



Plan för egenkontroll inom socialservicen Österbottens välfärdsområde

Enhetens/ servicehelhetens namn	Emiliacentet
Godkännare (namn, titel) Underskrift	Linda Syring, tf. serviceenhetschef
Tidpunkt för godkännande	17.4.2023
Versionnummer och datum Datum för tidigare versioner (tidigare versioner skall sparas i sju år)	1.0
Egenkontrollplanen finns offentligt framlagd.	30.4.2023

INNEHÅLL

1 INLEDNING.....	3
2 SERVICEPRODUCENT OCH SERVICE.....	3
3 VERKSAMHETSIDÉ, VÄRDERINGAR OCH VERKSAMHETSPRINCIPER	4
3.1 Verksamhetsidé.....	4
3.2 Värderingar och verksamhetsprinciper.....	5
4 RISKHANTERING.....	5
4.1 Ledningens, förpersonens och personalens ansvar för riskhanteringen	6
4.2 Identifiering av risker och missförhållanden.....	6
4.3 Rapportering och analysering av tillbud och avvikelser.....	7
4.4 Korrigerande åtgärder och förebyggande av en upprepning av skador	8
4.5 Personalens anmälningskyldighet	8
5 KLIENTENS STÄLLNING OCH RÄTTIGHETER	9
5.1 Bedömning av servicebehov	9
5.2 Egen kontaktperson	9
5.3 Klientplan	10
5.4 Verkställighetsplan.....	10
5.5 Dokumentation av klientarbete	11
5.6 Rättighet till socialvård av god kvalitet och ett gott bemötande.....	11
5.7 Klienternas och deras anhörigas eller närståendes delaktighet	12
5.8 Stärkande av självbestämmanderätten och tillämpning av begränsningar.....	12
5.9 Multiprofessionellt samarbete.....	13
5.10 Anmärkningar och stöd av social- och patientombudsmannen	14
6 PERSONAL.....	15
6.1 Personalstruktur och personaldimensionering.....	15
6.2 Personalrekrytering, språkkunskaper och arbetstillstånd	15
6.3 Personalintroduktion och fortbildning.....	16
7 ÅTGÄRDER SOM STÖDER FÖRVERKLIGANDET AV SERVICEN	16
7.1 Hygien, samt förebyggande och bekämpning av infektioner	16
7.2 Hälso- och sjukvård	18
7.3 Läkemedelsbehandlingens förverkligande.....	18
7.4 Främjande av välbefinnande, rehabilitering och tillväxt	19
7.5 Måltider och lämplig mat	20
7.6 Enhetens verksamhetsutrymmen	21
8 KLIENT- OCH PERSONALSÄKERHET.....	21
8.1 Egenkontroll enligt hälsoskyddslagen	21
8.2 Medicinsktekniska produkter.....	21
8.3 Tekniska säkerhetslösningar	22
8.4 Säkerhets-, räddnings- och beredskapsplaner.....	23
8.5 Dataskydd och datasekretess, samt egenkontrollplan för informationssäkerhet.....	23
9 EGENKONTROLLPLANENS ANSVARSPERSON, UPPDATERING OCH OFFENTLIGHET.....	24
10 BILAGOR.....	26

1 INLEDNING

Inom socialvården görs egenkontrollplaner utgående från socialvårdslagen 47 § (1301/2014):
En verksamhetsenhet inom socialvården eller en annan aktör som ansvarar för den samlade verksamheten ska göra upp en plan för egenkontroll för att säkerställa socialvårdens kvalitet, säkerhet och ändamålsenlighet. Planen för egenkontroll ska också användas för kontinuerlig uppföljning av att den personal som deltar i klientarbetet är tillräcklig. Genomförandet av planen för egenkontroll ska följas upp utifrån respons som regelbundet samlas in från klienterna och deras anhöriga och närstående samt från verksamhetsenhetens personal. Servicen ska utvecklas utifrån uppföljningen av att personalen är tillräcklig samt utifrån respons.

Detta stöds även av speciallagstiftning som äldreomsorgslagen (980/2018, 23 §) och Valviras föreskrift (1/2014) om uppföljning av egenkontrollplanens innehåll, uppgörande och uppföljning.

Den här modellbotten fungerar som en mall för uppgörande av socialvårdens egenkontrollplaner.

2 SERVICEPRODUCENT OCH SERVICE

Serviceproducent: Österbottens välfärdsområde

FO-nummer: 3221324-6

Kommun: Vasa, Sandviksgatan 2-4, 65100 Vasa

Enhet/ servicehelhet

Namn Emiliacentret

Adress: Thorshagavägen 2A

Telefon: 040 6508025

Stad/kommun: Petalax

Serviceform: Verksamhetsområde, typ av service och dess omfattning

Verksamhetsområde inom socialvården: Hem och boende

Typ av service (öppenvård, boende etc.): Boendeservice

Verksamhetens omfattning (klienternas/ klientplatsernas antal): 10

Enhetens/ servicehelhetens ansvarsperson

Namn, titel/ utbildning: Linda Syring tf. serviceenhetschef

Telefon: 040 6508134

E-post: linda.syring@ovph.fi

Service som köps av underleverantörer och deras serviceproducenter

Köpt service Serviceproducent

Tvättservice Aquatex

Tvätt och byte av mattor Lindström

Städtjänst Teesebotnia

Kosthållning Petalax skolas kök och Malax hvc (Teesebotnia)

It-tjänster 2M-it

Trygghetslarm Tunstall

Enligt lagen om ordnade av social- och hälsovård (612/2021, 41 §) har välfärdsområdet inom sitt organiseringsansvar skyldighet att fortgående ge handledning och övervaka privata serviceproducenter och deras underleverantörer i deras serviceproduktion.

Utdrag ur ovanstående lag:

Välfärdsområdenas har skyldighet att styra och övervaka den tjänsteproduktion som omfattas av deras organiseringsansvar, rätt att av privata tjänsteproducenter och deras underleverantörer få uppgifter och utredningar som är nödvändiga för tillsynen och rätt att inspektera privata tjänsteproducenters och deras underleverantörers lokaler och utrustning...Om det framkommer eventuella missförhållanden eller brister, ska välfärdsområdet styra tjänsteproducenten...be om en redogörelse...kräva att brister avhjälps. Om inte missförhållandena eller bristerna avhjälps ska välfärdsområdet vidta åtgärder...sänka ersättning eller hålla inne betalning...säga upp eller häva avtal.

Enheten/ servicehelheten har ansvar för kvaliteten på den service som köps av underleverantörer

Ansvar för matservicen handhas av Malax kommun, vardagar högstadiet i Petalax och under helgerna av centralköket i Malax: kök. Köket följer för verksamheten centrala näringsrekommendationer och har yrkesutbildad personal. Köket har kunskap om specialkost enligt ordination. Hygienbestämmelser, kvalitetskontroller och myndighetskrav beaktas vid tillverkning och distribution. Klienternas näringstillstånd uppföljs regelbundet genom vägning och MNA-test.

På enheten utförs städning av en lokalvårdare, anställd av Teesebotnia, måndag – fredag, 6h/dag. Grundstädningar och fönstertvätt utförs en gång per år eller efter behov. Klienternas kläder, sänglinnen och handdukar tvättas på enheten. Tvättmaskin och torktumlare finns på enheten men i separat byggnad. Personalens kläder tvättas också på enheten i skild tvättmaskin för detta ändamål.

3 VERKSAMHETSIDÉ, VÄRDERINGAR OCH VERKSAMHETSPRINCIPER

3.1 Verksamhetsidé

Verksamhetsidén anger vilken för vilken målgrupp servicen produceras. Verksamhetsidén ska basera sig på den lagstiftning som gäller för branschen. De centrala lagarna som styr socialvårdstjänsterna är socialvårdslagen (2014/1301), lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (2000/812), och som speciallagar som barnskyddslagen (2007/417), lagen om service och stöd på grund av handikapp (1987/380) och lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda (1977/519), mentalvårdslagen (1990/1116), lagen om missbrukarvård (1986/41) och äldreomsorgslagen (2012/980).

Emiliacentret är ett effektiverat serviceboende med 10 klientplatser. Verksamheten är till 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 Emiliacentret finns både de med eller utan demensdiagnos

3.2 Värderingar och verksamhetsprinciper

Tjänsterna inom socialvården ska iaktta de centrala principerna i lagstiftningen om socialvården. Tjänsterna ska främja och upprätthålla välfärd och social trygghet, minska ojämlikhet och främja delaktighet, trygga på lika grunder behövlig, tillräcklig och högkvalitativ socialservice och andra åtgärder som främjar välfärden samt främja klientorientering och klientens rätt till god service och gott bemötande inom socialvården.

Värderingarna speglar sig även i de yrkesetiska principerna som tillämpas i arbetet, och de styr valen också i sådana fall där lagen inte ger exakta svar på de frågor som uppstår i det praktiska arbetet. Värderingarna vittnar om arbetsgemenskapens sätt att utföra sitt arbete. De påverkar målsättningen och de metoder som används för att målen ska uppnås. Verksamhetsprinciperna anger målen för enheten/service och klientens ställning i den. Verksamhetsprinciper kan vara exempelvis individorientering, säkerhet, familjecentrering och professionalitet. Tillsammans med värderingarna bildar verksamhetsprinciperna ryggraden för arbetsmetoderna och målen och återspeglas bl.a. i det sätt man bemöter klienter och anhöriga.

