmiljöns säkerhet. Vid akuta situationer kontaktas nödnumret 112. Personalen följer verksamhetens säkerhetsrutiner och myndigheternas anvisningar.

Kameraövervakning finns vid utgångarna. Servicemannen och teamledaren ansvarar för att vid behov kontrollera inspelningarna. Inspelningarna kontrolleras endast vid eventuella uppkomna incidenter. Kameraövervakningen hanteras enligt verksamhetens rutiner och med beaktande av klienternas integritet och dataskydd.

Ytterdörrarna är automatiskt låsta enligt verksamhetens fastställda tider: måndag–torsdag kl. 20.00–08.00 och fredag–söndag kl. 18.00–08.00. Dörrarna kan öppnas inifrån. Säkerhetsarrangemangen ska genomföras så att klienternas säkerhet, integritet och självbestämmanderätt beaktas.

Demensalarm används vid behov utifrån klientens individuella situation. Personalen följer upp larmen och vidtar nödvändiga åtgärder enligt klientens behov och enhetens rutiner.

En räddnings- och beredskapsplan finns för verksamheten. Brand- och räddningsövningar ordnas en gång per år. Personalen introduceras i säkerhetsrutinerna och i hur man ska agera vid brand, olyckor och andra farliga situationer.

Vid störningssituationer kontaktas servicemannen, som ger vidare instruktioner enligt situationen. Händelser och vidtagna åtgärder dokumenteras enligt verksamhetens rutiner.

Personal

Antal anställda inom vård och omsorg vid enheten samt personalstruktur?

För närvarande 25 klienter på enheten.

Teamledare 1,0

Sjukskötare 6,2

Närvårdare 7,91

Omsorgsassistenter /närvårdarstuderande 1,3

Lokalvårdare,Vårdbiträde,Klädvårdare, kock, enhetschef och VD i indirekta arbetsuppgifter.

Personalstyrkan är tillräcklig utgående från verksamhetens beläggning och de krav som ställs på verksamheten. Enligt äldreomsorgslagen ska personaldimensioneringen för serviceboende med heldygnsomsorg vara 0,6 från och med 1.1.2025.

Personalhelheterna består av specialistläkare, vårdpersonal, och städ- och kökspersonal. Omsorgspersonalen består av sjukskötare och närvårdare. Härtill finns assisterande personal i form av omsorgsassistenter och vårdbiträden. De administrativa uppgifterna handhas av VD, enhetschef och temaledare.

Vilka är enhetens principer för anlitande av vikarier?

Vikarier anlitas vid semester- och sjukfrånvaro. Även vikarier för moderskaps- och vårdlediga behövs.

På vilket sätt säkerställs tillräckliga personalresurser med hänsyn till klienternas servicebehov?

Utgående från klienternas vårdtyngd och gällande krav på personaldimensionering.

På vilket sätt säkerställs organiseringen av de ansvariga personernas/närmaste chefernas uppgifter på ett sådant sätt att den närmaste chefen har tillräckligt med tid att leda arbetet?

Arbetslistan planeras så att enhetschefen för serviceboendet har administrativa uppgifter. På arbetslistan framgår även när teamledaren har administrativa uppgifter och när hon arbetat i vården.

På vilket sätt säkerställs tillräckligt antal anställda som arbetar i stöduppgifter och biträdande uppgifter?

Bemanningen inom stöd- och biträdande uppgifter planeras enligt arbetslistan och verksamhetens behov. Vid planeringen beaktas de uppgifter som behövs för att säkerställa att verksamheten fungerar smidigt och stödja att klienternas behov tillgodoses.

Principer för rekrytering av personal

Rekryteringen baserar sig på verksamhetens personalbehov och föregås av en bedömning av vilken kompetens och yrkeskunskap som behövs. Bedömningen behandlas och godkänns av ledningsgruppen.

Rekryteringsprocessen omfattar annonsering internt och externt, mottagande och behandling av ansökningar, urval av kandidater till intervju, intervjuer och val av arbetstagare. Alla sökande informeras om beslutet.

