

# PLAN FÖR KVALITETSLEDNING, KLIENT- OCH PATIENTSÄKERHET I ÖSTERBOTTENS VÄLFÄRDSOMRÅDE

Godkänd i förvaltningsledningsgruppen xx.xx.xxxx

## Innehåll

INLEDNING .....	5
1 PRINCIPER FÖR KVALITETS- OCH KLIENTSÄKERHETSVERKSAMHETEN SAMT SÄKERHETSLEDNINGSSYSTEM .....	10
1.1 Klient- och patientsäkerhetspolicy i samkommunen för Österbottens välfärdsområde 10	
1.2 Verkställandet av kvalitet- och säkerhetspolicyen .....	11
1.3 Säkerhetskultur.....	12
1.4 Säkerhetsledningssystemet inom välfärdsområdet .....	13
1.5 Ledningssystem och ansvar .....	13
2. KVALITETSLEDNING.....	20
2.1 Program för kvalitets- och säkerhetsledning .....	20
2.2 System för kvalitets- och säkerhetsuppföljning .....	20
2.3 Kvalitets- och säkerhetsuppföljning.....	21
2.3.1 Ledningssyn som verktyg för uppföljningen av kvaliteten.....	22
2.3.2. Själbedömningar .....	22
2.3.3 Auditering .....	22
2.3.4 Kvalitetsrapport.....	23
2.4 Processutveckling – Lean .....	24
2.5 Datasäkerhet och dataskydd .....	24
2.5.1 Digital säkerhet.....	25
3 TILLSYN.....	26
3.1 Den rättsliga bakgrunden till tillsynen.....	26
3.2 Olika former av och objekt för tillsynen .....	27
3.2.1 Tillsynsmyndigheternas arbetsfördelning och uppgifter.....	29
3.2.2 Skyldighet att anmäla brister och missförhållanden .....	30
3.2.3 Läkartjänster vid serviceboende .....	30
3.2.4 Tillsynsplan.....	31
3.3 Egenkontroll.....	31
3.3.1 Plan för egenkontroll.....	31
3.3.2 Tillgång till vård och uppföljning av vårdgarantin.....	32
3.4 Socialvårdens klientplaner .....	35
3.5 Vård- och rehabiliteringsplan .....	35
3.6 Klientens och patientens självbestämmanderätt och begränsande åtgärder .....	36

3.6.1	Självbestämmanderätt .....	36
3.6.2	Begränsningsåtgärder .....	37
3.7	Upphandlingsförfarande och köptjänster.....	38
4	KLIENTERNAS OCH DE NÄRSTÅENDES DELAKTIGHET .....	41
4.1	Definition av delaktighet.....	41
4.2	Delaktighetsformer.....	41
4.3	Klientrådet .....	43
4.4	Organisationssamarbete.....	44
4.5	Information och handledning till klienter .....	45
4.6	Anmärkningar, klagomål och patientskadeanmälningar .....	45
4.6.1	Anmärkningar .....	46
4.6.2	Klagomål .....	46
4.6.3	Patientskada.....	47
4.6.4	Begäran om omprövning och klagomål på ett organs beslut inom socialvården 47	
4.6.5	Vårdanmälningsdatabas .....	48
4.7	Klientresponssystem.....	49
5	PERSONALENS KOMPETENS.....	50
5.1	Yrkeskompetens hos anställda inom social- och hälsovården samt rätten att vara verksam inom området .....	50
5.1.1	Säkerställande av patientsäkerheten när en studerande är verksam i en legitimerad yrkesutbildad persons uppgifter .....	51
5.2	Introduktion.....	52
5.3	Behandling av klient- och patientsäkerhetsteman med personalen.....	53
6	RISKHANTERING ANGÅENDE KLIENT- OCH PATIENTSÄKERHET .....	55
6.1	Anmälnings- och rapporteringssystem.....	56
6.1.1	1 Anmälan och handläggning av farliga händelser .....	59
6.1.2	Bedömning av risken för farliga situationer .....	61
6.1.3	Missförhållandeanmälan i socialvården .....	61
6.1.4	Klienters anmälningar av farliga situationer .....	62
6.1.5	Anmälningar från externa serviceproducenter och samarbetspartner.....	62
6.1.5	Orosanmälan eller kontakt.....	62
6.2	Anmälan och handläggning av allvariga farliga situationer .....	63
6.2.1	Anmälan av allvarig farlig situation .....	63



6.2.2	Klientsäkerhetsutredning .....	63
6.2.3	Utredningsprocessen för klientsäkerhet .....	64
6.2.4	Efterbehandling av allvarliga farliga situationer .....	65
6.2.5	Verksamhetsmodellen second victim .....	65
6.3	Arbetsmiljö och säker användning av apparater .....	65
6.3.1	Säker vårdmiljö .....	66
6.3.2	Anmälningar gällande medicintekniska produkter .....	66
6.4	Regelbunden uppföljning av farliga situationer och negativa händelser .....	67
6.5	Att lära av framgångar .....	67
6.6	Säkerhetsrundvandringar .....	68
6.7	Identifiering av risker, riskkartläggningar .....	68
6.7.1	Regelbundna riskanalyser .....	68
6.7.2	Riskanalyser i förändringssituationer .....	69
6.7.3	Riskanalyser för verksamhet, vård- och serviceprocesser .....	70
6.7.4	Fastställande av riskens storlek .....	71
6.7.5	Fastställande av risksignifikans, val och vidtagande av åtgärder .....	73
6.7.6	Uppföljning och utvärdering .....	75
6.8	Uppföljning av vårdrelaterade infektioner .....	76
6.8.1	Anmälning av infektioner .....	77
6.8.2	Användningen av uppföljningsuppgifter .....	78
6.8.3	Nationell och internationell jämförelse av infektioner .....	78
7	ÅTGÄRDSPROGRAM FÖR KVALITET OCH KLIENTSÄKERHET .....	80
7.2	Upprätthållande och distribuering av planen för kvalitetsledning och klient- och patientsäkerhet .....	80
	URSPRUNGET .....	81
	Lagar och inställningar som användas i dokumenten .....	81
	BILAGOR .....	83
	Bilaga 1. Övriga verksamhetsplaner för kvalitet och klient- och patientsäkerhet .....	83

## INLEDNING



Syftet med samkommunen för Österbottens välfärdsområdes plan för kvalitetsledning och klient- och patientsäkerhet är att stödja social- och hälsovårds- och räddningsväsendets personal i det dagliga arbetet med att genomföra och utveckla högklassig vård och service i välfärdssamkommunens tjänster. Planen grundar sig på välfärdsområdets strategi, den nationella klient- och patientsäkerhetsstrategin, nationella författningar, anvisningar och rekommendationer om kvalitet och klient- och patientsäkerhet samt samkommunens interna anvisningar och principer. Samkommunens värderingar, dvs. "från människa till människa", "framåttäckande" och "jämlik behandling" ska synas i organisationens och arbetstagarnas dagliga verksamhet och i ledningen av denna. (Strategi och värderingar. Österbottens välfärdsområde, 2022.)

Hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010, 8 §) och förordningar utfärdade med stöd av den, socialvårdslagen (1301/2014), lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården (817/2015), lagen om ändring av lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (1346/2016) samt lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021), räddningslagen (29.4.2011/379) samt lagarna om klientens och patientens ställning (812/2000, 785/1992) är de mest centrala förordningarna, som styr klient- och patientsäkerheten i Finland. Denna plan täcker de tjänster inom social- och hälsovården som omfattas av samkommunens organiseringsansvar. Planen kommer att uppdateras 2023 och då beaktas också räddningsväsendet.