De värderingar och verksamhetsprinciper som styr verksamheten utgör en del av planen för egenkontroll och styr förverkligandet av egenkontrollen.

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. Inom äldreomsorgen betonas värden som trygghet, självbestämmanderätt, respekt och rättvisa. 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.

Inom äldreomsorgen vill man ha en motiverad personal, som orkar, kan och vill arbeta på ett rehabiliterande arbetssätt. Alla arbetar tillsammans för att stärka och upprätthålla äldres resurser och förmåga till ett självständigt och innehållsrikt liv.

4 RISKHANTERING

Riskhanteringsprocessen handlar om hantering av enhetens/ servicehelhetens risker via egenkontroll

Vilka är organisationens och enhetens planer och anvisningarna som stöder riskhanteringen?

Österbottens välfärdsområdes

- Välmåendestrategi med målsättning att ha säkerhet och kvalitet av toppklass i Norden

- Program för egenkontroll 12/2022

- Plan för kvalitet och klientsäkerhet 2022/2023

- Plan för egenkontroll av datasäkerheten 2023 (på kommande)

4.1 Ledningens, förpersonens och personalens ansvar för riskhanteringen

Det hör till riskhanteringen karaktär att arbetet aldrig blir färdigt. 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. Olika yrkesgruppers sakkunskap kan utnyttjas genom att hela personalen tas med i att planera, genomföra och utveckla egenkontrollen.

Utgångspunkten för genomförandet av egenkontrollen är att man identifierar risker som äventyrar klient- och patientsäkerheten. Om missförhållanden inte upptäcks är det inte möjligt att förebygga klient- och patientsäkerhetsrisker eller på ett systematiskt sätt ingripa i missförhållanden. Egenkontrollen baserar sig på riskhantering, där risker och eventuellt hotande missförhållanden i samband med servicen ska bedömas på ett mångsidigt sätt och med hänsyn till den service som klienten får.

Det hör till riskhanteringen karaktär att arbetet aldrig blir färdigt. 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.

Risicanalys och bedömning av arbetsförhållanden, belastningsfaktorer och arbetsmetoder sker i samband med arbetsplatsbesök från företagshälsovården. I risicanalysen bedöms fysisk och psykisk belastning. Ergonomi; tunga lyft och obekväma arbetsställningar. Yttre faktorer såsom halka och dåligt väglag. Aggressiv klient/anhörig.

Verksamhetsenheten har en säkerhetsplan vilken innehåller direktiv för brand, räddning, utrymning. Kontinuerliga skolningstillfällen ordnas i förfarande vid brand och utrymning. Första hjälp skolningar hålls kontinuerligt och skall uppdateras med 3-5 års mellanrum av alla arbetstagare. Anvisningar för när klient rymmer eller försvinner finns på enheten. Uppdaterad läkemedelsplan samt regelbunda kontroller från sjukhusapotek görs för att säkerställa läkemedelsbehandlingen.

Alla närvårdare och sjukskötare som tenderar LOVE med 5 års intervall. Förmannen sparar sedan alla läkemedelslov på enheten.

4.2 Identifiering av risker och missförhållanden

Om missförhållanden inte upptäcks är det inte möjligt att förebygga klient- och patientsäkerhetsrisker eller på ett systematiskt sätt ingripa i missförhållanden. Egenkontrollen baserar sig på riskhantering, där risker och eventuellt hotande missförhållanden i samband med servicen ska bedömas på ett mångsidigt sätt och med hänsyn till den service som klienten får. Personalen värderar sin egen verksamhet, hör på klienter och observerar verksamhetens i anslutning till kvalitet och klientsäkerhet och beaktar klientresponsen i utvecklingen av verksamheten.

Risker kan orsakas till exempel av en otillräcklig personaldimensionering eller en verksamhetskultur där en öppen säkerhetskultur inte stöds tillräckligt. Risker kan orsakas av den fysiska arbetsmiljön (trösklar, appara-

ter som är svåra att använda) och arbetsmetoder, till exempel ogrundade begränsningar av klientens självstämmanderätt eller klienternas beteende gentemot varandra. Ofta är riskerna en summa av många felaktiga funktioner. En förutsättning för god riskhantering är att arbetsgemenskapen arbetar i en öppen och trygg atmosfär, där både personalen, klienterna och de anhöriga vågar ta upp missförhållanden i kvalitet och klientens säkerhet.

Enhetens/servicehelhetens risker behöver granskas heltäckande från olika synvinklar. Riskerna kan ha att göra med klienter, personal, ledarskap, serviceproduktion, arbetsutrymmen, dataskydd och datasäkerhet samt läkemedelsvården och dess förverkligande.

Beskriv hur risker och missförhållanden identifieras på enheten:

Enhetens/ servicehelhetens centralaste risker och förebyggande av dessa

Risk	Förebyggande åtgärder
Obehöriga kan få tillgång till klienthandlingar	Personalen loggar ut klientdatasystemet när de inte använder det.
Dörrkoder natttid för att inte obehöriga ska komma in på enheten.	Nattkoderna hålls inom personalgruppen och byts med kontinuerligt.
Medicinrum med låsta skåp och dörrar.	Endast personal som handhar läkemedelsbehandling har tillgång till medicinrummet.
Administreringsfel vid medicinering.	Godkänt LOVE, strukturerat arbete för att minska på stress.
Fall hos klienter.	Vid behov ordination på begränsade åtgärder såsom ex. sänggrindar.
Fysisk belastning hos personal.	God ergonomi och hjälpmedel på enheten.

I riskhanteringsprocessen överenskomms arbetssätt för identifiering av risker och kritiska arbetsmoment.

4.3 Rapportering och analysering av tillbud och avvikelser

Behandlingen av tillbud och avvikelser innefattar dokumentering, analysering och rapportering av dessa. Ansvar för att den kunskap som samlats vid riskhanteringen kommer till nytta i utvecklingsarbetet ligger hos serviceproducenten, men de anställda ansvarar för att informationen förmedlas till ledningens kännedom. I behandlingen av avvikelser ingår även att de diskuteras med de anställda, klienten och vid behov med en anhörig. Efter en allvarlig avvikelse som orsakat ersättningsbara skador informeras klienten eller den anhöriga om hur ersättning kan sökas.

Rapporteringssystem som används inom Österbottens välfärdsområde

- **HaiPro**, rapportering av tillbud och negativa händelser
- **SPro**, anmälning av missförhållanden och uppenbar risk för missförhållande i förverkligande av socialvård.

Anmälningarna analyseras och handläggs av förman 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 interna meddelanden via t.ex. e-post samt genom kontinuerliga personalmöten på enheten. Åtgärder antecknas efter personalmöte på mötesagendan som alla i gruppen har tillgång till att läsa. Vid åtgärder som berör klienter dokumenteras dessa i klientens vårdplan i Abilita-vårdokumentation.

4.4 Korrigerande åtgärder och förebyggande av en upprepning av skador

För kvalitetsavvikelser, missförhållanden och tillbud samt för negativa händelser fastställs korrigerande åtgärder som hindrar att händelsen upprepas framöver. Sådana åtgärder är bland annat utredning av orsakerna till det skedda och därigenom en övergång till säkrare arbetssätt. Detaljerad information om servicens kvalitet och behoven att utveckla klientsäkerheten fås från olika källor. Inom riskhanteringsprocessen behandlas alla avvikelseanmälningar och kända utvecklingsbehov och för dem görs en plan beroende av risknivån så att de kan fås i skick. De korrigerande åtgärder registreras i enheten utvecklingsplan för egenkontroll.

Utvecklingsplan för egenkontroll i anslutning till vård- och servicekvalitet, samt klientsäkerhet

Utvecklingsbehov som framförts av klienter, anhöriga/närstående, personal och samarbetspartners eller som aktualiserats via kvalitetsarbete eller riskhantering.

Utvecklingsbehov/ Respons från	Förbättringsåtgärd	Tidtabell	Ansvarsperson
Intern auditering	Uppdatering av egenkontrollplan	30.4.2023	Serviceenhetschef
Klienter, personal	Varm mat direkt från kök även vid middagen. Nu kommer maten tidigare och ska värmas.		TeeSebotnia
Personal, intern auditering	Ändamålsenligt medicinutrymme och omklädningsrum inne på enheten.		Serviceenhetschef

Koordinerande serviceförmän och serviceenhetschef ansvarar för att fel och brister som bör korrigeras framförs vidare för beslutstagande i frågorna. Fanny Ljungkvist, fanny.ljungkvist@ovph.fi, 0503812242 och Linda Syring, linda.syring@ovph.fi, 040 6508134.

Personal och samarbetspartners informeras antingen muntligt eller skriftligt / både och beroende på ärendet om korrigerande åtgärder.

