



Österbottens välfärdsområde
Pohjanmaan hyvinvointialue

Tallmo vårdcenter, Plan för egenkontroll,

Allmän information

Enhet

Tallmo Palvelukeskus Pa

Rapporteringsdag

2025-05-16

Verksamhetschef

Annika Kvist-Östman

Bilaga 1. Utvecklingsplan för egenkontroll

Innehållsförteckning

Bilaga 1. Utvecklingsplan för egenkontroll

Bilaga 1. Utvecklingsplan för egenkontroll

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

Planen uppdateras minst med fyra månaders intervaller (1.1–31.4, 1.5–31.8 ja 1.9–31.12) och alltid då behov av utveckling och korrigerande åtgärder framkommer.

Sammandrag av verksamhetsenhetens/resultatenhetens utvecklingsplan

Utvecklingsobjekt/ korrigerande åtgärd	Mål	Tidtabell/fördelning av ansvar/läge
Läkemedelssäkerhet	Kontinuerlig utveckling för säker läkemedelsbehandling	Kontinuerlig
Apparatsäkerhet	Minska olyckor som orsakas av okunskap i apparathantering	Kontinuerlig
Fallolyckor	Minska fallolyckor	Kontinuerlig

Plan för egenkontroll

1. UPPGIFTER OM TJÄNSTEPRODUCENTEN, TJÄNSTEENHETEN OCH VERKSAMHETEN

1.1 Tjänsteproducentens och tjänsteenhetens uppgifter

Tjänsteproducent

Österbottens välfärdsområde, FO-nummer: 3221324-6

Adress: Sandviksgatan 2–4, 65130 Vasa

Växel: 06 218 1111

Registratur: registrator@ovph.fi

Socialservicens registratur: socialvard.registratur@ovph.fi

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

Verksamhetsområdets namn

Hem- och boendeservice (HEBO)

Verksamhetsområdesdirektörens namn

Tony Pellfolk

Telefonnummer

040 1286327

Tjänsteenhetens namn

Tallmo vårdcenter

Form av tjänst

Serviceboende med heldygnsomsorg för äldre

Adress

Lotlaxvägen 124 , 66 600 Vörå

Telefonnummer

044 3589044, 044 3604589, 050 5122242, 050 4072058

Ansvarsperson(er) för tjänsteenheten eller tjänsteområdena och kontaktuppgifter

Annika Kvist-Östman, Serviceenhetschef tel. 050 5959569

Kristiina Annila, Serviceansvarig tel. 040 1524744

1.2 Tjänster som köps av underleverantörer

Österbottens välfärdsområde ska säkerställa att andra tjänsteproducenter som producerar tjänster som omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar har tillräckliga professionella, verksamhetsmässiga och ekonomiska förutsättningar för att sörja för produktionen av

tjänsterna. Vårdsområdet ska styra och övervaka den tjänsteproduktion som omfattas av dess organiseringsansvar. (10 § i lag om vårdsområden, 611/2021).

Tjänst som köps av underleverantör, och tjänsteproducenten för denna

Köpt tjänst	Tjänsteproducent
Matservice	Stöd Botnia
Städservice	Stöd Botnia
Tvättservice	Provina, Underleverantör Eco wash
Fastighetsservice	Vörå kommun
Transporter	TeeSee Botnia , Alerte
Laboratorietjänster	FimLab

1.3 Verksamhetsidé, värderingar och verksamhetsprinciper

ENHETSBESKRIVNING

Verksamhetsidé

- Att ordna serviceboende med heldygnsomsorg till 42 äldre klienter som inte längre kan bo självständigt med hemvårdens tjänster.
- God och trygg människonära vård i hemtrevliga utrymmen.
- Kärleksfullt och värdigt bemötande, professionell vård och omsorg för ett meningsfullt liv varje dag.

Vår vision är: Kärleksfull och värdigt bemötande, professionell vård och omsorg för ett meningsfullt liv varje dag.

På Tallmo vårdcenter har vi en handlingsplan för hur personalen arbetar. Den utgör värdegrunden i det dagliga arbetet.

Några väsentliga saker från handlingsplanen:

Ett gott samarbete och arbetsglädje i mötet med den äldre skapar vi genom att:

- Vara vänliga, hänsynsfulla och accepterande.
- Beakta, värna och skydda integritet och självbestämmanderätt.
- Göra miljön hemlik och trivsamt samt aktivera klienterna.
- Vi utgår från att ha den äldre i fokus och vi mår om att skapa en trygg och tillitsfull grund att samarbeta ifrån.

- I allt vi gör är vi rättvisa och pålitliga.

Ett gott samarbete och arbetsglädje i mötet med de anhöriga skapar vi genom att:

- Vara tillmötesgående och kontaktskapande.
- Anhöriga skall känna sig välkomna, delaktiga och informerade samt känna trygghet med och ha förtroende för den vård och omsorg som klienten får.
- Vi är medvetna om att anhöriga behöver stöd samt att anhöriga är ett stöd i vårt arbete.

Ett gott samarbete och arbetsglädje i mötet med varandra skapar vi genom att:

- Vara öppna och ärliga i vår kommunikation.
- Samarbeta och ta ansvar.
- Vara vänliga, hjälpsamma och stödjande.
- Alla strävar efter att ha en positiv inställning till sitt arbete, är ansvarstagande och engagerade.
- Vi mår om ett gott kamratskap.

Att alla – den äldre, anhöriga, arbetskamrater - har lika värde visar vi genom att :

- Vårt förhållningssätt är sådant att alla upplever att man är lika mycket värd som andra oavsett bakgrund, ålder, kön, språk, ställning, sjukdom, religion osv.
- Alla blir tagna på allvar, har möjlighet att påverka , framföra sina åsikter, önskemål och behov samt att fråga och få ett sakligt svar.

I mötet med den äldre visar vi respekt och empati genom att:

- Omtanke, hänsyn och medkänsla finns med i allt vad vi gör och den enskildes värdighet och integritet beaktas till livets slut.

I mötet med anhöriga visar vi respekt och empati genom att:

- Omtanke , hänsyn och medkänsla finns med i varje möte med de anhöriga och att alla bemöts med värdighet.
- Vi tar speciellt hand om anhöriga under den närståendes sista tid.

I mötet med varandra visar vi respekt och empati genom att:

- Vi accepterar varandra sådana som vi är.
- Gläds med varandra i medgång och stöder varandra i motgång.
- Vi ser det positiva i var och en och är försonliga.

Handlingsplanen diskuteras och utvärderas regelbundet.

Handlingsplanen finns att tillgå på enheten. Intresserade kan be att få den av personalen.

Enheternas egna värdegrundstavlor:

TALLMOGÅRDEN:

Kärleksfullt och värdigt bemötande, professionell vård, meningsfullt liv, samarbete, arbetsglädje,

lika värde, respekt och empati.

- Vi arbetar utgående från ett rehabiliterande arbetssätt
- Vi ger professionell vård där individen är i fokus
- Vi ger våra klienter "guldkant" i vardagen genom olika aktiviteter
- Vi ger livskvalitet genom positiv inställning, humor och glädje
- Vi bär ansvar och skapar förtroende och gott samarbete mellan vårdare, klient och anhöriga
- Tystnadsplikten ingår naturligt som en del av vårt arbete

ROSENGÅRDEN:

Kärleksfullt och värdigt bemötande, professionell vård, meningsfullt liv, samarbete, arbetsglädje
lika värde, respekt och empati.

- Vi strävar till att ge en god, värdig och individuell vård till klienterna
- Vi arbetar för att skapa en lugn och trygg miljö för klienterna
- Målet är att dagligen ha möjlighet att ge "det lilla extra", en guldkant i tillvaron. Tex. Läs- och sångstund och utepromenader
- Anhöriga är en viktig resurs i vården. Vi arbetar för ett gott samarbete med dem

Följande lagar är väsentliga för tjänsten som produceras på Tallmo vårdcenter:

- Socialvårdslagen (1301/2014)
 - Lag om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012)
 - Hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010)
 - Speciallagar om företagshälsovård (1383/2001),
 - lag om smittsamma sjukdomar (1227/2016)
 - Lag om gränsöverskridande hälso- och sjukvård (1201/2013)
 - Lag om tillsynen över social- och hälsovården, 741/2023
 - Lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812 /2000)
 - Lag om patientens ställning och rättigheter (785/1992)
 - Lag om yrkesutbildade personer inom socialvården (817/2015) och lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994)
 - Lag om behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården (703/2023)
- ((kunduppgiftslagen)

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

2.1 Utarbetande av en plan för egenkontroll

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

Inom Österbottens välfärdsområde utarbetas planer för egenkontroll inom verksamhetsområde och resultatområde samt inom verksamhets- och resultatenhet (med beaktande av

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

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

Planerna för egenkontroll och övriga planer är en del av Österbottens välfärdsområdes program för egenkontroll. Programmet för egenkontroll styr tjänsteenheterna i genomförandet av egenkontroll. En handbok för egenkontroll och kvalitetssäkring stöder tjänsteenheterna i det praktiska arbetet att utarbeta en plan för egenkontroll och genomföra olika delområden av egenkontroll. Varje tjänstenhet ansvarar för att utarbeta en egen plan för egenkontroll. Planerna utarbetas i samarbete med personalen med hjälp av välfärdsområdets enhetliga mall för en plan för egenkontroll.

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

Annika Kvist-Östman, Serviceenhetschef, 050 5959569

Kristiina Annila, Serviceansvarig, 040 1524744

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

Annika Kvist-Östman, Serviceenhetschef, 050 5959569

ENHETSBESKRIVNING

Personalen har deltagit i utarbetandet av planen till vissa delar.

Klienternas förmåga att delta i planeringen av egenkontrollen är mycket begränsad.

2.2 Genomförande av en plan för egenkontroll, publicering och uppdatering

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

ENHETSBESKRIVNING

- All personal är skyldig att läsa enhetens egenkontrollplan och bekräftar detta med kvittering.
- Att arbetet utförs enligt det som är beskrivet i egenkontrollplanen följs upp dagligen av serviceenhetschefen och serviceansvarig.
- Aktuella saker i egenkontrollplanen samt uppdateringar diskuteras regelbundet på personalmöten och –skolningar.
- Personalen är informerad om och bör bekanta sig med enhetens säkerhetssidor i Laatuportti.
- Säkerhetsvandring för hela personalen ordnas på enheten 1 gång per år och vid förändringar.
- Aktuella saker gällande säkerheten tas även upp på avdelningsmöten.
- Egenkontrollplanen uppdateras en gång per år och alltid vid förändringar.
- Egenkontrollplanen finns på enhetens anslagstavla, i Laatuportti och på organisationens

webbplats.

- Då egenkontrollplanen uppdaterats ges personalen information om uppdateringen.
- Då egenkontrollplanen uppdaterats sätts den nya versionen på enhetens anslagstavla och till Laatuportti samt på organisationens webbplats.

3. KLIENT- OCH PATIENTSÄKERHET

3.1 Kvalitetsmässiga krav på tjänsten

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

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

ENHETSBESKRIVNING

- Självutvärdering med SHQS görs enligt ÖVPH:s plan
- Externa- och interna auditeringar görs enligt ÖVPH:s program
- ÖVPH:S granskare gör tillsynsbesök årligen
- Det begränsade läkemedelsförrådet granskas årligen
- Förmännen jobbar ständigt med att enheten skall ha en öppen säkerhetskultur.
- Uppmuntrar till att alltid och med låg tröskel berätta om missförhållanden eller säkerhetsrisker som uppmärksammas.
- Krävs att personalen alltid gör HaiPro anmälningar men alltid måna om att ingen person anklagas utan anmälningarna används för att förbättra säkerheten.
- Klienternas och personalens trygghet säkerställs med alarmsystemet som 9Solutions producerar. Klienterna har en personlig alarmklocka som de kan kalla hjälp med. Alarmet kommer direkt till avdelningens telefon samt till flera displayer som finns på flera ställen på enheten. Systemet möjliggör även telefonkontakt direkt till klientrummet. Vissa klienter har även en s.k rörelsevakt som alarmerar då klienter reser sig upp från sängen. Personalen har egna tag som de kan alarmera hjälp med.
- Varje klient har en personlig vårdplan som utgår från klientens individuella behov och görs mångprofessionellt
- Läkemedelssäkerheten övervakas av enhetens serviceenhetschef och serviceansvarig, legitimerad sjukskötare. Vi följer STM:s läkemedelsplan för trygg läkemedelsbehandling. Enhetens läkemedelsplan uppdateras en gång per år och vid behov. Läkemedelsplanen grundar sig på lagstiftningen och godkänns av enhetens ansvariga läkare.

- Eventuella risker evalueras kontinuerligt och åtgärder vidtas omedelbart om det behövs.

3.2 Ansvar för tjänsternas kvalitet

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

ENHETSBESKRIVNING

Tallmo vårdcenter är ett serviceboende med heldygnssorg för äldre som producerar dygnet runt vård och omsorg för äldre personer som inte längre kan självständigt bo hemma med stöd av hemvården.