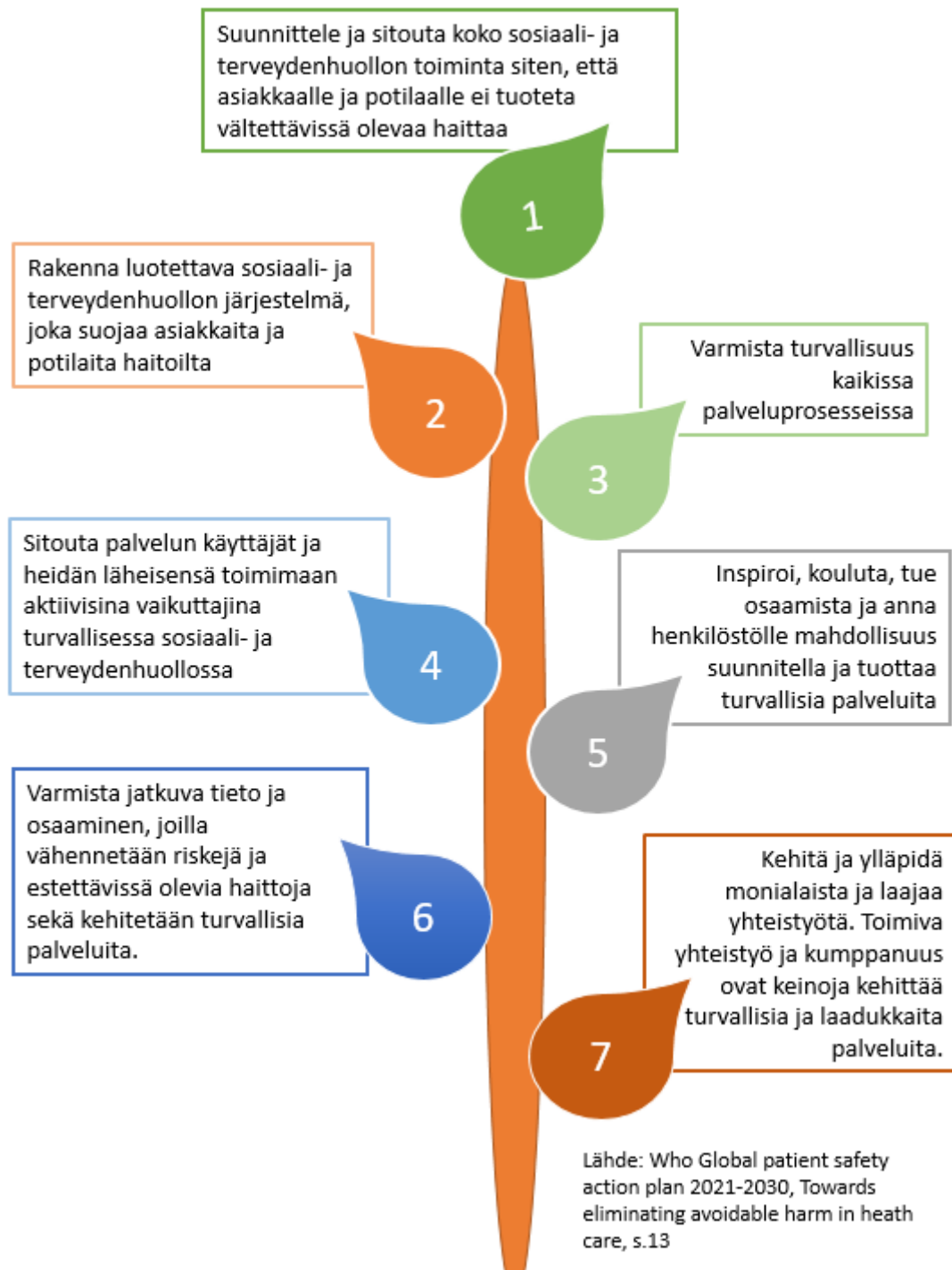
Genom klient- och patientsäkerhetsstrategin och genomförandeplanen 2022-2026 främjas också åtgärder som stärker delaktighet och säkerhet samt ledandet av säkerhetskulturen i Finland. (Social- och hälsovårdsministeriet.

Visionen är att Finland ska vara ett modelland för klient- och patientsäkerhet 2026 – vi undviker de skador som går att undvika. Det innebär att vi tar i bruk de rekommendationer som baserar sig på bästa tillgängliga forskningsrön så att de gagnar ledningen, yrkespersoner, patienter och klienter i

alla organisationer och på alla verksamhetsnivåer. (Social- och hälsovårdsministeriet. 2022.)

För att visionen ska kunna förverkligas är den indelad i fyra strategiska spetsar. Under varje spets finns tre mål, som stärker klient- och patientsäkerheten, om de uppnås. I strategin ingår en genomförandeplan, så att tillämpningen av målen i den dagliga verksamheten kan inledas genast i början av strategiperioden. De strategiska spetsarna, målen och åtgärderna är utarbetade så att visionen är möjlig att uppnå. Genomförandet av strategin följs upp med de mätare som valts för ändamålet. (Social- och hälsovårdsministeriet. 2022.)

Referensramen för Österbottens välfärdsområdes klient- och patientsäkerhet grundar sig på WHO:s modell. Denna plan bygger på WHO:s verksamhetsmodell för klient- och patientsäkerhet enligt olika delområden (Figur 1).



Figur 1. WHO:s handlingsplan för klient- och patientsäkerhet

## Centrala termer i planen

**Klient** avser enligt lagen invånare i välfärdsområdet och andra personer för vilka välfärdsområdet enligt lag ska ordna social- och hälsovårdstjänster. Termen avser både termerna klient och patient. (Lag om ordnande av social- och hälsovård. 612/2001.

Säkerhet avser i den här planen klientsäkerhet.

**Kvalitet- och säkerhetspolicyn** beskriver målen för utvecklingen av verksamheten inom samkommunen för Österbottens välfärdsområde. Ledningsgruppen ansvarar för utvecklingen och uppdateringen av policyn. Policyn godkänns av styrelsen för samkommunen för välfärdsområdet.

**Med hjälp av kvalitetssystemet granskas** servicesystemets struktur, serviceprocesser och effekt systematiskt genom användning av SHQS-utvärderingskriterier. Samtidigt utförs kontinuerligt utvecklingsarbete.

**Klientsäkerhetssystemet** är en helhet av tillvägagångssätt, med anvisningar och beskrivningar på organisationsnivå, och vars mål är främjande av klient- och patientsäkerheten, utveckling, utbildning och information i anknytning till klient- och patientsäkerhet samt uppföljning, analys och rapportering av fastställda klient- och patientsäkerhetsevenemang. Klientsäkerhetssystemet är en del av säkerhetsledningssystemet, med hjälp av vilket säkerheten utvecklas på ett övergripande plan. För utarbetandet och uppdateringen av klientsäkerhetssystemet ansvarar välfärdsområdets resultatområde för kvalitet och tillsyn. Systemet godkänns av styrelsen för samkommunen för välfärdsområdet. Systemet uppdateras årligen i september.

**Metoder och praxis som främjar klientsäkerheten** är detaljerade tillvägagångssätt och anvisningar i anknytning till främjande av klientsäkerheten, vilka berör hela organisationen eller dess enskilda enheter. På enhetsnivå ansvarar förmän och ansvarspersoner och på välfärdsområdesnivå ansvarar sakkunniga för utarbetandet och upprätthållandet av dessa tillvägagångssätt och anvisningar.

**Åtgärdsprogrammet för klientsäkerheten** uppgörs årligen i samband med kvalitetsrapporten. För utarbetandet ansvarar styrgruppen för kvalitetsledning, och det godkänns av välfärdsområdets ledningsgrupp.

**Med kvalitet** avses en produkts/tjänsts förmåga att fylla behov eller krav hos klienten, eller korrelationen mellan verksamhetens mål och dess resultat. (Terveidenhuollon laatuopas, 2011). Kvaliteten hos tjänster inom social- och hälsovården granskas ur synvinkeln för klienten, personalen och organisationen. Beträffande kvaliteten hos en tjänst beaktas klientorientering och att tjänsterna genomförs vid rätt tidpunkt. Ändamålsenlig kompetens är grunden för klientarbetets kvalitet. Processernas kvalitet framgår av servicekedjornas smidighet och effekten framgår av förändring i klientens hälsa och välbefinnande.

**Övergripande säkerhet** är ett tillstånd, där det finns beredskap för hot och risker mot livsviktiga samhällsfunktioner. Övergripande säkerhet är ett huvudbegrepp, som koordinerar och samordnar aktörer och funktioner i anknytning till säkerhet. Till den övergripande säkerheten hör beredskap inför hot, hantering av störnings- och undantagssituationer samt återhämtning från sådana. Övergripande



säkerhet är en modell för att göra saker tillsammans, enligt vilken man delar, analyserar och utvecklar information i anknytning till säkerhet.

Inom hälso- och sjukvården används termen **farlig händelse**, vilket är en händelse som äventyrar patients säkerhet, vilket innebär en skada för patienten (= skadlig händelse) eller hade kunnat innebära skada för patienten (tillbud).

Inom socialvården är motsvarande begrepp **missförhållande** eller **risk för missförhållande**, med vilket avses till exempel framkomna brister i klientsäkerhet, misshandel av klient och åtgärder som ingår i verksamhetskulturen vilka är skadliga för klienten, eller uppenbar risk för sådana.

# 1 PRINCIPER FÖR KVALITETS- OCH KLIENTSÄKERHETSVERKSAMHETEN SAMT SÄKERHETSLEDNINGSSYSTEM

## 1.1 Klient- och patientsäkerhetspolicy i samkommunen för Österbottens välfärdsområde

Referensramen för kvalitetsledning och klient- och patientsäkerhet inom Österbottens välfärdsområde har sin grund i WHO:s modell samt i den nationella klient- och patientsäkerhetsstrategin. Också Österbottens välfärdsområdes strategiska mål att vara i den nordiska toppen i fråga om säkerhet och kvalitet ger bra ramar för utveckling av kvalitetsledning och säkerhet. I missionen för välfärdsområdet lovar vi arbeta verkningsfullt tillsammans med människorna i vårt område för att erbjuda trygghet, funktionsförmåga och välmående på två språk. Samkommunen för Österbottens välfärdsområde har som vision att inom sitt område vara närvarande i människornas vardag så att i Österbotten bor den mest välmående befolkningen i Finland och att klient- och patientsäkerheten är i toppklass i Norden. Samkommunens värden "från människa till människa", "framåtblickande" och "jämlig behandling" är närvarande i den dagliga verksamheten. (Social- och hälsovårdsministeriet. 2022. WHO. 2021).