4.5 Personalens anmälningsskyldighet

Socialvårdens personal har en lagstadgad skyldighet att anmäla missförhållanden eller uppenbara risker för missförhållanden som de upptäcker i förverkligandet av klienternas socialvård (Socialvårdslag 1301/2014, § 48–49). Anmälan görs först till enhetens förperson, som i första hand tar emot avvikelseanmälningar. Förpersonen anmäler ärendet vidare till socialvårdens ledande tjänsteinnehavare. I fall inte arbetsgivaren vidtar tillräckliga åtgärder trots diskussioner som förts på enheten och klientsäkerheten äventyras, skall en anmälan göras till regionalförvaltningsverket. Den person som gjort anmälan får inte bli föremål för negativa motåtgärder till följd av anmälan.

Den person som tar emot en anmälan ska vidta åtgärder för att rätta till missförhållandet eller avvärja risken för ett uppenbart missförhållande. Personen ska trots sekretessbestämmelserna underrätta regionförvaltningsverket om ärendet, såvida missförhållandet eller risken för ett uppenbart missförhållande inte åtgärdas utan dröjsmål. (Socialvårdslag 1301/2014, § 49).

Ifall missförhållandet kan åtgärdas inom ramen för enhetens egenkontroll, så tar man genast tag i saken. I fall det kräver åtgärder av en part som är ansvarig för servicen, så överförs ansvaret för de korrigerande

åtgärderna till den part som har befogenheter att vidta dessa. Det förekommer även ett ömsesidigt samarbete mellan välfärdsområdet och tillsynsmyndigheterna.

Välfärdsområdet ska omedelbart underrätta den tillsynsmyndighet som övervakar tjänsterna om sådana brister eller missförhållanden som framkommer i en tjänsteproducents eller dennes underleverantörs verksamhet och som i väsentlig grad äventyrar klient- och patientsäkerheten. Om tillsynsmyndigheten i sin tillsynsverksamhet får vetskap om sådana brister eller missförhållanden i en tjänsteproducents eller dennes underleverantörs verksamhet som i väsentlig grad äventyrar klient- och patientsäkerheten, ska tillsynsmyndigheten på motsvarande sätt omedelbart underrätta det välfärdsområde åt vilket tjänsteproducenten producerar tjänster om saken. (Lag om ordande av social och hälsovård 612/2021, § 44).

Läs mera i: [Klient- och patientsäkerhetsstrategi och genomförandeplan 2022-2026](#)

Ny personal och vikarier introduceras i säkerhetsfrågor och vad som är viktigt att anmäla vid behov. Muntlig information om anmälningsskyldighet samt nya tillvägagångssätt, såsom S-pro, tas upp på personalmöten och dokumenteras i mötesagenda.

5 KLIENTENS STÄLLNING OCH RÄTTIGHETER

5.1 Bedömning av servicebehov

Personer som ansöker om socialvård har rätt att få en bedömning av servicebehovet (SvL 36 §), ifall det inte är direkt onödigt att göra t.ex. för att servicebehovet är tillfälligt. Servicebehovet bedöms tillsammans med klienten och vid behov med deras anhörig, närstående eller en laglig representant (SvL 41 §). Utgångspunkten för bedömningen är personens egen uppfattning om sina resurser och hur de kan stärkas. Vid utredningen av servicebehovet ska uppmärksamhet fästas vid att återställa, bevara och främja funktionsförmågan samt möjligheterna till rehabilitering. Bedömningen av servicebehovet omfattar alla dimensioner av funktionsförmågan, vilka är fysisk, psykisk, social och kognitiv funktionsförmåga. Därtill ska vid bedömningen beaktas de riskfaktorer i samband med de olika dimensionerna som förutspår en försämrad funktionsförmåga, såsom instabilt hälsotillstånd, smärta, dålig nutrition, otrygghet, brist på sociala kontakter eller ensamhet.

Enligt äldreomsorgslagens 15 a §, ska bedömningsverktyget RAI användas vid bedömningen av en äldre persons funktionsförmåga, om den äldre personen enligt en preliminär bedömning behöver regelbunden socialservice för trygghet av sin vård och omsorg. Användningen av det internationella bedömningsverktyget RAI blir fr.o.m. den 1.4.2023 lagstadgat enligt äldreomsorgslagen.

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 genom ett möte i begynnelsen av inflyttningen samt vid behov då servicebehovet behöver uppdateras.

5.2 Egen kontaktperson

Enligt socialvårdslagens 42 § ska åt en socialvårdsklient utses en egen kontaktperson för den tid som klientrelationen pågår. En egen kontaktperson behöver inte utses om det för klienten redan har utsetts en annan arbetstagare som ansvarar för servicen eller om det av någon annan orsak är uppenbart

onödigt. Kontaktpersonens uppgift är, att utgående från klientens behov och till klientens fördel främja, att klientens service ordnas enligt bedömningen av servicebehovet.

När klienten kommer till enheten utses en egenvårdare som ansvarar för att en kartläggning av klientens funktionsförmåga uppgörs.

Socialombudsman inom Välfärdsområdet finns utsedd. I Malax och för Emiliacentrets del är det Amanda Sandsten, amanda.sandsten@ovph.fi.

5.3 Klientplan

Enligt socialvårdslagen 39 § ska bedömningen av servicebehovet kompletteras med en klientplan som utarbetas för klienten eller genom en annan motsvarande plan, om det inte uppenbart är onödigt att utarbeta en plan. Planen görs klientorienterat med målsättningen, att välfärdsområdets tjänsteinnehavare och klienten har en gemensam syn på klientens funktionsförmåga och servicebehov. I planen antecknas klientens uppfattning, önskemål och åsikter om servicen och stödinsatserna.

En kartläggning görs för att se vad den äldre klarar självständigt och vad han/hon behöver stöd, uppmuntran och hjälp med. En skriftlig vård- och serviceplan baserad på RAI vårdbedömningsresultat utformas tillsammans med klienten och/eller tillsammans med de anhöriga och antecknas i Abilita-vårdokumentation.

5.4 Verkställighetsplan

Förverkligandet av service-, vård- och uppfostringsplan, välmående- eller rehabiliteringsplanen i klientens dagliga vård och service förutsätter att personalen är väl förtrodda med sitt arbete. Det är en stor klientsäkerhetsrisk i fall inte vård- och serviceplanen förverkligas eller uppdateras. Det är speciellt viktigt att göra en plan, ifall det har tillämpats eller möjligtvis kommer att tillämpas begränsningar åt klienten. Planens målsättning är, att förebygga och skapa en beredskap för begränsningsåtgärder. Genom planen iakttar man klientplanens dokumenterade målsättningarna och beskriver detaljerat hur man möter klienternas behov. Planen görs tillsammans med klienten och den skall uppdateras med jämna mellanrum och när klientens servicebehov förändras. En central sak i förverkligande av egenvården är, hur man säkrar att egenkontrollen förverkligas i klientens dagliga vård/omsorg.

En skriftlig vård- och serviceplan utformas tillsammans med klienten och/eller tillsammans med de anhöriga. Ansvaret för att planen hålls uppdaterad har i första hand egenvårdaren men även övrig personal som vårdar klienten. Information om servicealternativ ges alltid till både anhöriga och klienter vid inflyttning samt vid behov. Personalen har eget ansvar att hålla sig uppdaterad med vad som antecknas i klienternas vårdplaner i Abilita-vårdokumentation för att kunna utföra det dagliga arbetet enligt direktiven.

5.5 Dokumentation av klientarbete

Varje anställd inom socialvården ansvarar för att dokumentera klientarbete. Det finns en lagstadgad dokumentationsskyldighet på basen av lagen om klienthandlingar inom socialvården (2015/254, § 4). Skyldigheten börjar när den som ordnar service har blivit informerad om att en person är i behov av service eller när en privat serviceproducent har börjat ordna socialservice. Även uppgifter om en avslutad klientrelation dokumenteras i klienthandlingarna. Institutet för hälsa och välfärd har 1/2021 gett en föreskrift angående dokumentering av klientarbete.

Dokumentation av inkomna uppgifter genom klientvården är en viktig del av klientarbetet. I klienthandlingarna dokumenteras sådan information som är behövlig och tillräcklig med tanke på ordnandet, planeringen, förverkligandet, uppföljningen och övervakningen av socialvården. I klienthandlingarna skall det användas ett tydligt och begripligt språk och dokumentationen skall ske omedelbart efter att klientens ärende har behandlats.

Läs mera i:

[Föreskrift om strukturen för klienthandlingar inom socialvården och om](#)

[Sosiaalihuollon asiakastietojen käsittely 2022 \(på finska\)](#)

[Behandling av klientuppgifter inom socialvården 2016](#)

Abilita Socialvård används som klientdatasystem och här dokumenteras nödvändiga uppgifter gällande klienten och med hjälp av systemet arkiveras handlingar i Socialvårdens Kanta-arkivet. I klientdatasystem registreras även t.ex. besöksuppgifter samt uppgifter för fakturering. All ny personal inskolars i dokumenteringen av en utsedd handledare / mentor på enheten samt får egen inloggning av förmanen via 2M-It servicekanal. Alla personuppgifter behandlas konfidentiellt och varje ny arbetstagare får underteckna en blankett av vilken framgår att man förbundit sig till tystnadsplikten och allt vad den innebär.

