



**Österbottens välfärdsområde**  
**Pohjanmaan hyvinvointialue**

# Fyrgården Plan för egenkontroll

## Allmän information

### Enhet

Majakkakoti Pa

### Rapporteringsdag

2025-11-05

### Verksamhetschef

Ann-Louise Salahddin

# Plan för egenkontroll

## Innehållsförteckning

1. UPPGIFTER OM TJÄNSTEPRODUCENTEN, TJÄNSTEENHETEN OCH VERKSAMHETEN
  - 1.1 Tjänsteproducentens och tjänsteenhetens uppgifter
  - 1.2 Tjänster som köps av underleverantörer
  - 1.3 Verksamhetsidé, värderingar och verksamhetsprinciper
2. UTARBETANDE AV EN PLAN FÖR EGENKONTROLL, VERKSTÄLLANDE OCH UPPFÖLJNING
  - 2.1 Utarbetande av en plan för egenkontroll
  - 2.2 Genomförande av en plan för egenkontroll, publicering och uppdatering
3. KLIENT- OCH PATIENTSÄKERHET
  - 3.1 Kvalitetsmässiga krav på tjänsten
  - 3.2 Ansvar för tjänsternas kvalitet
  - 3.3 Klientens ställning och rättigheter
    - 3.3.1 Tillgång till tjänster och vård
    - 3.3.2 Bedömning av servicebehov/vårdbehov
    - 3.3.3 Planering och genomförande av tjänsten/vården
    - 3.3.4 Bemötande av klient/patient och rättigheter
    - 3.3.5 Anmärkning, klagomål och anmälan om patientskada
    - 3.3.6 Social- och patientombudens tjänster
    - 3.3.7 Klienternas/patienternas delaktighet
  - 3.4 Beaktande av regelbundet insamlad respons och övrig respons
  - 3.5 Personal
    - 3.5.1 Mängden och strukturen för personal
    - 3.5.2 Principer för användning av vikarier och för rekrytering
    - 3.5.3 Introduktion, fortbildning och säkerställande av kunnande
    - 3.5.4 Arbetshälsa och arbetarsäkerhet
  - 3.6 Uppföljning av tillräckligheten för den personal som deltar i klient- och patientarbetet
  - 3.7 Sektorsövergripande samarbete och samordning av tjänster
  - 3.8 Lokaler och utrustning
  - 3.9 Medicintekniska produkter, informationssystem och användning av teknik
  - 3.10 Läkemedelsbehandling
  - 3.11 Näring
  - 3.12 Hygien, förebyggande och bekämpning av infektioner
  - 3.13 Hälso- och sjukvård
  - 3.14 Främjande av välbefinnande, rehabilitering och utveckling

3.15 Behandling av klient- och patientuppgifter och dataskydd

4. EGENKONTROLLENS RISKHANTERING

4.1 Ansvar för riskhantering, identifiering och bedömning av risker

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

4.2.1 Tjänsteproducentens och personalens anmälningsskyldighet

4.2.2 Anmälningsskanaler för klient/patient och extern tjänsteproducent

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

4.3 Köptjänster och underleverans

4.4 Beredskaps- och kontinuitetshantering

5. UPPFÖLJNING AV EGENKONTROLL OCH RAPPORTERING

5.1 Uppföljning av kvalitet, riskhantering och rapportering

5.2 Uppföljning och rapportering av hur egenkontroll genomförs

6. Uppgifter för utarbetande och godkännande av 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](mailto:registrator@ovph.fi)

Socialservicens registratur: [socialvard.registratur@ovph.fi](mailto:socialvard.registratur@ovph.fi)

Format på e-postadresser: [fornamn.efternamn@ovph.fi](mailto:fornamn.efternamn@ovph.fi)

#### Verksamhetsområdets namn

Hem- och boendeservice

#### Verksamhetsområdesdirektörens namn

Tony Pellfolk

#### Telefonnummer

040 128 6327

#### Tjänsteenhetens namn

Boendeservice

#### Form av tjänst

Serviceboende med heldygnsomsorg för äldre

#### Adress

Bredhällsvägen 61 D

#### Telefonnummer

040 656 9196

#### Ansvarsperson(er) för tjänsteenheten eller tjänsteområdena och kontaktuppgifter

Marketta Koskela, överskötare telnr. 050-4385989

Marcus Råbacck, överläkare i geriatri telnr. 040-5695943

#### Servicepunkt som hör till tjänsteenhet och ansvarspersoner

Fyrgårdens serviceboende med heldygnsomsorg för äldre, Bredhällsvägen 61 D, 66220 Bergö

Serviceenhetschef Ann-Louise Salahddin Telnr. 050-5987010

#### Resultatenhetens/verksamhetsenhetens uppgifter

Fyrgården, Bredhällsvägen 61 D, 0406569196

Vik. sjukskötare Erica Bäck, 040-6517131

### 1.2 Tjänster som köps av underleverantörer

Österbottens Välfärdsområde | Växel 06 218 1111 | [osterbottensvalfard.fi](mailto:osterbottensvalfard.fi)  
Registratur, XA1 | Sandviksgatan 2–4, 65130 Vasa | [registrator@ovph.fi](mailto:registrator@ovph.fi)

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

## Tjänst som köps av underleverantör, och tjänsteproducenten för denna

| Köpt tjänst                            | Tjänsteproducent       |
|----------------------------------------|------------------------|
| Fastighetsägare                        | Bergö Serviceboende AB |
| Läkartjänster                          | Pihlajalinna           |
| Städtjänster                           | Teese Botnia           |
| Fastighetstjänster och måltidstjänster | Malax Kommun           |
| It-tjänster                            | 2m-it                  |
| Klädtjänster                           | Lindström              |
| Trygghetslarm                          | Tunstall               |
| Företagshälsovård                      | Tt Botnia              |
| Laboratorietjänster                    | Fimlab                 |

### 1.3 Verksamhetsidé, värderingar och verksamhetsprinciper

#### ENHETSBESKRIVNING

Fyrgården är ett serviceboende med heldygnsomsorg med 10 klientplatser. Verksamheten är för äldre och för personer med behov av vård och omsorg dygnet runt. Klienten erbjuds service, vård och omsorg utgående från hans/hennes resurser, behov och livsstil. På Fyrgården finns både de med och utan demensdiagnos. Serviceboendet Fyrgården blev inflyttningsklart i mars 2017. Byggnaden ägs av Bergö Serviceboende Ab.

De äldre skall ges en flexibel, individuell och rehabiliterande service. De äldre skall ges förutsättningar att leva och bo självständigt. Omvårdnad och omsorg ska erbjudas efter den enskildes behov, vara av god kvalitet och bygga på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och delaktighet. Värdegrunden är en samling av gemensamma regler som alla skall följa för att vi ska kunna upprätthålla en god kvalitet på omsorgen. Alla medarbetare måste känna till värdegrunden och värdegrunden skall genomsyra verksamheten på enheten. Värdegrunden skall visa sig i våra handlingar och utgöra basen för personalens förhållningssätt, val av arbetsmetoder och på vilket sätt ledarskapet utövas.

Genom diskussion med klient och/eller anhöriga vid bedömning av vårdbehov skapar vi en klientprofil

Aktivitets- och rehabiliteringsplaner uppgörs individuellt i samråd med boende, vårdare och anhöriga.

Regelbunden uppföljning görs i RAI-programmet.

Vårdpersonalen upprättar planen snarast möjligt då klienten kommer till vårdhemmet. Planen uppdateras alltid vid behov och enligt ändringar så att den hålls aktuell. En vårdplan med aktuella vårdåtgärder för alla klienter görs dagligen och printas ut.

De centrala lagarna för vår verksamhet och för de tjänster som produceras är:  
Socialvårdslagen (1301/2014) styr ordnandet av socialvård och vilken socialservice som välfärdsområdet ska ordna. Speciallag: Lag om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012).

Lag om tillsynen över social- och hälsovården (741/2023).

Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000).

Lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården (817/2015).

Lagen om välfärdsområden 611/2021

Lagom ordnande av social- och hälsovård 612/2021

Lagen om behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården (703/2023).