I den av styrelsen godkända strategin betonas säkra, smidiga, effektiva social- och hälsovårdstjänster på två språk som är tillgängliga för människorna. Tjänsterna produceras ekonomiskt och effektivt i en enhetlig organisation av en yrkeskunnig och innovativ personal. I verksamheten beaktas personalens välbefinnande och tillräckliga verksamhetsförutsättningar för att ge god service.

I verksamheten för välfärdsområdets samkommun betonas målmedvetet arbete som grundar sig på bedömning av klientens servicebehov, förståelse för klientens helhetssituation och planering av verksamheten utifrån den, klientens självbestämmanderätt och deltagande genom klientprocessen samt principerna för god förvaltning. Klientens vård och den service som ges/ordnas sker i samförstånd med klienten, så att klientens individuella behov och önskemål beaktas.

En säker och god service genomförs på rätt sätt och vid rätt tidpunkt. I den nyttjas befintliga resurser på bästa möjliga sätt. Samarbetet och informationen mellan aktörerna som deltar i servicen och vården, klienterna och deras närstående är välfungerande.

Klientsäkerheten är en gemensam angelägenhet i samkommunen. Den förutsätter att ledningen och hela personalen förbinder sig till de gemensamma målen. Ambitionen är en kontinuerlig utveckling av verksamheten och regelbunden bedömning av verksamhetens risker, för att skador orsakade av avvikelser i processen inte ska inträffa för en enda klient. Slutresultatet av god service och vård är människor som är nöjda med den vård och service samt det bemötande de får.

## 1.2 Verkställandet av kvalitet- och säkerhetspolicyn

Verkställandet av säkerhetspolicyn förutsätter att alla nivåer i samkommunen arbetar systematiskt för att främja en högklassig och säker servicehelhet samt för att främja samarbetet mellan olika yrkesgrupper samt för att utveckla de befintliga tillvägagångssätten.

**Organisationens ledning** svarar för planering, uppföljning, riktlinjer och resursfördelning beträffande verksamheten.

Vid verkställandet av kvalitet- och säkerhetspolicyn ska ledningen

- föra fram kvalitet och säkerhet som primära värden i verksamheten samt stödja utvecklingen av en öppen och rättvis säkerhetskultur,
- årligen i verksamhetsberättelsen anteckna åtgärder för främjande av säkerheten samt effekterna av åtgärderna,
- inrikta organisationens strategiska mål enligt klienternas behov och följa upp genomförandet av klientorienteringen,
- vid beslutsfattandet bedöma de planerade åtgärdernas effekter på säkerheten, rådande tillvägagångssätt, resurser och kompetenskrav,
- följa med säkerhetens utveckling enligt fastställda mätare och använda uppföljningsdata baserad på dessa vid utvecklingen av verksamheten,
- säkerställa att aktuella och behovsrelaterade processbeskrivningar, serviceprotokoll samt servicekedjor har utarbetats och är tillgängliga.

**De närmaste chefernas** uppgifter är att säkerställa, observera och utveckla verksamhetens smidighet.

Vid verkställandet av kvalitet- och säkerhetspolicyn ska förmännen

- upprätthålla en öppen diskussion om kvalitet och säkerhet på enheterna och i intressegrupperna genom att stödja utvecklingen av en atmosfär som inte skuldbelägger någon,
- uppmuntra att göra orosanmälningar och anmälningar om missförhållanden samt rapportering av kvalitetsavvikelser och farliga situationer och utveckla verksamheten utifrån responsen,
- regelbundet ta upp kvalitets- och säkerhetsfrågor på arbetsplatsmöten, personalmöten, avdelningstimmor och verksamhetsenhetens möten. Dessutom ger de personalen möjlighet att framföra sina egna synpunkter på verksamhetens utvecklingsbehov,
- satsa på att engagera alla personalgrupper i gemensamma tillvägagångssätt,
- säkerställa att det på verksamhetsenheten finns ett tydligt introduktionsprogram för vikarier och nya arbetstagare samt utöva tillsyn över att det följs. Den närmaste chefen planerar dessutom deltagande i organisationens multiprofessionella introduktionsprogram för nya arbetstagare och bedömer introduktionens tillräcklighet innan nya tillvägagångssätt, vårdrutiner eller apparater tas i bruk,
- ge personalen konstruktiv respons regelbundet och vid rätt tidpunkt.

**Personalens** uppgift är att genomföra, följa upp och utveckla klientorienterad vård och service. Vid genomförandet av kvalitets- och säkerhetspolicyn ska personalen

- bedriva servicen på ett säkert sätt genom att tillämpa metoder som utgår från evidens eller god praxis och är effektiva,
- säkerställa att samarbetet och informationen mellan aktörerna som deltar i servicen och vården löper smidigt,
- delta i uppföljning av kvalitet och säkerhet samt i utvecklingen av verksamheten (rapportering och respons),

- reservera tillräckligt med tid för klienten, så att denna kan ges den utredning som behövs över hälsotillståndet och välbefinnandet, servicens betydelse, olika alternativ och deras effekter samt över andra faktorer som har betydelse för de beslut som berör klienten,
- komma överens om vård och service i samförstånd med klienten och eventuellt med dennas anhöriga eller närstående,
- ge klienten information om hur hen kan ge respons på den vård och service som hen får,
- sörja för kontinuerlig utveckling och uppdatering av de egna kunskaperna genom att delta i fortbildning,
- konstruktivt framföra sina egna utvecklingsidéer angående enhetens verksamhet,
- iaktta anvisningar gällande strukturerad registrering och se till att införande av klientuppgifter görs på vederbörligt sätt, korrekt och vid rätt tidpunkt,
- förstå sitt eget ansvar och sin roll.

### 1.3 Säkerhetskultur

Inom social- och hälsovården är säkerhetskulturen enheternas och gemenskapens sätt att alltid agera så att man säkerställer säkerheten hos den service och vård som klienterna får. Den baseras på ett gemensamt system för betydelse och förståelse, som innefattar individuellt och gemensamt engagemang i upprätthållandet och utvecklingen av verksamhetens kvalitet och säkerhet. Säkerhetskulturen omfattar ett systematiskt tillvägagångssätt som främjar en säker service och vård för klienterna samt ledning, värden och attityder som stöder det. Ledningen och de närmaste cheferna har en särskild position i fråga om främjandet av en öppen och rättvis säkerhetskultur.

I samkommunen för Österbottens välfärdsområde följs säkerhetskulturen upp genom utvärdering med tre års intervaller.

#### **Öppen säkerhetskultur i verksamheten bland välfärdsområdets personal**

- Säkerhet ses som ett äkta värde, som beaktas i beslutsfattandet och i den dagliga verksamheten. Säkerheten framträder i enhetens praxis, dokument, diskussioner mm. som en faktor som är betydelsefull i positiv bemärkelse för organisationen. Säkerheten ses som ett komplext och systemiskt fenomen. Den ses som en egenskap som uppstår i verksamheten och för vilken krävs kontinuerligt arbete. På enheten råder uppfattningen att säkerhet också är annat än frånvaron av farliga händelser. På enheten uppmärksammas det faktum att många olika aktörer (individer, enheter osv) tillsammans påverkar vårdens och servicens säkerhet. Personalen har en god uppfattning om vilka saker man behöver behärska för att den grundläggande uppgiften ska kunna utföras väl och faror i anknytning till verksamheten ska kunna hanteras.
- På enheten är man medveten om osäkra faktorer i verksamheten och alert inför risker. Man har fördragsamhet för att osäkerhet lyfts fram och stöder ett ifrågasättande arbetssätt. På enheten drar man nytta av personalens åsikter vid identifieringen av faror.
- På enheten råder uppfattningen att var och en har möjlighet och skyldighet att handla på ett sätt som främjar servicens säkerhet. Man bär ansvar för hela organisationens verksamhet, inte endast för den egna enhetens. Trots att befattningsbeskrivningarna och ansvaret är tydligt definierade, finns på enheten viljan och förmågan att överskrida dessa gränser, om det är nödvändigt med tanke på säkerheten.

- Verksamheten är organiserad på ett lättadministrerat sätt. På enheten finns tillräckliga resurser för att utföra arbetet på en god kvalitetsnivå och enligt planerna. Personalmängden, kompetensnivån, ansvarsfördelningen och kännedomen om arbetsprocesserna är på rätt nivå. Arbetsmiljön, tidsplanen och arbetsredskapen är ändamålsenliga. Man klarar av att hantera avvikande situationer relativt kontrollerat.

