



Kvalitets-, säkerhets- och tillsynsrapport 2025

Godkänd: Velfärdsområdets ledningsgrupp 17.2.2026

För kännedom: Velfärdsområdesstyrelsen 17.3.2026





Kvalitets-, säkerhets- och tillsynsrapport

Kvalitets-, säkerhets- och tillsynsrapport 2025 är en årlig sammanfattning av det planerade utvecklingsarbetet på organisationsnivå för att upprätthålla och främja en högkvalitativ och säker vård, omsorg och service i Österbottens välfärdsområde samt en sammanfattning av det genomförda egenkontrollarbetet. Rapporten dokumenterar det gångna året i siffror och sammanfattat textinnehåll av olika experter. Syftet med rapporten är att öka transparensen och ge information till beslutsfattare, personal, klienter, patienter och anhöriga om servicenivån och utvecklingsarbetet i Österbottens välfärdsområde.

Begrepp och beskrivningar:

Talen inom parentes beskriver resultaten för år 2024.

RAI-systemet: RAI-systemet är ett standardiserat verktyg för datainsamling och observationer som är avsett för bedömning av servicebehovet hos klienter inom äldre- eller funktionshinderservicen

NPS (Net Promoter Score): Kundlojalitet, huruvida klienter och personal, rekommenderar tjänsten



Kvalitetshantering



Fokusområden 2025

- Strategibaserad utveckling
- Främjande av processarbete och harmonisering av processbeskrivningar
- Främjande av en säker arbets- och verksamhetskultur samt stärkande av en öppen säkerhetskultur
- Ökad delaktighet bland personalen (auditeringar, självvärderingar)
- Stärkande av det kontinuerliga förbättringsarbetet



Styrkor

- Enheternas arbetssätt och rutiner är till största delen etablerade
- Verksamhetskulturen är kundorienterad och utvecklingsinriktad
- I enheterna förs en öppen dialog, och hanteringen av feedback samt säkerhets- och riskfrågor är en naturlig del av vardagen



Utvecklingsbehov

- Förbättring av tydlig och informativ kommunikation → begriplig, tidsmässigt rätt och riktad kommunikation
- Ökad synlighet för det dagliga utvecklingsarbetet
- Bättre utnyttjande av feedback och resultat, regelbunden hantering och analys av resultaten samt dokumentation av utvecklingsåtgärder
- Ökad delaktighet av personalen i utvecklingsarbetet
- Utjämning av regionala skillnader



Åtgärder

- Organisationens huvudprocesser har dokumenterats och harmoniserats
- Intervjuerna i de interna auditeringarna riktades till personalnivån
- Rapporteringen av egenkontrollen och färdigställandet av egenkontrollplanerna har främjats
- Övergång till processauditering (2026)
- Styrkor och god praxis har försökts implementeras i verksamheten



Riskhantering

Fokusområden 2025

Förändringar i servicenätverket

Förhandsbedömningar av förändringarna som stöd för beslutsfattandet

Aktiv riskhantering vid förändringar i verksamheten

Riskbedömningar gjordes på alla nivåer i organisationen

Arbetarsäkerhetsrisker

Mera stöd till förpersonerna och uppföljning av läget genom auditering, arbetet fortsätter 2026

Återkommande top 5 risker



Finansieringen utvecklas inte i samma takt som prisutvecklingen inom branschen



Deloptimering och ekonomisk obalans mellan verksamhetsområden



Välbefinnande i arbetet, belastning och negativ inverkan på håll- och dragkraft



Vi tvingas använda oss av köptjänster om den egna personalen inte räcker till.



Konstant överbelastning på avdelningar svårigheter att klara av en plötslig patientökning

Vidtagna riskhanteringsåtgärder

Utveckling av processer för effektivare verksamhet och nöjdare kunder

Satsning på förebyggande tjänster
Effekterna ses med fördröjning

Gemensam lägesbild och bättre förståelse för andra verksamheter.
Information över verksamhetsområdesgränserna

Systematisk förändringshantering samt regelbunden uppföljning av kvalitet och säkerhet



Främjande av nationella klient- och patientsäkerhetsstrategin

Den nationella klient- och patientsäkerhetsstrategin för åren 2022–2026 utgör grunden för utvecklingsarbetet inom klient- och patientsäkerheten. Genomförandet av strategins delområden utvärderas årligen med hjälp av ett självutvärderingsverktyg.

Under året noterades förbättringar inom flera delområden och strategin främjades enligt fyra huvudteman.

1. Kundernas och patienternas delaktighet ökades bland annat genom klientråd, erfarenhetsverksamhet och organisationssamarbete. Internationella patientsäkerhetsdagen uppmärksammades på hösten genom olika evenemang för barnfamiljer och yrkesverksamma samt genom att byggnader belystes i orange temafärg. Ett brett spektrum av aktörer inom social- och hälsovården samt organisationer deltog.
2. Personalens välbefinnande och kompetens stärktes särskilt genom utbildningar och vidareutveckling av introduktionsmodellen för professionella.
3. Inom temat Säkerhet först i alla organisationer utbildades enhetschefer i rutiner för rapportering av negativa händelser, med fokus på att stärka säkerhetskulturen och skapa en icke skuldbeläggande atmosfär. Problem i samband med införandet av det nya klient- och patientdatasystemet lyftes aktivt fram via anmälningssystemet. En enkät om säkerhetskulturen genomfördes våren 2025.
4. Befintliga rutiner förbättrades inom tre områden. Inom läkemedelssäkerheten genomfördes flera utvecklingsåtgärder och planen för läkemedelsbehandling uppdaterades. Inom apparatsäkerheten låg fokus på digitalisering av kompetenser samt färdigställandet av apparatsäkerhetsplanen. Inom infektionsbekämpningen utvidgades sjukhusets antibiotika- och infektionsövervakningssystem (SAI) till allmänmedicinska avdelningar, och god praxis stärktes genom en regional utbildningsdag för hygienansvariga på hösten.



Nationella klient- och patientsäkerhetsstrategin

Spets 1	Spets 2	Spets 3	Spets 4
<u>Helhet</u> Tillsammans med klienterna och patienterna 77 %	<u>Helhet</u> Välmående och kompetent personal 86 %	<u>Helhet</u> Säkerheten först vid alla organisationer 87 %	<u>Helhet</u> Vi förbättrar det som redan finns 78 %
<u>Mål 1.1</u> Vi ökar delaktighet för att förbättra säkerheten 61 %	<u>Mål 2.1</u> Vi säkerställer säkerhetskunskaper och deras förbättring under hela karriären 81 %	<u>Mål 3.1</u> Öppen och tillgänglig information styr vår verksamhet och ökar säkerhet 94 %	<u>Mål 4.1</u> Vi ökar läkemedelsbehandlings säkerhet genom gemensamma rutiner 75 %
<u>Mål 1.2</u> Vi främjar klient- och patientsäkerhetsarbete i samma takt 93 %	<u>Mål 2.2</u> Vi skapar säkerhet genom att främja arbetshälsa 95 %	<u>Mål 3.2</u> Vi säkerställer distanstjänster och digitala tjänster som är trygga för alla 91 %	<u>Mål 4.2</u> Vi sörjer för säkerheten vid användning av utrustning och informationssystem 82 %
<u>Mål 1.3</u> Klienternas, patienternas och närståendes erfarenheter styr utveckling av våra tjänster 79 %	<u>Mål 2.3</u> Vi förbättrar säkerheten genom aktivt ledarskap 82 %	<u>Mål 3.3</u> Säkerhetskultur ligger till grund för vår verksamhet 77 %	<u>Mål 4.3</u> Vi förenhetligar god infektionsbekämpnings-praxis 77 %

Grönt symboliserar att över 75% eller mera är klart. Gult symboliserar 50-74% är klart, orange 25-49%. Röd symboliserar att under 24 eller mindre är klart.



Klient- och patientsäkerhetens mätare

Haipro: Anmälningsprogram för personalen för nära ögat situationer och negativa eller farliga händelser relaterade till klient- och patientsäkerheten. Klienter, patienter och anhöriga kan också rapportera incidenter eller avvikelser via en separat kanal.

SPro: Socialvårdens anmälningsskanal för personalen för hot om missförhållanden och missförhållanden som inträffat i utförandet av socialvård.

Fimea: Tillstånds- och tillsynsmyndighet för läkemedel avsedda för människor och djur, blod- och vävnadsproducter uppfyller kraven och att tillverkarna följer lagstadgade skyldigheter i Finland. Yrkesmässig användare är skyldig att anmäla riskhändelser som rör medicintekniska producter till Fimea

Allvarlig farlig händelse: klienten har drabbats eller kunde ha drabbats av allvarlig eller betydande permanent skada, eller det finns en stor risk för hans/hennes liv eller säkerhet. Kan även vara händelser där flera klienters säkerhet äventyras

Utredning av allvarlig händelse innebär en grundläggande intern processutredning med fokus på processförbättring och ökad klient- och patientsäkerhet.

Never event - Heta linjen indikatorer: Nationellt överenskomna händelser som aldrig skulle få hända och som kan undvikas genom att följa säkerhetsrekommendationer och anvisningar. När indikatorerna pekar på en allvarlig säkerhetsavvikelse ska organisationen omedelbart vidta korrigerande och förebyggande åtgärder. [Länk till listan på händelser](#)

Rapporteras enligt följande:





Klient- och patientsäkerhet 1/3

Status: 23.1.2026

Alla anmälningar: 15114

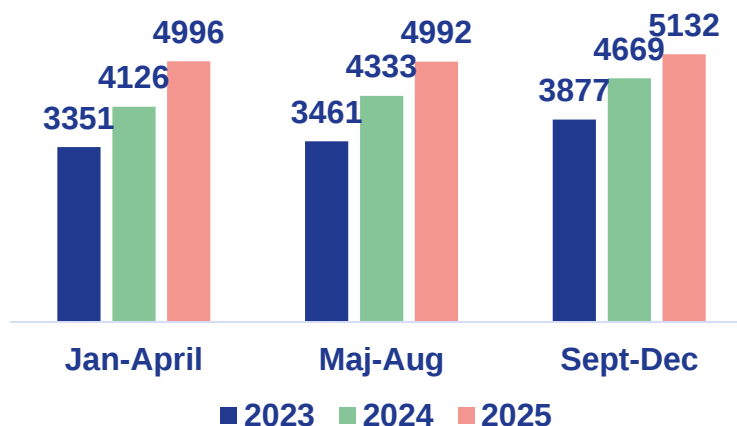
Väntar på handläggning: 682
(5%)

Väntar på tilläggsinformation:
37 (0%)

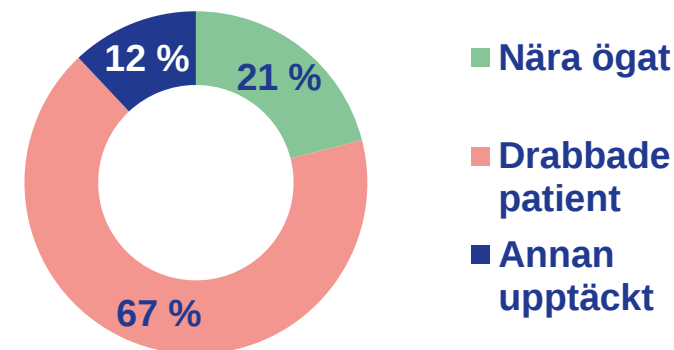
Under handläggning: 823 (5%)

Färdig: 13572 (90%)

Antal anmälan om negativ händelse



De anmälda händelsernas karaktär



Måttliga skador: 927 (6%)

Allvarliga skador: 82 (0,5%)

Anmälningar om
missförhållanden inom
socialvården (antal)

97 (78)

Utredning av allvarliga
händelser
(antal)

1
(5)

Farliga händelser som
borde kunna undvikas –
Never event

6
(5)

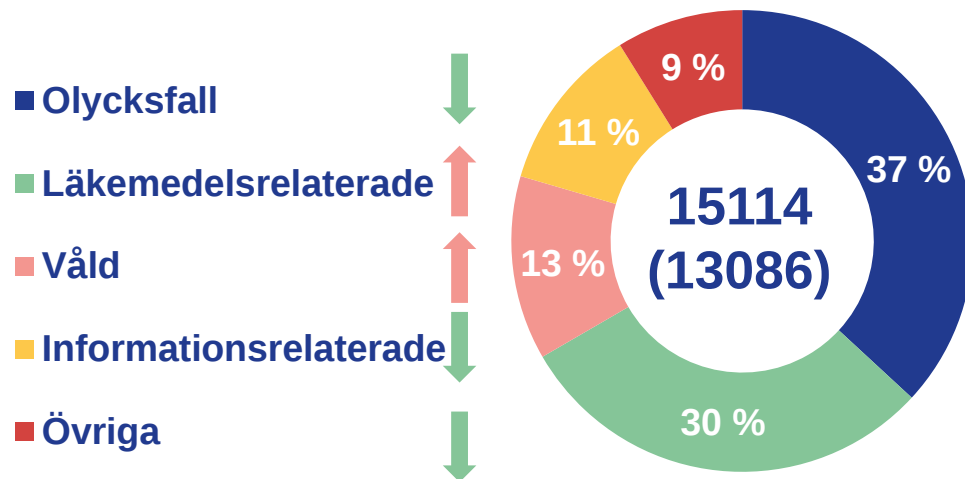
Incidenter som
rapporteras till Fimea
som rör utrustning och
förnödenheter