## 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, härnäst 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 tjänsteenheter i genomförandet av egenkontroll. En handbok för egenkontroll och kvalitetssäkring stöder tjänsteenheter 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**

Ann-Louise Salahddin, serviceenhetschef Tel: 050-5987010 ann-louise.salahddin@ovph.fi

Jessica Mann, serviceansvarig Tel: 040-1534412 jessica.mann@ovph.fi

Erica Bäck, sjukskötare Tel: 040-6517131 erica.back@ovph.fi

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

Ann-Louise Salahddin, serviceenhetschef Tel: 0555-5987010 ann-louise.salahddin@ovph.fi

### **ENHETSBESKRIVNING**

Hela personalgruppen har deltagit i planeringen av den ursprungliga egenkontrollplanen. Den uppdaterade versionen sammanställdes av en mindre arbetsgrupp. Sammanställningen av planen har gjorts av serviceenhetschefen, serviceansvarig och sjukskötare. Klienternas åsikter och önskemål beaktas i samtliga situationer som gäller servicen och utvecklandet av den. Vi tar till oss feedback som klienter och/eller anhöriga ger oss. På vårt boende strävar vi efter att främja klienternas delaktighet så långt som möjligt enligt deras egna kraftresurser.

## **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**

Ansvarspersonen för enheten ansvarar för att uppdatera planen för egenkontroll. Genomgång av egenkontrollplanen 1 gång/år på personalmöte tillsammans med personalen. Planen uppdateras vid ändringar i verksamheten som rör säkerhet, kvalitet eller tillvägagångssätt eller vid utvecklingsåtgärder. Planen uppdateras alltid minst en gång per år.

Egenkontrollplanen hålls framlagd vid verksamhetsenheten så att personal, klienter, anhöriga och övrigt intresserade kan läsa den utan att separat begära den, samt på internet för allmän beskådning. Planen finns också till allmänhetens påseende på Välfärdsområdets hemsida.

Välfärdsområdet har utarbetat en riskhanteringspolicy där syftet är att identifiera, utvärdera, behandla och övervaka väsentliga risker som finns i verksamheten, samt undanröja eller minimera dem. Riskhanteringen är ett systematiskt och fortgående arbete, som dokumenteras, rapporteras och uppföljs på enheten. Riskerna bedöms på basen av hur allvarliga följer de kan ha och hur sannolikt det är att de inträffar. Enhetens handlingsplaner och rutiner, som är viktiga för tryggheten, kvaliteten och säkerheten på enheten, finns att läsa i vår säkerhets- och utrymningsplan.

Riskhanteringen baseras på observationer och kartläggningar av den dagliga verksamheten och omgivningen. Den innefattar diskussioner kring kvalitet och säkerhet, mobbningsförebyggande arbete, arbete kring jämställdhet och likabehandling, uppgörande av säkerhets- och räddningsplan samt insamlande av respons via Haipro. All personal har en skyldighet att verka för en trygg vård av god kvalitet.

Enheten har en säkerhetsansvarig, den ansvarar för uppdatering av säkerhets- och

utrymningsplanen, samt för information och genomgång av planen på enheten, så att alla vet hur de effektivt ska agera vid en risksituation. Säkerhets- och utrymningsplanen innehåller direktiv för hur man i enheten ska agera vid t.ex. brandsituation, räddningssituation, in- och utrymningsövningar, rymningar, våld och olycksfall. Samtliga personer i personalen bekantar sig med planen, vilket verifieras med en underteckning.

Ansvarspersonen har säkerhetspromenad för hela personalen en gång per år. Personalen deltar i obligatoriska säkerhetsskolningar.

Viktigt även med direkt kommunikation. Händelser analyseras och enhetsledaren ansvarar för att nödvändiga förändringar i arbetssätten görs. Samtliga i personalen informeras om åtgärder som vidtagits. Avdelningstimme hålls regelbundet, där aktuella uppdateringar tas upp.

### 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 nuförtiden Aurevia 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

Av hela enhetens personal krävs engagemang, förmåga att lära av sina misstag och att leva i en förändring för att säkra och högkvalitativa tjänster ska kunna tillhandahållas.

Verksamhetsenheten har en säkerhetsplan vilken innehåller direktiv för brand, räddning, utrymning. Kontinuerliga skolningstillfällen ordnas i förfarande vid brand och utrymning. Första hjälpskolning vart tredje år. För en säker läkemedelsbehandling följer vi enhetens läkemedelsplan. Sjukskötare och närvårdare genomgår LOVE tentamen vart femte år.

Vi använder oss av HaiPro-rapporteringssystem. Med HaiPro samlar man in information om tillbud och negativa händelser, vad gäller t.ex. apparaturen, vården och läkemedelsbehandling. Anmälningarna lagras i HaiPro-systemet dit alla anställda kan göra en anmälning om farliga situationer via Intra. Den information som sparas i systemet är konfidentiell och används inte för andra ändamål.

Personal, klienter och anhöriga kan även anmäla missförhållanden och risker direkt till sjukskötaren eller serviceenhetschefen. Det är därefter på serviceenhetschefens ansvar att kartlägga hur verksamheten kan minimera riskerna i framtiden för att utveckla verksamheten.

Anmälningarna om tillbud och negativa händelser rapporteras elektroniskt via HaiPro. Anmälningarna analyseras och handläggs av serviceenhetschefen på enheten. Anmälningarna behandlas därefter i personalgruppen och personalen överenskommer om korrigerade åtgärder för att förhindra att händelsen sker igen. Korrigerade åtgärder antecknas i HaiPro. Information kring överenskomna ändringar i arbetssätt informeras till personalen genom kontinuerliga



personalmöten på enheten.

Verksamhetsenheten har en säkerhetsplan vilken innehåller direktiv för brand, räddning och utrymning. Fastighetsägaren ansvarar för att åtgärdsplanen verkställs. Riskkartläggning görs internt varje år och eventuella brister eller risker som behöver åtgärdas anmäls.

På avdelningen används hjälpmedel och produkter/utrustning för hälso- och sjukvård som bl.a. personlift, eldrivna höj och sänkbara sjukhussängar, blodtrycksmätare, saturationsmätare, personvåg, geriatrika stolar, blodsockermätare, CRP-mätare, febertermometer, decubitusmadrasser.

Apparatansvarig är Östling Benny, benny.ostling@ovph.fi

Apparatpassen är utfärdade för var och en i personalen. Vid introduktionen för vikarie och nyanställda går man igenom nödvändig apparatur. Därefter är det på var och ens eget ansvar att kunskapen upprätthålls.

Tekniska säkerhetslösningar

- Fyrgården använder Tunstall alarmsystem
- Telefoner
- Larmmattor
- Armband med larmknapp
- Låsta ytterdörrar som är kodade

Boenden ringer på då de behöver hjälp. Enstaka larmmattor finns och kan används åt t ex synskadade och minnessjuka klienter.

Då boenden trycker på larmknappen, ringer det i personalens bärbara telefoner. I displayen visas rumsnumret på armbandet.

Personalen diskuterar gemensamt vilket larm som passar bäst för varje boende. Vårdare noterar regelbundet att larmen fungerar.

Brandsyn och brandövning ordnas årligen på enheten. Räddningsplan och säkerhetsutredning för enheten finns uppgjorda och uppdateras vid behov.

En årlig säkerhetsvandring skall hållas med personalen.

Till förfogande vid störnings- och undantagssituationer finns generator, basförnödenhet, brandlista, ficklampa, reservbatterier samt vatten.

Nyanställda och vikarier informeras om räddningsplanen/utrymningssäkerhet/beredskapsplan som finns vid anslagstavlan vid entrén. Därefter är det var och ens eget ansvar att hålla sig uppdaterad.

Muntliga instruktioner ges vid början av varje skiftesbyte om behovet finns. Skriftlig information finns att ta del av i ovannämnda planer.

Dataskyddet följs genom att vårdpersonal har tillgång till vårdjournalen som de behöver för dokumentering av klienternas vård- och klientuppgifter. Sjukskötarna och enhetsledare har även tillgång till externa journalerna.