Innan anställningen bekräftas kontrolleras den valda personens identitet, utbildning, behörighet och yrkesrättigheter i relevanta register, såsom Suosikki- och Terhikki-

registret när det är tillämpligt. En språkbedömning görs för att kontrollera att arbetstagaren klarar av de formella språkkrav som gäller för befattningen. Enheten är tvåspråkig men majoriteten av klienterna är svenskspråkiga. Sjukskötare och närvårdare behöver uppvisa goda kunskaper i sitt modersmål både muntligt och skriftligt samt nöjaktiga kunskaper i det andra inhemska språket med språkintyg eller betyg. Övriga behöver inte uppfylla språkkraven men nöjaktigt klara det ena inhemska språket. Ett språktest görs internt både muntligt och skriftligt i sådana fall för att testa personens lämplighet. Straffregisterutdrag begärs och kontrolleras när detta krävs enligt lag. Anställningen formaliseras genom ett arbetsavtal.

Nyanställda introduceras i sina arbetsuppgifter, enhetens verksamhet, säkerhetsrutiner och relevanta instruktioner. Introduktionen anpassas efter arbetsuppgifterna och arbetstagarens tidigare erfarenhet.

En beskrivning av inskolningen av personalen samt fortbildning

På vilket sätt sköter enheten inskolningen av nyanställda och studerande i klientarbetet och i att genomföra egenkontrollen?

Enhetschefen eller teamledaren ansvarar för att tillsvidareanställda samt lång- och korttidsvikarier får inskolning och handleder i frågor som gäller anställningsförhållandet och arbetsrutinerna. En handledare utses för att introducera den nyanställda i det praktiska arbetet, klientarbetet och enhetens dagliga rutiner.

Inskolningen omfattar bland annat enhetens verksamhet, egenkontrollplanen, klienternas rättigheter, sekretess och dataskydd, dokumentation, säkerhetsrutiner, hygienpraxis samt rutiner för avvikelsehantering och rapportering av missförhållanden. Inskolningen anpassas efter arbetstagarens arbetsuppgifter, utbildning och tidigare erfarenhet.

Inskolningen följs upp för att säkerställa att arbetstagaren känner till de instruktioner och rutiner som behövs för att utföra arbetet på ett tryggt och ändamålsenligt sätt. Inskolningen dokumenteras på ett uppföljningsdokument.

Inskolning i läkemedelshantering sköts av sjukskötare och vid behov av den läkemedelsansvariga sjukskötaren. Läkemedelshanteringen genomförs enligt den separata läkemedelsbehandlingsplanen och gällande instruktioner. Personal som deltar i läkemedelshanteringen ska ha den kompetens och de tillstånd som krävs för sina arbetsuppgifter.

Studerande har en utsedd handledare under hela praktikperioden eller läroavtalstiden. Handledaren introducerar studeranden i arbetsplatsens rutiner och handleder studeranden i det dagliga klientarbetet. Studerandens arbetsuppgifter och ansvar anpassas efter utbildning, kunskaper och uppnådd kompetens. Studeranden arbetar under handledning och får inte självständigt utföra uppgifter som hen saknar kompetens eller behörighet för. Läkemedelshantering och andra särskilt ansvarsfulla uppgifter genomförs endast enligt gällande krav och enhetens instruktioner.

Inskolningen syftar till att säkerställa att vikarier och studerande känner till sina arbetsuppgifter, vet var de hittar aktuella instruktioner och vet vem de ska kontakta vid frågor eller problemsituationer.

På vilket sätt har fortbildning för personalen ordnats?

Fortbildningen planeras utifrån verksamhetens behov, förändringar i lagstiftning och anvisningar, personalens kompetensbehov samt målen för verksamhetsutvecklingen. Ledningsgruppen har en central roll i bedömningen av vilka utbildningar som är relevanta för personalen och verksamheten.

En skolningsplan görs upp årligen. Personalen erbjuds möjlighet att delta i utbildningar som ordnas på arbetsplatsen, webbkurser och utbildningar som arrangeras av externa utbildningsanordnare. Personalens önskemål och intressen beaktas i mån av möjlighet, med hänsyn till verksamhetens behov.

Enhetschefen följer upp personalens deltagande i utbildningar samt att nödvändiga behörigheter, utbildningar och tillstånd hålls giltiga. Utbildningsbehov bedöms vid behov och beaktas i planeringen av kommande fortbildning. Målet är att upprätthålla och utveckla personalens yrkeskompetens och säkerställa en trygg och kvalitativ service för klienterna.