14 (23)



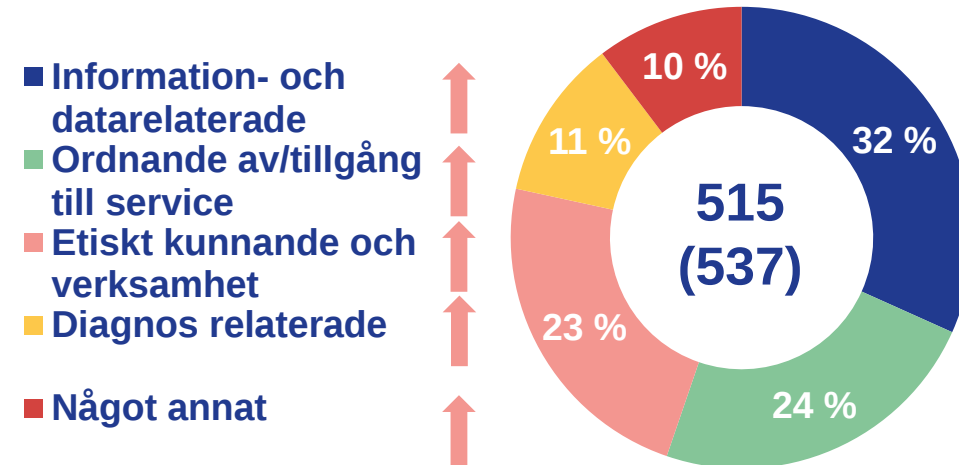
Klient- och patientsäkerhet 2/3

Vanligaste händelsetyper (alla anmälningar)



Pilarna visar om de olika typerna av anmälda händelser har ökat eller minskat (%) jämfört med förra perioden.

Klienter och närståendes anmälningar samt de vanligaste händelsetyperna, totalt antal:



Måttliga skador 57 (56)
Allvarliga skador 9 (8)



Klient- och patientsäkerhet 3/3

Incidenter
relaterade till
patient- och
klientdatasystem

589 (81)

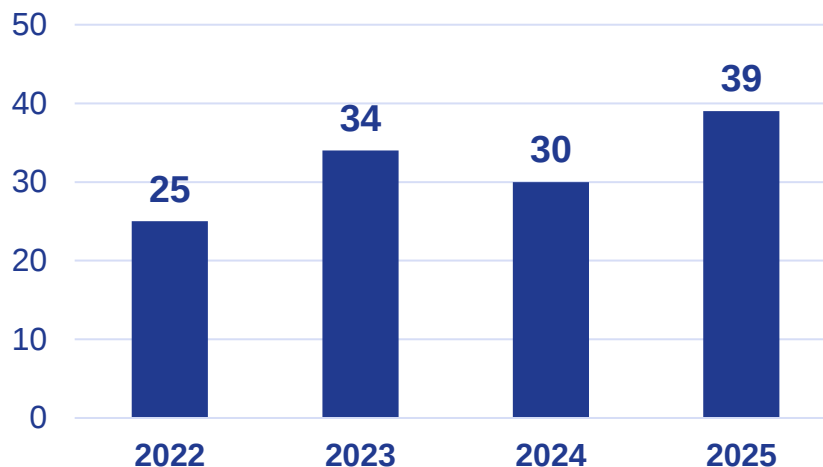
Incident i
samband med
en
distanstjänst/
distans-
mottagning/
digi- eller
eHealth.

179 (121)

Fallolyckor som lett till lindrig, måttlig
eller allvarlig skada för patienter och
klienter. Antal skador /alla fallolyckor.

**2079/4409
(1376/4021)**

Antalet ersatta patientskador enligt det år som
beslut om ersättning har fattats.



Andelen patienter med höftledsfraktur som
är vid liv och skrivits ut efter 90 dagar (%)
standardiserat info ind. 5049. Österbotten
(Hela landet). Data från 2023. Sotkanet
5049.

77,6% (79,2%)

Dödlighet inom 365 dagar för patienter
med höftledsfraktur, standardiserad % info
ind. 5051. Österbotten (Hela landet. Data
från 2023. Sotkanet 5051.

19,9% (21,0%)

Dödlighet 30 dagar efter hjärninfarkt,
standardiserad % info ind. 3944.
Österbotten (Hela landet) Data från 2023.
Sotkanet 3944.

6,9% (9,4%)

Dödlighet 30 dagar efter hjärtinfarkt,
standardiserad % info ind. 3942.
Österbotten (Hela landet) Data från 2023.
Sotkanet 3942.

6,4% (7,1%)



Upptäkter inom klient- och patientsäkerheten

- Antalet rapporter om avvikelser har ökat stadigt. Detta kan bero på att personalen är mer medveten om riskerna och om den nya tillsynslagstiftningens anmälningsplikt. Trots att fler rapporter har gjorts har en större del av dem kunnat behandlas färdigt än tidigare.
- Flest rapporter gällde olycksfall (fall), men det totala antalet ökade endast lite. Modellen för fallprevention togs i 2024. Rapporterna om våld ökade med 40 % – särskilt ökade klienters/patienters våld mot varandra samt självdestruktivt beteende. Avvikelser inom läkemedelsbehandling rapporterades 20 % mer än tidigare, vilket främst kopplas till problem i läkemedelsmodulen i det nya klient- och patientdatasystemet.
- Det nya klient- och patientdatasystemet togs i bruk våren 2025, och många problem relaterade till införandet rapporterades. I programmet har man upptäckt tekniska brister och dessutom har utbildningen inför införandet på vissa håll varit otillräcklig. Detta syns i den betydande ökningen av avvikelserrapporter kopplade till klient- och patientdatasystemet under året (82 → 189 st).
- Servicesystemet var tidvis hårt belastat, vilket ledde till överbeläggningar på vårdavdelningar och akutmottagningar. Den ökade arbetsbördan bidrog till brister i patientuppföljning, etikbelastning hos personalen, dokumentationsbrister, fall och läkemedelsfel. Utskrivningsproblem kan delvis kopplas till samma belastning, då information om utskrivningar och läkemedelsändringar inte alltid nådde hemtjänsten.
- Antalet rapporter som gjorts av klienter/patienter och deras närstående ökade jämnt, och de flesta av dem gällde brister i informationsöverföringen, arrangemang av vård/tjänster samt utmaningar i etisk kompetens och bemötande.
- Till de nationella "Heta linjens indikatorer" (Never events) uppdaterades i år med socialvårdens indikatorer. Antalet sådana händelser var nästan oförändrat, men målsättningen är att minska dem.



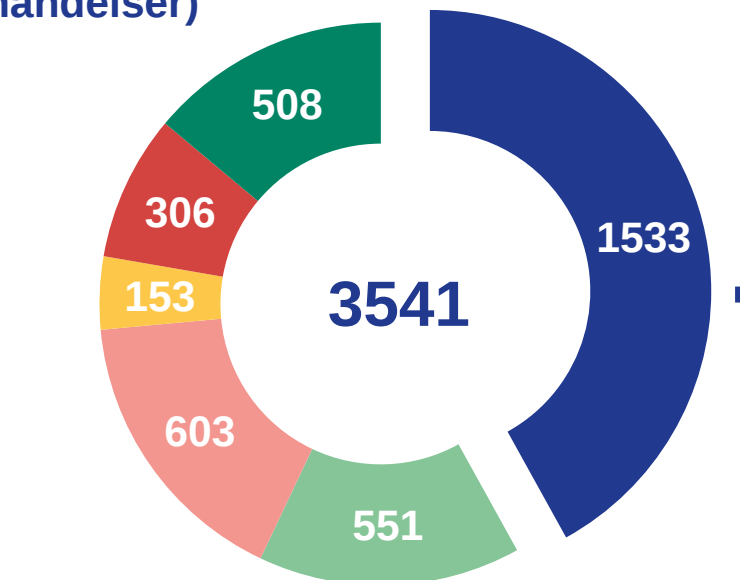
Utvecklingsåtgärder inom klient- och patientsäkerhet

- Personalen informerades om den lagstadgade anmälningsskyldigheten via intranätet, och i november hölls två utbildningar för chefer om detta. Blanketten för avvikelserapportering utvecklades löpande med systemleverantören.
- Avvikelse rapporterades och följdes upp under året av enheten för kvalitet och tillsyn samt ansvarspersoner och vårdexperter. Samarbetet har fokuserat på att åtgärda brister och förbättra framtida processer.
- Den veckovisa lägesrapporteringen till ledningen har förbättrat informationsgången vid belastningssituationer i servicenätverket. Det finns handlingsmodeller för belastningssituationer på avdelningar, för flerpatientssituationer i jouren och en defusing-process för etiska utmaningar.
- Utmaningarna med det nya klient- och patientdatasystemet hanterades från och med införandet under våren i nära samarbete med systemleverantören, serviceenheterna och vårdsakkunniga.
- På basen av de brister i apparatsäkerheten som Fimea upptäckte togs en åtgärdsplan fram och godkändes av Fimea.
- Elektroniska apparatpass har införts i de flesta enheter, även om arbetet på vissa håll fortfarande pågår. Apparatansvariga utbildades. Arbetet med planen för apparatsäkerhet fortsatte. I planen beskrivs gemensamma arbetssätt och ansvar inom välfärdsområdet, med målsättning att publiceras 2026.



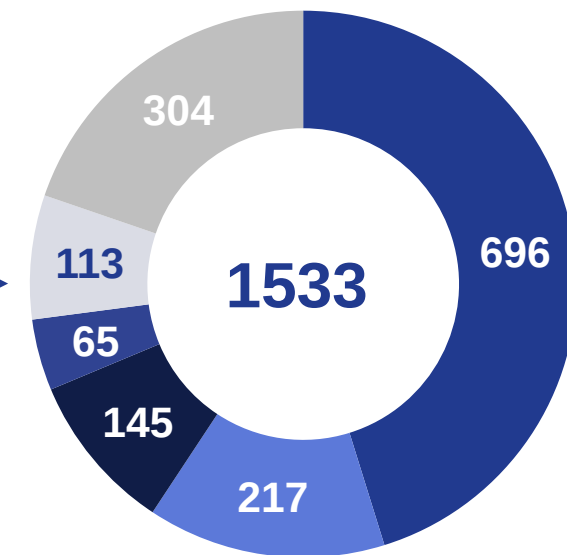
Läkemedelssäkerhet

Vanligaste händelsetyper
(Läkemedelsrelaterade negativa
händelser)



- Administreringsfel
- Orinationsfel
- Delningsfel
- Utredning och dok av hemmedicinering
- Övervakning av läkemedelsbehandling
- Annat/Ej känd

Vanligaste typen av
administreringsfel



- Ingen läkemedelsadministrering
- Fel tidpunkt
- Fel dosering eller styrka
- Fel läkemedel
- Fel patient/klient
- Annat/inte utvald

Drabbade
klient/patient

61,4 %

Måttliga
följder

147
(132)

Allvarliga
följder

6
(4)

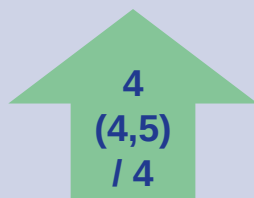
Never
event

1

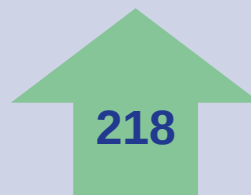


Läkemedelssäkerhet

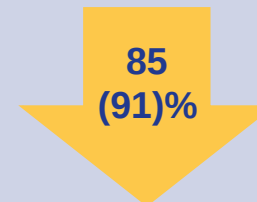
Avedelningsfarmaceutens
service (antal fyllda vakanser)



Rapporterade åtgärder som
förbättrar läkemedelssäkerheten

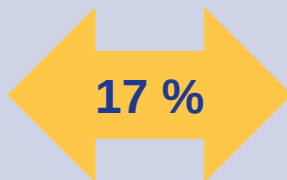


Läkare har granskat
medicineringen (av antalen RAI-
bedömda hemvårdsklienter)



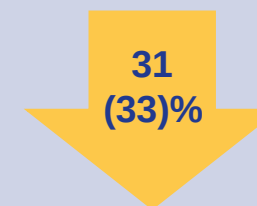
Andel personer som köpt minst tio olika läkemedel
av alla 75 år fyllda under referensperioden på fyra
månader (augusti-november 2023)