## 1.4 Säkerhetsledningssystemet inom välfärdsområdet

Säkerhetsledning definieras som en övergripande verksamhet för hantering av säkerheten inom samkommunen för Österbottens välfärdsområde, vilket innefattar ledningens alla åtgärder för utvecklingen av säkerheten. Inom säkerhetsledningen kombineras metoder, tillvägagångssätt och ledningen av människor samt en proaktiv och korrigerande verksamhet. Kontinuerlig planering, verksamhet och uppföljning är en del av säkerhetsledningen. Säkerhetsledning är lagstadgad och frivillig säkerhetshantering. Kapitel 5 i [Socialvårdslagen](#), 8 § i [Hälso- och sjukvårdslagen](#), kapitel 6 och 7 i [Lag om ordnande av social- och hälsovård 612/2021](#) .

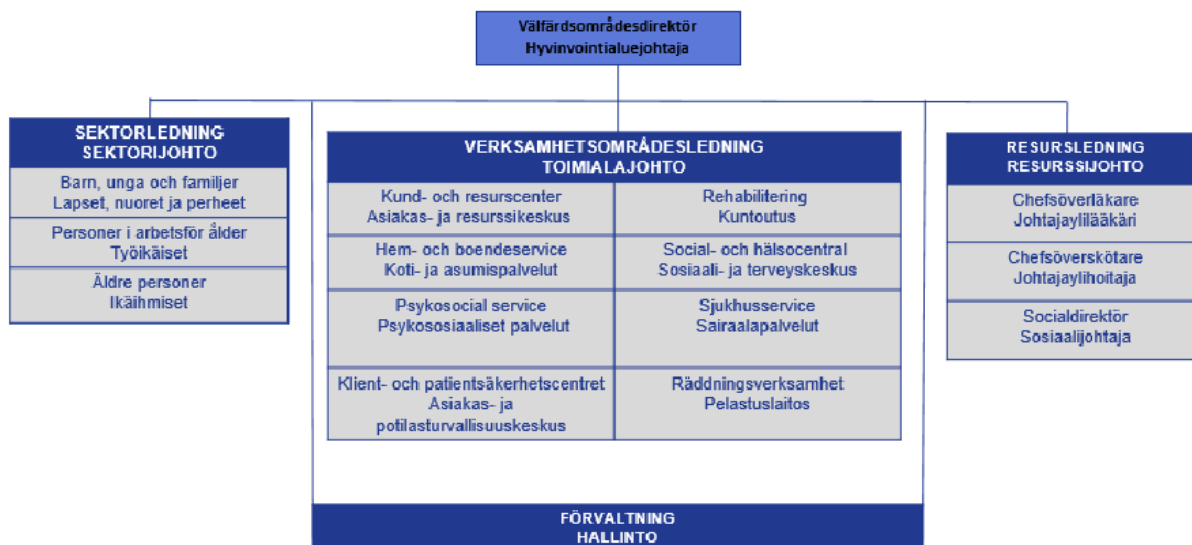
I Österbottens välfärdsområde är SHQS-kvalitetssystemet ett centralt verktyg för säkerhetsledningen. Med systemet för säkerhetsledning hanteras följande ämnesområden:

- kvalitet- och säkerhetspolicy och planering
- fastställande av ansvar
- fastställande av säkerhetsmål och prioritering av målen
- utveckling, organisering och kommunikation angående säkerhetsfrämjande tillvägagångssätt
- hantering av faror, dvs. identifiering av faror och riskbedömning samt kontrollmetoder
- granskning och utvärdering

## 1.5 Ledningssystem och ansvar

I detta kapitel beskrivs Österbottens välfärdssamkommuns ledningssystem för den högsta tjänstemannaledningen och de ansvarsområden som hänför sig till respektive uppgift. Övriga ansvarsområden inom säkerhet och kvalitetsledning som beskrivs i detta dokument ingår i samkommunstyrelsens resultatområde för kvalitet och tillsyn. Organisationsschema presenteras i figur 2.

I organisationen och därtill i verksamhetsenheterna är en eller vid behov flera personer med insyn i säkerhetshelheten utnämnda, med suppleant, för koordinering av säkerhetsverksamheten. Den person som ansvarar för säkerheten sörjer för resultatområdenas och verksamhetsenheternas dagliga risk- och säkerhetshantering, samlar information, analyserar säkerhetssituationen och rapporterar uppgifter om den för ledningens beslutsfattande.



Figur 2. Tjänstemannedningen och verksamhetsområden

**Direktören för samkommunen för välfärdsområdet** ansvarar för samkommunens verksamhet. Samkommundirektören har till uppgift att leda och utveckla samkommunens verksamhet och strategiska planering samt svarar för att verksamheten följer den ekonomiplan och strategiplan som godkänts av fullmäktige och styrelsen.

**Resursdirektörerna** (figur 2) leder sin personal linjärt. Resursdirektörerna är chefsöverläkare, chefsöverskötare och socialdirektör. Resursdirektörerna svarar för att fullgöra sina i lag föreskrivna uppgifter. Chefsöverläkaren verkar som en överläkare som avses i lagen om välfärdsområden 611/2011. Socialdirektören verkar som ledande tjänsteinnehavare i enlighet med 46 a § i socialvårdslagen. ([Socialvårdslag 1301/2014](#)).

Resursdirektörens uppgifter är att:

- ansvara för den egna personalens kunnande
- ansvara för övergripande säkerhet, beredskap och förberedelse
- svara för tjänsternas kvalitet, klient- och patientsäkerheten, effekt och klientorientering
- koordinera forsknings-, utvecklings- och utbildningsverksamhet inom sitt område
- Chefsöverläkaren ansvarar för klagomål och anmärkningar inom hälso- och sjukvården 785/1992 (10 § i [Lag om patientens ställning och rättigheter 785/1992](#))
- Socialdirektören eller vederbörande verksamhetsenhet ansvarar för klagomål och anmärkningar inom socialvården (5 kap i [Lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården](#))

**Sektordirektören** (figur 2) svarar för beredningen av ärenden i anknytning till sin sektor. Sektordirektörerna leder tillsammans samkommunens helhet ur befolkningens synvinkel. Sektordirektörens uppgifter är att:

- fastställa sektorns servicebehov och följa upp hur de realiserar
- bereda strategiska linjer som rör sektorns tjänstproduktion, finansiering, kvalitet och tillsyn.

**Verksamhetsområdesdirektörerna** leder verksamhetsområdena (figur 2) och samordnar verksamheten mellan olika verksamhetsområden.

Verksamhetsområdesdirektörens uppgifter är att:

- svara för planeringen och ledningen av sitt verksamhetsområdes ekonomi, verksamhet, servicenät, kvalitet och säkerhet, klientorientering samt processer
- besluta om verksamhetsområdets indelning i resultatenheter
- ansvara för jämlik tillgång till tjänsterna

Verksamhetsområdesdirektörerna utvecklar de centrala processerna inom sina verksamhetsområden i samarbete med resursdirektörerna.

**Den administrativa överläkarens** uppgift är att säkerställa att patientsäkerhetsaspekterna beaktas vid användningen av klient- och patientdatasystem och att uppgifter om olika besvär inlämnade av patienter används för främjande av patientsäkerheten.

**Resultatområdenas medicinska direktörer** (ledande läkarna) ansvarar för att organisera den medicinska vården enligt kvalitets- och säkerhetsplanens riktlinjer, använda resurserna reserverade för verksamheten optimalt för genomförande av högklassig och säker vård samt använda inkommen kundrespons i utvecklingsarbetet. De svarar för upprätthållande av sin personals kompetensnivå så att den svarar mot behovet.

**Resultatområdesdirektörerna för vårdarbete** (överskötarna) ansvarar för att organisera vårdarbetet enligt organisationens riktlinjer, använda resurserna reserverade för verksamheten optimalt för genomförande av högklassigt och säkert vårdarbete samt använda inkommen respons i utvecklingsarbetet. Överskötarna ansvarar för upprätthållandet av personalens kompetensnivå så att den motsvarar behovet inom vårdarbetet ([Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 559/1994](#)). Direktörerna för vårdarbete ansvarar för sin del för genomförandet av helhetssäkerheten på de enheter de leder.

**Resultatområdesdirektörerna för socialvård** (cheferna) ansvarar för att organisera socialarbete och socialhandledning enligt riktlinjerna för kvalitets- och klientsäkerhetsplanen, använda resurser reserverade för verksamheten optimalt för genomförande av högklassigt och klientsäkert socialarbete och socialhandledning samt använda inkommen kundrespons i utvecklingsarbetet. Cheferna ansvarar för upprätthållandet av personalens kompetensnivå så att den motsvarar behov som uppkommer/konstateras vid genomförandet av socialarbetets tjänster inom socialvården ([Lag om yrkesutbildade personer inom socialvården 817/2015](#)). Cheferna ansvarar för sin del för genomförandet av helhetssäkerheten på de enheter som de leder.