Lokaler

Aurora Cares verksamhetsutrymmen är planerade för vård, omsorg och rehabilitering. Lokalerna är anpassade för personer med funktionsnedsättning och ska stödja klienternas trygghet, självständighet och delaktighet. Enheten är belägen i två våningar och har hiss, vilket möjliggör förflyttning mellan våningarna. Korridorerna är rymliga och försedda med ledstänger som stöder klienternas rörlighet och trygghet. Fastigheten är försedd med sprinklersystem och automatisk brandlarmanläggning. Klientrummen har egna badrum och patientalarmsystem, så att klienterna vid behov kan kalla på hjälp. I fastigheten finns gemensamma utrymmen för samvaro och aktiviteter, bland annat tidningsläsesal, gymnastiksal, spisrum och matsal. I fastigheten finns även kansliutrymmen och förråd.

Klienterna och deras anhöriga erbjuds möjlighet att bekanta sig med klientrummet och husets gemensamma utrymmen före inflyttningen. Klienten får inreda sitt rum enligt egna önskemål, förutsatt att inredningen inte äventyrar säkerheten eller försvårar vården och förflyttningen i rummet.

Aurora Care tillhandahåller en höj- och sänkbar säng samt ett nattduksbord. Klienterna får använda husets gemensamma utrymmen enligt sina individuella förutsättningar och behov.

Anhöriga är välkomna att besöka klienterna kl. 8.00–20.00. Vid behov kan besök ordnas enligt överenskommelse med beaktande av klientens önskemål, integritet och vårdbehov.

Lokalerna och utrustningen följs upp för att säkerställa att de är trygga, tillgängliga och ändamålsenliga för klienterna. Eventuella brister eller säkerhetsrisker rapporteras och åtgärdas enligt verksamhetens rutiner.

Tekniska lösningar

Vilka tekniska lösningar har enheten för passerkontroll och för klienternas eget bruk?

De klienter som kan använda alarmsystem har Miratels patientalarmsystem för att kalla på hjälp. När ett larm aktiveras skickas det till omsorgspersonalens handtelefon. Larmet hörs och visas även i korridoren, så att personalen uppmärksammas på att en klient behöver hjälp.

Ytterdörrarna är automatiskt låsta måndag–torsdag kl. 20.00–08.00 och fredag–söndag kl. 18.00–08.00. Vid huvudingången finns en dörrklocka som besökare kan använda när dörren är låst.

För klienter som behöver extra stöd och tillsyn kan individuella tekniska lösningar användas, såsom demensarmband och demensmattor. Demensarmbandet larmar när klienten passerar en övervakad utgång. Demensmattan kan användas för att uppmärksamma personalen när en klient med fallrisk stiger upp. Användningen bedöms utifrån klientens individuella behov och ska ske med respekt för klientens integritet och självbestämmanderätt.

Kameraövervakning finns vid utgångarna. Hanteringen av kameraövervakningen följer verksamhetens rutiner för säkerhet och dataskydd.

På vilket sätt säkerställer man att de larmapparater och personsökare som klienterna har till sitt förfogande fungerar och att larm besvaras?

Larmutrustningen används dagligen. Personalen kontrollerar att utrustningen är i användbart skick och att anslutningar och sladdar sitter på plats där sådana finns.

Servicemannen kontrollerar regelbundet funktionen hos demensarmbanden och handtelefonerna för att säkerställa att utrustningen fungerar som den ska. Batterierna i demensarmbanden byts vid behov.

Fel och brister som kräver omedelbara åtgärder meddelas servicemannen omgående. Övriga åtgärder som behöver utföras antecknas i servicemannens häfte, som finns i kansliet på andra våningen.

Personalen ansvarar för att reagera på inkommande larm och se till att klienten får den hjälp som behövs. Om larmsystemet eller handtelefonerna inte fungerar kontaktas servicemannen omgående. Under tiden ordnas alternativa arrangemang för att säkerställa klienternas trygghet och att de får hjälp vid behov.

En genomgång av alla klientlarm görs därutöver en gång/månad på en kontroll lista med datum och vem som ansvarat för kontrollen. Enhetschefen ansvarar för egenkontrolluppföljning av klientlarm och meddelar serviceman om brister uppdagats.

Namn och kontaktuppgifter på den person som ansvarar för funktionssäkerheten av larmtelefoner och personsökare?