På Välfärdsområdets Intranet finns under rubriken "Service och stöd" anvisningar, utbildningsvideor, länkar och presentationer kring dataskydd som alla arbetstagare ombeds bekanta sig med.

Dataskyddsansvariga är Tuija Viitala e-post: tuija.viita@ovph.fi, tfn 06 213 1841 och Anne Korpi e-post: anne.korpi@ovph.fi, tfn 040 183 2211.

5.6 Rättighet till socialvård av god kvalitet och ett gott bemötande

En klient inom socialvården har en lagstadgad rätt till socialvård av god kvalitet och gott bemötande utan diskriminering av dem som ger socialvård. Klienten skall bemötas så att hans människovärde inte kränks och så att hans övertygelse och integritet respekteras. Ett gott bemötande hänför sig till klientens rätt att bli hörd, tilltalad och bemött som en individ och på ett sakligt och vänligt sätt etc. Varje enhet behöver definiera vad ett gott bemötande betyder hos dem, så att alla kan förbinda sig till en gemensam god praxis. På motsvarande sätt behöver ett osakligt bemötande och illabehandling definieras och hur man reagerar på sådant beteende observeras.

Alla klienter har rätt att alltid bli bemötta på ett gott sätt. Osakligt bemötande tas alltid upp till diskussion med personen i fråga samt vid behov även tillsammans med klienten och / eller dennes anhöriga. Service-

enhetschefen och ansvariga sjukskötaren är de som ansvarar för att diskussionen görs samt kommer överens om hur man kan garantera att liknande situationer inte uppkommer i fortsättningen. Varje vårdare är skyldig att ingripa vid misstanke om osakligt eller kränkande bemötande.

5.7 Klienternas och deras anhörigas eller närståendes delaktighet

En väsentlig del av utvecklandet av serviceinnehållet, kvaliteten, klientsäkerheten och egenkontrollen är, att ta hänsyn till klienter i olika åldrar samt deras familjer och närstående. Eftersom kvalitet och god vård och omsorg kan betyda olika saker för personalen och klienterna är det viktigt att man i utvecklingsarbetet utnyttjar all respons som på olika sätt systematiskt samlats in. Delaktighet för klienter och anhöriga betyder att deras åsikter och önskemål beaktas i samtliga situationer som gäller servicen och utvecklandet av verksamheten.

Klienter och anhöriga deltar kontinuerligt i utvecklingen av verksamheten. Responsmaterialet består av enkäter som insamlas årligen och riktar sig till klienter, anhöriga och personal. Responsen utgör grund för utveckling av verksamheten. Utvärderingen används som ett redskap för kontinuerlig utveckling av vården och servicen. Den spontana responsen kan bestå av t.ex. av den respons klienten ger i de dagliga kontakterna med personalen, respons som anhöriga ger vid besök eller vid anhörigträffar. Spontan respons dokumenteras i klientens vårdjournal eller diskuteras på personalmöten.

5.8 Stärkande av självbestämmanderätten och tillämpning av begränsningar

Självbestämmanderätten är en grundläggande rättighet för var och en och består av rätten till personlig frihet, integritet och säkerhet. Den har ett 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 socialarbetet skall klientens självbestämmanderätt stödjas och respekteras. Klienterna skall ges möjlighet att delta och påverka planeringen och förverkligandet av sin service. I mån av möjlighet skall klienten ha möjlighet, att framföra åsikter även som sådant, som vem som hjälper hen i könsensitiva situationer.

Bland socialvårdens klienter finns det personer i olika åldrar som är oförmögna att sköta egna ärenden. För minderåriga barn är det i första hand vårdnadshavarna som utgör förmyndarna. Vid sidan av lagen om förmyndarverksamhet (1999/442) ger myndigheten för digitalisering av och befolkningsdata detaljerad information hur man går till väga i olika situationer.

Socialvårdens vård och omsorg baserar sig i första hand på frivillighet utan intension att begränsa klientens självbestämmanderätt. Med undantag för barnskydd och omsorgen om utvecklingsstörda finns det ingen direkt lagstiftning som begränsar klientens självbestämmanderätt. Enligt barnskyddslagens ska begränsningar tillämpas på ett tryggt sätt där barnets människovärde respekteras, därtill ska barnets unika situation, ålder, kön och kulturella och religiösa bakgrund beaktas. Vid tillämpningen av begränsningar skall man ta hand om barnets enskilda och grundläggande behov. Begränsningarna får inte innehålla att barnet underordnas, disciplineras eller på annat sätt får ett förolämpande bemötande. Användningen av begränsningar skall genast avslutas när de inte längre är nödvändiga. Begränsningar får inte användas som en disciplinär åtgärd och de får inte orsaka barnet skada eller olägenhet.

Inom socialvården kan klientens självbestämmanderätt begränsas endast om klientens eller andra personers hälsa eller säkerhet riskeras att äventyras. Innan tillämpningar av begränsningar behöver ärendet diskuteras med den berörda, den tjänsteinnehavare som gör begränsningsbeslutet, samt de anhöriga/närstående. En begränsning enligt lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda (381/2016) 42 b §, fodrar därtill, att enheten har tillgång till tillräcklig sakkunskap inom medicin, psykologi och socialt arbete (grupp av sakkunniga). Begränsningsåtgärden skall tillämpas enligt den lindrigaste begränsningssättet, tryggt och med respekt för klientens människovärde. Vid tillämpningen av åtgärder som begränsar självbestämmanderätten görs adekvata skriftliga beslut, som är klient- och situationsbundna. I klientens verkställighetsplan skrivs begränsningsåtgärdernas metoder och medel, samt hur länge beslutet är i kraft. Uppföljningen av klientens begränsningsbeslut sker som en del av daglig dokumentation.

Läs mera:

Länkar till beslut av riksdagens justitieombudsman och andra högre övervakare av rättssäkerheten gällande självbestämmanderätten.

Stöd till självbestämmanderätten inom funktionshinderservice, [Handbok om funktionshinderservice](#) från Institutet för hälsa och välfärd.

[Muistisairaan henkilön hoito EOAK/8165/2020 \(på finska\)](#)

[Lastensuojelun menettely sijaishuollon järjestämisessä EOAK/2857/2021 \(på finska\)](#)

Klientens rätt att besluta själv beaktas i alla situationer. Personalen fäster speciell uppmärksamhet vid självbestämmanderätten för personer med minnessjukdom eller nedsatt kognitiv förmåga. Självbestämmanderätten kan i dessa fall vara svåra och komplicerade, men får dock inte leda till att vården försummas. I fall klienten och de anhöriga har olika önskemål och åsikter om vården respekteras i första hand klientens önskemål.

Personalen på enheten instrueras kring hur de kan stärka självbestämmanderätten hos klienterna. Med begränsande åtgärder avses åtgärder som vidtas av säkerhetsskäl, som begränsar klientens rörelse- eller handlingsfrihet och som kan uppfattas som tvång. Användningen av begränsande åtgärder bör alltid grunda sig på lov av läkare, information till klient/anhörig, hur den utvärderas och med vilken tidsdimension. Begränsande åtgärder dokumenteras alltid i klientens vårdjournal. Frågor kring begränsande handlingar behandlas återkommande på personalmöten.

Begränsande åtgärder eller vårdhandlingar är alltid tidsbundna och bör utvärderas, varefter en ny bedömning görs. Begränsningar på Emiliacentret är låsta dörrar på enheten, hygienhalare, bälten i G-stol eller rullstol, sänggrindar.

5.9 Multiprofessionellt samarbete

Socialvårdens klienter kan behöva flera olika serviceformer samtidigt t.ex. klienter inom barnskydd kan vara i behov av tjänster från skola, hälso- och sjukvård, psykiatri, rehabilitering eller småbarnspedagogik. Funktionsnedsatta är en annan grupp som kan behöva flera olika typer av service. Hos äldre har åter övergångar från en serviceform till en annan visat sig vara riskfyllda.

För att klienternas helhetsservice skall fungera och motsvara klienternas behov behöver de olika servicegi-
varna samarbeta, där kunskapsförmedlingen mellan olika aktörer har en särskilt stor betydelse. Socialvårds-
lagen (2014/1301, 41 §) understöder detta sektorövergripande samarbete mellan klienternas olika service-
producenter

Klienterna vårdas på Emiliacentret till livets slut om inte hälsan kräver annat, i sådana fall ordnas det så att
de kan flytta till allmänmedicinsk avdelning på Malax HVC. I de fall klienter är i behov av annan typ av sociala
tjänster ordnas det i samråd med personal och anhöriga vid behov.

5.10 Anmärkningar och stöd av social- och patientombudsmannen

Klienter inom socialvården har rätt till socialvård av god kvalitet och gott bemötande utan diskriminering från
dem som ger socialvård. Ifall klienter inte är nöjda med det bemötande eller den service de får kan de göra
en anmärkning åt enhetens förperson eller socialvårdens ansvariga tjänsteinnehavare. Anmärkning kan även
göras av klientens lagliga företrädare, en anhörig eller närstående. Mottagaren av anmärkningen ska be-
handla ärendet och lämna ett skriftligt, motiverat svar inom rimlig tid samt vidtar behövliga åtgärder för att
avhjälpa missförhållandet. När servicen baserar sig på ett köptjänstavtal kan anmärkningen göras till enhet-
ens ansvarsperson eller till välfärdsområdets ledande tjänsteinnehavare inom socialvården. På enheten be-
höver man även utan anmärkningar fästa uppmärksamhet vid hur klienter bemöts och servicens kvalitet.