Tallmo vårdcenter hör till verksamhetsområdet Hem- och boendeservice som leds av verksamhetsområdets direktör.

Serviceenhetschefen ansvarar tillsammans med serviceansvarig och personalen för planeringen och förverkligande av enhetens verksamhet enligt välfärdsområdets direktiv.

Serviceenhetschefen och serviceansvarig ansvarar för att personalen har tillräcklig kompetens att utöva sitt yrke.

Serviceenhetschefen och serviceansvarig ansvarar för säkerheten på enheten samt för att vården är av hög kvalitet.

Serviceenhetschefen rapporterar till koordinerande servicechef och översköterskan.

Enheten för kvalitet och tillsyn ansvarar för Österbottens välfärdsområdets enheternas verksamhet och tillsyn förverkligas enligt tillsynsplanen. Enheten för kvalitet och tillsyn utför tillsynsbesök till enheterna regelbundet och meddelar vidare eventuella brister eller avvikelser som kommit fram i egenkontrollen.

3.3 Klientens ställning och rättigheter

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

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

3.3.1 Tillgång till tjänster och vård

Information om tillgång till tjänster och vård inom Österbottens välfärdsområde samt väntetider till vård finns på Österbottens välfärdsområdes webbplats: [Vård](#) och [Tillgång till vård – väntetid](#). Om att få vård stadgas närmare i 6. kap. i hälsovård- och sjukvårdslag (1326/2010). Aktuella

maximala väntetider för att få vård finns på Social- och hälsovårdsministeriets webbplats:

[Tillgång till vård \(vårdgaranti\) - Social- och hälsovårdsministeriet \(stm.fi\)](#)

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

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

Ordnande av vård ifall att den maximala väntetiden överskrids

Om social- och hälsovården i Österbottens välfärdsområde inte kan ge en patientvård inom den föreskrivna maximala väntetiden måste välfärdsområdet se till att patienten har möjlighet att få vård någon annanstans, antingen i ett annat välfärdsområde, genom köp av tjänster eller genom att ge patienten en servicesedel. För det betalar patienten inte några extra avgifter, utan patienten betalar endast välfärdsområdets kundavgift för vården. Patienten har rätt att vägra ta emot vård på en annan enhet och kan vänta tills vården kan ges på den enhet som patienten valt. Om välfärdsområdet inte kan ordna vård i Finland inom den i lagen föreskrivna tiden, måste välfärdsområdet på patientens begäran ge förhandstillstånd att på välfärdsområdets bekostnad söka vård i ett annat EU-land eller EES-land eller i Schweiz. (STM: [Väntetiderna inom vården \(vårdgarantin\)](#))

ENHETSBESKRIVNING

- SAS koordinatör handhar dessa uppgifter.
- Då en klientplats blir ledig meddelas SAS koordinatör som gör beslut på vilken klient som beviljas klientplatsen.
- Se punkt 3.3.2

3.3.2 Bedömning av servicebehov/vårdbehov

ENHETSBESKRIVNING

- En ansökan om boendeplats inlämnas till SAS koordinatör som är ansvarig för processen och som leder SAS gruppen.
- RAI bedömningsinstrument används för utredning av vård- och omsorgsbehovet.
- MMSE görs vid behov för utredning av minnessjukdom.
- Ansökningarna om boendeplats behandlas i SAS gruppen och tjänstemannabeslut över beviljad plats fattas av SAS koordinatör.
- Klienten och eller anhöriga är delaktiga i processen. Hur detta sker framgår av SAS verksamhetens egenkontrollplan.
- Under vårdtiden på enheten görs RAI bedömning minst två gånger / år. Om det sker väsentliga förändringar i klientens hälsotillstånd uppdateras bedömningen.
- Målet är att en RAI bedömning skall göras inom en månad efter att en ny klient flyttat till enheten.
- Målet är att anhöriga och / eller klienten deltar i RAI bedömningen men detta går inte alltid att förverkliga.
- Områdets socialarbetare Sari Tuomivirta fungerar som klienternas egenvårdare i den bemärkelsen som avses i Socialvårdslagen.

3.3.3 Planering och genomförande av tjänsten/vården

ENHETSBESKRIVNING

- Klientplanen görs före klienten flyttar till Tallmo vårdcenter.
- Klientplanen görs av servicehandledaren och / eller SAS koordinatör.
- Klientplanen delges inte till enheten.
- Verkställighetsplan (Vård- och serviceplan) uppgörs för klientens vård och omsorg på enheten. Innehållet i den planen känner personalen till och arbetar utgående från.

Klientens verkställighetsplan som namnges Vård- och serviceplan uppgörs, uppdateras, samt förverkligas på följande sätt:

- Anhörigsamtal tillsammans med anhöriga, klienten och ansvarig sjukskötare hålls efter att klienten flyttat till enheten.
 - Alla avtal undertecknas och informeras om vid detta tillfälle. Så som hyresavtal, samtycke för e-recept, inkomstutredningsblankett, möjlighet till direktbetalning samt fullmakt till apoteket.
 - En levnadsberättelse ges till klienten/anhöriga som de fyller i och sedan lämnar till enheten.
 - Klienten / anhörig får allmän information om enheten samt information om Pihlajalinnas ansvarsläkartjänsten.
 - På basen av anhörigsamtalet görs en vård- och serviceplan. (verkställighetsplan) i vårddokumentationsprogrammet.
 - Planen uppdateras minst två ggr/år och vid behov oftare. Uppdateringen görs då RAI bedömningen gjorts.
 - Ansvariga sjukskötaren ansvarar för att uppdateringen görs.
- Alla i personalen är dock skyldiga att uppdatera vårdplanen vid förändringar. Klientens egenvårdare är delaktig i uppgörande och uppdateringen av vård- och serviceplanen.
- Utvärdering och vårdplanering med anhöriga/klienten hålls minst en gång i året. På basen av denna uppdateras vårdplanen samt alltid vid förändringar och/eller efter läkarrond.
 - Den medicinska planen uppgörs av enhets ansvarsläkare tillsammans med ansvarig sjukskötare eller sjukskötare.

3.3.4 Bemötande av klient/patient och rättigheter

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

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

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

(HaiPro och SPro) finns på intra.

Självbestämmanderätten är varje människas grundläggande rättighet, och den inbegriper rätt till personlig frihet, likvärdighet, integritet och säkerhet. Den har nära samband med rätten till privatliv och skydd för privatlivet. Tjänster och vård genomförs i regel utan att begränsa en persons självbestämmanderätt. Om man är tvungen att vidta åtgärder som begränsar självbestämmanderätten, ska det finnas en laglig grund för detta och självbestämmanderätten kan begränsas endast ifall att klientens/patientens eller andra personers hälsa eller säkerhet hotar att äventyras eller om andra metoder inte hjälper. Begränsningsåtgärderna ska utföras i enlighet med principen om lindrigaste möjliga begränsning och på ett säkert sätt med respekt för människovärdet. En anvisning om användning av begränsningsåtgärder har utarbetats för välfärdsområdets personal. Anvisningen finns i materialbanken på intra.

Behandling av en klient/patient och rättigheter

ENHETSBESKRIVNING

Ett gott bemötande av klienterna säkerställs på följande sätt:

Vår handlingsplan bidrar till att säkerställa att klienten får vård av god kvalitet samt ett gott bemötande. Se punkt 1.3

- Vi ger vård på klientens modersmål.
- Professionell personal.
- Vi visar respekt och empati samt sätter alltid klienten i focus.
- Vi betonar viktigheten av ett gott bemötande.
- Vi dokumenterar även alltid klienternas psykiska hälsa.
- Vid mindre förseelser ss. ovänligt sätt att bemöta klienten, diskuteras detta enskilt med personen ifråga i lugn och ro.
- Vid större förseelser ss tvång, våld och upprepat ovänligt bemötande av klienten, bör personalen meddela sin förman om detta. Rapporteringskanaler för dessa är HaiPro och Spro.

Gällande förordnande av intressebevakning eller intressebevakningsfullmakt följer vi ÖVPH: s gemensamma riktlinjer:

Alternativ 1:

ANMÄLAN OM ATT PERSON ÄR I BEHOV AV INTRESSEBEVAKNING.

Till exempel en närstående eller en socialarbetare (egenarbetare, socialvårdslag 42 §) gör en anmälan till Myndigheten för digitalisering och befolkningsdata (DVV) om behovet av förmyndarskap.

DVV behandlar anmälan och skickar en officiell begäran om ett läkarutlåtande för förordnande av intressebevakare (behovet av intressebevakning).

- Läkaren väntar oftast på en begäran om utlåtande och ger sitt utlåtande först på begäran. Utlåtandet lämnas på begäran till Myndigheten för digitalisering och befolkningsdata eller till domstolen.
- Utlåtandet kan vid behov också bifogas till anmälan (observera att även en läkare kan göra anmälan trots sekretessbestämmelser).
- Intressebevakning gäller vanligtvis endast ekonomiska ärenden.
- För att hantera hälsorelaterade ärenden krävs en noggrant specificerad intressebevakningsfullmakt.

Alternativ 2:**ANSÖKAN OM FÖRORDNANDE AV INTRESSEBEVAKARE.**

Ansökan: En person som själv anser sig behöva en intressebevakare, förstår betydelsen av saken och begär att en viss person ska utses som sin intressebevakare, kan ansöka om detta hos Myndigheten för digitalisering och befolkningsdata eller direkt hos tingsrätten.

- Ansökan om förordnande av intressebevakare kan också göras av den närståendes anhöriga, men om någon annan än personen i behov av intressebevakare gör ansökan, måste ansökan lämnas direkt till tingsrätten.
- Sökanden begär själv ett läkarutlåtande om behovet av intressebevakare som bilaga till ansökan.

Alternativ 3:**INTRESSEBEVAKAREFULLMÄKTIGE.**

En person upprättar en intressebevakarefullmäktige för sig själv medan hen fortfarande är rättskapabel. Genom fullmakten ger hen en person (t.ex. en närstående) befogenhet att sköta sina ärenden i en framtida situation där hen på grund av försämrad funktionsförmåga inte längre är rättskapabel. Om personen är äldre eller lider av t.ex. en minnessjukdom, är det rekommenderat att skaffa ett läkarintyg om personens förmåga att upprätta en rättshandling. Personen behåller båda dokumenten själv.

I intressebevakarefullmäktige bör det specificeras noggrant vilka ärenden den befullmäktigade får sköta. Om hälsorelaterade ärenden inte uttryckligen nämns, omfattas dessa inte automatiskt av fullmakten. Intressebevakarefullmäktige gäller vanligtvis endast ekonomiska ärenden.

Om det blir aktuellt att skaffa en intressebevakare, begär den befullmäktigade (t.ex. en närstående) ett läkarutlåtande för att bekräfta fullmakten. Läkaren bör träffa både klienten och den befullmäktigade (för att bedöma hens lämplighet för uppdraget) samt se intressebevakarefullmäktige. Utlåtandet ges till den befullmäktigade, som sedan skickar dokumenten till DVV för bekräftelse av intressebevakarefullmäktige.

Självbestämmanderätt**ENHETSBESKRIVNING**

Självbestämmanderätten är en viktig princip inom äldreomsorgen och genom att stärka den främjar man den boendes välmående och värdighet.

Självbestämmanderätten är en grundläggande rättighet för äldre som skall bevaras oberoende av sjukdom, ålder eller boendeform.

Klientens självbestämmanderätt förverkligas på följande sätt:

- Vi skapar förutsättningar för den enskilde att ha självbestämmande och inflytande över sin vardag. Genom tex. sovtider, uppstigning, vilodag, klädval, mat och dryck, aktiviteter, samvaro eller ensamhet, utförande av hjälp etc.
- Vi strävar till att involvera den boende i beslutsfattandet så långt som möjligt och ger den boende möjlighet att välja.
- Vi ger den boende möjlighet att sköta sig själv så mycket som möjligt. Stöd erbjuds enligt behov men vi strävar till att bevara den boendes självständighet och färdigheter.
- Levnadsberättelse, livshistoria, personlighet, vanor och intressen tas i beaktande.
- Vi respekterar den boendes kulturella bakgrund och etiska värderingar.
- Klientens frihet begränsas enbart om hens hälsa riskeras tex. stor fallrisk eller rymning.
- I första hand använder vi avledande aktiviteter så som musik, promenader och läsning.

- Grenbälte eller sängbalk används enbart i nödläge och korta stunder.
 - Begränsande åtgärder så som grenbälte och sängbalk får användas enbart med godkännande av ansvariga läkaren efter att ha diskuterat det även med anhöriga/klienten.
 - Användning av begränsande åtgärder dokumenteras i klientjournalen för varje gång och behovet evalueras regelbundet med ansvariga läkaren, ansvariga skötaren, anhöriga/klienten.
 - Vi ger de boende och deras anhöriga tydlig och begriplig information och säkerställer att de får den information de behöver för att kunna fatta beslut.
- Personalen har fått skolning inom klienternas självbestämmanderätt samt användning av begränsande åtgärder hösten 2024.
 - Serviceenhetens chef samt serviceansvarig följer upp att klienternas självbestämmanderätt förverkligas i praktiken samt att inga begränsande åtgärder används i onödan.
 - Detta följs med bland annat genom att granska hur den dagliga vården utförs och är dokumenterad i klientens vårdjournal.