Källa: Fimea 2024



Andel av alla personer 75 år och äldre som har köpt
läkemedel som undviks av äldre (kategori D i
databasen Lääke75+) (2024)

Källa: Fimea 2025





Utvecklingsåtgärder relaterade till läkemedelsbehandling

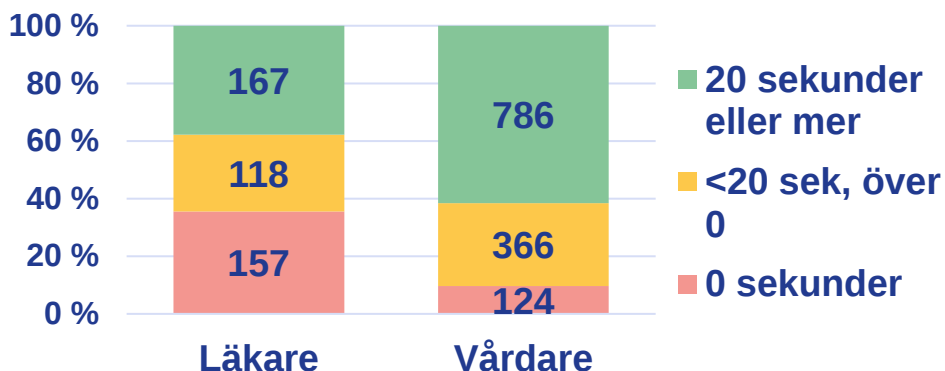
- Ledningen av läkemedelssäkerhet har förtydligats och en arbetsgrupp för säker läkemedelsbehandling har inrättats för att utarbeta utvecklingsåtgärder.
- Riktlinjerna för dokumentation av läkemedelsbehandling har uppdaterats och förtydligats. Läkemedelsplanen har uppdaterats.
- En ny verksamhetsmodell har utvecklats för palliativ vård och vård i livets slutskede, med målet att förbättra tillgängligheten och säkerheten för palliativ läkemedelsvård. Som en del av verksamhetsmodellen har utbildning och riktlinjer för att säkerställa kompetens utvecklats i syfte att öka kompetensen inom palliativ medicinering på boenden.
- Ett allvarligt problem relaterat till läkemedelssäkerhet identifierades i det patientdatasystemet. Datasystemet korrigerades utifrån observationen och förbättrade säkerheten för alla kunder i de områden som använder samma patientdatasystem.
- En klinisk provisor har börjat arbeta på kirurgavdelningar, och i Jakobstad arbetar en farmaceut på avdelningen två dagar i veckan.
- Enheter har gjort egna utvecklingsåtgärder
 - 95 flera utvecklingsåtgärder rapporterades från enheterna än föregående år
 - 2024 rapporterades utvecklingsåtgärder endast i 3 % av anmälningarna, 2025 6,2%
 - Åtgärderna gällde främst policy och förfaranden (51 %), följt av utvecklingsåtgärder för data- och tekniska system samt utrustning och förnödenheter (14 %).



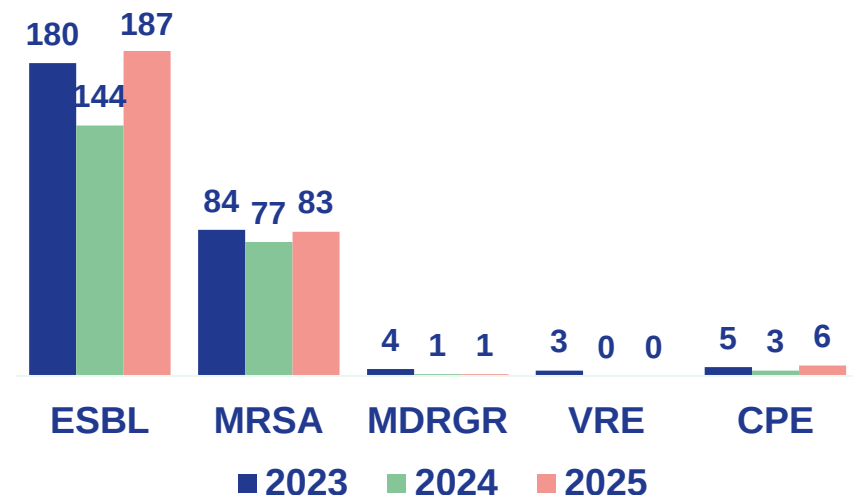
Hygien och infektionsbekämpning, specialsjukvård 1/2

Användningstid av handdesinfektionsmedel

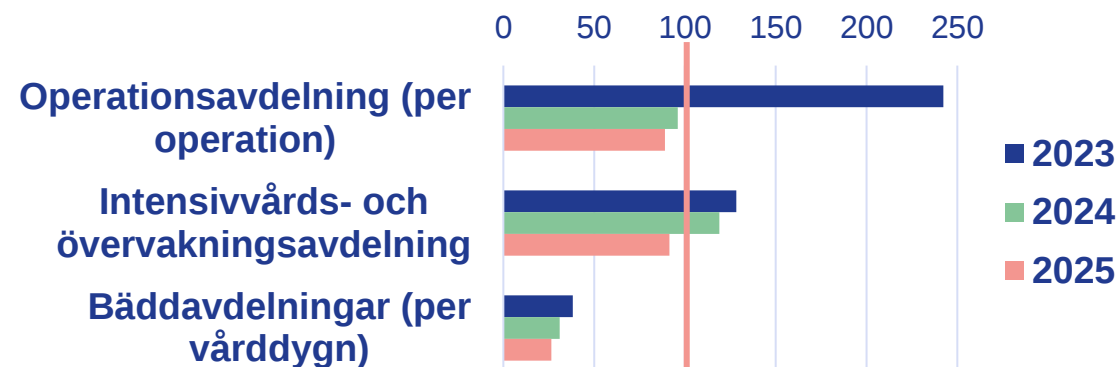
Observationer av handhygien: 2024 st (1918 st)
Rekommenderad tid för handdesinfektion 20-30s



Nya fynd av multiresistenta bakterier inom hela ÖVPH



Mängd handdesinfektionsmedel, mål 100ml



Vårdrelaterade
infektioner/ 1000
vård dagar
25,38
(17,59)

Blododlingspositiv sepsis
vård-/ samhällsrelaterade
infektioner/ 1000
vård dagar
1,5/6,32
(1,45/5,71)

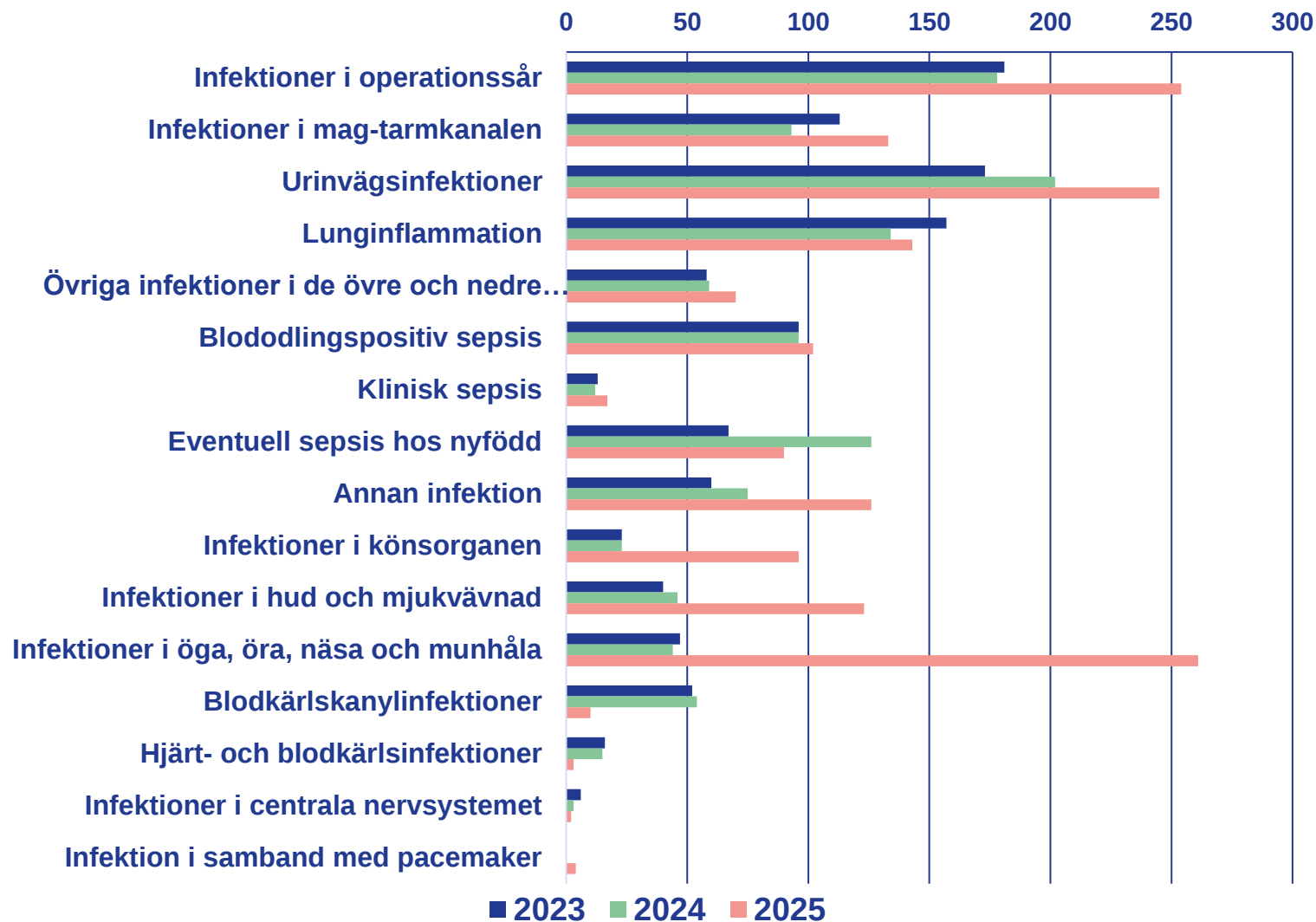
Clostridioides difficile
infektioner vård-/
samhällsrelaterade
infektioner/1000
vård dagar
0,18/0,09 (0,5/0,24)

Täckning av
influenzavaccin

Läkare 169 st (185 st)
Vårdare 556 st (534 st)



Vårdrelaterade infektioner, specialsjukvård 2/2



Infektioner i konstgjord led %	2023	2024	2025
Totalprotes i höft			
-ytlig infektion	0,6	0,4	0,4
-djup infektion	0	0	0
-infektion i operationsområ de/ organ	1,2	0	0,39
Totalprotes i knä			
-ytlig infektion	0	0,46	0,57
- djup infektion	0	0,23	0
- infektion i operationsområ de/ organ	0,27	0,69	0,28



Hygien och infektionsbekämpning

Vårdrelaterade
blododlingspositiv
sepsisinfektioner/1000
vård dagar.
Allmänmedicinska
avdelningar

0,4 (0,3)

Vårdrelaterade
infektioner/1000 vård dagar.
Allmänmedicinska
avdelningar

14,4 (7,9)

Användning av
handdesinfektionsmedel/vård
dag på avdelningar
(nationellt målvärde inom
specialsjukvården
100ml/vd).
Allmänmedicinska
avdelningar

21,6 (28,1)

Andel
serviceboendeklienter med
urinvägsinfektion 2025
enligt RAI-systemet.
Serviceboenden

5% (-)

Övriga observationer och korrigerande åtgärder

Mindre hygienskötare resurser: 12/24 en tjänst borttagen av 5, från 8/25 bara 3 av 4 tjänster tillsatta

Hygienskötare har under året deltagit i flera projekt bland annat vid ibruktagning av SAI och Lifecare.

Information om vårdrelaterade infektioner och antibiotikabehandlingar på allmänmedicinska avdelningar fås via SAI-systemet från och med 1.5.2025 förutom i Kristinestad där SAI tagits i bruk september 2025.

I Jakobstad och Nykarleby har SAI tidigare använts och data överförs till systemet. Jfr tal berör endast Jakobstad och Nykarleby

Perioden för handdesinfektionsmedelsförbrukning ca 4 mån (Q1 3 månader). Allmänmedicinska avdelningen i Kristinestad inte medräknad. Förbrukningsmängd minskat jämfört med föregående period på allmänmedicinska avdelningar.