En klient som är missnöjd med servicekvaliteten eller bemötandet har rätt att framställa en anmärkning.
Ansvarspersonen som tar emot anmärkningen är tf. serviceenhetschef Linda Syring, linda.syring@ovph.fi,
tfn 040 6508134. Anmärkning kan också vid behov framställas av klientens lagliga företrädare eller en an-
hörig. Mottagaren av anmärkningen ska behandla ärendet och lämna ett skriftligt, motiverat svar inom rim-
lig tid samt vid behov vidta behövliga åtgärder för att avhjälpa missförhållandet.

Socialombudsman	Patientombudsman
<ul style="list-style-type: none"> 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. 	<ul style="list-style-type: none"> 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.

Social- ja patientombudsmannens kontaktuppgifter hittas som bilaga.

6 PERSONAL

6.1 Personalstruktur och personaldimensionering

Inom socialvården styrs personalstrukturen och -dimensioneringen långt av lagstiftning. Det betyder att personalstyrkans utformning påverkas av vilken verksamhet som bedrivs, klienternas antal och deras servicebehov. Lagstiftningen styr direkt personaldimensioneringen för socialarbetare som arbetar med barnskydd, barnskyddsensheternas personal och äldreomsorgens personal på serviceboenden med heldygnsomsorg. Inom socialvårdens enheter iakttas speciellt att personalen räcker till och är kunnig.

En klientsäkerhetsrisk är om förmannen inte har tillräckligt med kompetens och tid att arbeta som enhetschef och verkställa egenkontrollen. Personalrisker är, om det inte finns tillräckligt med personal, inte tillräckligt kunnig personal i vård- och omsorgsarbete i förhållande till klienternas vård- och servicebehov. De här bristerna kan leda till att klienterna inte får en tillräckligt stimulerande vardag, minskad utevistelse och onödiga begränsningar i deras självbestämmanderätt. Brister i förpersonens och personalens språkkunskaper eller kultursensitivitet kan åter leda till att klienterna inte får en adekvat service.

Personalresurserna och personalstrukturen följs regelbundet upp via THL. På enheten har man en personaldimensionering som alltid överstiger 0,68 vårdare/klient. För tillfället arbetar 8 arbetstagare på Emiliacentret samt en semestervikarie på 75%. 1 ansvarig sjukskötare med 100%, 5 närvårdare med 100%, 1 närvårdare med 75% och 1 närvårdare med 50%.

6.2 Personalrekrytering, språkkunskaper och arbetstillstånd

Personalrekryteringen styrs av arbetslagstiftning och kollektivavtal, som fastställer arbetstagarnas och arbetsgivarens rättigheter och skyldigheter. Vidare styrs rekryteringen av Österbottens välfärdsområdes anvisningar kring personalrekrytering. När förmannen rekryterar yrkesutbildad social- och hälsovårdspersonal skall uppgifter som de sökande alltid kontrolleras i Valvira centralregister över yrkesutbildade personer, JulkiTerhikki/ JulkiSuosikki. Med tanke på den utmanande rekryteringssituationen i dagsläget behöver varje enhet ha en plan för hur de tryggar personaltillgången i normala situationer som vid undantagssituationer.

En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ska ha tillräckliga muntliga och skriftliga språkkunskaper för de uppgifter han/hon sköter och arbetsgivaren ansvarar för bedömning av språkkunskaperna. Länk: <https://www.valvira.fi/web/sv/halso-och-sjukvard/yrkesrattigheter/sprakkunskaper>

Rekrytering av ny personal görs via kuntarekry. Varje ansökning kontrolleras så att alla nödvändiga intyg, såsom språkintyg och LOVE-intyg är i kraft innan arbetsintervjuer görs av serviceenhetschefen samt vid fast anställning även koordinerande serviceförmän.

För rekrytering vid kortare frånvaro eller sjukdom har alla enheter en förteckning över vikarier som kan kallas in. Vid längre sjukfrånvaro eller semestrar sköts rekryteringen i första hand av resurshanteringsenheten. och enhetsförmannen kallar in vikarier, vid dennes frånvaro sköter personalen på enheten om att kalla in vikarier.

6.3 Personalintroduktion och fortbildning

När ny personal anställs behöver tillräckligt med tid reserveras för introduktion i arbete. Det samma gäller studeranden som arbetar på enheten och personal som återvänder till arbetet efter en längre tids frånvaro. Enhetens introduktionsplan med checklista är ett bra stöd i introduktionen både för nyanställda som de som introducerar i arbetet. Introduktionen innefattar många områden, men i den behöver bl.a. ingå introduktion i klientarbete, behandling av klientuppgifter och genomförande av egenkontrollen.

I lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården (2015/817, § 5) och hälso- och sjukvården (1994/559, § 18) finns bestämmelser om yrkespersonernas skyldighet att upprätthålla och utveckla sin yrkeskompetens, men även om arbetsgivarens skyldighet att möjliggöra de anställdas deltagande i fortbildning. Att upprätthålla och säkerställa kunskaper i läkemedelsbehandling är en viktig del i upprätthållande av yrkeskompetensen.

I lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda (1977/519 § 42 a) betonas att personalen som tar hand om den här klientgruppen behöver få introduktion och anvisningar om arbetsmetoder som stöder och främjar klienternas förutsättningar för att klara sig på egen hand och stöda deras självbestämmanderätt., samt främjar ibruktagning av arbetsformer som är alternativa och rehabiliterande i förhållande till begränsningsåtgärder.

Till varje nyanställd utses en mentor som ansvarar för att introduktionen genomförs och mentorn arbetar i par med den nyanställda under de 2-4 första arbetsskiftet. Till studerande på avdelningen utses alltid en eller två handledare. Egenkontrollplanen finns till förfogande för både personal och studerande på enheten. På enheten finns introduktionsmaterial som uppdateras kontinuerligt. De utsedda mentorerna eller handledarna ansvarar för att materialet delges den nyanställda eller studeranden.

Fortbildningar i läkemedelshandling, första hjälp, rehabiliterande arbetssätt, sårvård, vård i livets slutskede, demenssjukdomar och bemötande är sådana som ständigt behövs för personal inom äldreomsorgen. Målet är att antalet fortbildningsdagar förverkligas enligt rekommendation. Varje arbetstagare uppmanas att aktivt se vad som finns i utbildningskalendern och själv anmäla sig till skolningar.

7 ÅTGÄRDER SOM STÖDER FÖRVERKLIGANDET AV SERVICEN

7.1 Hygien, samt förebyggande och bekämpning av infektioner

Enligt smittskyddslagens 17 § ska verksamhetsenheter inom socialvården ska systematiskt bekämpa vårdrelaterade infektioner. Den som är chef för verksamhetsenheten ska följa upp förekomsten av smittsamma sjukdomar och mikrober som är synnerligen resistenta mot läkemedel och sköta smittbekämpningen. Verksamhetsenheten ska svara för ändamålsenligt skydd för och placering av patienterna, klienterna och de anställda och se till att antimikrobiella läkemedel används som sig bör. Information om allvarliga vårdrelaterade infektioner och anmälningsförfarande hittas på Institutet för hälsa och välfärds hemsida på adressen: [Anmälan av epidemier och allvarliga vårdrelaterade infektioner \(HARVI\) - Institutet för hälsa och välfärd](#)

Kvalitetsmålen för hygien utgår från den verksamhets som bedrivs på enheten och specifikt från klienternas individuella behov enligt deras serviceplan. Det syns även i enhetens fortgående arbete, för att säkerställa klientsäkerheten och arbetsmiljön, samt förebyggande och bekämpning av infektioner.

I förverkligande av egenkontrollen syns det bl.a. i

- Enhetens hygienivå, förverkligad städning och förekomsten av ett skriftligt städplan.
- Personalens handhygien, tillgång och användning av desinfektionsmedel och skyddsutrustning.
- Personalens förebyggande och bekämpning av infektioner.
- Klienternas personliga hygien och förverkligad textilvård

Vad gäller hygienpraxis, så finns olikartade anvisningar tillgängliga via Österbottens välfärdsområdes Internetsidor. Ur konkret arbetssynpunkt är det bra, att ha en plan för verksamhet under normala respektive avvikande förhållanden (t.ex. vid Noro epidemier). Något som aktualiserats speciellt under COVID-19 pandemin. Hygienskötarna bistår med sakkunskap i hygienärenden, men det är bra om det finns hygienansvariga på enheten som understöder hygienarbetet.

Institutet för hälsa och välfärd har publicerat föreskrifter kring bekämpning av infektioner inom långtidsvården och -omsorgen (Föreskrift 3/2020 på finska).