Ny personal och praktikanter får inskolning och handledning av ordinarie personal i att använda vårdjournalen. Studerande använder dataprogrammet under handledning av ordinarie personal. Informationssäkerheten omfattas av att studerande och ny personal godkänt att beakta tystnadsplikten. Personalen erbjuds möjlighet att delta i fortbildning då det ordnas.

## 3.2 Ansvar för tjänsternas kvalitet

Ansaret 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

Egenkontrollplanens ansvarsperson är serviceenhetschefen.

Hela personalgruppen har deltagit i planeringen av den ursprungliga egenkontrollplanen. Den uppdaterade versionen sammanställdes av en mindre arbetsgrupp. Sammanställningen av planen har gjorts av serviceenhetschefen, serviceansvarig och sjukskötare på enheten.

Serviceenhetschef Ann-Louise Salahddin, ann-louise.salahddin@ovph.fi tel. 050 5987010.

Egenkontrollplanens uppdatering

Genomgång av egenkontrollplanen 1 gång/år på personalmöte.

Egenkontrollplanen finns på Lärknäs anslagstavlan vid huvudingången samt på internet för allmän beskådning.

Utgångspunkten för utvecklandet av servicen är, att man gör det tillsammans.

Enhetens kvalitet- och säkerhetsansvarig främjar kvalitet och säkerhet genom att upprätthålla och utveckla rutinerna för datainsamling, uppföljning och riskhantering i anslutning till enhetens verksamhet samt upprätthållande av enhetens säkerhetsanvisningar.

Serviceenhetschefen, sjukskötare och ansvarig läkare är de som ansvarar för läkemedelsbehandlingen och som ansvarar för en heltäckande planering av läkemedelsbehandlingen på enheten. Enhetschefen godkänner läkemedelstillstånd LOVE för de anställda som arbetar på enheten. Läkemedelsansvariga fungerar som kontaktperson i frågor som gäller läkemedelsbehandling och läkemedelssäkerhet, de informerar personalen om aktuella frågor som gäller läkemedelsbehandlingen och dess säkerhet samt deltar i införandet av nya verksamhetssätt. Enhetschefen och ansvarig sjukskötare övervakar även användningen av läkemedelsrummet.

Hygienansvariga på enheten fungerar som kontaktperson i frågor som gäller hygien och bekämpning av infektioner. Dessa deltar regelbundet i utbildnings- eller informationsmöten. De förmedlar nya hygienanvisningar eller aktuell hygieninformation till avdelningarna, främjar god hygienpraxis, fungerar som förebilder för goda hygienrutiner och följer upp hygienpraxis och infektionssituationer på enheten.

## 3.3 Klientens ställning och rättigheter

Tjänsteenheterna 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**

Klientens servicebehov bedöms med hjälp av servicebehovsbedömningsinstrumentet RAI. Klienten deltar om möjligt själv i bedömningen av servicebehovet. Om klienten inte själv har förmåga att svara på frågorna inom bedömningen görs även anhöriga och närstående delaktiga i processen.

Genast efter att en klient avlidit på enheten meddelas SAS-koordinatören om att ett ledigt rum finns. Anhöriga tillsammans med klienten och/eller vårdpersonal har tidigare fyllt i ansökningsblankett som riktats till servicehandledningen och de utreder klientens vårdbehov och gör beslut om boendeplats behövs. Utgående från vårdbehov och kösituation tar SAS-gruppen beslut om vem som erbjuds platsen.

Anhörigdiskussion görs inom första veckan och man går igenom vårdplan, levnadsberättelse och undertecknar apoteks- och hyresavtal.

### **3.3.2 Bedömning av servicebehov/vårdbehov**

#### **ENHETSBESKRIVNING**

Genom diskussion med klient och/eller anhöriga vid bedömning av vårdbehov, samt fortlöpande, säkerställer vi att behovet uppfylls.

Aktivitets- och rehabiliteringsplaner uppgörs individuellt i samråd med boende, vårdare och anhöriga. Regelbunden uppföljning görs i RAI-programmet.

Vårdpersonalen upprättar planen snarast möjligt då klienten kommer till vårdhemmet. Planen uppdateras alltid vid behov och enligt ändringar så att den hålls aktuell. En vårdplan med aktuella vårdåtgärder för alla klienter görs dagligen och printas ut.

RAI LTC används som mätinstrument vid bedömning av vårdbehov.

Uppgifter/vårdrapport kan fås från andra enheter och specialutlåtande från tidigare journaler.

### 3.3.3 Planering och genomförande av tjänsten/vården

#### ENHETSBESKRIVNING

Telefonrond hålls med Pihlajalinnas distansläkartjänster görs varje vecka, samt platsrond 4 gånger/år. Vi har möjlighet till läkarkonsultation dygnet runt tack vare Pihlajalinnas bakjour. Genom diskussion med klient och/eller anhöriga vid bedömning av vårdbehov utarbetar och justerar vi planerna som gäller klientens lagstadgade tjänster som klient-/service-/vårdplan. Aktivitets- och rehabiliteringsplaner uppgörs individuellt i samråd med boende, vårdare och anhöriga.

En skriftlig vård- och serviceplan baserad på RAI vårdbedömningsresultat utformas tillsammans med klienten och/eller tillsammans med de anhöriga. Vård- och serviceplanen görs upp så fort som möjligt när klienten flyttar in. RAI-bedömningar görs för alla klienter med sex månaders intervall.

Vårdpersonalen upprättar planen snarast möjligt då klienten kommer till vårdhemmet. Planen uppdateras alltid vid behov och enligt ändringar så att den hålls aktuell.

Genom dokumentation i Lifecare har vi en daglig uppföljning och utvärdering av klientens vårdplan.

All vårdpersonal gör dokumentation och ansvarar för att planen uppdateras och ger information om olika servicealternativ och beställer v.b. tid till den service som behövs.

Dagligen skrivs en vårdplan gällande klienterna med dagsaktuella vårdåtgärder, alla vårdare har skyldighet att säkerställa att åtgärderna utförs

Personalen dokumenterar för varje dag de åtgärder som finns i planen. I varje skiftesbyte ges rapport till nästa skifte om vårdplan och eventuella åtgärder/förändringar.

### 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**

Klienternas önskemål, åsikter och intressen skall finnas antecknade i vård- och serviceplanen. All vårdpersonal håller sig uppdaterade med planen och vet vilka individuella behov klienterna har.

På våra enheter rekommenderar vi att inga värdesaker tas med, ej heller pengar. Personalen ansvarar inte för borttappade saker eller pengar. Enligt självbestämmanderätten eller p.g.a. att anhöriga vill och som bor långt borta, hamnar vi ändå att förvara en del klienters pengar. Det är frågan om små summor som går till fotvård, hårklippning och dylikt. I sådana fall förvarar vi klienters pengar i ett låst skåp i kansli.

På Fyrgården behandlar vi klienterna i enlighet med våra värderingar och verksamhetsprinciper. Detta är varje arbetstagares personliga skyldighet att följa. Vårdfel strävar vi till att förhindra via skolning och introduktion. Vi har en öppen interaktion så vi kan diskutera redan innan problem uppstår.

Om en klient har blivit felbehandlad, bemött med respektlöshet eller ärekränkts av personalens agerande, har personalen anmälningsskyldighet till enhetschefen. En klient har rätt till vård av god kvalitet och god behandling utan diskriminering. Klienten ska behandlas med respekt, utan att kränka personens människovärde, övertygelser eller integritet.

En klient som är missnöjd med bemötandet eller kvaliteten på vården har rätt att framställa en anmärkning till enhetens ansvarsperson eller ledande tjänsteinnehavare. Vid behov kan anmärkningen framställas av klientens lagliga företrädare, anhörig eller närstående. Mottagaren av anmärkningen ska behandla frågan och ge ett skriftligt, motiverat svar inom skälig tid. På våra anslagstavlor finns kontaktuppgifter till patient- och socialombuden dit klienten kan skicka frågor och få information angående rättskyddsåtgärder som klienten kan vidta.