Epidemier på allmänmedicinska avdelningar: noro, skabb, luftvägsinfektioner



RAI nyckeltal - klientstruktur

Klientstruktur, 1-6 2025 (7-12 2024) n=antal klienter under uppföljningstiden	Hemvård Österbotten, n=1415	Hemvård Finland, n=57888	Serviceboende dygnet runt Österbotten, n=918	Serviceboende dygnet runt Finland, n=46534
Ålder, medeltal	83,9 (83,9)	82 (82,1)	85,9 (86,1)	84,1 (84,1)
Andel 65-74 år (%)	11 (11)	14 (14)	7 (7)	11 (11)
Andel 75-84 år (%)	33 (33)	35 (35)	31 (30)	34 (34)
Andel 85-90 år, (%)	29 (30)	28 (28)	31 (31)	30 (29)
Andel över 90 år (%)	24 (23)	19 (18)	32 (33)	23 (24)
Andel med demensdiagnos (%)	38 (37)	44 (45)	74 (70)	77 (77)
Förmåga att klara sig i vardagen (ADLH 0-6, 0=självständig), medeltal	0,9 (1,0)	1,1 (1,2)	3,3 (3,2)	3,4 (3,4)
Andel med förmåga att klara sig i vardagen, självständig, ADLH=0, (%)	60 (56)	48 (48)	4 (6)	4 (4)
Kognition (CPS 0-6, 0=självständig), medeltal	1,5 (1,5)	1,7 (1,8)	3,3 (3,2)	3,4 (3,4)
Andel med kognitionsnivå, självständig (CPS=0), %	26 (27)	21 (21)	3 (4)	3 (3)



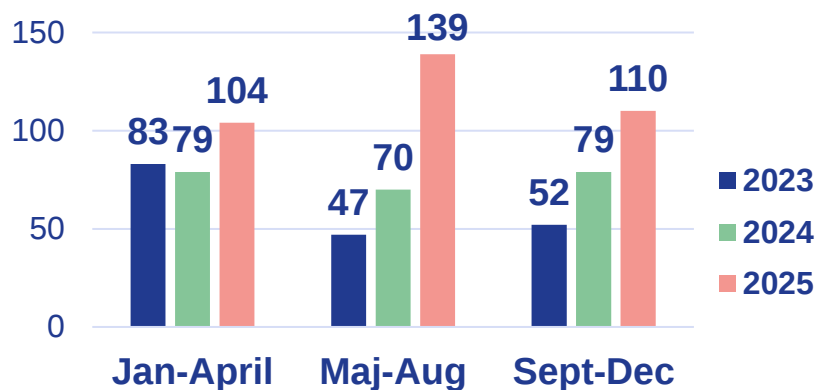
RAI-nyckeltal kvalitetsindikatorer

Klientstruktur, 1-6 2025 (7-12 2024) n=antal klienter under uppföljningstiden	Hemvård Österbotten, n=1415	Hemvård Finland, n=57888	Serviceboende dygnet runt Österbotten, n=918	Serviceboende dygnet runt Finland, n=46534
Andel med övermedicinering (fler än 9 läkemedel) (%)	58 (55)	63 (64)	54 (53)	56 (56)
Medicinering – Andel där läkare har inte granskat medicineringen (%)	15 (15)	19 (20)		
Medicinering – Andel som använder sömnmedel (%)	26 (28)	28 (29)	32 (32)	38 (40)
Andel som fallit (%) (senaste 30 dygn boende och 90 dygn hemvård)	29 (30)	29 (29)	10 (12)	12 (12)
Andel med liggsår – sår som inte läkts (%) (hemvård)	0 (1)	3 (5)		
Andel med liggsår (%) (24/7 boende)			11 (11)	10 (9)
Andel med nya liggsår (%) (24/7 boende)			6 (8)	5 (4)
Åtgärder som begränsar rörelse dagligen (%)			21 (19)	18 (17)
Klienten har inte själv deltagit i bedömningen (%)	22 (22)	16 (19)	59 (46)	39 (43)

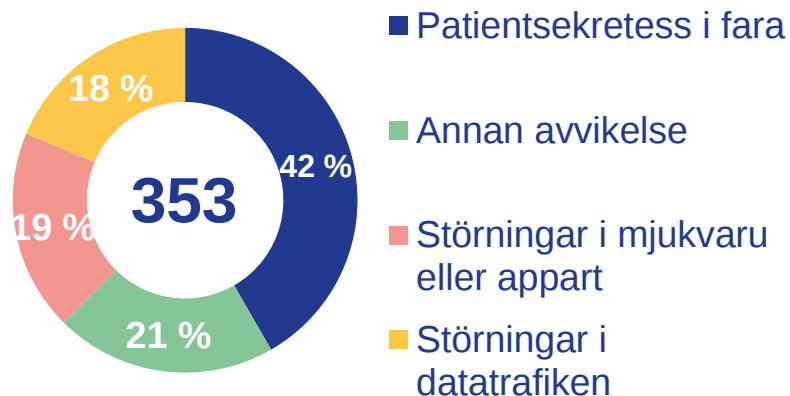


Dataskydd

Anmälningar om negativ händelse inom dataskydd



Typer av anmälningar av negativ händelse inom dataskydd



Personalen uppmanas att utföra dataskyddest ABC med fem års mellanrum. Kursen registreras i almas utbildningsregister.

Kundförfrågningar om information om användarloggar i patientregistret (antal)

129 (60)

Övriga observationer

Direkta anmälningar om dataskyddsincidenter rapporterades till dataskyddsombuden totalt 86 st.

Anmälarna var bland annat 2M-it, Tietoevry, privata tjänsteleverantörer, ett annat välfärdsområde eller organisation, t.ex. Fimlab.

Från regionförvaltningsverket fick vi en begäran om utredning och från Datainspektionen fyra begäranden om utredning.



Delaktighetsarbete

Klientråd

Varje klientråd sammanträdde under våren 0–1 gånger. Som ämne behandlades bland annat godkännandet av verksamhetsberättelsen för 2024.

Klientrådets mandatperiod upphörde den 31.5.2025.

Planering av invånarpaneler har påbörjats Erfarenhetsverksamhet, uppgifter inom erfarenhetskunnigverksamheten

Flera uppgifter via projekt eller Klient- och patientsäkerhetcentret.

- Regelbunden mottagningsverksamhet en dag/vecka, startade 3/2025 (psykosociala centret, norra området)
- 3 st individuella kundmottagningsbesök
- 1 st som stödperson eller gruppleadare tillsammans med en yrkesperson
- 30 st deltaganden i arbetsgrupp eller möten
- 5 st föreläsning vid avdelningstimme eller seminarium

Organisationssamarbete

Samarbetsavtal mellan välfärdsområdet och Organisationsdelegation för åren 2025–2029 undertecknat.

OLKA-samarbete: temadagar, Olka-punkter och frivilligverksamhet. Sote-morgonkaffe, olika samarbetsevenemang såsom Föreningar i välfärdsområdet samt Medborgarsamhällsakademin, gemensamma workshops med representanter från organisationer och kommuner. Organisationsbidrag: partnerskapsbidrag, verksamhetsbidrag samt engångsbidrag till organisationer.

Påverkansorgan

Påverkansorganen har behandlat och gett utlåtanden om framtids- och anpassningsprogrammet samt förändringar i servicenätet för åren 2025-2026.

Varje enskilt påverkansorgan har vid sina möten behandlat initiativ och lagförändringar som berört den egna målgruppen.

Påverkansorganens mötesprotokoll finns på välfärdsområdets hemsida. [Länk till mötesprotokoll.](#)



Regional samverkan

Kommunsamarbete

Under år 2025 har sektordirektörerna, räddningsdirektören och hyte-koordinatorerna besökt ledningen i alla kommuner inom välfärdsområdet. Vid tillfällena har konstruktiva samtal förts om samarbete, utveckling av tjänsterna och kommunen särskilda behov.

Regelbundna möten med kommunernas välfärdschefer och koordinatörer.

Kontakter och träffar utgående från kommunernas enskilda behov.

Direkt delaktighetsarbete

Implementeringen av delaktighetsplanen till verksamhetsområdena. Gemensamma tillfällen för kommuner och organisationer om välfärdsplanens tyngdpunktsområden och fenomen.

Invånarnas delaktighet genom den digitala diskussionsplattformen Voxit.

Planering av invånarpaneler har påbörjats.

Välfärdsområdet har erbjudit möjlighet åt sina invånare att delta i strategiarbetet, lyfta fram tungpunktområden för välfärdsplanen samt utveckla familjecentrets tjänster via den digitala plattformen Voxit.

Välfärdsområdets direktör har besökt välfärdsområdets verksamhetspunkter "vid samma bord" enligt regionalt uppgjorda program såväl höst som vår.



Främjandet av likabehandling och jämställdhet

Utvärdering av främjandet av YHTA arbetet

1. Åtgärder som stöder YHTA- planen
2. YHTA-utvecklingsåtgärder inom verksamhetsområdena

YHTA = likabehandling och jämställdhet (förkortningen kommer från finskan men används för tillfället på båda språken)

Främjande av YHTA-kunskap och medvetenhet – vad har gjorts?

- **Tillgänglighet till tjänster – enkäten** för att mäta olika befolkningsgruppers upplevelser av tillgänglighet, 12/25
 - Språk: svenska, finska, vietnamesiska (11 svar), somaliska, persiska, ukrainska, engelska samt pappersversion (31 svar).
 - Andra språken: 0-2 svar
 - Svar inkom från alla kommuner: bla Vasa (45 %), Laihela (32 %) och Närpes (15 %).
- Utvärderingen omfattade olika tjänster, från grundläggande tjänster till specialiserad sjukvård
- **Information om YHTA-utbildningar**

Pågående åtgärder enligt YHTA-planen

- Antirasistiskt program
- Rapportering och information om resultaten av tillgänglighetsenkäten
- Åtgärder enligt YHTA-planen inom verksamhetsområdena

Projektet Hållbar och kompetent social- och hälsovård (ESF 2024–2026) – inklusive social hållbarhet, rättvisa och jämlikhet



Tillgänglighet till tjänster

Likert- skala, genomsnittlig värde. Skala 1-5 där 1=helt av annan åsikt, 5 helt av samma åsikt. 211 svarare.

Jag upplever att tjänsterna är lätta att hitta (t.ex. tjänstebeskrivningar, anvisningar för tidsbokning, adresser, öppettider, kontaktuppgifter osv.
2,82

Mitt kontaktspråk togs i beaktande i servicen (tex nationalspråken finska, svenska eller samiska, något annat språk, teckenspråk osv.)
3,89

Jag fick den **information** som jag behövde i **en tydlig och förståelig form**
3,47

De digitala tjänsterna, som tex webbsidorna, elektroniska blanketterna, tidsboknings-tjänsterna och applikationerna, **är lätt att använda.**
2,68

Det är lätt - för även dem som inte använder sig av digitala tjänster - att uträtta sina ärenden per telefon och på plats samt att hitta pappersblanketter.
2,19

Välfärdsområdets lokaler och servicemiljöer är lättillgängliga (med tanke på tex rörlighet, tillgänglighet, skyltar och rådgivning)..
3,61

Mitt interaktionsbehov togs i beaktande i servicen, dvs mina behov som beror på hörseln, talproduktion, förståelsen, synen och/eller gestaltningen (tex genom användning av lätt språk, möjligheten att välja kommunikationssätt):.
3,42

Jag bemöttes respektfullt i servicen
3,96

Jag upplev viljan och förmågan att förstå människot med olika bakgrund i servicen.
3,57

Jag upplever att den **information** som jag fick om servicen **var tillräcklig och tydlig**
3,48

Jag upplever att jag även i fortsättning kan söka mig till social- och hälsovården utan att oroa mig för tillgänglighet (tex med tanke på tillgänglighet, icke-diskriminering osv)..
3,29



Tillgänglighet och diskriminering

Upplevelse av diskriminering, totalt 193 svar. Man har kunnat svara på ett eller flera alternativ.