**Överläkarna** ansvarar för kvaliteten och säkerheten inom sina egna vårdlinjer och specialområden. Överläkaren ansvarar för att säkerställa att man i vården följer rekommendationerna för evidensbaserad vård och rekommendationer för god medicinsk praxis. Dessutom ansvarar överläkarna för säkerställandet av smidigt multiprofessionellt samarbete inom de processer de leder i samarbete med övriga förmän för vårdlinjen.



**Enheternas chefer** har till uppgift att organisera arbetet enligt organisationens riktlinjer och använda för verksamheten reserverade resurser optimalt för genomförande av högklassig och säker vård och service samt använda inkommen respons i utvecklingsarbetet. Chefen ansvarar för att säkerställa att man i vården och servicen följer rekommendationerna för evidensbaserad vård och rekommendationerna för god medicinsk praxis. Enheternas chefer ansvarar för upprätthållandet av personalens kompetensnivå så att den svarar mot behovet inom vården och servicen. Cheferna ansvarar för sin del för genomförandet av helhetssäkerheten på de enheter de leder.

**Utvecklingschef** ansvarar i sin helhet för utvecklingen av processerna i organisationen och i gränssnitten.

**Utvecklingsöverläkaren** deltar i utvecklingen av processerna och de elektroniska tjänsterna så att klientsäkerhetsaspekten beaktas. Dessutom främjar hen organisationens lärande av avvikande händelser.

**Kvalitetsdirektören** ansvarar för upprätthållandet och utvecklandet av säkerhetssystemet. Hen ansvarar för koordineringen av utvecklingen av säkerheten. Uppgiften är att styra uppföljningen av säkerheten och verksamheten i de arbetsgrupper som ansvarar för utvecklingen samt stödja linjeorganisationen i genomförandet av utvecklingsåtgärder. Dessutom ansvarar hen för upprätthållandet och utvecklingen av systemet för rapportering av farliga situationer, förfaranden gällande klientanmälningar, bedömning av operativa säkerhetsrisker och uppföljning av verkställandet av rekommendationer angående utvecklingen av säkerheten.

**Den regionala servicechefen** är kontaktperson vid utvecklingen av tjänsternas innehåll, kvalitet och smidighet samt vid problemsituationer. Servicecheferna säkerställer också fungerande informationsflöde och gränssnitt mellan välfärdssamkommunens tjänsteinnehavare och beslutsfattare. Servicecheferna deltar i tillsynsarbetet i regionens verksamhetsenheter, främjar avtalade utvecklingsuppgifter, förankrar kvalitetssystemet samt följer upp processavvikelser och kundrespons. De har en aktiv roll i att utreda och lösa oklarheter gällande patient- och klientprocesser.

**Kvalitetsplaneraren** och **kvalitetskoordinatorn** ansvarar för upprätthållandet och utvecklingen av praktiska funktioner i anknytning till kvalitetssystemets funktion. De stöder enheterna i planeringen, genomförandet och bedömningen av kvalitetsarbetet samt i upprätthållandet av uppdaterad dokumentation. De ansvarar för organiseringen av de årliga auditeringarna och självutvärderingarna och koordinerar kvalitets- och säkerhetssambandspersonernas verksamhet.

**Medicineringssäkerhetskoordinatorn** deltar i kvalitets- och patientsäkerhetsarbete, upprätthållande av kvalitetssystemet och inspektionsverksamheten i egenskap av sakkunnig inom medicineringssäkerhet. Hen främjar medicineringssäkerheten inom välfärdsområdet, koordinerar utvecklingen av medicineringssäkerhetsarbetet och läkemedelsbehandlingsprocessen i samarbete med sjukhusapoteket, koordinerar uppdateringen av välfärdsområdets läkemedelsbehandlingsplanen, verkar som ordförande för styrgruppen "Säker läkemedelsbehandling", bereder i sin sakkunnigroll utvecklingsåtgärder för medicineringssäkerhet, utbildar, gör medicineringssäkerhetsundersökningar samt deltar i utredningsprocesser och behandlingsmöten gällande allvarliga medicineringssavvikelser.

**Säkerhetskoordinatorn** verkar som sakkunnig inom klient- och patientsäkerheten. Hen ansvarar för förfaringssätt angående säkerställande av kompetens och koordinerar säkerställandet av kunnande



inom apparatanvändning och läkemedelsbehandling. Hen är huvudanvändare av HaiPro och följer rapporteringen av registrerade farliga situationer och styr säkerhetsutvecklingen. Hen koordinerar också patientsäkerhetskoordinatorernas samt patientsäkerhets- och apparatansvarigas verksamhet.

**Säkerhets- och beredskapschefen** verkar som välfärdsområdets lednings expert i säkerhetsfrågor. Hen ansvarar för utvecklingen av säkerhetsfrågor och säkerhetsledning i välfärdsområdet, och även uppgifter/ansvar som hör till socialvården ska beaktas. Hen koordinerar riskhantering i anknytning till personal, lokaler, brandsäkerhets- och beredskapsplanering i samarbete med cheferna för resultatområdena. Dessutom ansvarar hen för förutsättningarna för säkerhetsverksamheten och för myndighetssamarbete i anknytning till den. Hen koordinerar beredskaps- och säkerhetsledningens verksamhet och stöder verksamheten för den medicinska beredskapen. Säkerhets- och beredskapschefen leder säkerhetspersonalen.

**Beredskapsplaneraren** koordinerar beredskapsplaneringen och organiserar beredskapsövningar i samarbete med andra.

**Säkerhetsutbildaren** planerar, koordinerar och genomför säkerhetsutbildningar för personalen.

**Chefen för hälsoövervakning** ansvarar för tillsynen och styrningen av social- och hälsovårdens serviceproduktion och för hur egenkontrollen av kvaliteten och säkerheten förverkligas inom välfärdsområdet. Föremål för övervakningen och styrningen är välfärdsområdets egen serviceproduktion samt köpta tjänster samt tjänster som produceras med hjälp av servicesedlar. Till uppgifterna hör att utarbeta och uppdatera den regionala tillsynsplanen, att utveckla tillsynen och koordinera genomförandet av tillsynsverksamheten enligt programmet för egenkontroll och riktlinjerna i tillsynsplanen. Hen ansvarar för styrning och rådgivning i anknytning till egenkontroll, aktuella ändringar i lagstiftningen, information om föreskrifter och anvisningar från myndigheter samt för koordinering av utbildningar angående dem. Chefen för hälsoövervakning samarbetar med välfärdsområdets olika aktörer, övervakningsteamet och övriga myndigheter som utövar tillsynsarbete. Chefen för hälsoövervakning verkar som chef för de inspektörer som utför tillsyns- och styrningsarbete.

**Inspektören** övervakar genomförandet och styrningen av tillsynen över egenkontroll, kvalitet och säkerhet i serviceproduktionen inom välfärdsområdets social- och hälsovård. Inspektören ger serviceproducenterna handledning och rådgivning i frågor med anknytning till egenkontroll, kvalitet och patientsäkerhet. Till uppgifterna hör mottagande och behandling av respons från klienter och andra intressentgrupper samt genomförande av handlednings- och tillsynsbesök. Handlednings- och tillsynsbesök omfattar tjänster som välfärdsområdet producerar själv samt köptjänster och tjänster som produceras med servicesedlar. Inspektören samarbetar med välfärdsområdets olika aktörer, tillsynsteamet och övriga myndigheter som utövar tillsynsarbete.

**Sakkunnig inom riskhantering** planerar de årliga riskkartläggningarna tillsammans med övriga sakkunniga. Den sakkunniga inom riskhanteringen hjälper också till med riskkartläggningar i förändringssituationer eller krissituationer på enheternas begäran. Riskhanteringen är fortfarande på enheternas ansvar men den sakkunniga inom riskhantering har omfattande kunskap om de största riskerna i organisationen och följer upp hur de utvecklas.

**Kundbetjäningsschefen** styr och koordinerar delaktighetsarbetet inom välfärdsområdet. Kundbetjäningsschefen koordinerar organiseringen och utvecklingen av processen för användning av

kundrespons. Kundrespons fås flerkanaligt genom kontakter via kundresponssystemet, anmärkningar, klagomål, patientskadeanmälningar samt via patient- och socialombudsmän.