Självbestämmanderätten får begränsas endast på starka grunder.

Följande dokument och anvisningar används inom verksamheten:

- ÖVPH:s anvisning för yrkesutbildade personer gällande att förebygga begränsningsåtgärder mot äldre på serviceboenden med heldygnsvård.
- ÖVPH:s anvisning för yrkesutbildade personer gällande stärkande av självbestämmanderätten för äldre på serviceboenden med heldygnsvård.
- Regionförvaltningsverkets styrningsbrev 21.5 2021 LSSAVI/7399/2021.

3.3.5 Anmärkning, klagomål och anmälan om patientskada

Anmärkning

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

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

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

Formulär för anmärkning som gäller tjänster inom socialvården och anvisningar för ifyllandet finns på vår webbplats: [Klientens rättigheter inom socialvården](#).

Motsvarande formulär för anmärkning som gäller tjänster/vård inom hälso- och sjukvården och

anvisningar för ifyllandet finns på vår webbplats: [Missnöjd med vården.](#)

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

Klagomål

En anmärkning är det primära sättet att anmäla missnöje, och ett klagomål det sekundära sättet. Om den som gjort en anmärkning inte är nöjd med svaret på anmärkningen, kan hen lämna ett klagomål (socialvårdslag 812/2000, 23 a §; hälso- och sjukvårdslag 785/1882, 10 a §) till regionförvaltningsverket och i specialfall till Valvira. Formulär och anvisningar för att lämna ett klagomål finns på regionförvaltningsverkets webbplats: [Anmärkning och klagomål](#). Anvisningar för ett klagomål finns även på välfärdsområdets webbplats: [Rättigheter som gäller en klient inom socialvården](#) och [Missnöje med vården](#).

Tilläggssuppgifter: Klient- och patientsäkerhetscentrets webbplats: Anvisning för klienter och patienter.

Patientskadeanmälan

Patientförsäkringscentralen (PFC) handlägger alla patientskadeanmälningar som gäller hälso- och sjukvården i Finland. En patientskada ska anmälas till Patientförsäkringscentralen. Ett formulär för skadeanmälan och tilläggssuppgifter fås av patientombudsmannen, på välfärdsområdets webbplats: [Missnöjd med vården samt på Patientförsäkringscentralens webbplats: Skadeanmälan.](#)

Anmärkning

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

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

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

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

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

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

Klagomål

En anmärkning är det primära sättet att anmäla missnöje, och ett klagomål det sekundära sättet. Om den som gjort en anmärkning inte är nöjd med svaret på anmärkningen, kan hen lämna ett klagomål (socialvårdslag 812/2000, 23 a §; hälso- och sjukvårdslag 785/1882, 10 a §) till regionförvaltningsverket och i specialfall till Valvira. Formulär och anvisningar för att lämna ett klagomål finns på regionförvaltningsverkets webbplats: [Anmärkning och klagomål](#). Anvisningar för ett klagomål finns även på välfärdsområdets webbplats: [Rättigheter som gäller en klient inom socialvården](#) och [Missnöje med vården](#).

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

Patientskadeanmälan

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

ENHETSBESKRIVNING

Anmärkningar hanteras på följande sätt :

- ☒ - Klienten och / eller anhöriga kontaktar i första hand ansvarig sjukskötare på enheten för att diskutera det skedda. Ansvarig sjukskötare kontaktar serviceansvarig och / eller serviceenhetschefen om man inte lyckas reda ut saken på enheten.
- ☒ - Klienten och / eller anhöriga kan också kontakta serviceansvarig och / eller serviceenhetschefen för vidare åtgärder.
- ☒ - De flesta anmärkningar går att reda ut genom diskussion med berörda parter.
- ☒ - Klienten och anhöriga har möjlighet att göra en anmälan direkt till socialombudsmannen eller till patientombudsmannen.
- ☒ - Kontaktuppgifterna till dessa hittas på enhetens anslagstavlor och i denna egenkontrollplan samt på ÖVPH:s webbplats.
- ☒ - Möjligheten till att göra anmälan via HaiPro och SPro finns via ÖVPH:s webbsidor (ge respons -> anmälan om negativ händelse). Detta informeras om vid anhörigsamtal.
- ☒ - Anmälaren kan välja tre olika alternativ. Att anmälan förmedlas till enheten och enheten tar kontakt, anmälan förmedlas till enheten men anmälaren önskar inte bli kontaktad, Anmälaren väljer att anmälan inte skickas till enheten utan handläggs på allmän nivå.
- ☒ - Handläggningstiden är 2 veckor. Kontakt till anmälaren görs via telefon / e-post.
- ☒ Se närmare ovanstående faktaruta.
- ☒ Inkomna anmälningar gällande verksamheten behandlas omgående med personalen.
- ☒ Korrigerande åtgärder vidtas snabbast möjligt beroende på sakens natur.

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

Markus Råback, överläkare i Geriatri. Tel. 040 5695943

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

Marketta Koskela, överskötare HEBO. Tel. 050 4385989

3.3.6 Social- och patientombudens tjänster

Social- och patientombudens uppgifter och kontaktuppgifter

För att främja tillgodoseendet av rättigheterna och rättsskyddet för patienter och klienter ska välfärdsområdet ordna patientombud och socialombud. Patientombudens och socialombudens uppgifter grundar sig på lagen om patientombud och socialombud (739/2023, 1–2 §, 8 §). Social- och patientombuden vid Österbottens välfärdsområde tillhandahåller social- och patientombudsservice åt samtliga offentliga och privata serviceproducenter i Österbotten.

Socialombudens och patientombudens uppgifter:

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

Socialombudets kontaktuppgifter

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

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

Besöksadress: Österbottens välfärdsområde, Vasa centralsjukhus, A1, Sandviksgatan 2–4, 65130 Vasa

Patientombudens kontaktuppgifter:

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

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

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

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

3.3.7 Klienternas/patienternas delaktighet

Klienter inom Österbottens välfärdsområde har möjlighet att delta i tjänsteutvecklingen genom

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

Välfärdsområdet har följande påverkansorgan: ungdomsfullmäktige, äldrerådet och handikapprådet. Delaktigheten för välfärdsområdets klienter stöds även bland annat genom partnerdiskussioner mellan välfärdsområdets sektorer samt organisationer och föreningar samt genom koordinerad organisations- och frivilligverksamhet (OLKA). OLKA-verksamheten genomförs som ett samarbete mellan Österbottens Föreningar rf och Österbottens välfärdsområde.

ENHETSBESKRIVNING

Se punkt 3.3.3

Klientens delaktighet uppmuntras i det dagliga vårdarbetet men begränsas ofta av klientens kognitiva förmåga.

3.4 Beaktande av regelbundet insamlad respons och övrig respons

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

Respons av klienter

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

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

Klientupplevelse och klientnöjdhet

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

Respons som insamlas av studerande

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

Respons av personalen

Av personalen insamlas respons om arbetsplatsen bland annat med hjälp av en NPS-rekommendationsmätare. Genom mätaren fås information om personalens trivsel och om vad

arbetstagarna tycker om sin arbetsplats. Mätningen görs två gånger per år per e-post. Anvisningar för behandling av resultaten, rapportering och genomgång finns på välfärdsområdets intra. Resultat för varje sektor publiceras på intra.

ENHETSBESKRIVNING

- Vi använder ROIDU som är Välfärdsområdets digitala klientrespons.
- Klientresponsen till ROIDU med surfplatta har insamlas en gång / år. Utfört senast 5.2 2024
- Från 2025 används en QR kod som finns uppsatt på enhetens anslagstavlor. Genom att använda mobiltelefonens kamera eller QR-applikation och skanna QR-koden kommer man till en responsblankett att fylla i.

Respons kan också ges via Österbottens välfärdsområdets hemsida <https://osterbottensvalfard.fi/>

- Responsen behandlas regelbundet på personalmöten och på enheternas veckomöten.
- Om inkommen respons så kräver vidtas omedelbara åtgärder eller planering av utvecklingsåtgärder.
- Anhöriga deltar i anhörigsamtal samt inbjuds till anhörigträff med personalen regelbundet.
- Anhöriga är välkomna när som helst och möts med respekt av personalen.
- Alla studerande får information att dom skall ge respons via CLES som finns på intra.

Egenkontrollplanen finns tillgänglig på enhetens anslagstavlor samt på ÖVPH:s webbplats.

Anhöriga och klienterna har möjlighet att använda HaiPro via Välfärdsområdets hemsidor. Detta informeras om vid anhörigsamtal.

Se även punkt 3.3 5 och ovanstående faktaruta.

3.5 Personal

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

Anvisningar som gäller välfärdsområdets anställda, personalärenden, arbetsskyddet samt uppfyllandet av förpliktelser i enlighet med arbetarskyddslagen (738/2002) finns på välfärdsområdets intra: Mitt anställningsförhållande och Materialbanken och i applikationen Alma. Formella kompetenskrav för tjänster och befattningar inom välfärdsområdet, såsom yrkesmässig behörighet och krav på språkkunskaper beskrivs i behörighetsstadgan. [Behörighetsstadgan](#) finns på välfärdsområdets webbplats.

3.5.1 Mängden och strukturen för personal

ENHETSBESKRIVNING

I juli 2024 flyttade verksamheten till nya eller totalrenoverade utrymmen. Förutom Rosengårdens

nya del som varit oförändrad under byggprojektet. Personalen som beskrivs här är personalstyrkan från 7.4 2025.

Verksamheten leds av serviceenhetschefen och en serviceansvarig som båda har 100% arbetstid Tallmogården och Rosengården har varsin ansvarig sjukskötare som båda har 100% arbetstid

THL följer med personaltätheten inom äldreomsorgens serviceboenden med heldygnsomsorg två gånger per år. Resultaten i THL:s två senaste mätningar finns beskrivet under respektive enhet.

Tallmo vårdcenters ordinarie personal som arbetar i klientarbete består av:

- 6,1 sjukskötare (inkl. ansvariga sjukskötare)
- 22,9 närvårdare
- 1 vårdbiträde

Vi har 0,78 vårdbiträde som arbetar med indirekt vårdarbete

Rosengårdens personaldimensionering:

Maj 2023: 0,73

Oktober 2023: 0,74

April 2024: 0,72 (för hela Tallmo vårdcenter)

Oktober 2024: 0,67 (Tallmogården + Rosengården)

I morgontur jobbar två personal och i kvällstur två.

Vårdbiträde för köksarbetet och andra indirekta arbetsuppgifter jobbar i morgontur 6 timmar på vardagar.

På natten jobbar en personal men hela enhetens nattpersonal jobbar tillsammans.

Tallmogårdens personaldimensionering:

Maj 2023: 0,70

Oktober 2023: 0,80

April 2024: 0,72 (för hela Tallmo vårdcenter)

Oktober 2024: 0,67 (Tallmogården + Rosengården)

I morgontur jobbar 8 personal och i kvällstur sex personal.

Två av de som jobbar i morgontur har ansvar för köksuppgifterna. En på vardera våningen.

På natten jobbar två personal men hela enhetens nattpersonal jobbar tillsammans.

I samband med schemaplaneringen fördelas personalresurserna så att det är tillräckligt på båda enheterna. Vilket betyder att personalen jobbar där behov finns oberoende på vilken enhet man är stationerad.

3.5.2 Principer för användning av vikarier och för rekrytering

ENHETSBESKRIVNING

- Kuntarekry används som rekryteringskanal för tillsvidare befattningar och tjänster.
- En till två semestervikarier (en sjukskötare och en närvårdare) är anställda av resursenheten och placerade tillsvidare på Tallmo vårdcenter.
- Vikarier för kortare perioder och s.k. inhopp fås inte i detta nu via Resursenheten.
- Vikarier för tillfälliga / kortare arbetsavtal rekryteras av serviceenhetschefen.
- Vikarier för enstaka inhopp rekryteras från den 28.4.2025 via Sotenderapplikationen.
- Graden av kunskap i det andra inhemska språket som inte är hens modersmål beror på vilken befattning eller tjänst det gäller. Detta finns beskrivet i behörighetsstadgan.
- För vikarier önskas kunskaper i svenska eftersom klienterna till största delen har svenska som modersmål och arbetsspråket därmed är svenska.
- Till ordinarie sjukskötare- och närvårdarbefattningar rekryters personal med behörig examen. Arbetserfarenhet inom äldreomsorgen räknas som merit och är önskvärt.
- Behörighet säkerställs genom krav på intyg från Valvira eller genom kontroll på JulkiTerhikki/JulkiSuosikki samt betyg över slutförda studier. Handhas av serviceenhetschefen.
- Till vikariat fås inte alltid utbildad personal varvid utbildad personal eller studerande anställs tidsbundet. I första hand anställs då personal som har arbetserfarenhet från äldreomsorgen.
- Serviceansvarig som också är läkemedelsansvarig kontrollerar om den nyanställda eller vikarien har giltigt läkemedelslov. Om giltigt läkemedelslov saknas deltar personen inte i läkemedelsbehandlingen tills giltigt läkemedelslov finns. Praktiska prestationer utförs och / eller kompletteras vid behov.
- Vi följer arbetsgivarens (ÖVPH:s) direktiv för anställande av utländsk arbetskraft.
- Inhyrd arbetskraft används inte på enheten.
- En studerande kan jobba som yrkesperson inom hälso- och sjukvården enligt de studiepoäng som hen har utfört vid tidpunkten. Det finns olika kriterier enligt olika arbetsuppgifter. Studeranden skall bevisa utförda och godkända studier med sitt studiekort. Studeranden deltar i läkemedelsbehandlingen enligt sina utförda studier samt direktiv givna av ÖVPH. Dessa finns beskrivna på ÖVPH:s intra-sidor.
- Studerande som jobbar som vikarie har aldrig ansvaret själv utan jobbar i par med en utbildad vårdare som har huvudansvaret.
- Personalen stöder, undervisar och ger kontinuerlig feedback till studerande gällande hens framgång. På detta sätt har den studerande möjligheten att utvecklas i sitt kunnande.