Rasmus Ena tel. 0500564134

Produkter och utrustning för hälso- och sjukvård

På vilket sätt säkerställer man att de hjälpmedel och produkter och utrustning för hälso- och sjukvård som klienterna behöver anskaffas på ett tillbörligt sätt, klienterna instrueras i att använda dem och underhållet fungerar?

Hjälpmedel och medicintekniska produkter anskaffas utifrån klienternas individuella behov och av personer med lämplig yrkeskompetens. Klienterna instrueras i användningen av de produkter och hjälpmedel som de behöver, och instruktionerna anpassas efter deras förutsättningar.

Personalens apparatkompetens följs upp med hjälp av blanketten *Apparatpass*. Teamledaren ansvarar för att personalens apparatpass hanteras och följs upp enligt verksamhetens rutiner. Syftet är att säkerställa att personalen har tillräcklig kompetens för att använda de medicintekniska produkter och den utrustning som ingår i deras arbetsuppgifter på ett tryggt och säkert sätt.

Servicemannen kontrollerar autoklaven en gång per månad. På enheten finns även två bärbara syrgasflaskor. Förutom servicemannen finns en avsedd sjukskötare för kontroll att syre finns tillgängligt.

Servicemannen ansvarar tillsammans med enhetschefen för att apparater och utrustning får nödvändig service och att eventuella fel och brister åtgärdas. Personal som använder medicintekniska produkter ska ha tillräcklig utbildning och kompetens för säker användning. Fel på utrustning rapporteras VD, och produkter som misstänks vara osäkra tas ur bruk tills situationen har bedömts och nödvändiga åtgärder vidtagits.

Anmälan om tillbud till Fimea

Enligt lagen om medicintekniska produkter (719/2021) ska yrkesmässiga användare anmäla sådana tillbud till Fimea och till tillverkaren eller annan relevant leverantör som uppfyller lagens kriterier. Anmälningsskyldigheten gäller händelser som har lett till eller kunde ha lett till att patientens, användarens eller någon annan persons hälsa äventyras till följd av en medicinteknisk produkt.

Personalen ska utan dröjsmål rapportera fel, brister och misstänkta tillbud som gäller medicintekniska produkter till verkställande direktören Tony Westerlund enligt verksamhetens rutiner. Händelsen bedöms och VD gör anmälan till Fimea när det krävs

enligt gällande bestämmelser. Händelserna dokumenteras och nödvändiga åtgärder vidtas för att förebygga att motsvarande situationer upprepas.

(https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210719#)

Yrkesmässiga användare kan meddela Fimea om tillbud antingen via Fimeas elektroniska gränssnitt som används av organisationen eller genom att skicka PDF-blanketten nedan till laitevaarat@fimea.fi. Mera information och pdf blankett:

- Anmälningar om tillbud orsakat av en medicinteknisk produkt: https://fimea.fi/sv/medicintekniska_produkter/rapportering-om-tillbud

Anmälan kan också skickas per fax 029 522 3002 eller per post. Anmälan om risksituation skickas med adressen:

Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet (Fimea)
Medicintekniska produkter
Mannerheimvägen 166
PB 55
00034 Helsingfors

I brådskande fall kan anmälan först göras per telefon 029 522 3341, men anmälan ska också göras skriftligt utan dröjsmål.

Namn och kontaktuppgifter på den person som ansvarar för produkter och utrustning för hälso- och sjukvård vid enheten:

VD Tony Westerlund tel. 050-3252343

8 DOKUMENTERING AV KLIENT- OCH PATIENTUPPGIFTER

Från den 25.5.2018 tillämpas EU:s allmänna dataskyddsförordning på behandling av personuppgifter. Dataskyddsförordningen tillämpas i regel på all behandling av personuppgifter. Social- och hälsovårdsministeriet har gett ut en guide "Tillämpningsanvisning för bestämmelserna om åtkomsträttigheter inom social- och hälsovården" samt "Handbok om behandlingen av kunduppgifter inom social- och hälsovården" som ger viktig information. Lagen om behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården 703/2023 (kunduppgiftslagen) innehåller en bestämmelse om dokumentationsskyldigheten inom social- och hälsovården.