Intressebevakningsprocessen sköter våra läkare genom att göra anhållan till berörda myndigheter, antingen i samråd med klienten eller så görs beslut oberoende av klientens vilja.

Vi har valt att arbeta med människor och har därmed ett humanistiskt tänkande. Vi utgår från vår egen moral och etik, vi bemöter andra som vi själva vill bli bemötta. Vid osakligt bemötande åtgärdas detta direkt.

På vårt boende har vi nolltolerans gällande mobbning, både bland boende och personal. Vid upprepade händelser av samma person så kontaktas serviceenhetschefen.

Serviceenhetschef Ann-Louise Salahddin, Tfn 050 598 7010  
ann-louise.salahddin@ovph.fi  
Sjöbackvägen 8, 66200 Korsnäs

Socialombudet ger information om klienternas rättigheter inom socialvården och bistår vid behov

t.ex. i samband med att en anmärkning görs. Klienten eller den anhörige kan göra en anmärkning

eller ett klagomål över det bemötande och vård som erhållits.

#### Socialombud

- ger information och råd om klientens rättigheter inom socialvården.
- ger information hur klienten skall gå till väga vid missnöje med bemötande eller socialservice.
- ger råd och hjälper klienter att göra anmärkningar.

#### Patientombud

- ger information och råd om patientens rättigheter inom hälso- och sjukvården.
- ger råd hur patienten kan gå tillväga vid missnöje med bemötande och vård.
- ger råd och hjälper patienter att göra anmärkningar eller patientskadeanmälningar.

Ansökan om intressebevakare för klienter görs vid behov och magistraten i Vasa utser förmyndare för personen.

### Självbestämmanderätt

#### ENHETSBESKRIVNING

Självbestämmanderätten är en grundläggande rättighet för var och en och består av rätten till personlig frihet, integritet och säkerhet. Den har en nära samband med rätten till privatliv och skydd för privatlivet. Personlig frihet skyddar människans fysiska frihet, men också rätten till fri vilja och självbestämmanderätten. Inom socialtjänsterna ska personalen respektera och stärka klientens självbestämmanderätt och främja klientens delaktighet i planeringen och genomförandet av servicen.

Vi respekterar självbestämmanderätten i den mån av möjlighet så att det är tryggt för den boende. Begränsningar får endast förekomma av avvikande skäl. Målet är att slopa begränsningar genast då situationen eller förhållandet tillåter det.

På vårt boende försöker vi lyssna och diskutera vad boende själv önskar och vill och försöker uppfylla önskemålen inom rimliga gränser. Vi försöker även föra ett gott samarbete med anhöriga genom att göra dem delaktiga både i vården och vardagen, t.ex. gällande uteaktiviteter och när de boende behöver utträta ärenden utanför boendet. Vi har även på vårt boende en levnadsberättelse som vi ber dem fylla i tillsammans med anhöriga när de flyttar in för att vi vårdare lättare skall kunna bilda oss en uppfattning om hur den boende tidigare levt.

Tystnadsplikten är viktig för oss och vi behandlar ärenden som rör boenden bakom stängda dörrar.

Eftersom personalen har tillgång till kök/kylskåp dygnet runt är det möjligt att ge klienterna något att äta/dricka även utanför de inplanerade måltiderna, om de önskar.

Fyrgården har fria besökstider.

Eventuella begränsningar t.ex. bälteslov, användning av hygienhalare och lov att använda sänggrind måste göras i samråd med vårdare och läkaren och måste alltid dokumenteras skriftligt. Dessa lov för begränsningar skall uppdateras regelbundet. Under begränsningen t.ex. användande av grenbälte, har personalen regelbunden tillsyn av klienten.

Det som kan upplevas som en begränsning är de kodade dörrarna, vilket är för alla säkerhet, så att ingen avviker från enheten utan att hitta tillbaka.

Användning av de begränsande åtgärderna dokumenteras i klientregistret Lifecare.

### 3.3.5 Anmärkning, klagomål och anmälan om patientskada

#### Anmärkning

Inom social- och hälsovården är en god service 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 redas ut 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 (lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 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 (lag om patientens ställning och rättigheter 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 (lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 812/2000, 23 a §; lag om patientens ställning och rättigheter 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: [Missnöjd med vården samt på Patientförsäkringscentralens webbplats: <a href="">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 \(osterbottensvalfard.fi\)](https://www.ovph.fi/osterbottensvalfard).

**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 \(osterbottensvalfard.fi\)](https://www.ovph.fi/osterbottensvalfard)

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

Mottagare av anmärkningar välfärdsområdets registrator. Vardagar klockan 9 - 14.  
Telefonnummer ☎ 06 ☎ 218111, e-post: ☎ [registrator@ovph.fi](mailto:registrator@ovph.fi).

Österbottens välfärdsområde  
Registratur, X-6  
Sandviksgatan 2-4  
65130 Vasa

Social- och patientombudets kontaktuppgifter. Konsumentrådgivningen ger anvisningar, råd



och medlingshjälp i tvister mellan konsumenter och företag. Tfn på svenska 029 505 3030. Telefonrådgivningen är öppet vardagar kl. 9–15.

Eventuella anmärkningar behandlas alltid av serviceenhetschefen. En anmärkning föranleder en omedelbar utredning. Den som har gjort anmärkningen kontaktas och via diskussion överenskommer man om fortsatta åtgärder. Målet för behandling av anmärkningar är alltid brådskande ärenden.

Klienten har rätt att framställa en anmärkning med anledning av bemötandet till den som ansvarar för enheten eller till en ledande tjänsteinnehavare på avdelningen. (Socialvårdslag 812/2000, 23 §).

<https://osterbottensvalfard.fi/sa-har-fungerar-vi/kundens-och-patientens-rattigheter/klientens-rattigheter-inom-socialvarden/>

Men även utan anmärkning skall vi vara uppmärksamma och vid behov reagera på osakligt eller kränkande beteende mot klienterna.

Socialombudet ger information om klienternas rättigheter inom socialvården och bistår vid behov

t.ex. i samband med att en anmärkning görs. Klienten eller den anhörige kan göra en anmärkning eller ett klagomål över det bemötande och vård som erhållits.

Socialombud

- ger information och råd om klientens rättigheter inom socialvården.
- ger information hur klienten skall gå till väga vid missnöje med bemötande eller socialservice.
- ger råd och hjälper klienter att göra anmärkningar.

Patientombud

- ger information och råd om patientens rättigheter inom hälso- och sjukvården.
- ger råd hur patienten kan gå tillväga vid missnöje med bemötande och vård.
- ger råd och hjälper patienter att göra anmärkningar eller patientskadeanmälningar.

**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**

Överläkare i geriatri Markus Råback, 040 569 5943

Överskötare Marketta Koskela, 050 438 5989

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

Överskötare Marketta Koskela, 050 438 5989

### 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 patientombuds- och socialombudsverksamhet. 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 kontakterna 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: socialombud@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 12.00–13.00

E-postadress: patientombud@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://www.osterbottensvalfard.fi)

### **3.3.7 Klienternas/patienternas delaktighet**

Kunder inom Österbottens välfärdsområde har möjlighet att delta i utvecklandet av servicen genom att delta i invånarpanel, påverkansorgan eller andra forum för kunddelaktighet. En del kunder 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 råd för personer med funktionsnedsättning. Delaktigheten för välfärdsområdets kunder 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 r.f. och Österbottens välfärdsområde.

### **ENHETSBESKRIVNING**

En väsentlig del av utvecklandet av vårdinnehållet, kvaliteten, klientsäkerheten och egenkontrollen är att ta hänsyn till klienterna. Eftersom kvalitet och god vård och omsorg kan betyda olika saker för klienterna och personalen är det viktigt att i utvecklingsarbetet utnyttja all respons som på olika sätt systematiskt samlats in.

Vi samarbetar med olika organisationer inom tredje sektorn för utvecklandet av verksamheten,

bl.a. församlingen, fotvårdare, frisörska, massör samt olika former av underhållning.