Sammanfattning av tjänsternas tillgänglighet

- Den övergripande bedömningen av tillgängligheten är måttligt positiv (medelvärde 3,2)
- Högst betyg ges för respektfullt bemötande (4) och beaktande av servicespråk i tjänsterna (3,9)
- Förtroendet för tjänsterna (medelvärde 3,3)

Utvecklingsbehov utifrån svaren gäller:

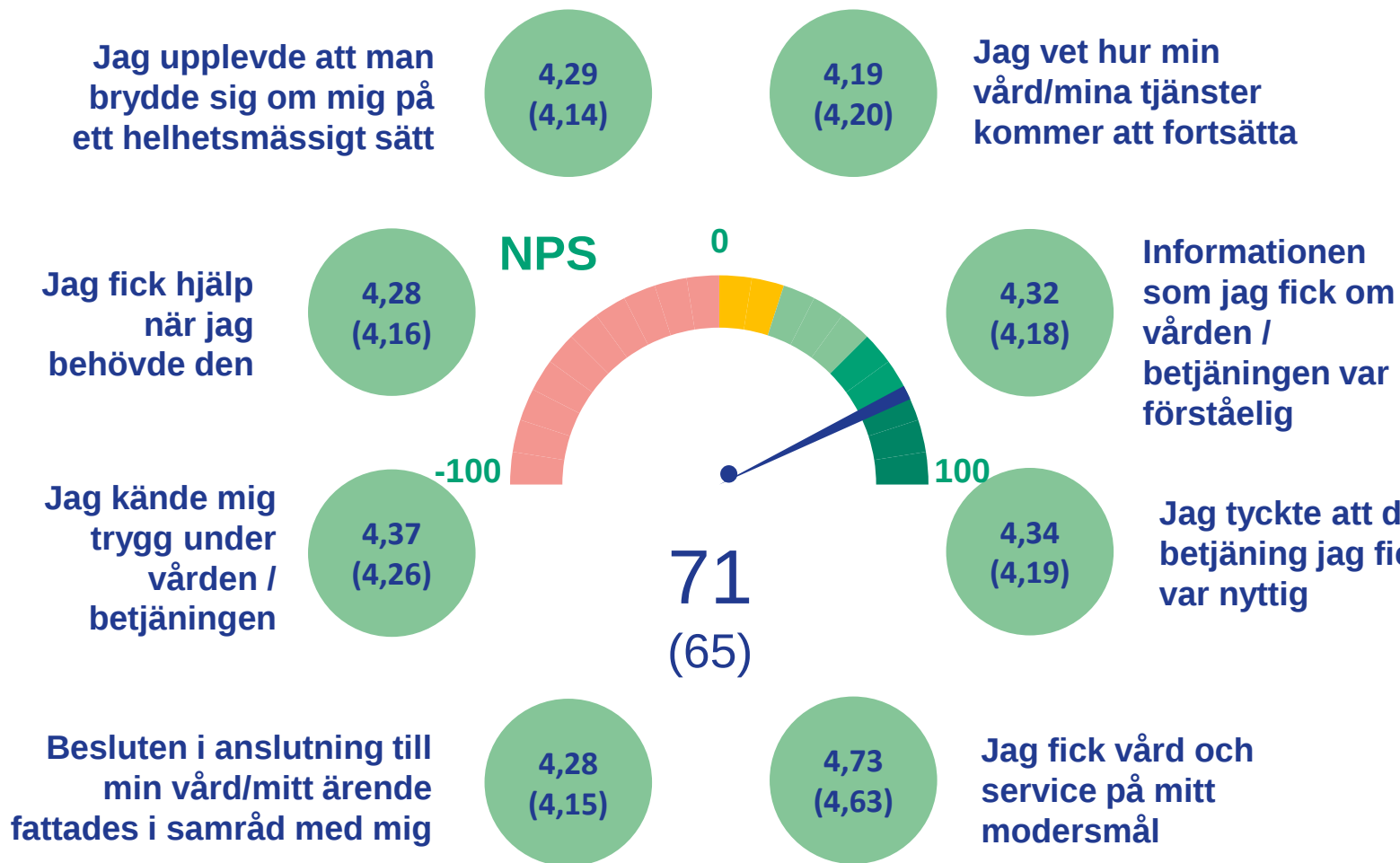
- Tillgänglighet till icke-digitala servicekanaler (medelvärde 2,2)
- Förbättring av användarvänligheten i digitala tjänster (medelvärde 2,7)
- Bristande hittbarhet av tjänsterna (medelvärde 2,8), vilket enligt de öppna svaren är kopplat till tydlighet och tillgänglighet av information

Osakligt bemötande eller upplevelser av diskriminering är begränsade, men fenomenet är identifierbart.



Kundupplevelse

Totala mängden av kundrespons under perioden: 17 653 (14 466)



Positiv respons

Vänlighet, empati och yrkesskicklighet, som även förmedlar en känsla av trygghet och förtroende.

Personalens yrkesskicklighet och kompetens samt ett tydligt informationsflöde under vården. Snabb, smidigt genomförd och tidsenlig service.



Negativ respons

Långa väntetider och köer samt svårigheter att få kontakt. Bristfälligt informationsflöde och språkproblem. Dåligt bemötande samt osakligt och nedlåtande beteende.



Utvecklingsförslag från kunder

Förbättring av telefon-, tidsboknings- och digitala tjänster och därigenom förbättrad tillgång till vård/service och bättre tillgänglighet.

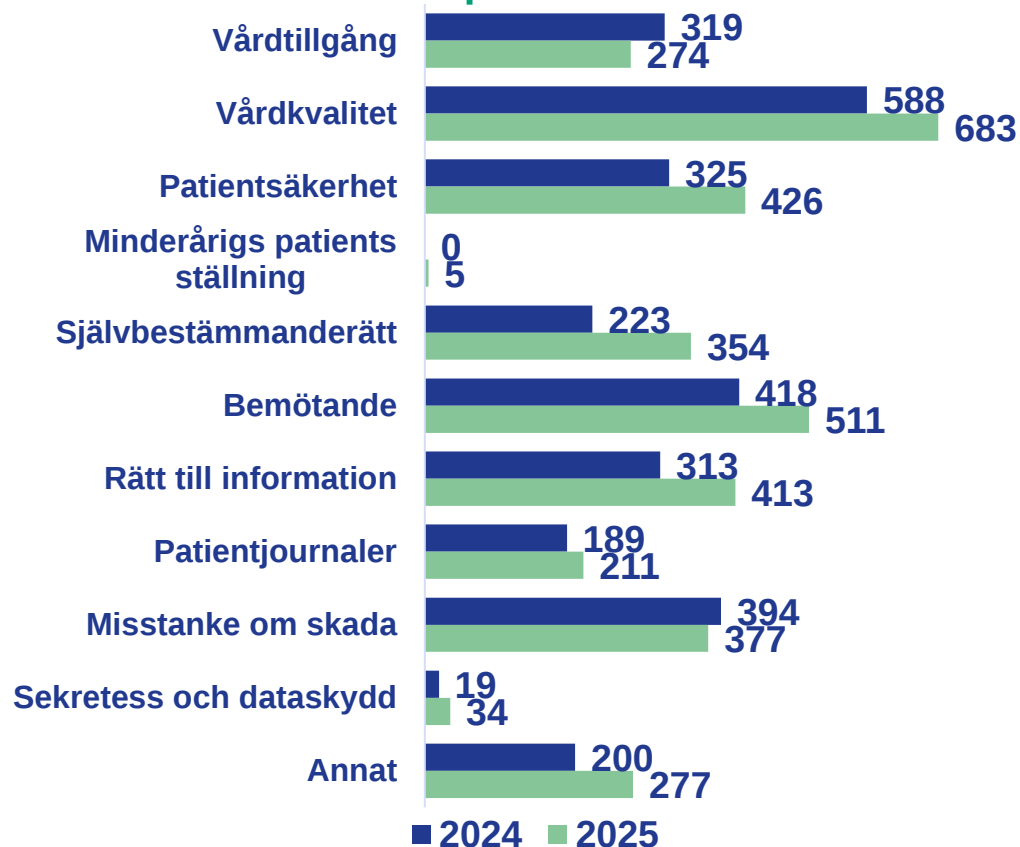
Tydligt informationsflöde och synlighet i vårdkedjans kontinuitet.

Förbättring av kvaliteten i bemötande och interaktion.

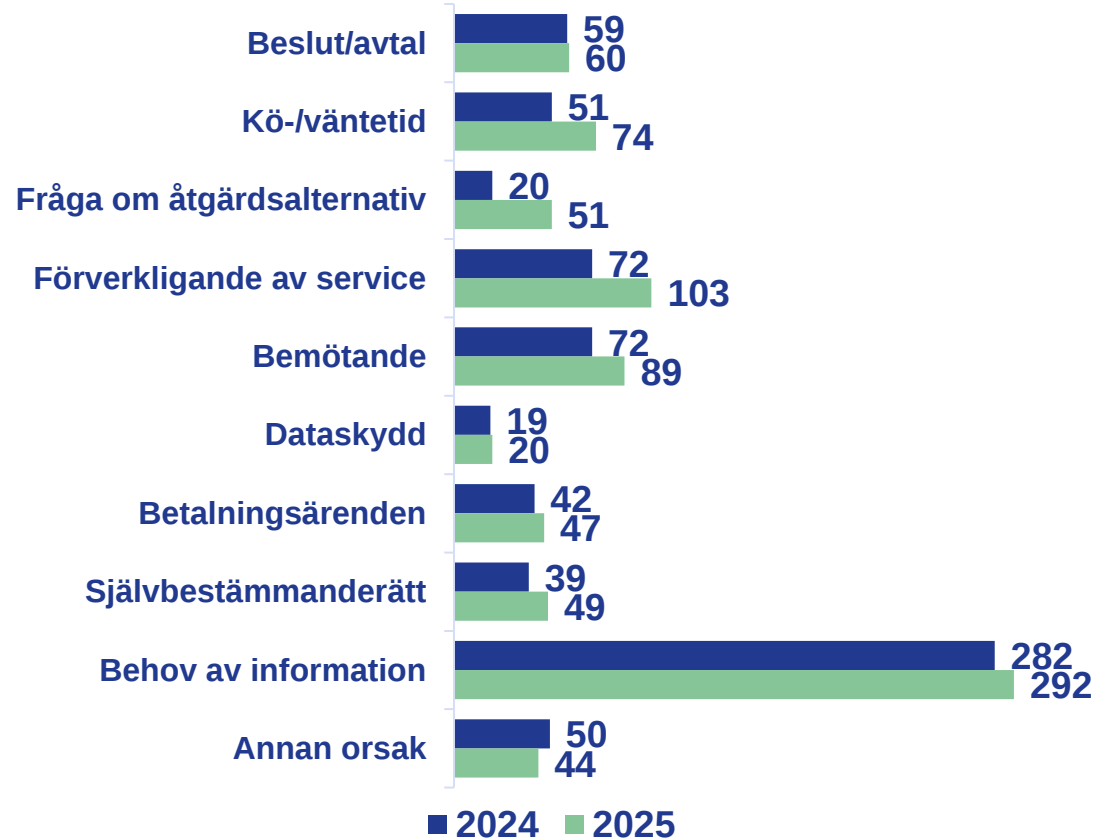


Kontakter till patient- och socialombud

Orsaker till kontakt till patientombud 2024-2025



Orsaker till kontakt till socialombud 2025



Ifall färre än 5 kontakter har registrerats, visas antalet kontakter som 0 i diagrammet för att skydda kontakttagarens identitet. En kontakt kan alstra flera orsaker som ska statistikföras. Under 2025 kontaktades patientombuden sammanlagt 1179 (2024: 1263) gånger och socialombudet 346 (2024: 346) gånger. De statistiska registreringssystem som används av ombuden har harmoniserats under år 2025. Statistiken för social- och patientombuden är inte jämförbar sinsemellan, eftersom en registrerad kontakt hos socialombudet kan innehålla flera enskilda kontakter, vilket inte framgår som en siffra i statistiken.



Säkerhet och beredskap

Säkerhetsplanering

- Beredskapsplanens anslutningsplaner har utarbetats i olika arbetsgrupper, resultatenheten har fått stöd i att ta fram handlingskort för störningssituationer.
- Samarbetet med kommunerna har utvecklats genom att inrätta en kommunal samarbetsgrupp och ta fram en mall för planeringen av ett evakueringscenter.
- Den lägesbild som samlas in via systemet för kritisk kommunikation och alarmering har utvecklats, och en integration har skapats till en Power BI-vy.
- Nya säkerhetsanvisningar för hela organisationen har utarbetats, till exempel en säkerhetsanvisning för hembesök och en anvisning för kameraövervakning.

Samarbete utanför organisationen

- Ett avtal om beredskap inom samarbetsområdet samt beredskapsplaner har utarbetats.
- Deltagande i ett projekt för materiell beredskap i samarbete med Försörjningsberedskapscentralen.
- Velfärdsområdets ledningsgrupp för beredskap och säkerhet har deltagit i två regionala beredskapsövningar.
- Samarbete och informationsutbyte har skett med flera velfärdsområdets säkerhetsorganisationer.