Enligt EU:s dataskyddsförordning (679/2016) och kunduppgiftslagen (703/2023, 13 §) fungerar Österbottens välfärdsområde som registerhållare av kunduppgifter i tjänst som ordnas med servicesedel. Aurora Care ansvarar för att kunduppgifter

dokumenteras korrekt och behandlas säkert samt för att kundhandlingar överlämnas och hanteras enligt gällande lagstiftning och överenskomna rutiner. Eftersom det handlar om myndighetsdokument fattar Österbottens välfärdsområde som registerhållare beslut om utlämnande av uppgifter. Författningar i offentlighetslagen som gäller utlämnande av handlingar och sekretess tillämpas på handlingar även när serviceproducenten har dem. Mera information finns i Österbottens välfärdsområdes allmänna tillämpningsanvisningar under punkt 10 "Klient- och patienthandlingar och dataskydd".

Kunduppgifter dokumenteras i klienthanteringssystemet Domacare. Till klienthanteringssystemet loggar man in med personliga koder, på så vis kan logguppgifter spåras. När socialservicen inleds dokumenteras det i journalen och när klientens boende upphör görs en anteckning om avslutande av socialservice samt orsaken. Anteckningar om klientens vård och omsorg görs av omsorgspersonalen i varje skift. I dokumentationen lyfts fram hur klienten har klarat sin vardag, hur hen använt sina resurser och hur målen har uppnåtts. Tillgången till uppgifter i klienthanteringsprogrammet är begränsad enligt vilken roll man har i verksamheten.

För övriga klienter, där Aurora Care ansvarar för tillhandahållandet av tjänsten och ÖVPH inte är registeransvarig, ansvarar Aurora Care för behandlingen av kunduppgifterna i enlighet med gällande lagstiftning. Kunduppgifterna dokumenteras, förvaras och arkiveras på ett säkert sätt, och åtkomsten till uppgifterna begränsas till personer som behöver dem i sitt arbete.
För samtliga klienter säkerställs att kunduppgifter behandlas konfidentiellt och att klienternas rättigheter tillgodoses. Hanteringen av klienthandlingar vid avslutad klientrelation sker enligt de bestämmelser och rutiner som gäller för respektive klient och klientregister. Klientanteckningar skrivs tillsvidare ut från journalprogrammet i pappersform när socialservicen avslutas och förs till klientens hemkommun tills enheten får klartecken att det elektroniska dataarkivet fungerar. Frågor om arkivering och överföring av klientuppgifter kan riktas till e-postadressen för de privata tjänsteproducenterna inom välfärdsområdet:
serviceproducenter.kunduppgifter@ovph.fi

Enheten följer kraven i lagen gällande elektronisk dokumentation och Kanta-tjänsterna. Enhetens anslutning till Kanta-tjänsternas Klientdataarkiv och införandet av kraven genomförs enligt de tidsfrister och skyldigheter som gäller för verksamheten. (senast 1.9.2026) Ibruktagningen av socialvårdskanta är förberett och kommer att genomföras när åtkomsträttigheter beviljas. (ÖVPH har meddelat 3.9.2026 att ibruktagandet av åtkomsträtten till register inom socialvården försenas). Kunduppgifter inom social- och hälsovården är sekretessbelagda.

På vilket sätt ordnas inskolningen av personalen och praktikanterna i behandlingen av personuppgifter och i dataskydd, och hur ordnas fortbildningen?

I samband med introduktionen går man igenom de regler och rutiner som gäller hantering av klient- och patientuppgifter, dataskydd, informationssäkerhet och tystnadsplikt. Arbetstagaren informeras om sitt ansvar att följa gällande lagstiftning och verksamhetsenhetens anvisningar. Arbetstagaren bekräftar skriftligen, genom att underteckna enhetens GDPR-blankett, att hen har tagit del av och förstått reglerna och rutinerna för dataskydd och sekretess.

Enhetschefen ansvarar för att arbetstagaren får personliga användarkoder och lämpliga åtkomsträttigheter till klienthanteringsprogrammet Domacare. Användarkoderna är personliga och får inte överlåtas till andra. Arbetstagaren instrueras i säker inloggning, korrekt dokumentation och ansvarsfull hantering av kunduppgifter.

Skolning som genomförs för ordinarie anställda är dataskyddets ABC för personalen inom den offentliga förvaltningen. Fortbildning ordnas vid behov om lagstiftning, anvisningar eller verksamhetens rutiner förändras.
Studerande och vikarier introduceras i dataskydd, sekretess och behandling av kunduppgifter i samband med inskolningen. De handleds i hur uppgifter hanteras och dokumenteras och får endast tillgång till de uppgifter och system som de behöver för sina uppgifter och som de har rätt att använda.