- Personalen stödjer studeranden i inlärningsprocessen och skapar en trygg inlärningsmiljö.
- Alla på enheten är skyldiga att ta emot den studerande med respekt och ge sin egen insats till inläringen, samt visa professionalitet, samarbetsvilja och team-anda.

Paragraf 48 i lagen om smittosamma sjukdomar gäller verksamhetsenheter inom social-, hälso- och sjukvård där man vårdar klienter som är utsatta för allvarliga följder av smittosamma sjukdomar. Serviceboende med heldygnsomsorg för äldre bedöms vara en sådan enhet. Personal som arbetar i klienternas omedelbara närhet behöver ha vaccinationsskydd. Personalens vaccinationer är en del av arbetarskyddet och klientsäkerheten.

Personal inom äldreomsorgen har rätt att få influensavaccin gratis. Influensavaccin rekommenderas åt alla som arbetar med äldre och arbetsgivaren skall se till att klienter som är utsatta för allvarliga följder av influensa vårdas av personal som har ett tillräckligt vaccinationsskydd mot influensa.

Från den 1.1 2023 finns det ingen lagstadgad skyldighet att skydda vårdpersonalen mot Coronavirussjukdom.

Arbetsgivaren kan inte kräva skriftlig dokumentation om vaccinationsskyddet. Arbetstagarens muntliga information räcker.

Vi samarbetar med Företagshälsovården gällande vår personals vaccinationsskydd.

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

ENHETSBESKRIVNING

- Straffregisterutdrag kontrolleras i enlighet med lagen. Detta handhas av Serviceenhetschefen.
- Lagen gäller inte arbetsförhållanden som sammanlagt varar högst tre månader under en ettårs period. Med år avses inte kalenderår, utan tiden räknas från den första anställningens början.
- Straffregisterutdraget skall uppvisas när personen första gången anställs.
- Straffregisterutdrag kan inte begäras medan ett anställningsförhållande pågår om inte arbetstagaren går över till nya uppgifter där straffregisterutdrag krävs.
- Straffregisterutdraget får inte vara äldre än sex månader.
- Utdraget får inte kopieras.
- Att utdraget har uppvisats och utdragets identifieringsnummer samt datum antecknas på en separat blankett.
- Uppgifter i straffregistret får inte röjas för andra än de som behöver det för beslut om personens arbete.
- Arbetstagaren beställer själv utdraget från Rättsregistercentralen.

3.5.3 Introduktion, fortbildning och säkerställande av kunnande

Introduktion för personalen

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

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

Nätbaserad introduktion utesluter aldrig personlig introduktion. En ansvarsperson för introduktionen ska alltid utses för en ny arbetstagare. Den personliga introduktionen är viktigare än introduktionen på nätet. Innehållet i introduktionsprogrammet beskrivs närmare i välfärdsområdets intra.

ENHETSBESKRIVNING

Introduktionen förverkligas på följande sätt :

- Introduktionen är ca. 1 vecka beroende på arbetserfarenheten, utbildning och ev. tidigare arbete i organisationen eller på enheten.
- Introduktionen innehåller genomgång av egenkontrollplanen och övriga viktiga styrdokument samt enhetsspecifik introduktion som innefattar inläring i enhetens vårdarbete.
- Checklista för introduktionens innehåll finns.
- ÖVPH:s allmänna Introduktion finns i Laatuportti. Se faktarutan.
- Säkerhetsvandring på enheten för nyanställda ingår i introduktionen.
- För en nyanställd som inte har apparatpass ordnas lämplig utbildning och introduktion för att erhålla passet. Eller komplettering vid behov.
- Läkemedelslovet kontrolleras och kompletteras vid behov.
- Varje studerande har en egen namngiven handledare för praktikperioden. För en längre praktik samt för studerande på läroavtal utsätts två handledare.
- Handledaren stöder den studerande i att nå sin målsättning för praktikperioden och stöder hen i sin utveckling.
- Studeranden ges kontinuerlig feedback under praktiken samt en mellanvärdering och en slutvärdering.
- På ÖVPH:s Intra finns en handbok i studerandehandledning som alla som fungerar som handledare bekantar sig i och använder under handledning.
- Enhetens serviceansvarig fungerar som studerandeansvarig.

Fortbildning och säkerställande av kunnande

Välfärdsområdets personal- och utbildningstjänster utarbetar varje år i samarbete med tjänstesektorerna en plan för att upprätthålla och främja arbetstagarnas yrkesmässiga

kunnande. Fortbildning ordnas både internt och externt.

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

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

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

ENHETSBESKRIVNING

- Säkerhetsvandring på enheten en gång / år för all personal. Utförts senast i februari - april 2025.
- Säkerhetsutbildning för personalen finns i Laatuportti.
- Alla i personalen deltar i utbildningen "Hela personalens säkerhetsdag". Uppdatering vart femte år.
- Evakueringsövningar på Tallmo Vårdcenter är planerade till maj-december 2025.
- Personalen deltar i Första hjälp utbildning vart tredje år. Utbildningen sker via Teams enligt ÖVPH:s utbildningsprogram.
- En serie av föreläsningar inom palliativa vården för hem- och boendeservice ordnades av SAHOVA-nätverket (saattohoitovastaavat) 2023-2024. Hela personalen hade möjlighet att delta i skolningarna via Teams.
- Två personer fungerar som ansvarspersoner för den palliativa vården för Tallmo vårdcenter.
- Alla i personalen utför THL:s webbskolning "Vård i livets slutskede".
- Alla i personalen har Apparatpass för att säkerställa kunnandet i användningen av enhetens apparatur.
- LOVe skolning och uppdatering i enlighet med ÖVPH:s program för säker läkemedelshantering.
- Alla i personalen utför webbutbildningen "Dataskyddets ABC".

- Alla i personalen har hösten 2024 genomgått eOppiva utbildningen "Grundkurs i dokumentering inom socialvården".
- ÖVPH ordnar kontinuerligt aktuella skolningar och personalinformationstillfällen gällande saker som följer med ordnandet av Velfärdsområdet.
- Grundkurs i Kinestetik ordnas för personalen en gång / år med målet att alla i personalen skall ha gått utbildningen.
- Utbildningarna finns registrerade i Alma under "mina utbildningar" och / eller i serviceenhetschefens registrering.
- Utvecklingssamtal hålls med personalen en gång / år.
- Personalens kunskande och det dagliga arbetets kvalitet följs upp tex. med inkomna HaiPro anmälningar samt genom att följa upp kvaliteten för dokumentering, uppföljning av läkemedelsbehandling och med kontinuerlig kommunikation med personalen.
- Eventuella missförhållanden tas upp snarast möjligt och åtgärdas enligt missförhållandet karaktär.

3.5.4 Arbetshälsa och arbets säkerhet

ENHETS BESKRIVNING

- Enheten och förmannen (Serviceenhetschefen och/ eller serviceansvarig) följer ÖVPH:S program "ledning av personalens arbetsförmåga" (Aktivt stöd).
- Diskussioner om arbetsförmågan följs enligt ovanstående program.
- Samarbetar kontinuerligt med företagshälsovården som i vårt fall är Wellmedic.
- Arbetstagarna har en arbetsskiftsförteckning som görs i Titania programmet. Via det följs arbetstiderna upp. Det finns för närvarande ingen digital in- och utstämpling för uppföljningen.
- Vid oklarheter eller missbruk tas saken till diskussion snarast möjligt.
- Tjänsteproducenten ser till att personalen har den utrustning och de hjälpmedel de behöver för att tryggt kunna utföra sitt arbete.
- Personalen stöds i arbetet med att skapa en öppen atmosfär där alla vågar fråga och föra vidare sina bekymmer till chefen.

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

Österbottens välfärdsområdes personalplan grundar sig på välfärdsområdets strategi, personalpolicy och målen i personalprogrammet. Velfärdsområdet ska som tjänsteproducent följa upp att det finns tillräckligt med personal för tillhandahållandet av tjänsterna både inom den egna tjänsteproduktionen samt inom köpta tjänster (tillsynslag 741/2023, 23 §). Uppföljningen

ska beakta de krav som finns i speciallagstiftningen gällande personaldimensioneringen och resurstilldelningen, såsom till exempel vårdardimensioneringen (lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre 980/2012, 20 §).

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

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

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

ENHETSBESKRIVNING

- Vid senaste THL uppföljning var personaldimensioneringen 0,67 vilket anses som en god personadimensionering. Tyvärr sänks personaldimensioneringen våren 2025 pga. ändrad lagstiftning och därmed minskade resurser.

- Vi har inget dataprogram för uppföljning av personalens tillräcklighet.

- På Tallmogården jobbar från 7.4 2025: 8 personal / 32 klienter i morgontur vilket utgör 4 klienter / personal. Det bedöms vara tillräckligt för att ge en god vård. Med denna personalstyrka krävs ingen stress i arbetet utan personalen kan ta den tid de behöver för klienterna.

- På Tallmogården jobbar i kvällstur 6 personal / 32 klienter. Vilket utgör 5,3 klienter / personal vilket bedöms vara tillräckligt för en kvällstur.

- Rosengården har för närvarande 12 klienter men det skall minskas till 10 vartefter det är möjligt.

- På Rosengården jobbar 3 personal i morgontur på vardagar och 2 personal på helgerna vilket för närvarande utgör 4 - 6 klienter / personal. Det blir 5 klienter / personal efter att minskningen av klienter är helt slutförd. Det bedöms vara tillräckligt för att ge en god vård med denna personalstyrka krävs ingen stress i arbetet utan personalen kan ta den tid de behöver för klienterna.

- På Rosengården jobbar 2 personal i kvällstur alla veckodagar. Vilket utgör 6 klienter / personal vilket bedöms vara tillräckligt för en kvällstur. Det blir 5 klienter / personal efter att minskningen av klienter är helt slutförd.

- På natten jobbar 3 personal tillsammans i hela huset. Det fungerar bra då vi har tekniska hjälpmedel till förfogande så som rörelsealarm, stängda dörrar och sköterskealarm.

- Rosengården får alltid hjälp från Tallmogården och vise versa då behov finns.

- På morgontur finns det sammanlagt 10 personal som jobbar med direkt klientarbete och på kvällstur finns det 8.

- Eftersom enheten är så pass stor med den personalmängd vi har / arbetstur så garanteras att det alltid finns utbildad personal i huset i alla arbetsturer som har behörighet för läkemedelsbehandling m.m.
- Serviceansvarig som jobbar vardagar ca 8 – 16 hjälper till vid behov.
- Vikarier inkallas för de flesta arbetsturer vid oplanerade frånvaron vilket gör att personaldimensioneringen inte ändras.
- Tallmo vårdcenter har uppgjort en verksamhetsmodell (enligt ÖVPH:s modell och direktiv) vid undantagsförhållanden som säkrar att personalen kan arbeta i en klientsäker miljö. Modellen innehåller prioritetsordning gällande klientvård vid avvikande personalresurser.
- Det är svårt att dra ner på tjänsteproduktionen och / eller stänga enheten / platser då klienterna beviljats plats och bor på Tallmo vårdcenter till livets slut. Endast då det blir lediga klientplatser kan vi minska verksamheten.
- Tillsvidare har Tallmo vårdcenter inte fått negativt respons från klienter eller anhöriga gällande arbetssäkerheten eller personalantalet.
- Enheten har identifierat risker i anknytning till tillgången till kunnig personal, och gör sitt bästa i att göra arbetsplatsen attraktiv för att hålla personalen kvar.