### 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 kunder finns på välfärdsområdets webbplats: [Ge respons - Österbottens välfärdsområde \(osterbottensvalfard.fi\)](https://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 kundresponsapparater vid enheterna samt via QR-koder. På vissa enheter kan man även ge respons via en länk som finns i textmeddelandet.

#### Kundupplevelse och kundnöjdhet

Välfärdsområdet mäter kundupplevelsen och kundnöjdheten med hjälp av nettorekommendationsindex, det vill säga NPS-mätare (Net Promoter Score). NPS-mätaren anger hur stor del av kunderna 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 kunder 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

Med hjälp av kontinuerliga responsförfrågningar kan man på enheten bedöma klienternas uppfattning om deras bemötande. Varje klient ska bemötas sakligt, vårdare och övrig personal är lyhörda och lyssnar på de boendes och anhörigas önskemål. En öppen atmosfär underlättar utvecklandet av verksamheten och dess kvalitet.

### 3.5 Personal

Tjänsteenheterna 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

Personalstyrkan vid Fyrgården består av:

- 1 serviceenhetschef
- 0,5 serviceansvarig
- 1 sjukskötare
- 8 närvårdare
- 1 omsorgsassistent

Personalmängden vardagsmorgnar är 4 st  
på kvällen 2 st  
natt 1 st.

Personalmängden på helgen är morgon 2 st  
kväll 2 st  
natt 1 st

Personaltätheten är för tillfället minst 0,73 personal/klient. Serviceenhetschefen förverkligar enhetens personaldimensionering.

### 3.5.2 Principer för användning av vikarier och för rekrytering

#### ENHETSBESKRIVNING

Kompetenskrav för tjänster och befattningar inom välfärdsområdet, såsom behörighet och krav på språkkunskaper beskrivs i behörighetsstadgan, som finns på välfärdsområdets webbplats. För kortvariga vikariat görs samarbete med resursenheten. Alla platsannonser som är över 5 månader publiceras på ÖVPH:s internetsida och via kuntarekry.

Varje närchef med beslutanderätt i personalärenden anställer under sej personal i tjänste- eller arbetsavtalsförhållande.

Sotender applikationen erbjuder en snabb och enkel kommunikationskanal för inbopp. Där erbjuds arbetstillfällen för t.ex närvårdare, sjukskötare och studerande inom social- och hälsovårdsbranschen.

Före anställning hålls arbetsintervju där man kontrollerar kompetens, arbets- och skolbetyg. Eventuellt LOV:e intyg, om detta inte finns så uppmanas den nyanställda att fixa intyget inom 3 månader, annars blir det löneavdrag tills tenten är slutförd.

Det krävs friskhetsintyg/hälsointyg vid fast anställning, att bevisa sin arbetsförmåga, där ingår också de vaccinationer som man uppmanas ta för att jobba inom vården. Anställda uppmanas ta de vaccinationer som rekommenderas.

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

#### ENHETSBESKRIVNING

Alla som väljs till en fast befattning är skyldiga att uppvisa utdrag ur straffregistret (741/2023)

## 28 §

Serviceenhetschefen ansvarar för att kontrollera straffregisterutdraget och dokumenterar det i samband med uppgörandet av arbetsavtalet som sänds till HR.

Serviceenhetschefen kontrollerar yrkesrättigheten genom JulkiSuosikki/Terhikki och dokumenterar det i samband med uppgörandet av arbetsavtalet som sänds till HR

### 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 är en del av personalutvecklingen. Syftet med introduktionen är att öka personalens kunnande, förbättra kvaliteten, stöda orken i arbetet samt minska antalet arbetsolyckor och frånvaron.

En handbok med information och en checklista för studerande och för nyanställd personal finns, de får också två dagars inskolning på avdelningen.

#### 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

Alla anställda har tillgång till utbildningskalendern på Intra. Varje arbetstagares skyldighet är att upprätthålla sitt eget yrkesmässiga kunnande och arbetsgivaren är att ge arbetstagaren möjlighet till fortbildning. Österbottens välfärdsområdes linjedragning är att varje anställd skall ha under året erhållit 3 studiedagar. Varje arbetstagares personliga utbildningsbehov går igenom vid det årliga utvecklingssamtalet och utgående från diskussionen uppgörs personalens utbildningsplan.

#### 3.5.4 Arbetshälsa och arbetarsäkerhet

### ENHETSBESKRIVNING

Regelbundna arbetarskyddsinspektioner görs.

Gällande hälsofaktorer i fastigheten samarbetar man med arbetarskyddet och företagshälsovården.

Serviceenhetschefen har en uppgjord plan över personalens lagstadgade hälsokontroller.

Personalen kallas till arbetsplatshälsovården vart femte år, de som vakar kallas vart tredje år.

E-passi, anställningsförmån finns för anställda med över 6 månaders anställningsförhållande.

Förmånen kan användas för motion, kultur, välmående och massage.

Personalen uppmanas att alltid göra Haipro om det händer något på avdelningen så att vi kan klargöra orsak till om det finns problem i arbetssäkerheten så att det inte händer igen.

#### 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. Välfärdsområdet 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

Serviceenhetschefen ansvarar för personalantalets tillräcklighet och följer vakansregistret i



Exreport-programmet. THL:s personaldimensioneringsuppföljning sker x2/år.  
RAI-bedömningar sker 2x/år eller vid behov oftare

### 3.7 Sektorsövergripande samarbete och samordning av tjänster

#### ENHETSBESKRIVNING

På enheten arbetar sjukskötare, närvårdare och vårdbiträden / omsorgsassistenten. Även studerande finns tidvis på enheten. Våra inhoppare är både utbildade vårdare, studeranden och pensionerade vårdare som tidigare arbetat inom branschen.

Läkartjänster köps via Pihlajalinna 24/7 eller via välfärdsområdet (HVC och VCS).

Välfärdsområdets infektionsskötare och infektionsläkare konsulteras vid behov, således även hemsjukhus, fysioterapi, sårskötar och palliativa skötare.

Fotvårdare, massör och frisör är externa aktörer som anlitas åt klienterna

### 3.8 Lokaler och utrustning

#### ENHETSBESKRIVNING

Till gemensamma utrymmen vid Fyrgården hör matsal och dagsal, TV hörna, utegårdar och terrasser, och rum för hårvård. Dessa utrymmen får boende med anhöriga använda fritt. Boenden får skapa en hemlik miljö genom att ta med någon kär sak. Rummen behöver dock vara lättstädade och ha fria ytor för hjälpmedel.

Anhöriga kan komma på besök dygnet runt, vid behov finns även möjlighet att övernatta.

Enheten har en säkerhetssida som innehåller säkerhetsplan, handlingskort och utredning om utrymningssäkerheten.

Brandsyn och brandövning ordnas årligen på enheten. Räddningsplan och säkerhetsutredning för enheten finns uppgjorda och uppdateras vid behov.

Ansökan om intressebevakare för klienter görs vid behov och magistraten i Vasa utser förmyndare för personen.

Till förfogande vid störnings- och undantagssituationer finns generator, basförnödenhet, brandlista, ficklampa, reservbatterier samt vatten.

Nyanställda och vikarier informeras om räddningsplanen/utrymningssäkerhet/beredskapsplan som finns vid anslagstavlan vid entrén. Därefter är det var och ens eget ansvar att hålla sig uppdaterad.

Muntliga instruktioner ges vid början av varje skiftesbyte om behovet finns. Skriftlig information finns att ta del av i ovannämnda planer.

På Fyrgården har säkerhetssida där enhetens säkerhetsplan, handlingskort och utredning av utrymningssäkerheten finns nedtecknad, den finns i kvalitets- och riskbedömningsprogrammet Laatuportti, men även som utprintad version i avdelningens kanli. Vi använder iLOQ-nycklar för att kunna passera in och ut på enheten. Dessa in- och utloggningar registreras och gör det möjligt att se vem som passerat i olika dörrar.

Städningen sköts av Teese Botnia. Fastighetsservicen sköts av Bergö Serviceboende.

Avfallshantering sköts enligt ÖVPH:s avfallshanteringsplan och för hantering av problemavfall finns skilda anvisningar på intranätet. (medicinalavfall, blodavfall, smittfarligt avfall mm.)