**Socialombudsmannen** ger råd i frågor som gäller tillämpningen av klientlagen, informerar om klienters rättigheter och ger klienter råd i olika rättssäkerhetsfrågor, såsom ändringssökande i förvaltningsbeslut om socialservice samt i fråga om anmärknings- och klagomålsförfaranden. Vid behov hjälper socialombudsmannen klienter med att göra anmärkningar. Dessutom är det socialombudsmannens lagstadgade uppgift att årligen lämna en utredning över utvecklingen av klienternas ställning och rättigheter inom socialvården i verksamhetsområdet. [Lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 812/2000](#)

**Patientombudsmannen** hjälper och ger råd i frågor gällande tillämpningen av patientlagen, informerar om patientens rättigheter, ger råd och hjälper vid behov med utarbetande av anmärkning, klagomål, patientskadeanmälan eller anmälan om läkemedelsskada, och arbetar för att främja patientens rättigheter och för att de ska bli tillgodosedda. Patientombudsmannen tar inte ställning till de medicinska besluten angående patientens vård, eller till om det har skett en patientskada i vården. [Lag om patientens ställning och rättigheter 785/1992](#)

**Organisationskoordinatoren** utvecklar, utvärderar tillsammans med olika aktörer och koordinerar samarbetet mellan välfärdsområdet och organisationer samt erfarenhetsmodellen inom alla verksamhetsområden.

**Den dataskyddsansvariga** fungerar som specialsakkunnig för ledningen och personalen i välfärdsområdet. Hen har till uppgift att bistå den registeransvariga att uppnå en god informationshantering vid handläggning av personuppgifter och den höga sekretessnivå som förutsätts i särskilda lagar, i syfte att skapa och vidmakthålla förtroende mellan den registrerade och den registeransvariga. Till exempel ska den som behandlar klientuppgifterna utföra uppgiften i ett sammanhang knutet till klienten.

**Hygienskötarna** arbetar som sakkunniga inom hygien och bekämpning av infektioner och smittsamma sjukdomar. Till arbetsuppgifterna hör bekämpning och förebyggande av samt information om vårdrelaterade infektioner och smittsamma sjukdomar samt uppföljning i enlighet med smittskyddslagen med hjälp av infektionsregister och olika mätare. Hygienskötarna upprätthåller och uppdaterar nödvändiga anvisningar och ger personalen råd och utbildning i den praktiska användningen och tillämpningen av dem. Hygienskötarna verkar som sakkunniga i olika arbetsgrupper och ansvarar för konsultationer i anknytning till hygien. Samarbete bedrivs med olika yrkesgrupper, enheter och hygienansvariga.

## Ansvarsuppgifter

**Patient- och klientsäkerhetskoordinatorerna** svarar för koordineringen av säkerheten inom resultatområdena. Deras uppgift är att främja säkerheten i samarbete med linjeorganisationen genom att upprätthålla och utveckla de tillvägagångssätt som används inom resultatområdena vid anskaffning av information, uppföljning och riskhantering. Säkerhetskoordinatorerna rapporterar minst två gånger per år, och vid behov oftare, till ledningen för sitt eget område, om utvecklingen av säkerheten. En arbetsdag varannan vecka är reserverad för skötseln av de uppgifter som hör till säkerhetskoordinatorerna.

**De interna auditörerna** svarar för genomförandet av auditeringar i enlighet med organisationens kvalitetssystem. Deras uppgift är att med hjälp av interna auditeringar bedöma hur säkerhetssystemet fungerar och vid behov lägga fram utvecklingskrav för enheterna utifrån säkerhetsplanen. En intern auditör har fått auditorutbildning.

## **Kontaktpersoner inom säkerhet**

**Kontaktpersoner för kvalitet- och säkerhet** fungerar i par som sakkunniga i kvalitet- och säkerhetsfrågor på den egna enheten. Arbetsparet kan bestå av förman och arbetstagare, annan ansvarsperson eller två arbetstagare som samarbetar med förmannen. Arbetsparets uppgift är att delta i främjandet av kvaliteten och säkerheten genom att upprätthålla och utveckla tillvägagångssätt för datainsamling, uppföljning och riskhantering i anknytning till enhetens verksamhet samt enhetens säkerhetsanvisningar. För kontaktpersonerna för kvalitet och säkerhet ordnas ungefär 2-4 träffar om året, under vilka information ges om aktuella frågor, som kontaktpersonerna ska informera om på sina egna arbetsenheter, följa upp gällande säkerheten och delta i gällande implementering av nya arbetssätt.

**Medicinbehandlingsansvarig person** är en yrkesutbildad person inom hälsovården som är legitimerad sjukskötare (vanligen enhetens förman), som ansvarar för den övergripande planeringen av medicinsk behandling. Den personen godkänner enhetens arbetstagares tillstånd för läkemedelsbehandling. Hen utvärderar och utvecklar dessutom läkemedelsbehandlingen inom sin egen arbetsenhet. Hen ansvarar för att enhetens läkemedelsbehandlingsplan upprätthålls i samarbete med enhetens förman och den ansvariga läkaren. Hens uppgift är att främja rapportering av farosituationer i läkemedelsbehandlingen, identifiera risker med läkemedelsbehandlingen och att anpassa praxis i läkemedelsbehandlingen till verksamheten med tanke på säkerheten. Hen fungerar som sambandsperson i frågor som gäller läkemedelsbehandling och läkemedelssäkerhet, hen är skyldig att informera den egna arbetsenhetens personal om aktuella frågor som berör läkemedelsbehandling och dess säkerhet och vara med då nya arbetssätt införs. Mera info om organisationens föreskrifter hittas på [intra](#).

**De apparatsäkerhetsansvariga** bistår enheternas förmän i det arbete som syftar till att främja apparatsäkerheten samt i introduktionen av ny personal i användningen av apparater. De svarar för koordineringen av det regelbundna apparatunderhållet samt uppdaterar innehållet i de apparatpass som används på deras respektive enheter. De apparatansvariga sammankommer 1–2 gånger per år.

**De hygienansvariga** fungerar i sina arbetsenheter som kontaktpersoner i frågor med anknytning till hygien och bekämpning av infektioner. De hygienansvariga deltar regelbundet i utbildning eller informationsmöten. De förmedlar nya hygienanvisningar och aktuell hygieninformation till sin enhet, främjar goda hygienrutiner, fungerar som rollmodell för goda hygienmetoder och följer sin enhets hygienrutiner och infektionssituation.

## 2. KVALITETSLEDNING

Kvalitetsledning utgör en del av den övergripande kvalitets- och riskhanteringen i organisationen. Kvalitetssystemet stöder säkerhetsledningssystemet. Med hjälp av kvalitetssystemet övervakas genomförandet av säkerhetsledningssystemet och hur därtill kopplade krav iaktas i organisationen. I samkommunen för Österbottens välfärdsområde används kvalitetsprogrammet för social- och hälsovårdstjänster (SHQS) som referensram för kvalitetssystemet. Självutvärderingar, interna auditeringar och underhållsauditeringar genomförs årligen och certifikatet förnyas med tre års intervaller. Med hjälp av dessa förfaranden säkerställs och utvärderas också genomförandet av klientsäkerhetsplanen i praktiken. Tidtabellen för de kvalitetsledningsåtgärder som utförs årligen preciseras i [årsklockan](#) (figur3). De självutvärderingar och auditeringar som är förknippade med kvalitetssystemet genomförs elektroniskt i [Laatuportti](#).



Figur 3. Årsklocka för kvalitetsledning

### 2.1 Program för kvalitets- och säkerhetsledning

Med hjälp av SHQS-kvalitetsledningssystemet som används i välfärdsområdet utvärderas systematiskt funktionen hos organisationens tillvägagångssätt och processer beträffande kvalitetsledning. Riskhanteringen grundar sig på en stark säkerhetskultur, som byggs upp med ledningens engagemang i säkerhetsarbete som grund. En stark och hållbar grund för säkerhetskulturen skapas genom öppen diskussion. Genom riskhantering säkerställs att organisationen och dess personal har tillräcklig information om risker förknippade med aktörer, verksamhet och verksamhetsmiljö. Verksamhetens interna risker indelas i risker förknippade med personal, klienter, verksamhet och verksamhetslokaler. En god säkerhetskultur minskar antalet olycksfall och störningar och främjar orken i arbetet. Säkerhet och säkerhetskultur byggs upp av små saker och val i vardagen.

### 2.2 System för kvalitets- och säkerhetsuppföljning

Uppföljningssystemets funktion är beroende av personalens aktivitet och säkerhetsinriktade tänkesätt. En säkerhetsinriktad attityd är en kritisk faktor för fungerande egenkontroll. Personalen hos samkommunen för Österbottens välfärdsområde informerar sina förmän om farliga situationer och missförhållanden som de upptäcker i sitt arbete.

Genom säkerhetsuppföljning upprätthålls personalens uppfattning om säkerhetsläget och utvecklas verksamheten så att identifierade risker hanteras. Utifrån uppföljningsuppgifterna identifieras eventuella riskfaktorer, bedöms riskerna i anknytning till dem och tas beslut om åtgärder för att hantera riskerna.

Farliga situationer förs in i HaiPro-systemet och för registreringar av missförhållanden används SPro-systemet. I HaiPro-systemet kan man också anmäla farliga situationer förknippade med vårdens etiska principer, arbetarskydd och datasäkerhet. Förebyggande av farliga situationer och missförhållanden samt rapportering av händelser ingår i personalens dagliga arbete och är en del av egenkontrollen. Säkerheten tas upp som ett tema i varje gemensamt möte för personalen och förmännen, såsom på avdelningsmöten.