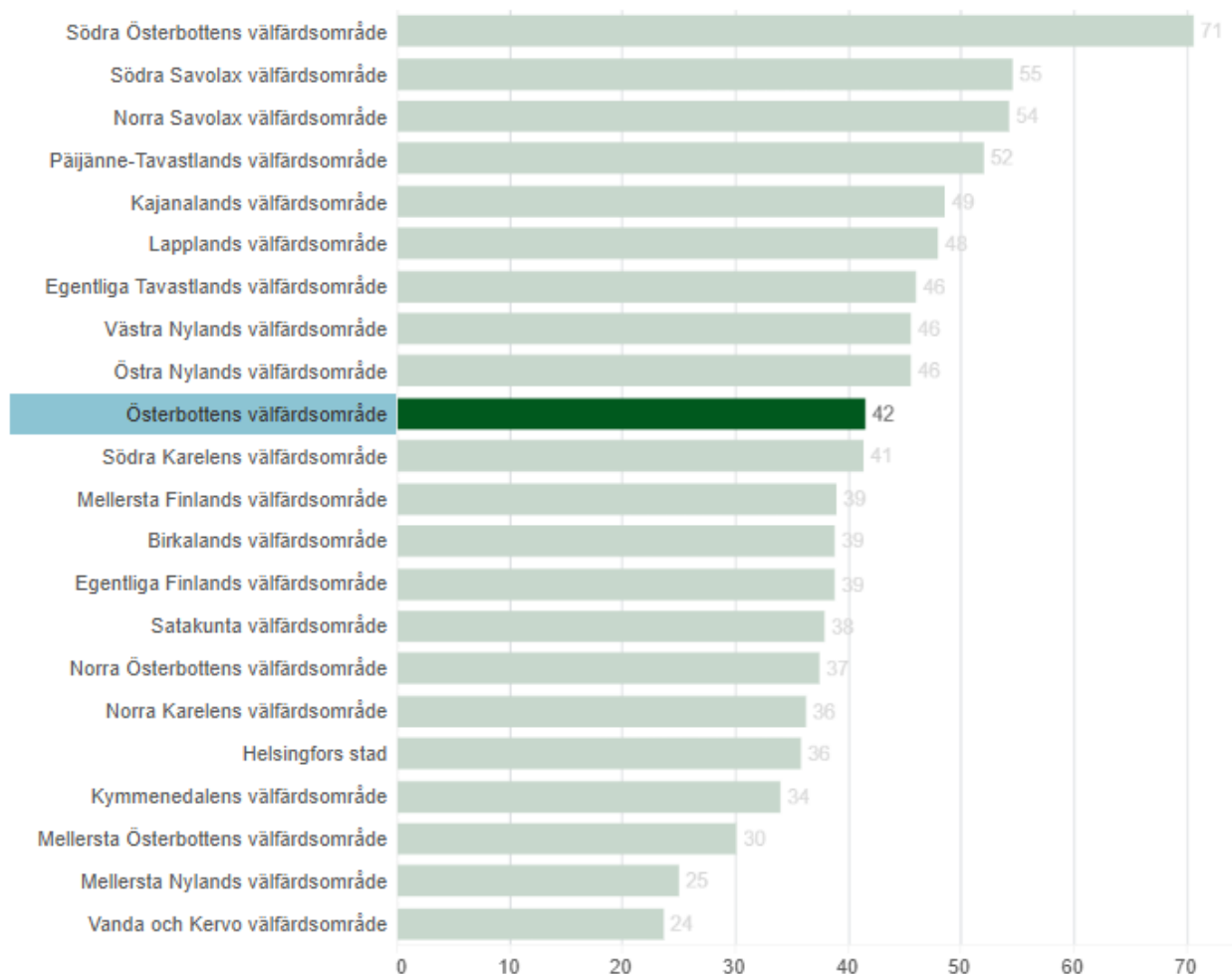
Säkerhetsutbildningar (deltagare)

1106 Säkerhetsdag
(person-, fastighets- och räddningssäkerhet, övning av förstahands släckning)

203 Säkerhetspromenad
(ordnat av säkerhetsenheten), 72h utbildning



HYTE-koefficient



Korrigerande åtgärder

- Dokumentationsanvisningar för HYTE-indikatorerna finns i materialbanken
- Enheterna har fått handledning gällande dokumentationen och arbetsprocesserna
- Kontinuerlig information till hela personalen
- Konkret handledning i dokumentation i klient- och patientdatasystemet
- Samma patient/klientdatasystem inom hela velfärdsområdet, förbättrar möjligheterna till enhetlig rapportering
- Strukturerad implementering och uppföljning.



Indikatorerna är ett jämförelsevärde där välfärdsområdena rankas från bäst till sämst där bäst får 100 poäng och sämst 0 poäng.

HYTE-processindikatorer

Processindikator
medelvärde

13

Vaccinationstäckning för
mässlig-röda hund-
påssjuka (MPR) för barn

93%
indikator: 43

Undersökning av
behovet av stöd till dem
som är frånvarande vid
barnhälsokontroller av
4-åringar på
barnhälsovårds-
centralen

0,4 %
indikator: 1

Undersökning av
behovet av stöd till
skolhälsovård
åttondeklassare som
inte genomgår
hälsokontroller

0%
indikator: 0

Genomförda
hälsokontroller för
arbetslösa

8,1%
indikator: 34

Genomförande av
livsstillsrådgivning för
personer med risk för
typ 2-diabetes i enighet
med rekommenda-
tionen om god vård

2,6%
indikator: 0

Förverkligande av en
miniintervention om
alkoholkonsumtion när
drickande är förknippat
med skada eller risk för
skada

0%
indikator: 0



Tillsyn av tjänsteproduktionen

Egen produktion och privata tjänsteproducenter



Tjänst	Tillsynsobjekt
Tjänster för äldre	Laglighet och tillgänglighet av tjänster, kontinuitet och jämlikhet: klient- och servicevägledning, bedömning av servicebehov, arrangemang av tjänster inom tidsfristen, klientplaner och vårdpersonalens dimensionering (kontinuerligt). Dygnet runt serviceboende och hemvård (kontinuerligt året runt), tillsyn av hemvård som en del av gemenskapsboende.
Mental- och missbrukartjänster, tjänster för arbetsföra	Laglighet och tillgänglighet av tjänster, kontinuitet och jämlikhet: vuxensocialarbete; klientplaner, handläggnings- och tidsfrister (kontinuerligt) Dygnet runt serviceboende (kontinuerligt) Barns och ungdomars samt vuxnas mental- och missbrukartjänster, öppenvård
Tjänster för barnfamiljer och barnskydd	Laglighet och tillgänglighet av tjänster, kontinuitet och jämlikhet: socialarbete för barnservice; klientplaner, handläggnings- och tidsfrister, antal kunder per socialarbetare (kontinuerligt) Barnskyddsinstitutioner (kontinuerligt), familjegrupphem, professionell familjevård och familjerehabilitering
Tjänster för personer med funktionsnedsättning	Laglighet och tillgänglighet av tjänster, kontinuitet och jämlikhet: socialarbete för tjänster för personer med funktionsnedsättning; genomförande av tjänster och egenkontroll enligt funktionshinderlagen som trädde i kraft 1.1.25 (kontinuerligt) Dygnet runt boendeenheter (kontinuerligt), arbetsverksamhet och verksamhet som stöder delaktighet, personlig assistans
Hälso- och sjukvårdstjänster	Laglighet och tillgänglighet av tjänster, kontinuitet och jämlikhet: tillgång till vård, vårdgaranti (kontinuerligt), dimensioneringar Specialsjukvårdsavdelningar och polikliniker, munhälsovård, rådgivningsbyråer, skol- och studerandehälsovård, vuxnas mental- och missbrukartjänster, avdelningsvård
Begränsat läkemedelsförråd	Begränsat läkemedelsförråd i enheter för socialvårdens serviceboende
Val av hyresgäster till ARA-objekt	Övervakning av val av hyresgäster till ARA-objekt



Tillsynens mål och fokusområden 2025

Tillsynens mål 2025

- Initiering av tillsynsverksamheten för familjegrupper och skapande av procedurer i samarbete med andra myndigheter → Målet har uppnåtts
- Utveckling av tillsynsverksamheten inom hälso- och sjukvården → Målet har uppnåtts
- Planer för egenkontroll inom social- och hälsovårdstjänster har utarbetats enligt välfärdsområdets gemensamma modellunderlag (100 %) och planer för egenkontroll har publicerats (100 %) på välfärdsområdets webbplats → Målet har inte uppnåtts för alla aktörer, arbetet fortsätter år 2026
- Utveckling och etablering av förfaranden för avtalstillsyn i samarbete med ansvarspersonerna för verksamhets- och resultatområdena samt inköpsenheten → Målet har uppnåtts delvis, men kräver fortfarande ett fördjupat samarbete och ytterligare utvecklingsåtgärder. Arbetet fortsätter år 2026
- Utveckling av tillsynsverksamheten och egenkontrollens/tillsynens effektivitet och rapportering → Framsteg har gjorts i arbetet med att uppnå målet, utvecklingsarbetet fortsätter år 2026

Tillsynen har kunnat genomföras riskbaserat och i stort sett i enlighet med tillsynsplanen

Fokusområden enligt social- och hälsovårdens nationella tillsynsprogram 2025

1. Tillsynen över tillgången till icke-brådskande vård inom primärvården
2. Tillsynen över egenkontrollen inom tjänsterna för barnfamiljer och barnskydd
3. Tjänsternas tillgänglighet, kontinuitet och jämlikhet
4. Tillsynen över hemvården som en del av tillsynen över gemenskapsboendet
5. Välfärdsområdets genomföring av egenkontrollen för organisering av funktionshinderservice

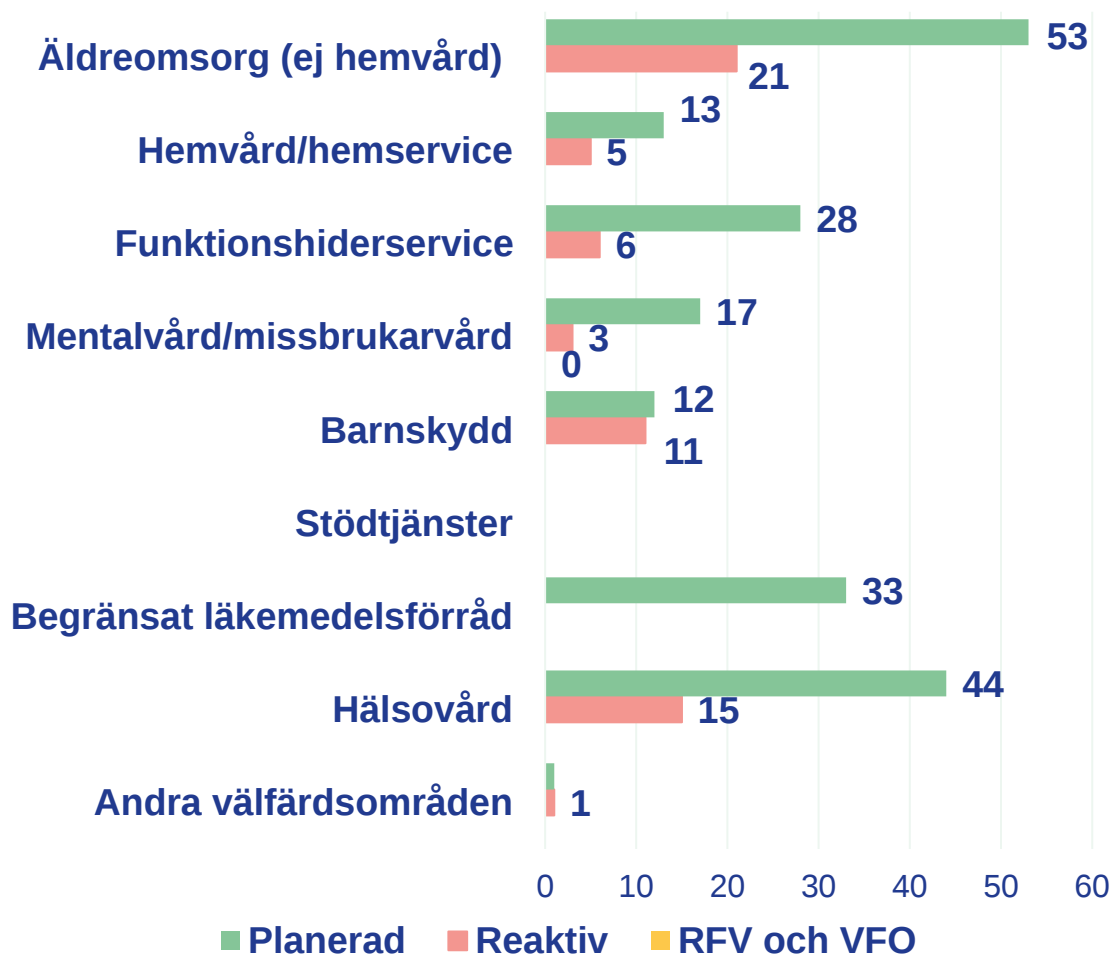
Välfärdsområdes fokusområden för tillsyn 2025 (utöver det ovan nämnda)

- Informationssystem, behandling av klient- och patientuppgifter och dataskydd
- Egenkontrollplanens och programmets upprättande, uppföljning och offentlighet
- Personal
- Läkemedelsbehandling