### 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/ tjänsteenheten och att datasystems användningssyfte motsvarar tjänsteproducentens verksamhet och att uppgifterna om tjänsteproducenten finns i Valviras 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**

Tunstall trygghetslarm finns installerat på avdelningarna och klienterna har trygghetsarmband på armen och kan alarmera om de behöver hjälp. I varje klientrum finns en larmknapp. För att säkerställa att larmknappen på armbandet fungerar så testas dessa regelbundet av personalen. När en klient larmar kvitterar den personal som går till klienten. Personalen har en larmtelefon att kunna svara på larm och kunna kvittera.

På avdelningen används hjälpmedel och produkter/utrustning för hälso- och sjukvård som bl.a.

personlift, eldrivna höj och sänkbara sjukhussängar, blodtrycksmätare, saturationsmätare, personvåg, geriatrika stolar, blodsockermätare, CRP-mätare, sug, syreberikare, febertermometer, antidecubitusmadrasser och bladderscanner.

Apparatpassen är utfärdade för var och en i personalen. Vid introduktionen för vikarie och nyanställda går man igenom nödvändig apparatur. Därefter är det på var och ens eget ansvar att kunskapen upprätthålls.

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

Benny Östling, benny.ostling@ovph.fi

**Informationssystem och informationssäkerhet**

### ENHETSBESKRIVNING

Informationssäkerhet handhas och övervakas via 2 M-It. Informationssäkerhet är en del av den allmänna skolningen. Vårdpersonalen utbildas via 2 M-it:s sakkunniga och informationskanaler. Studerande och nyanställda informeras om regler och anvisningar som gäller för dem tex beaktandet av tystnadspliketen. Alla undertecknar Användnings- och sekretessförbindelse gällande uppgifter och datasystem. Vårdpersonalen har genomgått utbildningen Dataskyddets ABC, som är obligatorisk för alla.

**Användande av teknologi**

### ENHETSBESKRIVNING

Fyrgården har:

Patientlarm system Tunstall

Telefoner

Dörrlås med koder

Larmmattor

Armband med larmknapp

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

Tunstall service: fi.huolto@tunstall.com, puh. 0100 840 80

## 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 läkemedelsbehandlingar en gång om året och vid behov oftare om verksamheten i enheten, ansvariga eller lagstiftningen ändras.

## ENHETSBESKRIVNING

Fyrgården har en uppgjord läkemedelsplan enligt gällande direktiv. Läkemedelsplanen uppdateras av serviceansvariga tillsammans med sjukskötarna och serviceenhetschefen en gång per år eller vid behov om det sker väsentliga förändringar. Planen undertecknas av en läkare. På hemmet finns ett begränsat läkemedelsförråd, är godkänt av Regionalförvaltningsverket. Serviceansvariga/sjukskötare har ansvar över det begränsade läkemedelsförrådet och att dess läkemedelsplan är uppdaterad. Förbrukning av narkotiska preparat uppföljs med förbrukningskort samt om användning dokumenteras även i vårdjournalen Lifecare. Förbrukning av HCl-läkemedel dokumenteras även i vårdjournal. Behöver klienten IVdropp kontaktas hemsjukhuset.

Klienternas läkemedelsbehandling går igenom ca fyra gånger per år vid läkarens platsrund på hemmet. Varje person som deltar i läkemedelshanteringen bär dock ansvar för den egna insatsen. Läkemedelsansvarig är serviceansvariga tillsammans med sjukskötarna på avdelningen samt ansvariga läkaren. Ansvarig läkare är geriatriker Ulla Litmanen på Pihlajalinna. Kristinahemmet följer organisationens kriterier för beviljande av läkemedelstillstånd, dvs vårdpersonalen gör tentamen vart femte år, samt påvisar sitt praktiska kunnande, innan läkaren skriver under tillstånd. Varje arbetstagare bör ta ansvar för och klara denna tent.

Serviceenhetschefen dokumenterar arbetstagarnas tillstånd i Laatuportti när varje arbetstagare tentat

LOVe/LOP, N-Eri, GER 1 och 2, Kipu 1, HCl tenteras av närvårdare och utbildad personal tentar Mini-Lop. Sjukskötarna avlägger även IV-delen och eventuellt ABO. Arbetstagaren får påminnelse på eposten då det är dags att tenta igen.

### Namn på läkare som ansvarar för läkemedelsbehandlingshelheten i enheten och kontaktuppgifter

Lars-Erik Malm, ledande läkare

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

Erica Bäck, tel.nr: 040-6517131, erica.back@ovph.fi

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

Erica Bäck, tel.nr: 040-6517131, erica.back@ovph.fi

## 3.11 Näring

## ENHETSBESKRIVNING

Fyrgården anlitar Malax kommun för måltidstjänster

Matsedlarna är välplanerade och varierande. För klienter med olika allergier eller dieter görs specialkost, bl.a. lättkost, glutenfri, laktosfri, mjölkfri och vegetarisk

På Fyrgården serveras frukost, lunch, eftermiddagskaffe, middag samt kvällsmål. Klienterna äter gemensamt i matsalen eller individuellt i sitt rum enligt dagens situation.

Genom daglig dokumentering i boendens individuella vård- och serviceplan följs närings- och vätskeintaget med. Har en klient ätit sämre en tid kan näringsdrycker beställas åt klienten. Patienter som har svårt att tugga eller svälja erbjuds konsistensanpassad mat. Kostanpassningen sker alltid individuellt.

Regelbundna viktkontroller görs av alla klienter. Näringsintaget följs också upp individuellt i RAI-mätningarna. Om situation uppstår med sämre näringsstatus för någon boende införs vätske- och näringslista i samråd med den ansvarige läkaren på Pihlajalinna

För att undvika lång nattfasta är det möjligt att inta sena kvällsmål. På enheten finns ett litet kök med dryck och tilltugg som är tillgängligt när som helst på dygnet

### 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 vaccineringar: <https://thl.fi/sv/teman/infektionssjukdomar-och-vaccinationer>

Österbottens välfärdsområdets intrasidor: Hygien och bekämpning av infektioner

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

#### ENHETSBESKRIVNING

Teese Botnia städtjänsterna. De finns på plats alla vardagar. Klientrummen städas varannan dag och vid behov. Allmänna utrymmen städas alla dagar. Teese Botniapersonal har hygienpass och även en stor del av vårdpersonalen har hygienpass.

Vårdpersonalen har en god kommunikation med anstaltvårdarna.

Vi följer lagen om smittosamma sjukdomar (1227/2016, 17§) och systematiskt bekämpa vårdrelaterade infektioner.

Personalen ska följa de givna anvisningarna om hygien, hygienskötarna ger råd och stöd, hygienansvarig på enheten utses och följer upp infektioner.

De medicinska vård- och hjälpmedlen rengörs efter användningen av vårdpersonalen och försen till sterilisering.

Det finns information på avdelningen om vikten av handhygien för både personal och klienter.

Det finns tillräckligt med tvättmöjligheter på avdelningen. Vi har flertalet handspritposter på enheten.

På intranätet finns direktiv för hygien och förebyggande av infektioner som upprätthålls av sjukhusets hygienskötare. Vi har en hygienansvarig på enheten.

Klienternas klädvård och tvätt sköts på enheten i ett skilt tvättrum. Tvättmaskinerna rengörs x 1/vecka .

#### **Namn på och kontaktuppgifter till hygienansvarig**

Erica Bäck, tel.nr: 040-6517131, erica.back@ovph.fi

### **3.13 Hälso- och sjukvård**

#### **ENHETSBESKRIVNING**

Vid Fyrgården anlitas läkartjänster via Pihlajalinna – ett ansvarsläkarföretag från Helsingfors. På Fyrgården har vi telefonrond x1/vecka där aktuella frågor angående klienternas hälsotillstånd tas upp. Var tredje månad kommer en läkare från Pihlajalinna till närrond. Innan ronden tas nödvändiga ordinerade laboratorieprover, EKG, MMSE, RR, puls, vikt etc.