Hygienanvisningar, skyddsmaterial samt anvisningar om avfallshantering finns tillgänglig åt personalen på enheten. Även på Intranet finns anvisningar som personalen kan bekanta sig med.

På enheten utförs dagligen städning av en lokalvårdare som är anställd 78,43% av TeeseBotnia. Grundstädningar och fönstertvätt utförs en gång per år eller efter behov. Städmaskiner används regelbundet.

Personalen hjälper klienterna med deras personliga hygien dagligen i den utsträckning de behöver. Klienterna har duschar 1-2 gånger per vecka samt vid behov.

Klienternas kläder, sänglinnen och handdukar tvättas på enheten och för detta ändamål finns tvättmaskin och torktumlare. Personalens kläder tvättas också på enheten men i skild tvättmaskin. Särskilt angivet tvättpulver för tvätt av arbetskläder används.

Medicintekniska produkter rengörs alltid i deko på enheten och i de fall något behöver steriliseras kan man föra till steriliseringen på Malax hvc.

På enheten förvaras all mat i kylskåp och andra skilda skåp för ändamålet i ett kök avsett för klienterna. Personalen på enheten sköter om servering av maten samt tillredning av frukost och kvällsbit, till vilket hör gröt, smörgåsar eller annan kall mat. Middagen kommer från köket tidigare under dagen och värms upp endast upp i köket på enheten. Handtvätt och användning av handskar hör till de sedvanliga rutinerna för personal som serverar maten. De flesta i personalen har hygienpass.

Vid infektioner eller smittsamma sjukdomar följs alltid rekommendationer givna av hygienskötare samt THL. Munskydd, nitrilhandskar och förkläden används enligt behov. Om isolering behövs ordnar man det så att klienten kan vårdas helt i sitt rum.

På enheten finns en hygienansvarig, Anna Sunden. Hygienskötaren är informerad om henne.

Hygienskötare för Malaxområdet är Merja Tikakoski, tfn 040 660 9395.

7.2 Hälsa- och sjukvård

För att hälso- och sjukvårdstjänster ska kunna säkerställas för klienterna behöver personalen upprätthålla och utveckla sitt yrkeskunnande. Förstahjälpkunnandet behöver möta enhetens klientstruktur och uppdateras vart tredje år. Med tanke på klientens hälsa, behöver det åtminstone på enheten finnas anvisningar kring ordnande av klienterna brådskande sjukvård, icke-brådskande hälso- och sjukvård, munhälsövård. Där till behöver det finnas anvisningar kring handlande vid oväntade dödsfall.

Läkarronder görs var tredje månad av ansvariga läkaren på Malax hvc. Ansvariga sjukskötaren ansvarar för ronderna och uppföljning av klienternas hälsotillstånd. Sjukskötare eller närvårdare konsulterar vid behov läkare om klientens hälsa eller allmäntillstånd blivit sämre. Möjlighet finns att kontakta Malax hvc vardagar 8-16 eller vårdbedömning på VCS per telefon under kvällar och helger. Vid akuta sjukdomsfall då vården inte kan genomföras på enheten kontaktas larmcentralen. Besök från mun- och tandvården till enheten ordnas kontinuerligt. Venösa blodprov tas på enheten och förs till laboratoriet på Malax hvc (Fimlab). Klienten kan remitteras till specialsjukvård av läkare. Personalen ansvarar för att klienten har möjlighet att besöka den specialiserade sjukvården och agerar följeslagare om inte anhöriga har möjlighet att göra det.

Personalen uppdaterar sina första hjälp kunskaper med 3 års mellanrum genom intern skolning ordnad av Välfärdsområdet.

För oväntade dödsfall på enheten finns skriftliga anvisningar på enheten. I första hand kontaktas polisen och därefter följer man deras anvisningar.

7.3 Läkemedelsbehandlings förverkligande

Enhets läkemedelsbehandling baserar sig på enhetens läkemedelsplan, som uppdateras årligen eller oftare som det t.ex. sker förändringar i enhetens läkemedelsbehandling eller lagstiftning. Planen för läkemedelsbehandling är ett verktyg för definition och administration av de olika delområdena inom säker läkemedelsbehandling på enheter som utför läkemedelsbehandling. I handboken för säker läkemedelsbehandling ges detaljerade anvisningar kring genomförande av enhetens läkemedelsbehandling, ansvarsfördelning, minimikrav som skall uppfyllas för anställda som deltar i läkemedelsbehandlingen. Enligt handboken ska varje enhet ha en utsedd ansvarsperson för läkemedelsbehandlingen och där betonad vidare att en introduktion i läkemedelsbehandlingsplanen är betydande del av personalens introduktion.

Enligt Fimea ska det på social- och hälsovårdsenheter finnas en utnämnd sjukskötare, som ansvarar för genomförandet av läkemedelsbehandlingen som helhet. Den sjukskötare som ansvarar för genomförandet av läkemedelsbehandlingen som helhet ska arbeta på arbetsenheten, så att han eller hon kan ingripa i observerade missförhållanden. Inom socialvården finns det dock enheter där klienternas servicebehov inte förutsätter en sjukskötare på heltid vid enheten, till exempel inom barnskyddet och servicen för utvecklingsstörda. Enheten ska dock utse en sjukskötare som ansvarar för den praktiska helheten av enhetens läkemedelsbehandling och som de facto besöker enheten för att bedöma om läkemedelsbehandlingen är ändamålsenlig,

som tar emot praktiska prov och så vidare. Om det inte finns någon sjukskötare bland enhetens egen personal, kan man komma överens om arbetsfördelningen med sjukskötarna vid serviceproducentens övriga enheter eller samarbeta med kommunens hälsovårdscentral eller med privata aktörer inom hälso- och sjukvården.

Läkemedelsbehandlingen på enheten styrs av gällande lagstiftning, **SHM:s handbok för säker läkemedelsbehandling**, Österbottens välfärdsområdes läkemedelsbehandlingsplan på organisations- och enhetsnivå, samt interna anvisningar.

Till egenkontrollen hör att identifiera och eliminera risker som orsakas av bristfällig kompetens eller oklara förfaranden i läkemedelsbehandling och -försörjning. Därtill måste man säkerställa att den social- och hälsovårdspersonalen som deltar i läkemedelsbehandlingen har ikraftvarande läkemedelslov. Ansvaret för detta är på individnivå varje enskild arbetstagare som deltar i läkemedelsbehandlingen för egen del, på enhetsnivå förpersonen och på organisationsnivå ledande tjänsteinnehavare.

Begränsat läkemedelsförråd

Privata serviceproducenter ska ansöka om tillstånd och offentliga verksamhetsenheter ska underrätta tillståndsmyndigheten innan ett begränsat läkemedelsförråd inrättas.

Läs mera: [Föreskrift för begränsade läkemedelsförråd](#)

På Emiliacentret ansvarar sjukskötare Anna Sunden för läkemedelsbehandlingen.

Ansvariga läkaren är Cassandra Sandström, allmänläkare på Malax hvc.

Läkemedelsbehandlingsplanen uppdateras årligen och finns i kansliet på enheten så att den skall vara lättillgänglig för personalen. Alla ombeds läsa den och underteckna då uppdatering gjorts.

Läkemedelsloven uppdateras med 5 års mellanrum enligt kraven och intyg över godkänd tentamen samlas in och dokumenteras av tf. serviceenhetschef Linda Syring. Ansvariga läkaren undertecknar läkemedelsloven. Anmälan om begränsat läkemedelsförråd har blivit sändt till Regionförvaltningsverket i januari 2023.

7.4 Främjande av välbefinnande, rehabilitering och tillväxt

Enligt barnskyddslagen (2007/417 § 4 a) skall barn inom barnskyddet säkerställas en god vård och fostran med hänsyn till barnets ålder och utvecklingsnivå behövlig tillsyn och omsorg samt barnets rätt till en balanserad utveckling och välfärd.

Enligt äldreomsorgslagen (2012/980 § 5) är kommunen åter skyldig att stödja den äldre befolkningens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand som en del av ordnandet av social- och hälsovården. I klienternas vård- och serviceplan skrivs det in konkreta målsättningar som förverkligas som en del av daglig vård- och omsorg. Lagen (2012/980 § 12-13) ger också kommunen en skyldighet, att ordna rådgivningstjänster som stöder den äldre befolkningens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand.

Man kan tala om förverkligande av delaktighet, när en person ändrar från att vara en i målgruppen till en aktör som utför åtgärder. Människan är en aktör, när hon verkar maximalt självständigt och på egen hand, får information och erfarenheter från olika handlingsalternativ, samt deras bra och dåliga sidor, väljer det

som passar en själv bäst, beslutar själv i vilken verksamhet som skall inledas och får någonting till stånd med sitt agerande, som inte skulle ske utan åtgärder. Agerandet kan stödas.

I klienternas vård- och serviceplaner inskrivs mål som hänför sig till daglig rörlighet, utevistelse, rehabilitering och rehabiliterande aktiviteter. Klientens fysiska, psykiska, kognitiva och sociala funktionsförmåga är alla sammankopplade och inverkar på klientens hälsa. Anhöriga får komma och besöka klienten dagligen, ha telefonkontakt eller så kan klienten fara hem på permission om det är möjligt med tanke på hälsan.