3.7 Sektorsövergripande samarbete och samordning av tjänster

ENHETSBESKRIVNING

- Multiprofessionellt samarbete sker mellan personalen på Tallmo vårdcenter och SAS-gruppen / SAS skötaren, Pihlajalinnas läkare, centralsjukhuset, allmänmedicinsk avdelning, hemsjukhuset, hemvårdspersonal, rehabiliteringspersonal.
- Samarbete med allmänna intressebevakningens byrå i intressebevakningsärenden.
- Samarbetet kan ske via telefonsamtal, e-post, gemensamma möten, skolningar och personlig kontakt beroende på ärendet och behovet.
- I och med att utvecklingen av den palliativa vården är på gång år 2024 - 2025 har samarbetet till cancerskötern i kommunen samt den palliativa polikliniken i Vasa intensifierats.
- Det gemensamma klient- och patientdatasystemet Lifecare togs i bruk vintern 2025. Detta underlättar samarbetet mellan enheterna inom Välfärdsområdet.

3.8 Lokaler och utrustning

ENHETSBESKRIVNING

- Gemensamma utrymmen är dagsalar och matsalar som finns på enheterna.

- En större gemensam samlingssal finns där man ordnar gemensamma aktiviteter och program för alla. Tex. musikevenemang och församlingens program.
- Utrymmen för rehabilitering finns på våning 1.
- Alla klienter har eget rum där de får ha lugn och ro. Man håller dörren stängd då man utför vårdåtgärder så man inte utsätter klienten för andras ögon. Klientens vilo- och sovtider respekteras samt behov av ensamhet.
- Alla klientrum har eget wc/badrum.
- Klientrummen på Tallmogården (nya huset) är 24,9 – 25,3 kvadratmeter.
- På Rosengården (B sidan) är alla rum 21,1 kvadratmeter.
- På Rosengården (A sidan) är rummen under 20 kvadratmeter vilket betyder att vi håller på att avsluta verksamheten i den modulen.
- Klienterna får inreda sina rum med egna möbler. Säng och nattduksbord finns färdigt. Klienterna hyr sina rum och de kan därmed inte användas till andra ändamål vid klientens eventuella frånvaro.
- Det finns alltid möjlighet att komma och bekanta sig med utrymmena på förhand om man så önskar.
- Besökstiden är önskvärt att vara mellan kl. 12.30 – 19 men övriga tider kan man komma enligt överenskommelse med personalen.
- Det finns hjälputrymmen som underlättar klientarbetet för personalen. Dessa är: kanslier, linneförråd, sköljrum, bastu, stora duschrum, lagerutrymmen, städförråd, städcentral m.m.
- Utemiljön har helt byggts om i samband med byggprojektet av nya Tallmo vårdcenter. Detta gjordes färdigt hösten 2024 så inkommande sommar har vi en ny trädgård som planerats för klienternas trivsel och utevistelse.
- Fastighetens underhåll sköts av Vörå kommun. Vi har en fastighetsskötare som är stationerad på Tallmo vårdcenter. Vi har ett elektroniskt system (programmet MyNest) för anmälan om fel- och / eller åtgärder som behöver göras i fastigheten.
- Fastigheten är ny eller nyrenoverad. I bruktagning skedde hösten 2023 och sommaren 2024 vilket gör att behov av långsiktigt underhåll så som renoveringar inte finns för närvarande. Rosengårdens A sida byggdes och togs i bruk 2016. Där görs ytrenoveringar vid behov då klientrummen blir lediga innan ny klient flyttar in.
- Enheten har en säkerhetssida i Laatuportti som innehåller säkerhetsplan och utrymningssäkerhetsplan. Handlingskorten är under arbete.
- Städningen handhas av StödBotnia som är ett inhouse bolag.

- Det avfall som städpersonalen tar hand om vid städningen för de ut till Molok-avfallsbehållare som finns på gården.
- Blöjsäckarna förs dagligen av vårdpersonalen till Molok-avfallsbehållare på gården. Får inte lagras långa stunder inomhus.
- Övrigt avfall sorteras och förs till Molok- avfallsbehållare vid behov.
- Kärn för bioavfall finns vid Molok- avfallsbehållare vid köket. Förs ut dagligen.
- Riskavfall (nålar m.m.) sätts i riskavfallskärn som försluts då det är fyllda. De förvaras sedan i ett för ändamålet specialkärn som hämtas av Remeo 3 gånger / år. Specialkärnet finns i avfallsrummet.
- Anmälan om verksamheten är gjord till Västkustens miljöenhet som är övervakande hälsoskyddsmyndighet. De sköter om kontroller och inspektioner. Följande inspektion är planerad till 7.5 2025.
- Datorer används med individuella inloggningar.
- För att skydda klienternas integritet lämnas aldrig klientjournalen öppen under tiden den inte används.
- Annat material som innehåller klientdata, så som läkemedelslistor och klientdokument i pappersform hålls i låsta utrymmen dit endast tillhörig personal har tillgång.
- Enheten har inga identifierade risker som kunde orsaka sanitära olägenheter.
- Medicintekniska produkter som inte är lämpliga att användas eller utgör en säkerhetsrisk servas eller tas ur bruk enligt ÖVPH:s givna anvisningar för apparatsäkerheten, se punkt 3.9.
- Huvudingången till byggnaden är öppen mellan 8 – 20. Övriga tider med ringklocka och för personalen med personliga taggar. Dörren har passagekontroll.
- Anhöriga kommer till Tallmogården via huvudingången, med ringklocka under tiden dörren är stängd.
- Till Rosengården kommer anhöriga in med ringklocka. Inre dörren till avdelningen fungerar med ringklocka eller personaltag och har passagekontroll.
- Personalingången används med personlig tag och har passagekontroll.
- Läkemedelsrummet där klienternas mediciner förvaras har passagekontroll samt två övervakningskameror. Personalen går in med personlig tag.
- För tillfället kommer det inte smittfarligt avfall från enheten. I händelse av smittfarligt avfall kontaktar personalen smittskyddsansvariga och tekniska sidan vid ÖVPH. Smittfarligt avfall hanteras enligt givna anvisningar som hittas på ÖVPH:s Intra

under "Avfallshantering- Sjukhus, hälsocentral, HEBO.

Tallmo servicecenter finns med i Väst kustens miljö enhets planlagda tillsyn 2025. Tillsynen utfördes den 7.5 2025

3.9 Medicintekniska produkter, informationssystem och användning av teknik

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

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

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

Chef för sjukhusteknik, telefonnummer 044 323 1181

Österbottens välfärdsområde säkerställer tillsammans med 2M-IT experter att datasystem som motsvarar kraven i kunduppgiftslagen (703/2023) används inom välfärdsområdet/ tjänstenheten och att datasystems användningssyfte motsvarar tjänsteproducentens verksamhet och att uppgifterna om tjänsteproducenten finns i Valvira's register över informationssystem. Informationssäkerhetsplan för internt bruk i organisationen (intra) har utarbetats för välfärdsområdet 2024. Informationssäkerhetsplanen uppfyller kraven som finns föreskrivna i 77 § i kunduppgiftslagen (703/2024) och i THL:s bestämmelse 3/2024. IT-direktörerna är ansvariga för informationssäkerhetsplanen och dess uppdatering.

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

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

[dataskyddspraxis/](#)

Medicintekniska produkter

ENHETSBESKRIVNING

Medicintekniska produkter.

- ☒ - Alla i personalen har utfört apparatpass under våren 2023 samt efter det alltid vid nyanställningar.
- ☒ - Apparatpassen uppdateras enligt ÖVPH:s schema via Laatuportti.
- ☒ - Två apparatansvariga har utnämnts på enheten som deltar i infotillfällen och utbildningar ordnade av ÖVPH.
- ☒ - De apparatansvariga skolar all ny personal och vikarier och ser till att de utför apparatpasset.
- Eventuella inhoppare utför apparatpasset i enlighet med sina arbetsuppgifter.
- ☒ - All medicinsk apparatur registreras i MEDUSA programmet och servas vid behov enligt ÖVPH:s gemensamma anvisningar.
- ☒ - Om det framkommer risker, "nära ögat" händelser eller "drabbat klienten" händelser, rapporteras dessa via HaiPro. Därifrån slipper man direkt till Fimeas tillbudsanmälan.
- ☒ - Enhetens personlyftar och sängar granskas årligen. Senaste granskningen gjort 1/2025.
- ☒ - Meddelande kommer till MEDUSA programmet när någon medicinskteknisk produkt skall till service.
- ☒ - Alla nya medicinsktekniska produkter går via medicintekniska enheten för registrering och el kontroll innan de tas i bruk på enheten.
- ☒ - Alla medicinsktekniska produkter som tas ur bruk skall returneras till medicintekniska enheten.

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

Kristiina Annila, serviceansvarig 040-1524744

Informationssystem och informationssäkerhet

ENHETSBESKRIVNING

- Alla i personalen utför webb kursen " dataskyddets ABC för personal inom den offentliga förvaltningen".
- Alla har egna lösenord till de dataprogram de har rättigheter till.
- Serviceenhetschefen beviljar rättigheter till programmen som ansöks via 2M it.

- Resursenhetens förman beviljar rättigheter till den personal som anställs av dem.
- Personalen har fått information om att logga ut och inte lämna datorn så att utomstående kan få tillgång till klientuppgifterna.
- Nyanställda, studerande och vikarier skriver under tystnadspliktblanketten.
- Studerande som gör praktik får studeranderättigheter till Lifecare programmet. Dokumentationen granskas och kvitteras av handledaren.
- Studerande som jobbar på arbetsavtal får studeranderättigheter som arbetstagare till Lifecare programmet.
- Eventuella avvikelser anmäls via HaiPro dataskyddsanmälan och behandlas på avdelningsmötet med personalen.
- På organisationens intra finns material gällande dataskydd och datasäkerhet, personalen är informerade om detta.

Dataskyddets ansvarspersoner inom ÖVPH är Tuija Viitala; 06-2131840 och Anne Korpi; 040-1832211.

Ingen dataskyddsansvarig är utsedd på enheten.

Användande av teknologi

ENHETSBESKRIVNING

- Huvudingången till nya huset är öppen kl. 8 – 20. Övriga tider endast med personlig "tagg" eller via ringklocka.
- På Rosengården är dörrarna låsta dygnet runt och fungerar delvis med dörrkod och delvis med tagg.
- Rymningsalarm finns installerade på ytterdörrarna.
- Brandalarmet testas varje månad av fastighetsverket.
- I enhetens säkerhetsplan (TURS) finns övrig räddningsutrustning beskriven.
- Enhetens TURS sidor finns i Laatuportti.
- Fastighetsverket ansvarar för räddningsutrustningen som granskas enligt plan.
- I det nya läkemedelsrummet som finns i C korridorren på våning två förvaras hela husets läkemedel.
- Läkemedelsrummet där man förvarar läkemedel är låst och har passagekontroll. Enbart de som har rätt att hantera läkemedel har passagerättighet.

- I läkemedelsrummet i nya huset finns kameraövervakning med två kameror. Alla skåp är låsbara. Narkotikafacket har en skild nyckel. Reservnycklar till alla dörrar i läkemedelsrummet handhas av serviceansvariga.
- Räddningsvägar /Nödutgångar finns.
- Räddningsvägarna är godkända av Räddningsverket.
- Inga bevakningskameror finns på enheten (förutom i läkemedelsrummet) och ingen tillgång till vakt. Vid behov ringer man 112.
- Klient/personalalarmsystemet 9solutions levereras från LOIHDE, och är valt och beställt av organisationen.
- Varje klient får ett personligt alarmarmband vid inflyttningen till enheten som de kan kalla på hjälp med. Alarmet skickar en signal till personalens telefon, alla avdelningens displayer som finns i korridorer och vid klientrumsdörren med en ljudsignal. Med telefonen går det också att ta kontakt direkt till klientrummet.
- Vid behov kan klienten få även ett rörelsealarm, som alarmerar då klienten stiger upp ur sängen. På detta sätt har personalen möjlighet att reagera snabbare. På detta sätt kan även risken för fallolyckor minskas.
- Det hör till personalens skyldigheter att svara och reagera på klientalarm och hjälpa klienten.
- Sköterskealarm finns tillgängliga till all personal och är obligatoriskt att använda under arbetsskiftet. Alarmtag för personalen testas regelbundet av enhetens serviceansvarig men måste även testas före varje arbetsskifte av personalen för att garantera säkerheten.
- Eventuella störningar i alarmsystemet meddelas direkt till LOIHDE av enhetens serviceansvarig. Personalen har även möjlighet att meddela störningar till LOIHDE via ett direkt telefonnummer dygnet runt.
- Innan batteriet tar slut i ett personal- eller klientalarmarmband skickas automatiskt en ny från LOIHDE och den gamla skickas tillbaka.
- Enheten har en plan gällande olika störningssituationer . Planen finns på enhetens anslagstavlor samt i Laatuportti på enhetens säkerhetssidor.
- Vid uppsamling av klientdatauppgifter följer enheten gällande lagar.

Sjukhusingenjör Petri Luoma ansvarar för alarmutrustningen. tel. 06 218 8100.

På Tallmo vårdcenter finns två personer utsedda som är Kvalitets och säkerhetsansvariga. Det är serviceansvarig samt en ansvarig sjukskötare.

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

Kristiina Annila, serviceansvarig 040-1524744

3.10 Läkemedelsbehandling

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

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

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

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

ENHETSBESKRIVNING

☒ - Varje person som genomför eller deltar i läkemedelsbehandlingen ansvarar för sin egen insats.