Övriga tider under dygnet kontaktas bakjour v.b. Pihlajalinna tillhandahåller möjlighet till läkarkonsultation 24 h/dygn.

Vid brådskande sjukdomsfall kontaktas Pihlajalinna. Läkaren ger ordinationer och bedömer vårdbehovet bl. a. utgående ifrån aktuell vårdlinjen. Om klientens tillstånd kräver mera omfattande vård än vad vi kan tillhandahålla på Lärknäs gör läkaren remiss till lämplig vårdenhets. Om det blir aktuellt med vård på annan enhet beställer vårdare transporten och kontaktar anhöriga.

Vid plötsliga och oväntade dödsfall kontaktas alltid Pihlajalinna oberoende tidpunkt på dygnet. På avdelningen finns en informationsmapp där det finns instruktioner om hur man går till väga vid dödsfall.

Majoriteten av våra boenden lider av kroniska sjukdomar. Vi utför regelbundna kontroller ( t.ex. blodprov, blodtryck, blodsockerkontroller mm ) för att säkerställa optimal hälsa.

Vid avvikelser i dessa kontroller konsulteras läkare på Pihlajalinna.

Personalens kunskande säkerställs genom LOVE-tent, samt första-hjälpt utbildning vart tredje år.

Klienternas dagliga munvård sköts om av vårdpersonalen. En gång per år kommer en tandsköterska till Fyrgården och kontrollerar alla klienters munhälsa samt ger rekommendationer om fortsatt munvård. Vid behov kontaktas tandläkare.

### **3.14 Främjande av välbefinnande, rehabilitering och utveckling**

#### **ENHETSBESKRIVNING**

Fyrgården har ett rehabiliterande arbetssätt som är individuellt anpassat. Detta innebär att

klienterna ges möjlighet att sköta sina egna vardagssysslor så länge det är möjligt. I klienternas vård- och serviceplaner inskrivs mål som hänför sig till daglig rörlighet, utevistelse, rehabilitering och rehabiliterande aktiviteter.

Klienterna bor i ett eget rum, som de kan inreda med egna saker. Klientens önskemål i de vardagliga sysslorna beaktas, bl.a. sömntider. I en meningsfull vardag ingår möjlighet till aktiviteter, intressen, upplevelser och samvaro med andra. Klienterna ges möjlighet att delta i olika aktiviteter efter egen förmåga och intresse. Klienterna har möjlighet att enligt önskemål och rörelseförmåga vistas utomhus regelbundet t.ex. att sitta ute på gården eller terrassen eller komma ut på promenad.

Besökstiderna är inte begränsade utan anhöriga kan besöka klienten när de vill. Vid livets slutskede har anhöriga möjlighet att vara på med klienten även nattetid. Klienten kan ha med egen telefon som möjliggör fri kontakt med anhöriga och bekanta. Fotograferingen begränsad pga integritetsskyddet. Genom daglig dokumentering i vård- och serviceplanen följer man upp hur målen uppfylls

### 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/tjänstenheten ska se till att tjänstenheten 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

Dataskyddet följs genom att vårdpersonal har tillgång till vårdjournalen som de behöver för dokumentering av klienternas vård- och klientuppgifter. Alla arbetstagare ansvarar för klientregistrering och har egna användarnamn och inloggningsnamn till organisationens datorer och datasystem.

Ny personal och praktikanter får inskolning och handledning av ordinarie personal i att använda vårdjournalen. Studerande använder dataprogrammet under handledning av ordinarie personal. Informationssäkerheten omfattas av att studerande och ny personal godkänt att beakta tystnadsplikten. Personalen erbjuds möjlighet att delta i fortbildning då det ordnas. Lifecare används som dokumentationsprogram. Klienterna registreras genast de flyttar in och personalen har fått skolning.



Personalen har genomgått skolning i datasäkerhet.

Vi har en checklista som vi använder oss av när vi introducerar ny personal, två dagars inskolning ges all ny personal.

**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.**

Ann-Louise Salahddin, serviceenhetschef, Fyrgården

Ulla Litmanen, enhetens läkare, Pihlajalinna

Markus Råback, läkare, Österbottens välfärdsområde

**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: tietosuojavastaava@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. Förfaringsätt 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

Serviceenhetschefen ansvarar för enhetens riskhantering. Enhetens förman skall följa lagen gällande personaltätheten för att trygga en säker verksamhet. Egenkontrollplan och riskbedömning uppdateras och går genom tillsammans med personalen en gång i året och vid behov oftare. Varje personal kvitterar att ha läst egenkontrollplan och tillhörande instruktioner. Riskkartläggning görs varje år och vid behov oftare. Räddningsplanen finns på avdelningarnas kansli och varje personal kvitterar att hen gått genom planen samt gjort en säkerhetsvandring på boendet. Enhetschefen, fastighetsägarna tillsammans med kvalitets- och säkerhetsansvariga på boendet kontrollerar årligen att brandvarnare och övrig släckningsutrustning, nödbelysning fungerar. En gång i månaden testas brandlarmet och kontroll av alla branddörrar fungerar, detta sköts av fastighetsägaren. Kunskap i säkerhetsfrågor och instruktioner och egenkontroll hör till personalintroduktionen. Personalen får regelbundet fortbildning i säkerhet i form av skolningar, intranät och genomgång på avdelningsmöten. Alla anställda har ansvar för att krav och kvalitetsmål efterföljs samt för att rapportera om brister i kvaliteten, tillbud och negativa händelser. Serviceenhetschefen tillsammans med personalen bär ansvar för behandling av missförhållanden och säkerhetsfrågor, tillbud rapporteras i databasen HaiPro. Uppföljning av dessa görs på avdelningsmöten eller tillsammans med serviceenhetschefen. För god riskhantering är att vi arbetar för en öppen och trygg atmosfär där personal, klienter och anhöriga vågar ta upp missförhållanden i kvalitet- och klientsäkerhet. Serviceenhetschefen diskuterar regelbundet med personalen kring missförhållanden och säkerhetsfrågor. Missförhållanden och säkerhetsfrågor diskuteras även i samband med arbetsplatsmöten. Kristinahemmet har utsett ansvarspersoner för kvalitets- och säkerhetsgranskning och ledningen möjliggör deltagande i skolningar. Personalens kunnande påvisas med intyg (exempelvis apparatpass, prestationsblankett med läkemedel) och vid uppdatering av planer/protokoll av avdelningsmöten kvitterar personalen att de tagit del av ny information eller nya anvisningar. Missförhållanden och brister i kvaliteten kan upptäckas av närstående, servicetagaren själv eller personal och rapporteras till linjeledningen. Respons kan även ges via ÖVPH:s webbsida via en elektronisk responslänk (Roidu). Valfärdsområdets inspektör ansvarar för att kontrollera att enhetens verksamhet uppfyller kraven på kvalitet och säkerhet ca en gång om 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. Vårdförhållandenets personal bedömer kontinuerligt den egna verksamheten, hör klienter/patienter och gör observationer i frågor som gäller verksamheten, kvaliteten och klient-/patientsäkerheten samt beaktar klientresponsen när verksamheten utvecklas.

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

- Österbottens vårdförhållandenetsstrategi
- Förvaltnings- och verksamhetsstadgan
- Programmet för egenkontroll
- Hur mår Österbotten
- Handbok för egenkontroll och kvalitetshantering
- Handbok för riskhantering
- Allmänna delen i vårdförhållandenets beredskapsplan, beredskapsplanerna för verksamhets- och resultatförhållanden och resultatförhållandenets handlingskort för störningar
- Enhetens säkerhetssida som innehåller säkerhetsplan, utredning om utrymningssäkerhet (24/7 enheterna) och handlingskort, säkerhetsinstruktioner
- Informationssäkerhetsplan
- Tillsynsplan
- Delaktighetsplan
- Anvisningar om personalens anmälningsskyldighet
- Vårdförhållandenets 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

Alla i personalen får undervisning i vikten av Haipro och att också göra anmälningar på näraöghändelser för att vi ska kunna uppgöra planer på hur vi undviker att det faktiskt händer i framtiden. Alla uppmanas att förså vikten av rapporteringen, vi har den policyn att den person som varit delaktig när händelsen uppstått själv gör en Haipro på sin egen aktivitet för få en klar bild på det som inträffat.