Faktorer som daglig rörlighet samt rehabiliterande aktiviteter och daglig utevistelse bidrar till välmående. En dag i veckan besöker rehabiliterande närvårdare Camilla Häggback enheten, därtill har personalen ansvar för att rehabilitering utförs.

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 enligt önskemål och rörelseförmåga vistas utomhus regelbundet t.ex. att sitta ute på gården eller terrassen eller komma ut på promenad.

7.5 Måltider och lämplig mat

För många av socialvårdens klienter har näring och måltider, samt seder och bruk kring dem en viktig del av servicen. I kosthållningen behöver livsmedelsverkets närings- och matrekommendationer för olika befolkningsgrupper i olika åldersgrupper beaktas. I kosthållningen behöver klienternas önskemål, dieter (beroende på sjukdomar, födoämnesöverkänslighet, - allergier och -intoleranser) och beakta lämpliga födoämneskonsistenser, för att alla klienter skall kunna ta del av matens näringsinnehåll utan onödiga hälsorisker. Kost som baserar sig på religion eller etisk övertygelse utgör en del av mångkulturalitet, vilket ska beaktas när service tillhandahålls. Vidare information hittas i [Livsmedelsverkets närings- och matrekommendationer](#)

Ansvar för matservicen handhas av Petalax skolkök på vardagar och Malax hvc kök genom Teese botnia på helger. Köket följer för verksamheten centrala näringsrekommendationer och har yrkesutbildad personal. Köket har kunskap om specialkost enligt ordination. Hygienbestämmelser, kvalitetskontroller och myndighetskrav beaktas vid tillverkning och distribution.

Personalen på enheten tillreder morgonmål, eftermiddagskaffe och kvällsbit samt mellanmål vid behov.

Under dygnet serveras morgonmål, lunch, kaffe, middag, kvällsmål och ett senare nattmål vid behov för att undvika att nattfastan överstiger 11 timmar. Klienternas dieter och begränsningar meddelas till köket. Klienternas önskemål angående mellanmål och kvällsmål beaktas. Klienternas näringstillstånd uppföljs regelbundet genom vägning och MNA-test. Vid risk för undernäring ges mellanmål och olika näringsberikade nutridrinkar.

7.6 Enhetens verksamhetsutrymmen

Egenkontrollplanen behöver innehålla en beskrivning av i vilka utrymmen verksamheten bedrivs. Vilka gemensamma och enskilda utrymmen finns och principerna för användningen av dessa.

Allmänna utrymmen får användas av alla, såväl boende och besökare som personal. I det gemensamma kansli / medicinrummet skall endast personal vistas och dörren dit hålls alltid låst.

Klienterna får möblera sina rum själva med egna möbler och textilier. Rummen är personliga så länge klienten bor på enheten. Dörrarna till rummet hålls alltid stängda under vårdåtgärder för att skydda klientens integritet. Besök av anhöriga eller andra sker oftast i klientens rum men möjlighet finns även att vara i enhetens dagrum.

8 KLIENT- OCH PERSONALSÄKERHET

8.1 Egenkontroll enligt hälsoskyddslagen

Enligt hälsoskyddslagens (763/1994) 13 § skall en skriftlig anmälan göras till kommunens hälsoskyddsmyndighet före inledande, vid ändringar och avslutande verksamhetsenheter som ger fortlöpande vård inom socialvården, serviceboenden med heldygnsomsorg, institutionsvård, barnskyddsenheter. Vilka enheter det berörs finns närmare specificerat i lagens bilaga. Innehållet i anmälan finns närmare preciserat i hälsoskyddsförordningen (1280/1994) 4 §.

Enligt hälsoskyddslagens 2 § skall verksamhetsutövaren känna till de hälsorisker som finns i verksamheten och följa upp de faktorer som inverkar på dem (egenkontroll). Verksamhetsutövaren skall systematiskt förhindra uppkomsten av hälsorisker som uppkommer via sanitära olägenheter.

På verksamhetsenhetens hälsosfaktorer inverkar kemikaliska och mikrobiologiska orenheter, samt fysikaliska förhållanden till vilka hör inomhusluftens temperatur och fuktighet, buller (ljudförhållanden), luftombyte (luftens kvalitet), strålning och belysning. Det här riskerna är kända och hanteringen av dessa risker är planerade.

Risikanalys och bedömning av arbetsförhållanden, belastningsfaktorer och arbetsmetoder sker i samband med arbetsplatsbesök från företagshälsovården. I risikanalysen bedöms fysisk och psykisk belastning. Företagshälsovården ger sedan rekommendationer om förbättringar. Arbetarskyddsinspektioner utförs vid behov. Verksamhetsenheten har en säkerhetsplan vilken innehåller direktiv för brand, räddning, utrymning.

8.2 Medicinskt tekniska produkter

Fimea ansvarar för styrningen och tillsynen av medicinskt tekniska produkter, vilket inom socialvården innefattar rullstolar, rollatorer, personlyftanordningar, blodtrycks- och blodsockermätare, hörapparater, sårförband etc. Användningen av dessa produkter innebär säkerhetsrisker, vilket betyder att introduktion till rätt användning, underhåll, rapporteringar om tillbud och utseende av en ansvarsperson på enheten är viktiga moment för att minska på säkerhetsriskerna.

Det skall alltid göras en tillbudsansmälan till Fimea, när social- och hälsovårdens medicintekniska produkter orsakat tillbud eller som kunde ha lett till att klienten, användaren eller någon annan persons hälsa äventyras. En yrkesmässig användare ska anmäla sådana tillbud i anslutning till medicintekniska produkter som beror på produktens egenskaper, icke önskvärda biverkningar, en avvikelse eller störning i produktens prestanda, brister i märkningen av produkten, en bristfällig eller felaktig bruksanvisning för produkten, något annat skäl som hänför sig till användningen av produkten.

Yrkesmässiga användare skall ha en utsedd ansvarsperson, som ansvarar för, att användarna i sin verksamhet följer lagen om medicinteknisk utrustning (719/2021, 32–33§).

Ansvarsperson för medicintekniska produkter är tf. serviceenhetschef Linda Syring, linda.syring@ovph.fi, tfn 040-6508134. Inom välfärdsområdet är sjukhusingenjör Petri Luoma, petri.luoma@ovph.fi ansvarig.

Alla i personalen samt återkommande vikarier har gjort apparatpassat, vilket förvaras i en pärm på enheten. De hjälpmedel klienterna behöver finns inköpta till enheten eller så har de personliga hjälpmedel från tidigare som de kan ta med. I en del fall kan hjälpmedel tillfälligt lånas av hjälpmedelscentralen på Malax hvc. Personliftar finns på enheten.

Alla i personalen har ansvar för att rapportera till ansvarspersonen ifall de upptäcker fel eller brister i hjälpmedlen. Därefter tar ansvarspersonen kontakt med antingen fastighetsskötare eller servicefirma, oftast Handitec, beroende på hurudant fel som uppstått.

8.3 Tekniska säkerhetslösningar

Klienternas som personalens säkerhet tryggas på olika sätt beroende på vilka risker som det finns i enhetens verksamhet. Säkerheten kan tryggas för klienternas del med klientlarm och larmtelefoner och för personalens del med telefoner, personlarm och personsökare etc. På enhetsnivå kan det handla om hur passagekontrollen är ordnad till enheten som till olika utrymmen, placering av möbler i olika utrymmen, extra utgångar till vissa utrymmen, i vilken utsträckning ytterdörrarna är låsta, tillgång till bevakningskameror, köpta tjänster av säkerhetsföretag etc.

I planen för egenkontroll behöver enhetens principerna för tryggade av säkerheten inklusive ansvarsfrågorna klargöras. Ifall kameraövervakning används på enheten, behöver det finnas information kring detta, så att alla som rör sig i utrymmena är medvetna om detta. För kameraövervakning i allmänna utrymmen behöver det finnas en grundad orsak som baserar sig på klientens vård, säkerhets och hälsosfaktorer. Klientrum, personalutrymmen och toaletter får inte filmas. Områden på utsidan får filmas utan någon speciell orsak. När klienter filmas behöver grundlagens 10 paragraf angående skydd av privatlivet beaktas. Det är speciellt viktigt att tänka igenom, till vad det inspelad materialet används och vem har rätt att se på det. Materialet utgör i praktiken en klienthandling. Kameraövervakning i läkemedelsrum är att rekommendera och för det finns det en grundad orsak. Brister i personalbemanning får inte ersättas med kameraövervakning. Därtill behöver det finnas en registerbeskrivning över kameraövervakningen.

Handlar det åter om larmtelefoner inom hemvården, så behöver det finnas principer och praxis för anskaffning, samt finnas en utnämnd ansvarsperson för introduktion i användning och funktionssäkerhet. I konsumentssäkerhetslagen (920/2011, § 7) åläggs en tjänsteleverantör av larmtelefoner och andra motsvarande tjänster en skyldighet att upprätta ett säkerhetsdokument med en plan för identifiering av faror och hantering av risker. Enligt paragrafens 2 mom. kan säkerhetsdokumentet ersättas med de uppgifter om de omständigheter som beaktats i egenkontrollplanen.