- Alla som deltar i läkemedelsbehandlingen har rättighet till det. Den som inte har giltiga lov deltar inte i läkemedelsbehandlingen.

☒ - Läkemedelsbehandlingen genomförs mångprofessionellt och i samarbete mellan de olika yrkesgrupperna.

☒ - Ansvarig läkare för enhetens läkemedelsbehandling är Johanna Hagström/Pihlajalinna. Ansvarsläkaren har telefonrond en gång/vecka och är anträffbar vid behov vardagar kl. 8-16. Ansvarsläkarens närrond på plats sker i regel med 3 månaders mellanrum. Övriga tider kontaktas Pihlajalinnas bakjour.

☒ - Läkemedelsbehandlingsplanen hålls aktuell genom kontinuerlig evaluering samt med regelbundna skolningar för personalen.

☒ - För att upprätthålla sina kunskaper deltar personalen i aktuella skolningar samt utförandet av ÖVPH:s läkemedelstentamen (LOVE) vart 5:e år. I samband med detta gör man även praktiska prestationer för att visa kunnandet. Om man har varit borta från arbetslivet mera än 3 år måste man tenta på nytt.

☒ - De grundläggande läkemedelsloven undertecknas elektroniskt i Laatuportti av läkemedelsansvariga för enheten (serviceansvarig/legitimerad sjukskötare). Loven för krävande läkemedelsbehandling undertecknas av läkare (utsedd inom ÖVPH).

☒ - Evaluering i personalens kunnande i läkemedelsbehandling sker kontinuerligt i det dagliga arbetet.

☒ - Då man tentar LOVE första gången utförs praktiska de prestationerna 3-5 gånger. Då man uppdaterar läkemedelslovet krävs minst en praktisk prestation. Praktiska prestationer visas åt och godkänns av en legitimerad sjukskötare som har gått en specialutbildning för detta via LOVE (Näyttö).

☒ - Arbetsenhetens läkemedelsplan samt läkemedelsplanen för det begränsade läkemedelsförrådet har uppdaterats senast 30.7.2024.

☒ - Arbetsenhetens serviceenhetschef och serviceansvarig ansvarar för upprättandet av läkemedelsplanerna. De ansvarar för att enhetens läkemedelsbehandling är adekvat och för genomförandet av planen för läkemedelsbehandling samt övervakning.

☒ - Att läkemedelsbehandlingen genomförs i arbetet inom enheten följs upp kontinuerligt av enhetens ledning. Genom att följa med läkemedelsrelaterade HaiPron och att följa med dokumentering gällande klienternas läkemedelsbehandling får man information om vilka eventuella utmaningar/brister som finns.

☒ - Personalen uppmuntras att alltid föra fram problem och funderingar som uppstår vid läkemedelsbehandlingen. Personalen är även skyldig att anmäla alla negativa händelser som är relaterade till läkemedelsbehandlingen. Dessa anmälningar görs via HaiPro och tas upp på avdelningsmöten regelbundet.

☒ - Utvecklandet av läkemedelssäkerheten sker kontinuerligt.

☒ - Vi följer SHM:s handbok för Säker läkemedelsbehandling.

Namn på läkare som ansvarar för läkemedelsbehandlingshelheten i enheten och kontaktuppgifter

Johanna Hagström, allmän läkare, Pihlajalinna, tel 040 715 6952

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

Kristiina Annila, serviceansvarig, leg.sjukskötare, tel 040 152 4744

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

Tom Lövdahl, regionöverläkare – allmän medicin, ÖVPH, tel 040 152 4517

3.11 Näring

ENHETSBESKRIVNING

- Alla måltider kommer färdigt tillredda från Tallmos kök som handhas av Stöd Botnia (köptjänst). Stöd Botnia ansvarar därmed för matens kvalitet och näringsinnehåll.
- Veckans matsedel finns tillgänglig på avdelningen för varje vecka
- Vid inflyttning till boendet genomgås klientens diet, matvanor och eventuella allergier, och meddelas till köket. Önskemål beaktas i mån av möjlighet.
- Smörgåsar m.m. tillreds på enheten. Matansvarig/köksansvarig finns i varje morgontur på enheten.
- All personal som hanterar livsmedel har hygienpass.

Dagliga Måltider:

Morgonmål: kl. 7.00 och framåt.

Lunch: kl. 11.30 – 12.30

Kaffe: kl. 14 - 15

Middag: Från kl. 16.30 – 17.15

Kvällsmål: kl. 19 och framåt

- Mattiderna är flexibla och klienterna får mellanmål även nattetid och alltid vid behov vilket säkerställer att nattfastan inte blir för lång.
- Uppföljning av näringstillstånd görs med MNA och riktlinjer för näringsterapi finns.

3.12 Hygien, förebyggande och bekämpning av infektioner

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

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

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

Enheten ska ha egen namngiven hygienansvarig. Hygienansvarigas roll i arbetsenheterna och

deras uppgiftsbeskrivning finns i intra och för privata tjänsteproducenter i Sharepoint.

Mer information om hygienpraxis och bekämpning av infektioner:

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

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

Österbottens välfärdsområdets intrasidor: Hygien och bekämpning av infektioner

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

ENHETSBESKRIVNING

- ☒ - Klienternas personliga hygien sköts dagligen genom tvätt samt dusch en gång i veckan eller oftare vid behov.
- ☒ - Enhetens allmänna hygien säkras genom noggrann handhygien (handtvätt mellan klientrum och spritning) vid behov används skyddsutrustning.
- ☒ - Vid epidemier följer man givna föreskrifter.
- ☒ - På enheten finns det skriftliga anvisningar angående hur man rengör medicinsk apparatur samt om sekretdesinfektion.
- ☒ - Enheten har tillgång till Nocolys apparat för desinficering.
- ☒ - Personalen/ den hygienansvariga deltar i aktuella skolningar och hämtar kunskapen till enheten samt ser till att det förverkligas.
- ☒ - Städningen handhas av städpersonal från Stöd Botnia (köptjänst).
- ☒ - Städpersonalen städar klienternas rum en gång i veckan samt tar hand om renligheten dagligen.
- ☒ - Har klienten någon multiresistent bakterie städas rummet 5 dagar / vecka och kontaktytorna torkas 2 gånger / dag.
- ☒ - Avfallet sorteras och förs bort dagligen i enlighet med föreskrifterna om avfallshanteringen.
- ☒ - Enhetens tvätt sätts i tvättpåsar som hämtas av Eco wash två gånger / veckan.
- ☒
- ☒ - Handsprit finns tillgängligt i alla klientrum samt på flera ställen i korridorerna, i kanslier, läkemedelsrummet, sanitära utrymmen, sköljrummen osv.
- ☒ - Att arbeta med ett aseptiskt tänkande hör till grundutbildningen inom vården. Resurser att övervaka detta dygnet runt finns inte.
- ☒ - Varje klient har en personlig vårdplan där även vården av hygien ingår.

- ☒
- ☒ - Andra viktiga aktuella infon som kommer gällande hygien eller anvisningar tas upp med personalen vartefter. På organisationens intra finns mycket material tillgängligt.
- ☒ - Vid eventuella infektionsepidemier eller smittosamma sjukdomar isoleras klienter enligt dåvarande rekommendationer.
- ☒ - Eventuella anmälningar gällande epidemier och allvarliga infektioner förknippade med vård anmäls via HARVI av enhetens serviceansvarig.
- ☒ - Som Hygienansvarig på Tallmo vårdcenter fungerar för ändamålet utsedd sjukskötare. Hon deltar i nätverket för hygienansvariga som finns inom Österbottens välfärdsområde.

Namn på och kontaktuppgifter till hygienansvarig

Kontaktuppgifter till hygienskötare på ÖVPH med ansvar för Tallmo vårdcenter är t.o.m. 17.6 2025 Katja Hautamäki Tel. 040 5390712

Uppgifter till enhetens ansvarsperson fås av serviceenhetschefen.

3.13 Hälso- och sjukvård

ENHETSBESKRIVNING

- ☒ - Vårdpersonalen ger såväl grundvård som sjukvård till klienterna.
- ☒ - Vårdpersonalen följer dagligen med klienternas hälsotillstånd och dokumenterar alla avvikelser. Vid behov samarbetar man med andra aktörer inom hälso- och sjukvården.
- ☒ - Till de regelbundna kontrollerna hör längd, vikt, blodtryck samt blodprovskontroller enligt läkarordination.
- ☒ - Vårdpersonalen ordnar så att klienterna får tandvård enligt behov vid tandkliniken i Vörå.
- ☒ - Även fotvård ordnas regelbundet av privat fotvårdare.
- ☒ - Sjukskötare finns på Tallmo vårdcenter alla dagar i någon av arbetsturerna.
- ☒ - Från 1.2 2016 handhas läkartjänsterna av Pihlajalinnas (tidigare Doctagons) Ansvarsläkartjänst.
- ☒ - Kartering av alla klienter har gjorts i januari 2016 och därefter vid närronderna på nyinflyttade klienter.
- ☒ - Telefonrond genomförs 1 x/ vecka.
- ☒ - Egen ansvarsläkare kan kontaktas vardagar kl. 8 - 16.
- ☒ - Närrond på enheterna med ansvarsläkaren genomförs var tredje månad.
- ☒ - Pihlajalinnas jourande läkare den s.k."bakjouren" finns tillgänglig för vårdpersonalen att ta kontakt 24/7.
- ☒ - Hälsotillståndet hos klienter med kroniska sjukdomar följs med enligt ordination och behov. Kontroller görs vid närronderna av ansvarsläkaren.

- ☒ - Personalen uppdaterar grundkunskaperna i Första Hjälp vart tredje år. En hjärtstartare planeras att skaffas till enheten då budgetmedel finns.
- ☒ - De flesta klienter har ett DNR-beslut. Om så inte är fallet utför man återupplivning och ringer 112. Beroende på situationen kontakts Pihlajalinnas jourande läkare eller ansvarsläkaren beroende på tidpunkt. Läkaren ger vidare instruktioner om hur man fortsätter.
- ☒ - Det finns skriftliga anvisningar på enheten om hur man går tillväga.
- ☒ - I mån av möjlighet vårdas klienten på enheten till livet slut. Alla onödiga eller ogrundade förflyttningar undviks.
- ☒ - Det finns utsatta kontaktpersoner för enheten som regelbundet deltar i de av ÖVPH ordnade skolningar om palliativ vård men skolningstillfällen är öppna för alla i personalen att delta. Information från skolningar samlas i en mapp som finns på avdelningen.
- ☒ - Det finns en utarbetad checklista gällande vård i livets slutskede, där det finns beskrivet alla vårdåtgärder och andra observationer som är viktiga att utföra.
- ☒ - Klientens egna önskemål tas alltid i beaktande.
- ☒ - Anhöriga är alltid välkomna och får stöd och information av personalen , och vid behov av läkaren.
- ☒ - En sjukskötare finns tillgänglig på Tallmo vårdcenter varje dag i någon av arbetsturerna, och ca en tredjedel av enhetens närvårdare har utfört specialtillstånd för att få ge narkotiska preparat s.c. Detta underlättar vården i livets slutskede samt genomförandet av tillräcklig smärtlindring hos den döende.
- ☒ - Enheten har tillgång till en palliativ skötare som samarbetar med VCS palliativa polikliniken.
- ☒ - Vid behov kan även hemsjukhuset utnyttjas för medicinering och eventuellt andra vårdåtgärder.
- ☒ - På enheten finns skriftlig checklista vid exitus som personalen använder.

3.14 Främjande av välbefinnande, rehabilitering och utveckling

ENHETSBESKRIVNING

- ☒ - Fysiska aktiviteter och sysselsättning ordnas regelbundet på enheterna och enligt klienternas resurser och önskemål.
- ☒ - Med ett rehabiliterande arbetssätt stöder man klientens fysiska, sociala och psykiska välmående.
- ☒ - Enheten har en Aktiveringsplan.

- ☒ - Olika former av aktiviteter ordnas i mån av möjlighet ss. lässtunder, musik, bingo och utepromenader då vädret tillåter.
- ☒ - Gemensamma aktiviteter ordnas för alla enheters klienter med utomstående artister ca en gång / vecka.
- ☒ - Gemensamma aktiviteter ordnas för alla enheters klienter av personalen tex. filmeftermiddagar.
- ☒ - Församlingen besöker Tallmo vårdcenter minst en gång / månad.
- ☒ - Vi firar och uppmärksammar helger och högtider samt traditioner som hör till dessa.
- ☒ - Vi uppmärksammar klienternas födelsedagar.
- ☒ - I den enskilda klientens vårdplan finns det dokumenterat plan och målsättning som man följer och evaluerar.
- ☒ - Vi strävar till att alla klienter skall ha en individuell rehabiliteringsplan som uppgörs och uppdateras av enhetens personal och rehabiliteringspersonalen.
- ☒ - Vissa klienter har i sitt rum föreskrifter för små gymnastikrörelser som alla i personalen kan utföra när som helst i samband med vården för att stöda och stärka funktionsförmågan och rörelseförmågan.
- ☒ - Anhöriga är välkomna när som helst till enheten. De görs delaktiga i klientens vård med regelbundna anhörigrträffar/diskussioner. Vid förändringar eller när behovet uppstår finns personalen alltid tillgänglig för anhöriga.