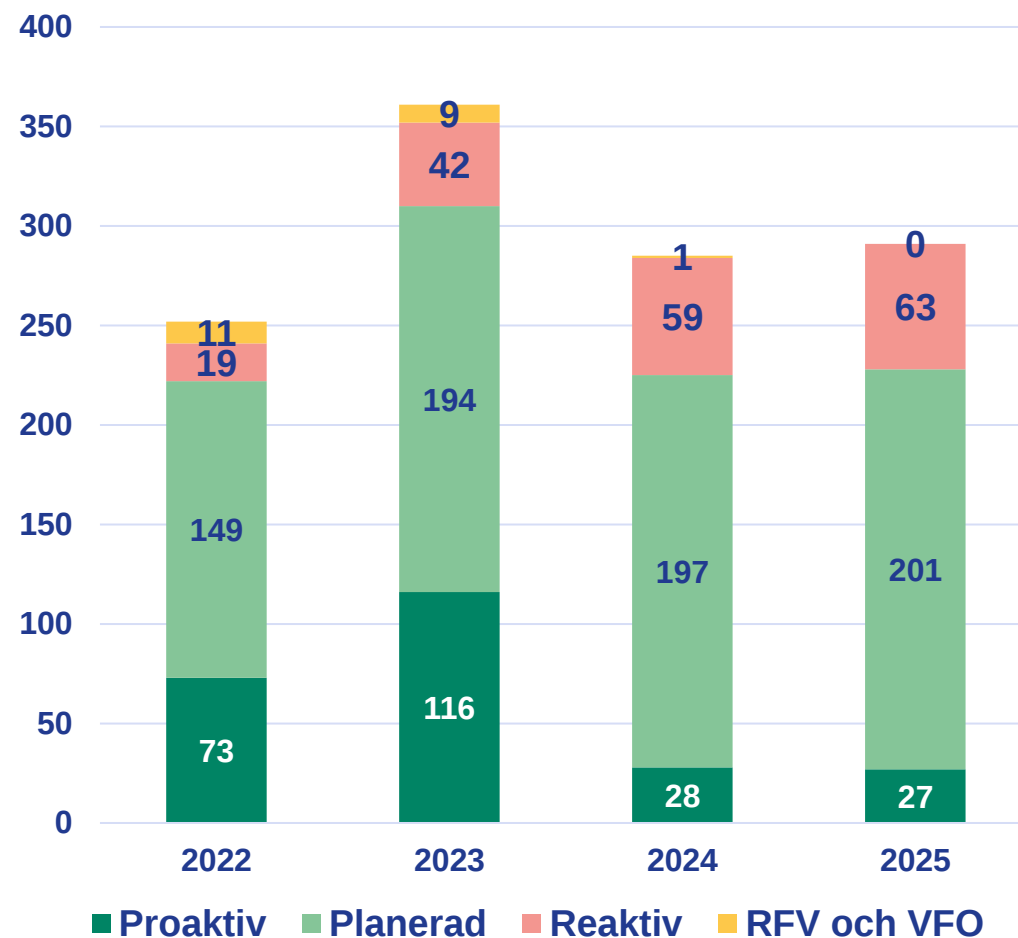


Tillsynsbesök och olika former av tillsyn

Antal tillsynsbesök inom olika områden av tillsyn 2025



Olika former av tillsyn – antal/år





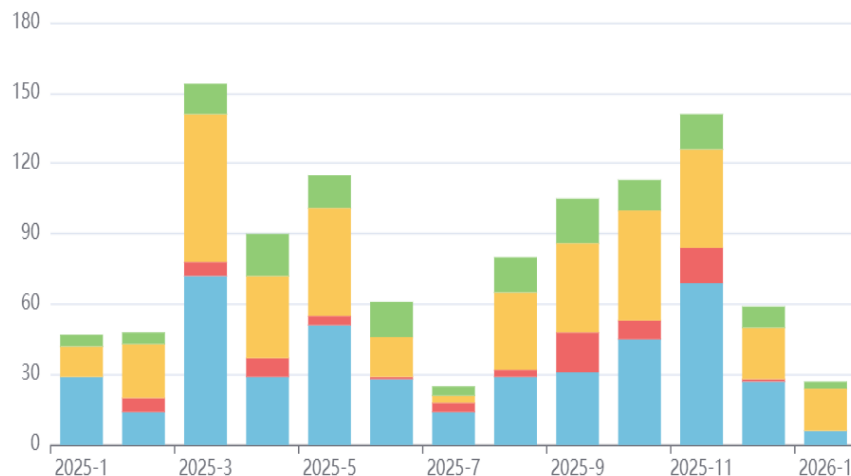
Tillsynsobservationer 2025

Social- och hälsovård, planenligt tillsynsbesök och fortsatt tillsyn
(med undantag för inspektioner av begränsade läkemedelsförråd)

 **1065**
havaintoja yhteensä

Havaintotyytit

 Utvecklingsrekommendation  Avvikelse, allvarlig  Avvikelse, liten  Positiv observation

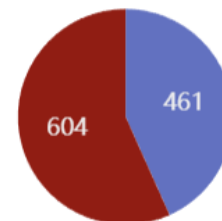


Toimenpiteet

 **479**
toimenpiteitä yhteensä

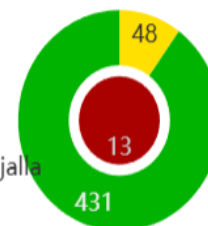
Toimenpiteitä yhteensä

 Havainnot, joissa toimenpiteitä
 Havainnot, joissa ei ole toimenpiteitä



Toimenpiteiden tila

 Kesken
 Valmis
 Keskenolevista yliajalla





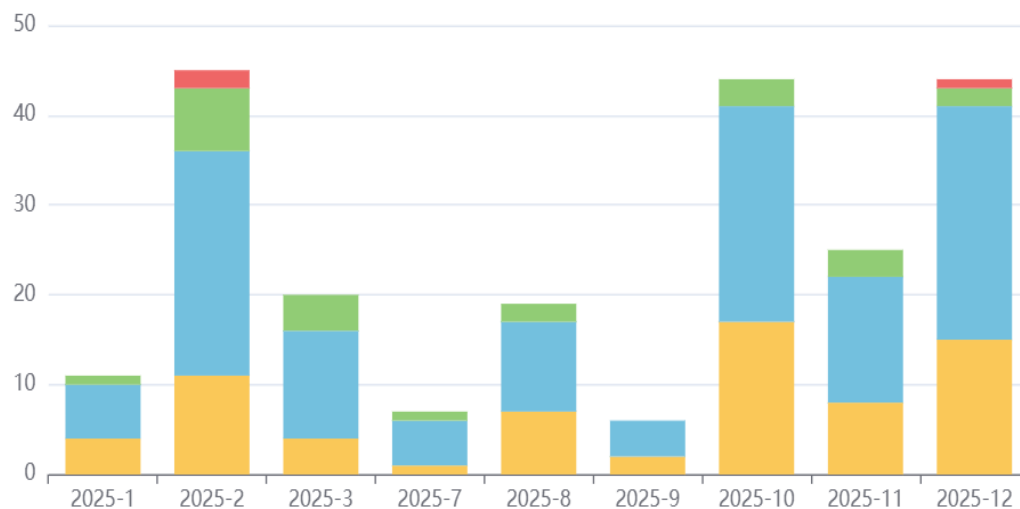
Tillsynsobservationer 2025

Socialvård, planenligt tillsynsbesök, begränsade läkemedelsförråd

 221
havaintoja yhteensä

Havaintotyytit

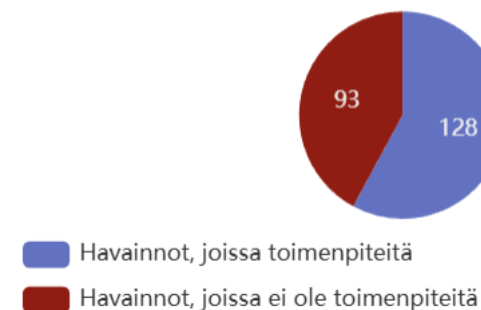
 Avvikelse, liten  Utvecklingsrekommendation  Positiv observation  Avvikelse, allvarlig



Toimenpiteet

 130
toimenpiteitä yhteensä

Toimenpiteitä yhteensä



Toimenpiteiden tila





Proaktiv och reaktiv tillsyn

Proaktiv tillsyn 2025 (2024)

Nya godkända servicesedelproducenter: 27 (28)

Reaktiv tillsyn top 3

Hälsovård

År 2025

1. Kvalitetsbrister i vården
2. Ordnande av fortsatt vård och informationsflöde
3. Olyckor och klientens självdestruktiva beteende

År 2024

1. Läkemedelsbehandling
2. Hemförlovning
3. Klientens självdestruktiva beteende

Socialvård

1. Olyckor
2. Läkemedelsbehandling
3. Brister i omsorgen

1. Brister i omsorgen
2. Bemötande
3. Läkemedelsbehandling



Pågående tillsyn hos tillsynsmyndigheten

Regionförvaltningsverket i Västra och Inre Finland 31.12.2025 (2024)

Hälsovård: 1 (1)

Socialvård: 4 (7)

Valvira 31.12.2025 (2024): 1 (9)



Hälsovård: psykosociala tjänster

Positiva tillsynsobservationer

- Under året har samarbetet ytterligare förbättrats, och bland annat har samarbetsmöten och gemensamma träffar ordnats med ledningen för mentalvårds- och missbrukartjänsterna
- Vid tillsynsbesöken har enheternas representanter aktivt framfört sina egna observationer och önskemål gällande inspektörens ställningstaganden och ärendenas framskridande
- I enheterna har man observerat stark kompetens och engagerad personal, vilket stöder tjänsternas kvalitet och klientsäkerhet

Observerade utmaningar

- En del av det förändrings- och utvecklingsarbete som gjorts för olika kundgrupper har inte alltid lyckats på ett planmässigt sätt, eftersom alla förändringar i service- och vårdsystemet inte har kunnat förutses. Även på vissa enheter har förändringar på enhetsnivå skett snabbt.

Observerade utvecklingsbehov och avvikelser

- Förändringar i ansvarsfördelningen för att bedöma behovet av undersökning och vård har lett till utmaningar i dimensioneringen av resurser för de nya uppgifterna



Hälsovård: specialsjukvården

Tillsynsbesök inom specialsjukvården har inte utförts pga. resursbrist under första halvåret (hälsovårdens inspektör har gjort tillsynsbesök inom äldreomsorgen)

Totalt 12 tillsynsbesök på vårdavdelningar, inom akutsjukhus och öppenvården har utförts under hösten. Tillsynsbesöken har utförts av 1-2 inspektörer.

Positiva tillsynsobservationer

- Det finns ett brett samarbete mellan olika yrkesgrupper och enheter samt välfungerande vårdprocesser och ett kontinuerligt utvecklingsarbete
- Enheternas läkemedelsbehandlingsplaner är omfattande och väl utarbetade

Observerade utmaningar

- Efter ibruktagningen av det nya patientdataprogrammet (Lifecare) har man stött på många utmaningar. Utbildningen och anvisningarna har varit bristfällig i förhållande till enheternas behov. Problem med datainföringen förekom initialt och korrigeringar har gjorts i efterhand, vilket har tagit mycket arbetstid. De problem som konstaterats har förts vidare men även informationsgången har upplevts som utmanande.
- I vissa enheter motsvarar utrymmena inte verksamhetens behov, och även problem med inomhusluften förekommer
- Anpassningsåtgärder som berör personalen skapar oro för framtiden.