Tunstall trygghetslarm finns installerat på enheten, klienterna har trygghetsarmband och kan alarmera då de behöver hjälp. Larmen går till en larmtelefon som en i personalen bär med sig. På så sätt tryggas att larmen alltid mottas. Ansvarsperson för trygghetslarmet är sjukskötare Anna Sunden, anna.sunden@ovph.fi.

8.4 Säkerhets-, räddnings- och beredskapsplaner

Tryggande av säkerheten på enheten innefattar många olika aspekter och är beroende av vilken verksamhet som bedrivs. För boendeenheter är säkerhetssynpunkt är det viktigt med en aktuell räddningsplan (fastighetsägarens ansvar) ja utredning av utrymningssäkerhet som övervakas av övervakas av brand- och räddningsverket. Därtill skall varje enhet uppgöra en säkerhetsplan, som innehåller brand- och utrymnings-, fastighetens- och personalenssäkerhet, samt säkerhetssystem. Ifall det finns ett kök på enheten behöver köket uppgöra en egenkontrollplan som tillsammans med livsmedelshygienen övervakas av hälsoskyddsmyndigheterna.

Inom socialvården upprätthåller man beredskap för störningssituationer och undantagsförhållanden, för att samhällets funktionsförmåga ska kunna säkerställas i alla situationer. Hantering av störningssituationer är en del av det dagliga arbetet inom socialvården. Genom beredskapsplanen förbereder man sig för störnings- och undantagsförhållanden på organisations- och enhetsnivå.

Läs mera: [SHM: Beredskap inom social- och hälsovården](#)
[SHM: Beredskapsärenden](#)

Ett kontinuerligt samarbete förs med andra säkerhetsansvariga myndigheter och aktörer. Brand- och räddningsplan finns på enheten och den genomgås årligen, vid personalmöte, med personalen för att kunskapen skall upprätthållas. Fastighetsskötarna kontrollerar regelbundet att det automatiska brandlarmet och sprinklers fungerar. Brandsläckningsövningar inplaneras med räddningsverket med några års intervaller, senaste övning gjord 2019. För att säkerställa att all personal deltar planeras detta in på arbetslista under arbetsdagen.

8.5 Dataskydd och datasekretess, samt egenkontrollplan för informationssäkerhet

Med personuppgifter avses varje uppgift som anknyter till en identifierad eller identifierbar fysisk person. Inom socialvården är klientuppgifter känsliga och sekretessbelagda personuppgifter. Uppgifter som gäller hälsa hör till särskilda kategorier av personuppgifter som endast kan behandlas under vissa förutsättningar. En bra informationshantering är planerad alltifrån dokumentering av klientarbetet till arkivering och förstöring av uppgifterna. Vid hantering av personuppgifter inom socialvården bildas ett personregister som styrs av EU:s allmänna dataskyddsförordning (EU 2016/679). Därtill tillämpas den nationella dataskyddslagen (1050/2018) som kompletterar och preciserar dataskyddsförordningen. Behandlingen av personuppgifter påverkas också av den lagstiftningen som gäller separat för varje bransch.

Dataskyddsförordningen innehåller även bestämmelser om de centrala principerna för behandling av personuppgifter. Den personuppgiftsansvarige ska anmäla personuppgiftsincidenter till tillsynsmyndigheten och till de registrerade. Med registeransvarig förstås den part som ensam eller tillsammans med andra bestämmer avsikten och sätten som personuppgifter behandlas. Behandlare av personuppgifter betyder till exempel en enhet/service, som behandlar personuppgifter för registerhållarens räkning. Registerhållaren ska bl.a.

handleda de underställda personer som har tillgång till uppgifter (29 artikeln i dataskyddsförordningen). Bestämmelser om den registrerades rättigheter ingår i kapitel 3 i förordningen, som också innehåller regler om information till den registrerade.

THL har utfärdat en myndighetsföreskrift (3/2021) till social- och hälsovården om egenkontroll av de krav som ställs på användningen av informationssystem enligt 19 h § i lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården. Datasäkerhetens egenkontrollplan är ett skilt dokument, som inte är en offentlig handling, men utgör en del av helheten av enhetens egenkontroll.

I klientdatasystem Abilita-socialvård dokumenteras uppgifter gällande klienten av personalen på enheten och arkiveras i Socialvårdens Kanta-arkiv.

Varje arbetstagare, även vikarier, har egna inloggningsuppgifter till både datorn och vårdjournalen i Abilita. Inloggningsuppgifter beställs av förmannen via 2M-It servicekanal. Förmannen har även ansvar för att se till att en arbetstagare eller vikarie som slutat ej längre har tillgång till vårdjournalen.

På enheten finns i skriftlig form tillvägagångssätt vid dokumentation samt vikten av sekretessen då det gäller klientuppgifter. Alla nya arbetstagare eller studerande får information om direktiven av en utsedd handledare eller mentor.

Tuija Viitala e-post: tuija.viita@ovph.fi, tfn 06 213 1841 och Anne Korpi e-post: anne.korpi@ovph.fi, tfn 040 183 2211

9 EGENKONTROLLPLANENS ANSVARSPERSON, UPPDATERING OCH OFFENTLIGHET

Egenkontrollplanens ansvarsperson eller ansvarspersoner

Planen för egenkontroll görs upp av förpersonen som ansvarar för enheten/ servicehelheten i samarbete med personalen. Det kan finnas skilda ansvarspersoner för olika delar av egenkontrollen. Klienterna kan även delta i planeringen av egenkontrollen.

Planen för egenkontroll är uppdaterad av tf. serviceenhetschef Linda Syring, linda.syring@ovph.fi, tfn 040-6508134. Alla i personalen på enheten har haft möjlighet att läsa igenom och vid behov ge synpunkter om förändringar innan inlämnandet

Egenkontrollplanens uppdatering

Planen för egenkontroll uppdateras en gång i året och alltid när det inträffar förändringar i verksamheten som påverkar servicekvaliteten och klientsäkerheten. Tidigare versioner av egenkontrollplanen skall sparas i åtminstone 7 år. Egenkontrollplanen sparas i välfärdsområdets dokumenthanteringssystem samt på andra ställen som organisationen har fastställt.

Årligen planeras uppdatering in av serviceenhetschefen, varefter planen lämnas in till välfärdsområdet inom utsatt tid.

Egenkontrollplanens Offentlighet

En uppdaterad plan för egenkontroll ska hållas offentligt framlagd vid enheten så att klienterna, deras anhöriga och alla som är intresserade av egenkontroll lätt och utan särskild begäran kan läsa planen.

Egenkontrollplanen finns tillgänglig på enhetens kansli samt på välfärdsområdets intranet.

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.

Uppföljning av egenkontrollplanen

Enligt lagen om ordande av social- och hälsovårdens (612/2021) 40 § ska ett välfärdsområde och en privat tjänsteproducent ska utarbeta ett program för egenkontroll i fråga om de uppgifter och tjänster som de ansvarar för. I programmet ska det bestämmas hur fullgörandet av de skyldigheter som avses i 1 mom. som helhet ordnas och genomförs. I programmet ska det anges hur genomförandet, säkerheten och kvaliteten samt jämlikheten i fråga om social- och hälsovårdstjänsterna ska övervakas och hur brister som observeras ska avhjälpas. **I programmet för egenkontroll ingår en plan för egenkontroll och en patientsäkerhetsplan om vilka det föreskrivs särskilt i lag.**

Programmet för egenkontroll samt iakttagelser som baserar sig på uppföljningen av programmet och åtgärder som baserar sig på iakttagelserna ska offentliggöras i det allmänna datanätet och på andra sätt som främjar deras offentlighet.

Socialombudsman

Kontakta socialombudsmannen om du är missnöjd med bemötandet eller servicen som du fått inom socialvården.

Socialombudsmannen hjälper dig till exempel genom att utreda lagstiftningens innehåll och berätta om myndigheternas praxis.

Socialombudsmannen ger dig råd om viken myndighet du bör vända dig till i ett visst ärende och ger råd om hur du kan söka ändring i ett beslut.

Socialombudsmannen har inte rätt att fatta beslut i praktiska ärenden och kan därför inte ändra en socialarbetares beslut.

Service är kostnadsfri!

**Telefontid: måndag–fredag, klockan 8.00–14.00,
Telefonnummer 040 507 9303**

E-post: sosiaaliamies@ovph.fi (ej skyddad e-post)

Besöksadress: Korsholmsesplanaden 44, 65100 Vasa



Patientombudsmannen till din hjälp

Vi hjälper dig om du har frågor
om patientens rättigheter.

Vi ger råd, hur du kan gå tillväga, om du är missnöjd med
vården eller bemötandet.

Vi ger råd och hjälper i anmärknings- och patientskadeärenden.

**Telefontider: måndag–torsdag, klockan 9.00–11.00
och 12.00-14.00,
telefonnummer 06 218 1080**

Boka tid via telefonen om du vill besöka oss personligen.

E-post: patientombudsman@ovph.fi (ej skyddad e-post)