Avsikten med rapporteringen av farliga situationer och missförhållanden är att:

- samla in och förmedla information om olyckstillbud, negativa händelser och farliga situationer samt om missförhållanden och risker dessa medför utan att någon skuldbeläggs.
- spara informationen på gemensamt överenskommet sätt
- möjliggöra vidarebehandling av informationen och analys av händelserna
- lära av händelserna genom granskning av uppföljningsdata och gemensam diskussion
- utveckla verksamheten genom samarbete.

Arbetsredskap:

- Riskbedömning
- Kvalitetssystemets självvärderingar
- Bedömning av belastningen
- Utvärdering av köptjänsterna
- Bedömning av kunnandet
- Utredning av allvarliga, farliga situationer
- Säkerhetsrundvandringar
- Bedömning av säkerhetskulturen
- Auditeringar
- Kundrespons
- Anmärkningar och klagomål
- Orosanmälan
- Anmälan om missförhållande i socialvården
- Uppföljning och tillsyn över självbestämmanderätten
- Uppföljning av infektioner
- Uppföljning av handdesinfektionsmedel

## 2.3 Kvalitets- och säkerhetsuppföljning

I samkommunen för Österbottens välfärdsområde beaktas kvalitets- och säkerhetsaspekten vid beslutsfattandet och utvecklingen av verksamheten. Säkerhetsrisker bedöms som en del av beslutsberedningen och vid behov görs en skild riskanalys. De årligen utförda självvärderingarna och ledningens genomgångar som hör till kvalitetsledningssystemet fungerar som grund för verksamhets- och ekonomiplaneringen.

### 2.3.1 Ledningssyn som verktyg för uppföljningen av kvaliteten

Syftet med ledningssynen är att med planerade intervaller gå igenom organisationens verksamhetssystem, så att det svarar mot de mål som har fastställts för verksamheten i strategin, verksamhets- och ekonomiplanen samt i kvalitetssystemet. Ledningssynen är en av de viktiga ledningsverktygen i Österbottens välfärdsområde. Under ledningssynen samlas information om bland annat förverkligandet av de mål som har fastställts för verksamheten, om processernas funktion och om kundnöjdheten. Ledningssynen fungerar som grund för budgetplaneringen.

I framtiden behandlas vid ledningssynen protokollen från föregående års ledningssyn, för att på så vis utvärdera verksamhetens utveckling. I ledningssynen deltar representanter för välfärdsområdets tjänstemannaledning på tre nivåer.

Som protokoll för ledningssynen fungerar ett dokument innehållande slutsatser, korrigerande åtgärder och budgetposter. Verksamhetsområdesdirektörerna lyfter fram några aktuella utvecklingsåtgärder inom sina egna ansvarsområden, som systematiskt ska börja befrämjas. Resultaten från ledningens syner ska också förankras bland de anställda.

#### **Tidtabellen för år 2023:**

Steg 1. Förmännen på enheterna utför ledningens genomgångar på sina verksamhetsenheter senast 23.1.2023.

Steg 2. Direktörerna för den medicinska linjen, ledningen för vårdarbetet och cheferna för socialvården sammanställer en ledningens genomgång för sina respektive ansvarsområden senast 27.2.2023. De kan till exempel be de koordinerande förmännen om hjälp med att sammanställa uppgifterna.

Steg 3. Verksamhetsområdesdirektörerna utför ledningens genomgångar och gör en sammanfattning över förbättringsåtgärderna inom sina respektive verksamhetsområden senast 13.3.2023.

Steg 4. Verksamhetsområdesledningen lägger fram ledningens genomgångar till välfärdsområdets högsta tjänstemannaledning. Genomgångarna utgör grunden för den preliminära budgetdiskussionen i april.

### 2.3.2. Självbedömningar

Inom Österbottens välfärdsområde ska årligen utföras självbedömningar i anslutning till kvaliteten. Syftet med bedömningen är att enheten och ledningen bedömer och också säkerställer att vår verksamhet fyller de uppställda kraven. Bedömningen görs genom att man fyller i plattformen Laatuportti. Mer information om självbedömningen finns på vår organisations intrasidor.

### 2.3.3 Auditering

**Interna auditeringar** är organisationens egna utvärderingar, med vilka utreds om verksamheten motsvarar de fastställda målen, avtalade riktlinjerna samt kraven enligt kriterier och författningar. De interna auditeringarna är bemyndigade av ledningen, utifrån vilket objekten för de interna auditeringarna



har valts i kvalitetsteamet. Under planeringsmötet som hålls inför auditeringarna planeras det praktiska genomförandet av auditeringen i samarbete med kvalitets- och övervakningspersonalen samt med de interna auditörerna.

Kvalitetskoordinatorerna och -planerarna utarbetar sammandrag över auditeringarna och ger dem för kännedom till den interna auditeringsgruppen, samt via kvalitetsdirektören till ledningsgruppen. Ledningsgruppen behandlar och godkänner utvecklingsrekommendationerna från auditeringarna samt begäran om ytterligare dokumentation. De interna auditerarna informerar enheterna om åtgärder som gäller dem och följer med att åtgärderna utförs inom överenskommen tidtabell. Kvalitetsteamet bedömer och följer tillsammans med ledningsgruppen med utvecklingsåtgärder som berör hela organisationen.

Treårsplanen för de interna auditeringarna publiceras i materialbanken på välfärdsområdets intrasidor.

**Extern auditering** omfattar en utvärdering av ett utomstående team av sakkunniga och grundar sig på SHQS-systemets utvärderingskriterier. I utvärderingskriterierna fastställs kraven för strategisk ledning, ordnandet av funktioner och klient-/patientsäkerheten, samt ges arbetsredskap för utvärdering och utvecklande av serviceverksamhetens och ledarskapets kvalitet.

Efter auditeringarna skrivs en rapport, där organisationens och verksamhetsenheternas starka sidor lyfts fram och utvecklingsrekommendationer ges, samt begäran om ytterligare visningar. Efter den externa auditeringen har organisationen möjlighet att få SHQS-kvalitetserkännande och använda erkännandet som tecken för högtstående och kvalitativ verksamhet. Kvalitetserkännandet gäller i 3 år. Underhållsauditeringar utförs årligen.

.År 2023 kommer en ny standard för SHQS-kvalitetsledningen. De interna auditeringarna i Österbottens välfärdsområde samt självbedömningarna i Laatuportti utförs enligt den nya standarden och kriterierna. De externa auditeringarna 2023 utförs fortfarande enligt den gamla standarden.

De externa auditeringarna 2023 kommer att ha följande teman  
:

1. Hur implementeras verksamhets- och kvalitetsledningen på alla nivåer.
2. Hur är medvetenheten om målet förankrat på olika nivåer

### 2.3.4 Kvalitetsrapport

Kvalitetsrapporten uppgörs en gång om året. Rapporten innehåller en lägesöversikt över fjolårets uppföljning och åtgärder. Dessutom innehåller rapporten ett åtgärdsprogram som innefattar utvecklingsområden för följande år och ur synvinkeln för kvalitet och säkerhet. Rapporten uppgörs som en process som omfattar hela organisationen.

I rapporten granskas kvalitets- och säkerhetsnivån med överenskomna mätare samt situationen för enheternas utvecklingsåtgärder och hur de omsätts i praktiken. I rapporten presenteras också utvecklingsuppgifterna för följande år. Kvalitetsrapporten publiceras årligen på Österbottens välfärdsområdes intrasidor i materialbanken.

## 2.4 Processutveckling – Lean

SHQS-kvalitetssystemet förutsätter att vårdrelaterade processer beskrivs ur patientperspektiv för säkerställandet av högklassig och patientsäker vård. I processbeskrivningar beaktas patientens väg i olika processfaser, arbetsfördelningen mellan olika aktörer och deras uppgifter samt processfasernas gränssnitt, vilka är kritiska punkter med tanke på patientsäkerheten. Det vårdarbete som beskrivs i processbeskrivningarna grundar sig på God medicinsk praxis-anvisningarna, vetenskapliga rön och goda tillvägagångssätt. Aktuella vårdanvisningar och övriga dokument bifogas till beskrivningarna. Med processbeskrivningarna och anvisningarna möjliggör man att de enhetliga förfaringssätten omsätts i praktiken och att de identifierade säkerhetsriskerna hanteras samt att informationsutbytet mellan alla parter som deltar i vårdarbetet hålls på en tillräcklig nivå.

Dessa processer som är förknippade med klienternas vård, omsorg och service uppdateras årligen, eller när God medicinsk praxis-anvisningarna ändras uppdateras de av ansvarspersonen i samarbete med olika aktörer. Vid utvecklingen av processerna ber man klientrådet förmedla klientens synvinkel, eller alternativt kan processägarna engagera patienter eller anhöriga i utvecklingsarbetet.