3.15 Behandling av klient- och patientuppgifter och dataskydd

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

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

Alla välfärdsområdets arbetstagare, studerande och övriga personer som behandlar sekretessbelagda uppgifter i organisationen undertecknar sekretessförbindelse om användning av uppgifter och informationssystem. Tystnadsplikten gäller arbetstagare under och efter anställnings- eller uppdragsförhållandet. Av arbetstagarna förutsätts vidare att de slutför dataskydds- och informationssäkerhetsutbildning. Länk till utbildningen och

sekretessförbindelsen finns i Intra (Dataskydd och informationssäkerhet). Plan för informationssäkerhet som upprättats för intern användning i Österbottens välfärdsområde finns i välfärdsområdets intra.

ENHETSBESKRIVNING

☒ - Klientuppgifter dokumenteras i klientdataprogrammet LifeCare som blir gemensamt för hela organisationen under våren 2025. En del av dokumentationen arkiveras till KANTA. Enhetens ansvariga läkare dokumenterar tillsvidare endast i Acute programmet och sjukskötaren på enheten kopierar texten till LifeCare programmet.

- Klientdokumentering hör till alla arbetstagares ansvar och dokumenteringen skall göras utan dröjsmål.

☒ - Hela personalen har utfört kursen Dataskyddets ABC. Via ÖVPH:s intra hittas mera information gällande dataskyddspraxis för organisationen. Personalen är informerade om detta.

☒ - Alla i personalen är skyldiga att meddela vidare till närchefen om de märker brister i dataskyddet.

☒ - Dataskyddsavvikelser anmälas också via HaiPro-programmet och behandlas därefter även på avdelningsmöten.

☒ - Hela personalen har utfört en grundkurs i dokumenteringen under år 2024. Det var eOppiva utbildningen "Grundkurs i dokumentering nom socialvården". I samband med skolningen togs exempel fram från personalens egna dokumenteringar. Dessa granskades tillsammans med personalen för att hitta brister och förbättringar. Kvaliteten på dokumenteringen följs upp kontinuerligt av enhetens serviceansvarig.

☒ - Enheten har inte utarbetat en skriftlig plan för dokumentering.

☒ - Nya arbetstagare blir skolade av kollegor i registrering av klient/patientarbetet.

- Då ny arbetstagare anställs till enheten kontrolleras deras skolnings i datasäkerhet och dokumentering. Vid behov måste kunnandet kompletteras.

☒ - Före ibruktagningen av nya klientdatasystemet 2/2025 vid Tallmo vårdcenter gick alla i personalen grundlig skolning i användningen av nya klientdatasystemet. Anvisningar för dokumentering finns ihopsamlade i en pärm på avdelningar.

☒ - Studerande dokumenterar med egna inloggningar. Efter dokumenteringen skickar studerande sin text via programmet för granskning till sin handledare, som läser och godkänner texten. Texten sparas först efter godkännandet.

☒ - Varje arbetstagare får individuella inloggningar till den enheten där man jobbar. I LifeCare klientdatasystem har man olika roller för arbetstagare enligt arbetsuppgifter och utbildning. Personalen är informerad om att det är förbjudet att gå in i klientuppgifter om man inte har en vårdrelation till klienten ifråga.

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

hänför sig till det.

Annika Kvist-Östman, serviceenhetschef, tel 050 5959569

Kristiina Annala, serviceansvarig, tel 040 1524744

Kontaktuppgifter till Österbottens välfärdsområdets dataskyddsombud och leveransadresser för loggdataförfrågningar

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

Österbottens välfärdsområde, Dataskyddsombud / C.0, Sandviksgatan 2-4, 65130 Vasa

Dataskyddsombud: Tuija Viitala

Telefonnummer 06 213 1840, e-post: tietosuojaavastaava@ovph.fi eller

Österbottens välfärdsområde, Dataskyddsombud, Dammbrunnsvägen 4, 1. våningen, 65100

Vasa Dataskyddsombud: Anne Korpi

Telefonnummer: 040 183 2211, e-post: dataskyddsombud@ovph.fi

4. EGENKONTROLLENS RISKHANTERING

4.1 Ansvar för riskhantering, identifiering och bedömning av risker

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

Riskhanteringen och -bedömningen är en del av det systematiska utvecklandet av klient-/patientsäkerheten i Österbottens välfärdsområde och normal verksamhet i enheterna. Förutsättningen för riskhanteringen är att ett öppet och tryggt klimat råder i arbetsgemenskapen där både personalen och klienterna/patienterna och deras anhöriga vågar ta upp observationer och missförhållanden i kvaliteten och klient- och patientsäkerheten.

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

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

ENHETSBESKRIVNING

- ☒ - Förmännen på enheten deltar i kvalitet- och säkerhetsutvecklingen.
- ☒ - Kvalitet- och säkerhetsfrågor tas regelbundet upp på personalmöten
- ☒ - Genom att ta personalen med i säkerhetsfrågor och genom att motivera viktigheten av behandling och utveckling av missförhållanden bygger man upp en motiverande och positiv attityd bland personalen.
- ☒ - Noggrann introduktion för nyanställda och vikarier.
- ☒ - Regelbundna personalmöten med hela personalen
- ☒ - Alla i personalen deltar i "personalens säkerhetsdag" under 2023 – 2024 och därefter vart femte år. Nyanställda deltar snarast möjligt.
- ☒ - Enligt ÖVPH:s rekommendation har två personer utnämnts som ansvars/kontaktpersoner för säkerhet och kvalitet. Dessa deltar regelbundet i ÖVPH:s gemensamma informationstillfällen samt för informationen vidare till övrig personal.
- ☒ - Riskhanteringsarbetet leds av enhetens Serviceansvariga.
- ☒ - Serviceenhetschefen är delaktig i säkerhets- och kvalitetsarbetet.
- ☒ - Periodisk brandsyn har utförts den 6.3 2025.
- ☒ - Intern brandsyn och säkerhetsvandring har gjorts / kommer att göras under året.

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

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

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

- Österbottens välfärdsområdesstrategi
- Förvaltnings- och verksamhetsstadgan
- Programmet för egenkontroll
- Hur mår Österbotten
- Handbok för egenkontroll och kvalitetshantering
- Handbok för riskhantering
- Allmänna delen i välfärdsområdets beredskapsplan, beredskapsplanerna för verksamhets- och resultatområden och resultatenheternas handlingskort för störningar

- Enhetens säkerhetssida som innehåller säkerhetsplan, utredning om utrymningssäkerhet (24/7 enheterna) och handlingskort, säkerhetsinstruktioner
- Informationssäkerhetsplan
- Tillsynsplan
- Delaktighetsplan
- Anvisningar om personalens anmälningsskyldighet
- Vårdsområdets plan för läkemedelsbehandling, planer för läkemedelsbehandling för enskilda verksamhets- och arbetsenheter
- LOVE-handbok
- Etiska riktlinjer
- Verksamhetsprogram för arbetarskyddet
- Personal- och utbildningsplan
- Introduktionsprogram (delarna 1–3)
- Anvisningar om apparatsäkerhet
- Anvisningar om hygien och förebyggande av infektioner
- Anvisningar om begränsande åtgärder
- Anvisning om identifiering av klient

ENHETSBESKRIVNING

Risker och missförhållanden identifieras på enheten på följande sätt:

- ☒ - Personaldimensionering enligt gällande lagstiftning: Fr.o.m. 1.4.2023 skall personaldimensioneringen vara 0,65. Personaldimensioneringen kommer att minskas under 2025 enligt ny lagstiftning.
- ☒ - En trygg och tillåtande arbetsmiljö för personalen där man vågar uttrycka sig och komma med kommentarer och förslag för att öka klientsäkerheten då man ser brister.
- ☒ - Inga onödiga begränsningar används för klienterna. Varje begränsande åtgärd skall diskuteras med läkaren, klienten samt med anhöriga.
- ☒ - Enligt Valvira skall begränsande åtgärder även dokumenteras och motiveras för varje gång skilt i klientjournalen.
- ☒ - Genom att jobba på ett rehabiliterande sätt minskar man risker för tex fallolyckor genom förstärkning av klientens egna resurser.
- ☒ - Inga onödiga förflyttningar från en enhet till en annan.
- ☒ - SAS gruppens noggranna bedömning före en klient beviljas boendeplats så att enheten motsvarar klientens vård- och servicebehov.
- ☒ - Noggrann rapport från vårdare till vårdare då en ny klient flyttar till enheten.
- ☒ - Anmälan i HaiPro om personalen utsätts för hot eller våld.
- ☒ - ÖVPH:s rusmedelsprogram är i bruk på enheten.
- ☒ - Det hör till ledningens arbetsuppgifter att följa med att säkerheten är på en hög nivå på enheten och ingripa vid behov.

☒ - Användningen av begränsade åtgärder följs upp regelbundet av enhetens serviceansvarig genom att kontrollera att tillstånd och motivering av läkaren till de använda begränsningar finns antecknat. Samt att det är diskuterat med klienten och / eller anhöriga vid behov. Från klientjournalens dagliga dokumentering följs det upp att de begränsade åtgärder är dokumenterade enligt lagen för varje användning. Läkaren gör en utvärdering av dessa begränsningar regelbundet och alltid vid behov.

☒ - Serviceansvariga följer med att klienterna har sina trygghetsalarm i användning och att personalen använder sina alarmknappar. Serviceansvarig ingriper genast om behov finns.

☒ - Olika skolningar ger stöd till det dagliga arbetet för klient- och patientsäkerheten. Dessa skolningar ordnas regelbundet av ÖVPH och det finns två kvalitets- och säkerhetsansvariga på enheten varav serviceansvarig finns tillgänglig på enheten alla vardagar. Den ansvariga sjukskötaren jobbar i skiftesjobb. Säkerhetsfrågor tas upp med personalen på personalmöten.

☒ - HaiPro anmälningar görs alltid vid eventuella missförhållanden. Anmälningsskyldigheten tas upp med jämna mellanrum på avdelningsmöten med personalen. De säkerhetsfrågor som kommer upp från HaiPro eller märks i det dagliga arbetet handhas och åtgärdas snarast samt funderas hur man kan utveckla verksamheten. Vid behov kontaktas säkerhetsenheten på ÖVPH och sakkunniga konsulteras beroende på problemets/riskens art.

☒ - ÖVPH har många sakkunniga som jobbar med klient- och patientsäkerheten inom olika områden. Dessa kan lätt konsulteras vid behov. På intra hittas ett stort urval material gällande säkerhetsfrågor.

☒ - Serviceansvarig på enheten besöker enheterna varje dag och under besöken uppmärksammas att säkerhetssynpunkter beaktas i klientvården på bästa sätt i det dagliga arbetet.

☒ - Dokumenteringen skall motsvara det arbetet som utförs på enheten. Detta följs upp av enhetens serviceansvariga, brister tas upp på avdelningsmöten. Dokumentationsskyldigheten poängteras och enheten har haft skolning inom dokumentering hösten 2024 för hela personalen.

- De väsentliga riskerna för klient- och patientsäkerheten finns beskrivna i en skild tabell nedan.

- Riskbedömning är gjord i Laatuportti maj 2025.

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

Risk	Vilka metoder används för att hantera dem
Obehöriga kan få tillgång till klienthandlingar	Personalen loggar ut från klientdatasystemet när de inte använder det. Personalen utför "

Risk	Vilka metoder används för att hantera dem
	Dataskyddets ABC för personal inom offentliga sektorn". Personliga användarnamn och lösenord till programmen.
Olycksfall ss. fallolyckor, halka	Ett rehabiliterande arbetssätt, fysioterapi, rehabilitering, HaiPro anmälan vid fallolyckor, kunskaper uppdaterade i första hjälp bland personalen, "hela personalen säkerhetsdag" under 2023 – 2024. Åtgärdsmodell för förebyggande av fallolyckor. Det finns en checklista för fallolyckor.
Läkemedelsprocessen	Ansvarspersoner, dubbelkontrollering, skolning, genomgång av HaiPro anmälningarna. Kontinuerlig utvärdering och utveckling.
Apparatsäkerheten	Skolning, apparatpass, ansvarspersoner utnämnda på enheten
Eldsvåda	Automatiskt brandalarm + sprinklers + nödbelysning samt regelbunden kontroll av dessa. Brandsläckare och brandfilter. Byggnaden är brandsektionerad. Utrymningsvägarna hålls fria. Lättillgänglig information om åtgärderna vid eldsvåda.
Våld	Rapportering om hot och våld genom HaiPro anmälan. Individuell vårdplanering, adekvat personaldimensionering.
Försvinnande, rymning	Låsta ytterdörrar, rymningsalarm, adekvat personaldimensionering, tillräcklig utomhusvistelse med övervakning
Kemikalier	Man följer anvisningar från myndigheter
Personaldimensionering	Finns en utarbetad verksamhetsmodell som säkrar att personalen kan arbeta i en klient- och patientsäker miljö. Vid plötsliga frånvaron diskuteras ordnandet av arbetet vid behov med förmannen och behovet av vikarier utvärderas utgående från dåvarande situationen

4.2.1 Tjänsteproducentens och personalens anmälningsskyldighet

Tjänsteproducenten har skyldighet att underrätta personalen om anmälningsskyldigheten (Tillsynslagen 741/2023, 30 §). Tjänsteproducenten ska underrätta personalen om anmälningsskyldigheten och frågor som hänför sig till den. Instruktioner om hur anmälningsskyldigheten verkställs ska inkluderas i tjänsteenhetens egenkontrollplan som avses i 27 §. Anmälningsskyldigheten för välfärdsområdets personal och instruktionerna om anmälningsskyldigheten finns i intra.