Genom samtal mellan personalen och enhetschefen går vi igenom olika risksituationer som finns på avdelningen för att göra oss medvetna om att det finns risker som vi kan förhindra innan de uppstår.

Utgående från enhetschefens bedömning förs ett ärende till nästa organisationsnivå för behandling. Om det kommer en begäran från övervakande myndighet så klargör vi vad som hänt genom att kontrollera om det finns någon Haipro över händelsen där det framkommer den person eller personers syn på händelsen. Enhetschefen skriver en sammanfattning över händelsen och undertecknar sin syn på händelsen och skickar den vidare till ledande läkaren för fortsatt bearbetning av händelsen.

Missförhållanden och brister i kvaliteten kan upptäckas av närstående, servicetagaren själv eller personal och rapporteras till serviceenhetschefen. Respons kan även ges via ÖVPH:s webbsida

via en elektronisk responslänk (Roidu).

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

| Risk                                          | Vilka metoder används för att hantera dem                                                  |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Risk för felmedicinering                      | Dubbelkontroller                                                                           |
| Risk för att klienter rymmer eller försvinner | Låsta dörrar                                                                               |
| Risk för brand                                | Brandsäkerhet, levande ljus används ej                                                     |
| Risk för att alarm inte fungerar              | Regelbundna kontroller                                                                     |
| Datasäkerhet                                  | Alla har egna inloggningar till datorn. Logga alltid ut efter användning, Tystnadsplikten. |
| Elavbrott                                     | Generator finns i huset, ficklampor finns                                                  |
| Dataavbrott                                   | Läkemedelslistor finns utprintat samt planer                                               |
| Risk för aggressiva patienter                 | Läkemedel, samt ett lugnt bemötande                                                        |

### 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 avhjälpas 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: <https://osterbottensvalfard.fi/vara-tjanster/socialvardstjanster/socialvardstjanster-for-barn-unga-och-familjer/barnskydd/barnskyddsanmalan/>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](https://osterbottensvalfard.fi/vara-tjanster/socialvardstjanster/socialvardstjanster-for-seniorer/socialarbete-for-aldre/) 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 anmälning 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 anmälning av oegentligheter och olämplig verksamhet i organisationen. Anvisningarna om hur du gör anmälan och länk till anmälningskanalen finns i välfärdsområdets intra (etisk anmälningskanal).

### **ENHETSBESKRIVNING**

Personalens anmälningsskyldighet enligt socialvårdslagen förverkligas genom att personalen gör S-Pro eller Haipro anmälning eller rapporterar muntligt till enhetens förperson som i sin tur tar ärendet vidare med koordinerande serviceförmän eller vederbörande instans eller rätt person. All personal informeras muntligt om skyldigheten att anmäla och man säkerställer att alla läst planen för egenkontroll, där anvisningen ingår, genom att varje arbetare kvitterar med sitt namn. Läs mera i: Klient- och patientsäkerhetsstrategi och genomförandeplan 2022-2026. Även information till personalen om säkerhet finns på Intra.

#### **4.2.2 Anmälningskanaler 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. Anmälningsblanketten 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 allvarlig 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**

Avvikelse och nära ögat händelser rapporteras i HaiPro av den vårdare som upptäcker dem. Missförhållanden och osakligt bemötande rapporteras i SPro. Tillbud gällande klient dokumenteras även i patientjournalprogrammet LifeCare.

Servienhetschefen tar tillsammans med koordinerande serviceförmannen ställning till hur tillbud och avvikelser hanteras med beaktande av ärendets art. Alla tillbud och avvikelser dokumenteras skriftligt så att ärendet finns tillgänglig för uppföljning.

Om behov av korrigerande åtgärder samt förbättrade arbetssätt diskuteras detta i samband med personalmöte. Personalen informeras om händelsen. Det bör också säkerställas att en skriftlig dokumentation av ärendet finns tillgänglig för uppföljning. Ifall att korrigerande åtgärder krävs på högre nivå ansvarar ledande tjänsteinnehavare för att informationen når ut till rätt målgrupp. Information ges åt personalen via e-post, arbetsplatsmöte och via mötesprotokoll som finns på onedrive, Lifecare elektronisk dokumentering.

Större händelser anmäls via Secapp (en intern anmälningsapplikation inom välfärdsområdet). Även möjlighet att diskutera med arbetsplatshälsovård och arbetarskyddet som stöd.

### **Utvecklingsplan för egenkontroll**

Brister i kvaliteten på tjänsten och klient-/patientsäkerheten som man upptäckt i tjänsteenhetens/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 beställaransvarslagen 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

Köptjänster sköts av välfärdsområdets upphandlingsenhet, som säkerställer kvalitetskontrollen i samband med upphandlingen. Servicens kvalitet utvärderas kontinuerligt och ifall brister framkommer meddelas detta vidare i enlighet med överenskommet förfaringssätt.

### 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 handledt 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

Samarbete med städ-, tvätt-, varutransport- och mattjänster, IT-tjänster, teknisk personal och gårdskar. Ansvarsrollerna gällande beredskapen har definierats i välfärdsområdets

beredskapsplan. Enheten följer ledningens instruktioner gällande personalresurser och patientstyrning i exceptionella situationer såsom t.ex. brand. Handlingskort för dessa situationer är under bearbetning 2025. Brandsyn och arbetsplatsbesök från företagshälsovården görs med intervaller.

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

Ann-Louise Salahddin, serviceenhetschef, 050 598 7010

## 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

Serviceenhetschefen och serviceansvarig/sjukskötare ansvarar för egenkontrollplanen samt för egenkontrollens förverkligande och uppföljning. Egenkontrollplanen uppdateras tillsammans med personalen.

Egenkontrollplanen finns tillgänglig på Välfärdsområdets hemsida <https://osterbottensvalfard.fi/omoss/utlatanden-och-dokument/program-for-egenkontroll/>

På boendets anslagstavlor vid enheternas kansli.

Personalens gemensamma one drive.

Utgångspunkten för utvecklandet av servicen är, att man gör det tillsammans. Därför finns det lagar som ger handledning i behandlingen av olika ärenden, med tyngdpunkt på arbetsgivarens ansvar i att producera service av bra kvalitet.

Riskkartläggningar i Laatuportti och Haipro. Allvarliga tillbud och brister i medicinsk apparatur anmäls till organisationens kvalitets- och tillsynsenhet vid behov och till RFV enligt skilda anvisningar.

### 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 välfärdsområdets webbsidor: [Egen kontroll](#) samt i tjänsteenheten i samband med planen för egenkontroll.

Resultat/verksamhetsenheterna som hör till tjänsteenheten (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**

Serviceenhetschefen ansvarar för att egenkontrollen följs upp och verkställs. Brister som upptäcks dokumenteras och går igenom med personalen. Vid behovs görs en åtgärdsplan och tidsplan för åtgärder.

### **6. Uppgifter för utarbetande och godkännande av plan för egenkontroll**

**Plan för egenkontroll är utarbetad/uppdaterad, version nummer**

30.10.2025, version 1.0

**Ansvarspersonens underskrift och godkännande**

Ann-Louise Salahddin, serviceenhetschef

## 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.

Uppdaterad

30.10.2025

### Sammandrag av verksamhetsenhetens/resultatenhetens utvecklingsplan

| Utvecklingsobjekt/<br>korrigerande åtgärd                           | Mål                                                                                         | Tidtabell/fördelning av<br>ansvar/läge |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Tillräckligt motiverad personal                                     | Välmående och personal.                                                                     | 2026                                   |
| Ge en god, säker, jämlik omsorg och vård till äldre och minnessjuka | Minska fallrisker. Upprätthålla klientens funktionsförmåga.                                 | 2026                                   |
| Rehabiliterande arbetssätt                                          | Klienterna ska själva få göra det de klarar av utan att personalen ingriper pga. tidsbrist. | 2026                                   |