Enheten har en anvisning för personalen " Personuppgifter och dataskydds-information och rutiner" samt en informationssäkerhetsplan. (Kvalitetshandboken) Informationssäkerhetsplanen är inte en offentlig bilaga till den publicerade planen för egenkontroll och ska förvaras skyddad mot obehörig åtkomst.

Aurora Care säkerställer informationssäkerheten genom att skydda klient- och patientuppgifter samt de datasystem som används i verksamheten. Endast personer med behörighet får ta del av uppgifterna och använda dem i sitt arbete. Uppgifterna ska behandlas, förvaras och överföras på ett säkert sätt för att förhindra att obehöriga får tillgång till dem eller att information försvinner eller förändras.

Personalen ska följa enhetens rutiner och anvisningar för dataskydd, informationssäkerhet och sekretess. Genom lämpliga tekniska lösningar, tydliga arbetsrutiner och personalens kunskap säkerställs att klienternas och patienternas integritet skyddas och att deras rättigheter tillgodoses

Målet är att säkerställa att all personal och alla studerande hanterar kunduppgifter på ett säkert och lagenligt sätt och iakttar tystnadsplikten.

På vilket sätt inskolas enhetens anställda i att anteckna kunduppgifter?

Dokumentering sker genom inskolning i Domacare dataprogram.

Personalen har även genomgått förberedande utbildning inför ibruktagandet av socialvårdens klientdatalager, bland annat *Verksamhetsmodeller för ibruktagning av socialvårdens klientdatalager* och *Grundkurs i dokumentering inom socialvården*.
ÖVPH ger även anvisningar gällande socialvårdens klientdatalager och

dokumentation som förmedlas vidare till personalen.
Vid uppdatering av egenkontrollplanen har socialvårdens klientdatalager ännu inte tagits ibruk, men Domacare ger redan nu möjlighet till en mera strukturerad dokumentation i den dagliga dokumentationen. Införandet av socialvårdskanta i Domacare sker stegvis och personalen får inskolning i strukturerad dokumentation.

På vilket sätt säkerställer man att klientarbetet dokumenteras utan dröjsmål och på ett ändamålsenligt sätt?

Klientarbetet dokumenteras utan dröjsmål i varje arbetsskift av den arbetstagare som utfört uppgiften. Dokumentationen görs i klientens dokumentationssystem och innehåller relevant information om klientens hälsotillstånd, funktionsförmåga, vård, omsorg och eventuella förändringar eller avvikelser. Arbetstagaren ansvarar för att dokumentationen är korrekt, saklig och ändamålsenlig. Enhetschefen /teamledaren ansvarar för att rutinerna följs och att dokumentationen genomförs enligt gällande anvisningar.

Den dataskyddsansvariges namn och kontaktuppgifter

Dataskyddsombud: Johanna Frostdahl, Tel. 044-4938550
johanna.frostdahl@auroracare.fi

Har ett register över behandling av sekretessbelagda personuppgifter utarbetats för enheten?

Ja x Nej ☐

9 SAMMANDRAG AV UTVECKLINGSPLAN

En årsklocka för egenkontrollen har tagits i bruk för att systematiskt identifiera utvecklingsbehov, följa upp genomförda åtgärder och kontinuerligt förbättra verksamhetens kvalitet samt klient- och patientsäkerheten.

Egenkontrollplanen publiceras på enhetens webbplats. Den innehåller en sammanställning av de utvecklingsåtgärder som har vidtagits. Sammanställningen uppdateras var fjärde månad och beskriver vilka områden som har granskats, vilka brister eller positiva resultat som uppdagats samt vilka utvecklingsåtgärder som har genomförts.

Egenkontrollplanen finns tillgänglig på både finska och svenska.

Åtgärderna stöder en systematisk uppföljning och utveckling av verksamheten samt främjar öppenhet, kvalitet och säkerhet i vården och omsorgen.

10 UPPFÖLJNING AV PLANEN FÖR EGENKONTROLL

Planen för egenkontroll godkänns och fastställs av verksamhetens ansvariga enhetschef.

Ort och datum	Nykarleby	5.11.2026
	Stina Westlin	
Underskrift	Stina Westlin	enhetschef