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

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

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

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

Elektroniska anmälningssystem som personalen har tillgång till är:

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

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

I övriga lagar stiftade anmälningsskyldigheter som gäller personalen.

Barnskyddsanmälan och anmälan om misstanke om brott mot barn (417/2007, 25 §, 12.2.2010/88)

Arbetstagare som uppges i barnskyddslagen (25 §) har skyldighet att göra barnskyddsanmälan om de i sitt arbete har fått veta om ett barn vars behov av vård och omsorg, förhållanden som äventyrar utvecklingen eller eget beteende kräver utredning av eventuellt behov av barnskydd. Närmare anvisningar om hur du gör barnskyddsanmälan och anmälan om brott som riktas mot

barnet finns på Österbottens välfärdsområdets webbsidor: Barnskyddsanmälan.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I Österbottens välfärdsområde finns en intern etisk kanal för anmälan av oegentligheter och olämplig verksamhet i organisationen. Anvisningarna om hur du gör anmälan och länk till

anmälningsskanalen finns i välfärdsområdets intra (etisk anmälningsskanal).

ENHETSBESKRIVNING

Tillbud och avvikelser hanteras och dokumenteras på följande sätt:

- ☒ - Tillbud och avvikelser hanteras via HaiPro och Spro. Gjorda anmälningar tas upp med personalen varje vecka på enheternas veckomöten.
- ☒ - Upprepade risker och händelser diskuteras även på större personalmöten.
- ☒ - Anmälningarna går igenom och planer/åtgärder för att undvika likadana händelser funderas ut tillsammans med personalen och antecknas. Evaluering görs om hur vi lyckats. Händelser som drabbat klient informeras till klienten samt till anhöriga.
- ☒ - Den etiska rapporteringskanalen. Avsedd för Välfärdsområdets interna bruk och välfärdsområdets samarbetsparter. Anmälan tas emot av utsedda personer.
- ☒ - Uppföljning av korrigerande åtgärder och dokumentation följs upp genom att diskutera med personalen samt följa upp mängden HaiPro anmälningar.
- ☒ - Personalen informeras om tillsammans överenskomna förbättrade arbetssätt och korrigerande åtgärder via personalmöten och/eller enheternas veckomöten.

Personalens anmälningsskyldighet enligt socialvårdslagen förverkligas på följande sätt i vår verksamhet:

- ☒ - Personalen har informerats om Spro.
- ☒ - Möjligheten till skolning i programmet finns via utbildningskalendern.
- ☒ - Anmälningsskyldigheten diskuteras på personalmöten samt vid anställande av ny personal och vikarier.
- ☒ - Personalen bekantar sig med socialvårdslagen samt egenkontrollplanen.
- ☒ - Vi håller öppen och trygg klimat på arbetsplatsen vilket gör det lättare för personalen att våga lyfta upp även svåra saker.

4.2.2 Anmälningsskanaler för klient/patient och extern tjänsteproducent

Klients, patients eller anhörigs anmälan om negativ händelse

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

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

Extern tjänsteproducents/samarbetspartners anmälan om farlig händelse eller missförhållande
Österbottens välfärdsområdets samarbetspartners kan lämna extern tjänsteproducents/samarbetspartners anmälan om allvarig händelse, missförhållande eller tillbud i

välfärdsområdets verksamhet via en webblankett. Anmälningarna styrs till klient- och patientsäkerhetskoordinatorerna samt till kvalitetsdirektören varefter anmälningen behandlas tillsammans med ansvariga personer. Vid behov deltar även övervakningen i utredandet av den farliga händelsen eller missförhållandet.

Anmälningsblanketten finns på Österbottens välfärdsområdets webbsidor: <https://osterbottensvalfard.fi/sa-har-fungerar-vi/ge-respons/>

Privat tjänsteproducents egenkontrollanmälan

Privat tjänsteproducent (producenter av köptjänster och servicesedelproducenter) ska lämna egenkontrollanmälan om farlig händelse i egen verksamhet på Österbottens välfärdsområdets webbsidor: [Privata tjänsteproducentens egenkontrollanmälan](#)

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

ENHETSBESKRIVNING

- HaiPro anmälningar görs alltid vid eventuella missförhållanden och anmälningsskyldigheten tas upp med jämna mellanrum på avdelningsmöten med personalen. De säkerhetsfrågor som kommer upp från HaiPro eller märks i det dagliga arbetet handhas och åtgärdas snarast samt funderas hur man kan utveckla verksamheten. Vid behov kontaktas säkerhetsenheten på ÖVPH och sakkunniga konsulteras beroende på problemets/riskens art.

- Utvecklingsåtgärder som utförs pga HaiPro-anmälningar dokumenteras på HaiPro-blanketten. Alla risker/missförhållanden som framkommit och lett till utvecklandet av vårdarbetet och/eller klientsäkerheten följs upp av ledningen i det dagliga arbetet.

- Egenkontrollplanen uppdateras vid förändringar. Då förändringar / uppdateringar gjorts i egenkontrollplanen måste personalen bekanta sig med den uppdaterade planen.

- Klienter och anhöriga informeras vid behov beroende på ändringens/utvecklingsåtgärdens art.

- Riskbedömning är gjort för enheten och riskerna är identifierade. Uppkommer det nya risker, utvärderas dessa och nödvändiga utvecklingsåtgärder vidtas.

- En trygg och tillåtande arbetsmiljö för personalen där man vågar uttrycka sig och komma med kommentarer och förslag. Personalen är med i utvecklandet av säkerheten.

Utvecklingsplan för egenkontroll

Brister i kvaliteten på tjänsten och klient-/patientsäkerheten som man upptäckt i tjänsteenhets/enhetens uppföljning av egenkontrollen och framkomna utvecklingsbehov och åtgärder för att korrigera dem skrivs in i utvecklingsplanen i egenkontrollen. I planen skrivs in också vem som ansvarar (uppgiftsbenämning) för vilka utvecklingsåtgärder och med vilken tidtabellen åtgärderna verkställs. Utvecklingsplanen finns i bilaga 1 i egenkontrollplanen.

4.3 Köptjänster och underleverans

Välfärdsområdena ska på grundval av sitt organiseringsansvar fortlöpande styra och övervaka de privata tjänsteproducenterna och deras underleverantörer när tjänster produceras (tillsynslag 741/2023, 24 §, lag om välfärdsområden 611/2021, 10 §). Som ordnare och beställare av tjänst

säkerställer Österbottens välfärdsområde i konkurrensutsättningsskedet innehållet i, kvaliteten på samt klient- och patientsäkerheten i tjänster som produceras som underleverans/köptjänst eller i servicesedelproducenternas godkännandeprocess eller i tjänster som skaffas som direktupphandling när avtal ingås. Beställaren svarar för att kontrollera att tjänsteproducenten uppfyller kraven enligt beställansvarslagen samt uppfyller kraven på innehåll, kvalitet och klientsäkerhet.

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

ENHETSBESKRIVNING

Underleverantörerna har sina egna egenkontrollplaner. Ansvarig servicechef för städ/mat/tvätterier samt arbetskläder är Kirsti Mylläri.

Ett gott samarbete finns mellan StödBotnias ansvarspersoner och enheten vilket gör att vi diskuterar och tar upp saker med låg tröskel.

4.4 Beredskaps- och kontinuitetshantering

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

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

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

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

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

ENHETSBESKRIVNING

- ☒ - Säkerhetsplan finns utarbetad. Den är senast uppdaterad och godkänd i samband med brandsynen i mars 2025.
- ☒ - Utrymningsplanen är uppdaterad och godkänd i maj 2024.
- ☒ - Serviceenhetschefen ansvarar för frågor i anslutning till dessa.
- ☒ - TURSI sidorna i Laatuportti har färdigställts hösten 2024 och har gått igenom tillsammans med säkerhetsplanerare Sixten Lithén från säkerhetsenheten den 2.4 2025.
- ☒ - Fastighetsverket ansvarar för fastighetens ändamålsenlighet och säkerhet.
- ☒ - Nödbelysning finns i allmänna utrymmen.
- ☒ - Automatiskt brandalarm och sprinklers finns på enheten.
- ☒ - Skriftlig information till personalen gällande störningssituationer som kan drabba enheten finns.
- ☒ - "Hela personalens säkerhetsdag" enligt ÖVPH:s program har genomgått 2023 – 2024. Uppdateras härafter vart femte år. I den skolningen ingår även brandsläckningsövning.
- ☒ - Serviceenhetschefen har dokumenterat personalens deltagande i säkerhetsdagen. Dokumentation finns också i personalens Alma.
- ☒ - Personal finns på enheten dygnet runt och är kompetent att sörja för klientens individuella behov.
- ☒ - Alla klienter som kan använda alarm har tillgång till personliga alarmklockor och alarm i badrummet.
- ☒ - Personalen har sköterskealarm vilket gör att vårdarna snabbt får hjälp vid behov.
- ☒ - Säkerhetsplanen finns i Laatuportti och ingår i introduktionen.
- ☒ - Enheten har en verksamhetsmodell för undantagsförhållanden som säkrar att personalen kan arbeta i en klientsäker miljö.
- ☒ - För omfattande störningar har ÖVPH tagit i bruk SeCapp. Via den kanalen meddelas

omfattande störningar.

☒ - Säkerhetspromenaderna planeras färdigt för personalen av serviceansvarig, som ser till att alla deltar då det är aktuellt. Säkerhetspromenaden för året 2025 är utförda 2-4/2025.

- Evakueringsövningar kommer att ordnas under tiden maj till december 2025 i samarbete med säkerhetsenheten

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

Tony Pellfolk, verksamhetsområdes direktör för HEBO Tel. 040 1286327

För beredskapskorten ansvarar Serviceenhetsschef Annika Kvist-Östman Tel. 050 5959569

5. UPPFÖLJNING AV EGENKONTROLL OCH RAPPORTERING

5.1 Uppföljning av kvalitet, riskhantering och rapportering

Om risker i välfärdsområdets verksamhet och egenkontroll rapporteras regelbundet till välfärdsområdets ledningsgrupper samt till sektionen för intern kontroll och riskhantering och styrelsen. I enlighet med riskhanteringspolitiken ska man ingripa i identifierade risker med olika metoder i riskhanteringen. Även när beslut fattas ska man beakta de risker som lyfts fram i förhandsbedömningen av effekterna och aktivt följa hur riskerna utvecklas.

ENHETSBESKRIVNING

☒ - Kvalitet- och tillsynsbesök görs årligen. Enheten fyller i förhandsuppgifter i Laatuportti före inspektionen.

☒ - Inspektion av det begränsade läkemedelsförrådet görs årligen. Enheten fyller i förhandsuppgifter i Laatuportti före inspektionen.

☒ - Riskbedömningen görs en gång per år. Uppgifter skrivs in i Laatuportti. Riskbedömningen är en kontinuerlig process som kan kräva ingripande när som helst.

☒ - De identifierade riskerna följs upp i det dagliga arbetet, rapporteras och anmäls via HaiPro. Åtgärder vidtas omedelbart då situationen så kräver.

☒ - De väsentliga riskerna som är identifierade på enheten diskuteras och utvecklas kontinuerligt med personalen. Tillgängliga skolningar utnyttjas.

5.2 Uppföljning och rapportering av hur egenkontroll genomförs

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

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

välårsdområds webbplats: [Egen kontroll](#) samt i tjänstenheten i samband med planen för egenkontroll.

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

ENHETSBESKRIVNING

- ☒ - Egenkontrollplanen är uppgjord av serviceenhetschefen och serviceansvarig.
- ☒ - Ovanstående personer ansvarar också för egenkontrollplanens uppdatering.
- ☒ - Egenkontrollplanen förverkligas i samarbete med hela personalen.
- ☒ - Alla i personalen bekantar sig med egenkontrollplanen och kvitterar att man har gjort det.
- ☒ - Personalen informeras om eventuell uppdatering i egenkontrollplanen och då bekantar man sig med innehållet på nytt.

6. Uppgifter för utarbetande och godkännande av plan för egenkontroll

Plan för egenkontroll är utarbetad/uppdaterad, version nummer

15.5.2025. Version 1.0

Ansvarspersonens underskrift och godkännande

Annika Kvist-Östman, serviceenhetschef

Kristiina Annala, serviceansvarig