Observerade utvecklingsbehov och avvikelser

- Utarbetandet av egenkontrollplaner varierar; alla egenkontrollplaner hade inte utarbetats på de nivåer som krävs enligt givna anvisningar och tidsfrister, eller så har innehållet varit relativt allmänt och inte beskrivit den enskilda enhetens verksamhet. Även problem med publiceringen har upptäckts.
- Vissa förseningar i statistikföringen på grund av bristfällig eller felaktig dokumentation (påverkar t.ex. överföring av uppgifter till THL samt fakturering)
- Brister i genomförandet av dataskyddsutbildningar, särskilt bland läkare



Hälsovård: Munhälsovård

Inom primärvården har tillsynsbesök inom munhälsovården genomförts vid sammanlagt 16 tandkliniker (15 egna enheter inom HVA och 1 privat)

Positiva tillsynsobservationer

- Samarbete sker mellan tandklinikerna i olika områden, t.ex. centrering av tidsbokning
- En utvecklingsinriktad inställning finns, och arbete med att minska vårdköerna har bedrivits aktivt (variationer mellan verksamhetsställen förekommer)

Observerade utmaningar

- Rekryteringssvårigheter, särskilt när det gäller tandläkare, varierar i området
- Ekonomiska resurser och besparingskrav påverkar verksamheten – servicesedelsverksamheten har varit avbruten under en del av året

Observerade utvecklingsbehov och avvikelser

- Tillgången till vård uppfyller inte de i lag fastställda tidsgränserna, varierar dock mellan kommunerna
- Främjandet av säkerhetskulturen behöver stärkas, till exempel är antalet rapporterade tillbuds- och avvikelsehändelser lågt
- Avvikelser relaterade till läkemedelsbehandling, t.ex. största delen har inte genomfört SUU-LOP



Socialvård: Äldre boende-enheter (24/7)

Positiva tillsynsobservationer

- På de flesta enheter har serviceförmännen lång erfarenhet av ledarskapsuppgifte, personalen är engagerad i sitt arbete och verksamhetsutrymmen är ändamålsenliga

Observerade utmaningar

- Programmet för egenkontroll upplevs fortfarande som oklart, och många förmän känner inte till dess syfte eller innehåll. Uppföljning av och genomförande av egenkontroll enligt bestämmelsen i 27 § i tillsynslagen (703/2023) har varit svårt att förstå. Det har förekommit utmaningar med att dokumentera de ändringar och utvecklingsåtgärder som gjorts utifrån uppföljningen i utvecklingsplanen för egenkontrollen. Dessutom har det funnits brister i publiceringen av uppföljningsuppgifter. Utarbetandet av egenkontrollplanen inom den utsatta tidsfristen har delvis varit utmanande.
- I vissa enheter det har framkommit missnöje med enhetens kvalité på maten och hygien i verksamhetsutrymmen har inte alltid varit optimal
- Personalen kämpar med ibland små resurser och utan vikarier
- Ibruktagning av klientdatasystemet Lifecare var utmanande under första halvan av år 2025



Socialvård: Äldre boende-enheter (24/7)

Observerade utvecklingsbehov och avvikelser

- En uppföljning av direkt- och indirekt personaldimensionering sker då statistiken ska sändas till Institutet för hälsa och välfärd (THL). Uppföljningen borde vara kontinuerlig och motsvara de individuella servicebehoven.
- Alla närvårdare är inte registrerade i JulkiSuosikki (register över yrkesutbildade inom socialvården).
- Inom den egna produktionen beräknas det indirekta arbetet enligt en modell som i stor utsträckning baseras på antalet klienter i enheten. Modellen anger dock inte det faktiska timantalet för det indirekta arbetet. Även de privata producenterna använder olika metoder för denna beräkning, och i vissa fall kan det ta lång tid innan man får svar på hur mycket indirekt arbete som faktiskt utförts under en treveckorsperiod.
- Läkemedelstillståndsprocesserna hos de privata producenterna avviker ofta från välfärdsområdets egna rutiner. Läkarens underskrift fås ofta för sent, och samma kompetenskrav ställs inte på de privata producenterna som i välfärdsområdets egen verksamhet.
- Dataskydds-, första hjälp och återupplivningsutbildningar hade inte uppdaterats i tid
- Det förekommer brister i användningen av (sosiaali) Lifecare, där aktiviteter ska dokumenteras. I flera fall har dokumentationen uteblivit helt, och det har framkommit att personalen upplever ett behov av ytterligare utbildning i dessa funktioner. Det har även framkommit att personalen upplever det som tidskrävande att dokumentera både i social och i hälsovård Lifecare.



Socialvård: Inspektioner av begränsade läkemedelsförråd på äldreboende enheter (24/7)

Antalet begränsade läkemedelsförråd uppgår till totalt 33 (30 egna enheter inom HVA och 3 privata), och samtliga har granskats under år 2025.

En yrkesperson inom hälso- och sjukvården genomför årliga tillsynsbesök och under 2025 har en sakkunnig från sjukhusapoteket deltagit i en stor del av tillsynsbesöken.

Positiva tillsynsobservationer

- I allmänhet har personalen giltiga tillstånd för läkemedelsbehandling och i varje arbetsskift finns en sjukskötare med läkemedelstillstånd som har rätt att administrera läkemedel från det begränsade läkemedelsförrådet
- De begränsade läkemedelsförråden har huvudsakligen varit ändamålsenliga
- I och med att hemsjukhus- och Lisa-tjänstens verksamhet har utökats har tillgången till läkemedel i brådskande situationer underlättats, särskilt i vissa områden

Observerade utmaningar

- Generellt sett används läkemedelssortimentet i de begränsade läkemedelsförråden i liten utsträckning, särskilt eftersom antibiotika inte längre ingår i sortimentet

Observerade utvecklingsbehov och avvikelser

- Uppdateringar av ansvarspersoner har i vissa enheter inte anmälts till Regionförvaltningsverket i Västra och Inre Finland (RFV)
- Sekretessplikten gällande läkemedelssortimentet i det begränsade läkemedelsförrådet har inte alltid iakttagits
- I det begränsade läkemedelsförrådet har läkemedel som inte hör dit förvarats, och i läkemedelsrummet har det på några enheter funnits läkemedel för "allmänt bruk"



Socialvård: Gemenskapsboende / Hemvård (äldre)

Positiva tillsynsobservationer

- Personalen är aktivt involverad och visar ett tydligt engagemang i verksamheten
- Responsen från klienterna till de privata producenterna var i huvudsak positiv

Observerade utmaningar

- Klienter i gemenskapsboenden har ofta omfattande vårdbehov, vilket ställer krav på att servicebedömningar och klientplaner uppdateras regelbundet i takt med förändrat behov
- Gemenskapsboenden befinner sig i ett utvecklingsskede och har inte fullt ut hittat sin egen form som social service
- För de privata producenterna har uppföljningen av egenkontrollplanen inte fullgjorts enligt kraven. Inom välfärdsområdets egen verksamhet har utvecklingsplanen (bilaga till egenkontrollplanen) ännu inte tagits i praktiskt bruk vid uppföljning och bedömning av egenkontrollen.

Observerade utvecklingsbehov och avvikelser

- I flera gemenskapsboenden är byggnaderna gamla och i behov av renovering samt förbättring av inomhusklimatet. Det har även noterats att annan verksamhet, där utomstående personer deltar, bedrivs i samma lokaler som gemenskapsboendet. Detta kan påverka både tryggheten och integriteten för klienterna.
- Utvecklingen av sociala aktiviteter i gemenskapsboenden förutsätter en tydligare resurssatsning. Trots att ansvarspersoner är utsedda avsätts i nuläget inte tillräcklig arbetstid för planering och genomförande av aktiviteter tillsammans med klienterna.
- Hos de privata producenterna fanns uppgjorda och uppdaterade egenkontrollplaner, men planerna saknade ofta delar som Valvira's föreskrift kräver
- Alla närvårdare är inte registrerade i JulkiSuosikki (register över yrkesutbildade inom socialvården)
- Läkemedelstillståndsprocesserna hos de privata producenterna avviker ofta från välfärdsområdets egna rutiner. Läkarens underskrift fås ofta för sent, och samma kompetenskrav ställs inte på de privata producenterna som i välfärdsområdets egen verksamhet.



Socialvård: Barnskydd

Positiva tillsynsobservationer

- Samarbetet mellan enheten för tillsyn och kvalitet och de privata tjänsteproducenterna, som producerar dygnet runt anstaltvårdstjänster för barn, har varit fungerande. De privata tjänsteproducenterna kontaktar enheten för kvalitet och tillsynen, då de behöver anvisningar.
- Samarbetet med barnskyddets sociala arbete har utvecklats beträffande placeringar utom hemmet och ett samarbete med andra välfärdsområden beträffande gemensamma tillsynsbesök har införts. Samarbetet över välfärdsområdesgränserna stärker sakkunskaperna och ökar förutsättningarna för att kunna utföra ett bättre arbete för högre klientsäkerhet.

Observerade utmaningar

- Den offentliga upphandlingen av privata barnskyddstjänster har fördröjts, men kom igång till slut under slutet av 2025
- Barnspecifika barnskyddsavtal har delvis saknats under lång tid, då direktupphandlingar har gjorts. Det finns ett behov av att ta fram en enhetlig mall för ett barnskyddsavtal mellan välfärdsområdet och den privata tjänsteproducenten..
- Välfärdsområdet producerar inga svenskspråkiga barnskyddstjänster i egen regi, utan alla svenskspråkiga barnskyddstjänster köps

Observerade utvecklingsbehov och avvikelser

- Samarbetet med barnskyddets barnskyddsanstalter behöver utvecklas
- Uppföljningen av köptjänsterna måste effektiveras med tanke på klientens ställning och rättigheter
- Den egna barnskyddsanstalternas tjänsteproduktion ska vara likvärdiga med de barnskyddsanstaltstjänster som välfärdsområdet köper. Här har observerats olikheter.



Socialvård: Familjegrupphem

Positiva tillsynsobservationer

- Enhetscheferna för familjegrupphemmen vill utveckla sin verksamheten och få anvisningar, vilket har underlättat samarbetet mellan välfärdsområdet och familjegrupphemmen
- Enheten för kvalitet och tillsyn har haft ett tätt samarbete med närings- trafik- och miljö centralen, regionförvaltningsverket
- Samarbetet med de minderårigas ansvariga socialarbetare har varit fungerande

Observerade utmaningar

- Verksamhetslovet för att producera familjegrupphemstjänsterna hade lämnats in i februari 2025, men hade inte ännu behandlats eller beviljats före utgången av år 2025
- Verksamhetsutrymmen har inte varit optimala, vilket kan ha haft inverkan på fördröjningen av verksamhetslovets beviljande
- Små justeringar i personalstrukturen har behövts, vilket både tillsynsmyndighet och välfärdsområde har gett anvisningar om samt utövat tillsyn över

Observerade utvecklingsbehov och avvikelser

- Det är viktigt att de ensamkommande flyktingbarnen integreras på endera finska eller svenska, för att kunna etablera sig i skolvärlden och senare i arbetslivet
- Delvis har brister identifierats i personalstrukturen, vilket har medfört att uppnåendet av den lagstadgade personaldimensioneringen har varit utmanande
- Fortsatta diskussioner behövs om genomförande av egenkontroll och uppföljning av åtgärder som identifierats i samband med genomförande av egenkontroll behövs



Socialvård: Mental- och missbrukar vårdservice

Positiva tillsynsobservationer

- Under året har planerade tillsynsbesök gjorts, särskilt i välfärdsområdets egna enheter, och några utvecklingsförslag har lämnats
- Vid tillsynsbesöken har enheternas representanter framfört egna observationer som de har önskat att inspektören tar ställning till eller för vidare på sitt håll
- Det har varit glädjande att konstatera vid tillsynsbesöken att enheterna har mycket kompetens och engagerad personal

Observerade utmaningar

- På grund av välfärdsområdets samarbetsförhandlingar har en del av de planerade tillsynsbesöken inte genomförts enligt överenskommelse, eller så har de flyttats till följande år

Observerade utvecklingsbehov och avvikelser

- Personalen upplever att de har fått utbildning, men det har fortfarande ansetts finnas få svenskspråkiga MIEPÄ-utbildningar tillgängliga
- I vissa enheter har det framkommit att ansvaret för fastighetsskötsel och rutiner för underhåll behöver förtydligas, så att eventuella brister kan åtgärdas snabbare
- Inspektören har i sitt egenkontrollbaserade utredningsarbete lyft fram att rekommendationerna i God medicinsk praxis betonar att självmordsprevention är en multifaktoriell process som kräver mångfasetterade och omfattande åtgärder inom social- och hälsovården. Som en del av denna process har inspektören framfört till välfärdsområdet att en säkerhetsplansintervention kan användas som en riktad intervention vid självdestruktivitet.



Socialvård: Funktionshinderservice

Positiva tillsynsobservationer

- Flera serviceförmän på olika enheter lyfter fram sin kompetenta och engagerade personal och arbetssätt som uppmuntrar klienterna till delaktighet
- Egenkontroll och dess betydelse har blivit allt mer inkluderat i enheternas verksamhet
- Planerna för egenkontroll och läkemedel arbetats och uppdaterats, läkemedelsbehandlingsplanerna är tydliga och läkemedelsloven ikraft
- Optimal samverkan av personalresurser mellan dag- och arbetsverksamheten och boendeenheten

Observerade utmaningar

- I och med införandet av det nya klientdatasystemet Lifecare har det funnits utmaningar att hinna uppdatera socialvårdens beslut så att det motsvarar nya funktionshinderservicelagen och att dokumenteringsunderlagets uppbyggnad bästa möjliga enligt klientens verksamhetsomgivning (boende/daglig verksamhet osv.), (pågående arbete), utarbetande av enhetliga dokumentationsanvisningar
- Organisationsförändringen inom socialvården som medförde i början av året oklarheter samt ovisshet om bland annat vem som är den enskilda klientens ansvarigasocialarbetare

Observerade utvecklingsbehov och avvikelser

- Dokumentering i Lifecare var inte möjlig gällande socialvård som ges för klienter från övriga välfärdsområden. Detta åtgärdades under september 2025.
- Diskussion om hur den mottagna feedbacken kan göras ännu mer synlig via dokumentation och bli en del av verksamhetens utveckling
- I verksamhet som definierats som tvåspråkig ska även planen för egenkontroll finnas översatt till båda språken
- Rapportfunktionen gällande begränsningsåtgärder (SosMeta 48 i Lifecare), som tidigare inte fungerade, har nu fått fungera
- Att uppdatera gruppmatrisen för Laatuporttis apparatpass så att den motsvarar verkligheten av de genomförda apparatpassen (export av uppgifter)