Utvecklandet av processerna så att de avspeglar förändringar i verksamhetsmiljön är en viktig del av kvaliteten och säkerheten. I fokus för utvecklingsarbetet är att skapa värde för patienten och klienten. Förutom beskrivningen av huvudprocesserna utvecklas övriga processer inom välfärdsområdet med hjälp av Lean-filosofin och tjänsteutformning så att de blir klientorienterade. Experter inom social- och hälsovård utvecklar enheternas processer multiprofessionellt med stöd av Lean-handledare. Med hjälp av Lean-utvecklande möjliggörs kontinuerlig förbättring av verksamheten.

För Lean-utvecklingen ansvarar:

- Enheternas chefer tillsammans med resultatområdenas ledning: Förslag på processer som ska utvecklas och resursfördelning för utvecklingen
- Forsknings- och utvecklingsenheten: Lean-handledare, ledning av utbildning och projekt samt rapportering till ledningsgruppen
- Ledningsgruppen: Uppföljning och utvärdering

## 2.5 Datasäkerhet och dataskydd

Datasäkerhet och dataskydd är inbyggda i välfärdsområdets alla processer. Målet är en ur synvinkeln för datasäkerhet och dataskydd högklassig betjäning av klienten och patienten.

Övervakningen av personuppgifter grundar sig på lag och avsikten med tillsynen är att skydda såväl klientens integritet som arbetstagarens rättsskydd. Hanteringen av patient- och klientdata ska grunda sig på ett patient- eller klientförhållande. En yrkesutbildad person kan behandla patient- eller klientdokumentanteckningar endast i uppgifter förknippade med arbetet och inom ramen för de av arbetsgivaren noggrant definierade användarrättigheterna.

Datasäkerhet och dataskydd tas närmare upp i IT-säkerhetsplanen för Österbottens välfärdsområde, som det är meningen ska bli färdig under 2023.



### 2.5.1 Digital säkerhet

I verksamhetsmiljön för samkommunen för Österbottens välfärdsområde kommer det under de närmaste åren att ske avsevärda förändringar. Dessa förändringar förutsätter målmedvetet, systematiskt och proaktivt reagerande. Policyn för digital säkerhet innefattar övergripande riktlinjer i anknytning till informationssäkerhet, dataskydd, cybersäkerhet, riskhantering samt kontinuiteten i verksamheten, vilka styr planeringen av de konkreta processerna förknippade med dem.

Den digitala säkerheten styrs av de krav som ställs på den genom lagstiftning och av myndigheter, klienter, patienter, samarbetspartner samt sammanslutningens ledning. Syftet med digital säkerhet är att säkerställa tillgängligheten, konfidentialiteten och obrutenheten beträffande informationen och de tillhörande digitala tjänsterna på ett riskorienterat sätt så att också kraven på verksamhetens kontinuitet vid undantagstillstånd beaktas. Dessutom är målet för digital säkerhet att stödja och möjliggöra olika parter samverka samt att ta i bruk nya former av digitala tjänster. Riktlinjerna gäller hela sammanslutningens verksamhet samt samarbetspartnernas verksamhet till de delar som de deltar i produktionen av de tjänster som är på sammanslutningens ansvar.

## 3 TILLSYN

Från och med 1.1.2023 tar Österbottens välfärdsområde på sitt ansvar att stå för de uppgifter som är stadgade i lagen om välfärdsområden ([611/2021](#)) Välfärdsområdet ska säkerställa att de tjänsteproducenter som producerar tjänster som omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar har tillräckliga professionella, verksamhetsmässiga och ekonomiska förutsättningar för att sörja för produktionen av tjänsterna. De bestämmelser som behövs för att välfärdsområdets organiseringsansvar ska bli uppfyllt ska beaktas också i förvaltningsstadgan och i avtal som ingås med tjänsteproducenter ([611/2021](#)).

Från och med år 2022 övergår tillsynen över områdets egenkontroll över tjänsteproduktionen, kvaliteten och patientsäkerheten till samkommunen för Österbottens välfärdsområde/enheten för kvalitet och tillsyn. Tillsynsansvaret gäller all verksamhet som omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar, också tjänster som ordnas i form av köptjänster och servicesedlar. Arbetsgivaren ska övervaka att verksamheten är lagenlig, patientsäker och av tillräckligt hög kvalitet. Vid händelse av osaklig verksamhet ska ingripande ske utan dröjsmål.

### 3.1 Den rättsliga bakgrunden till tillsynen

Lagen om välfärdsområden ([611/2021](#)) trädde i kraft den 1 juli 2021 (stegvis ikraftträdande). Enligt 7 § i lagen svarar välfärdsområdet för organisationen av sina lagstadgade uppgifter, för tillgodoseendet av sina invånares lagstadgade rättigheter och för samordningen av tjänstehelheterna samt i fråga om de tjänster som organiseras och andra åtgärder för

- lika tillgång till tjänsterna och åtgärderna,
- fastställande av behovet av tjänster och åtgärder samt deras mängd och kvalitet,
- valet av sätt att producera tjänster och åtgärder
- styrningen och tillsynen av tjänsternas och åtgärdernas produktion
- utövandet av myndigheternas behörighet.

Välfärdsområdet får sköta sina uppgifter självt eller avtala om överföring av organiseringsansvaret på ett annat välfärdsområde (Lag om ordnande av social- och hälsovård [612/2021](#)). Lagen om genomförande av reformen av social- och hälsovården och räddningsväsendet och om införande av den lagstiftning som gäller reformen ([616/2021](#)) träder i kraft den 1 januari 2023 enligt stegvis ikraftträdande.

Välfärdsområdet ska styra och övervaka den tjänsteproduktion som omfattas av dess organiseringsansvar. Välfärdsområdet har trots sekretessbestämmelserna rätt att av privata tjänsteproducenter och deras underleverantörer avgiftsfritt få de uppgifter och utredningar som är nödvändiga för kontroll av förutsättningarna för att tjänsterna produceras på behörigt sätt och för att genomföra tillsynen. En myndighet i välfärdsområdet har dessutom för kontroll av förutsättningarna för att tjänsterna produceras på behörigt sätt och för att genomföra tillsynen rätt att inspektera den privata tjänsteproducentens och dess underleverantörs lokaler och utrustning och då få tillträde till lokaler och utrymmen som den privata tjänsteproducenten och dess underleverantör förfogar över. Inspektionsrätten gäller dock inte utrymmen som används för boende av permanent natur, om inte inspektionen är nödvändig för att trygga kundens ställning och rättigheter och ändamålsenliga tjänster. På inspektioner tillämpas i övrigt 39 § i förvaltningslagen (434/2003).

### Tillsynsprogram 2020–2023

För genomförandet av en planenlig tillsyn har Valvira och regionförvaltningsverken utarbetat ett [riksomfattande tillsynsprogram för social- och hälsovården 2020-2023](#). I programmet fastställs de centrala och aktuella strategiska fokusområdena för tillsynen. Tillsynsobjekten uppdateras årligen.

I tillsynsprogrammet för år 2022 har tillsynen koncentrerats till följande objekt:

- Att få icke-brådskande vård inom primärhälsovården och munhälsovården
- Att barn och unga får mentalvård och missbrukarvård på basnivån
- Att det ordnas service vid missbruk och beroenden inom kommunernas öppna vård
- Att följa de tidsgränser som anges i handikapplagen, att göra upp relevanta serviceplaner och att tillhandahålla tillräckliga personalresurser för socialarbete bland personer med funktionshinder.
- Barnrådgivningstjänster, skol- och studerandehälsovården samt den förebyggande mun- och tandvården för barn och unga (övervakning av att hälsoundersökningar enligt förordning 338/2011)

Österbottens välfärdsområde ställer också upp egna tyngdpunktsområden för tillsynen årligen. Under 2022 har tyngdpunktsområdena varit:

- Boendeenheter för personer med funktionshinder: begränsningsåtgärder (beslutsfattande, registrering användning, dokumentering, motiveringar)
- Begränsningsåtgärder även mer omfattande inom olika verksamheter
- Äldreservice: personaldimensioneringen inom boendeservice
- Barnskyddet: socialarbetarnas personaldimensionering, mentalvårdstjänster för barnskyddsklienter

Välfärdsområdets tyngdpunktsområden för år 2023 bestäms i slutet av år 2022.

## 3.2 Olika former av och objekt för tillsynen

Egenkontrollen som serviceproducenten förverkligar själv är nödvändig och avgörande för att tjänsterna ska uppfylla kraven, kvaliteten och säkerheten. Olika former av tillsyn är proaktiv tillsyn, planenlig tillsyn och reaktiv tillsyn (figur 4).

Till den **proaktiva tillsynen** hör handledning av egenkontroll, rådgivning och bedömning av verksamhetsförutsättningar vid tillstånds- eller anmälningsförfarande (t.ex. anmälningspliktiga tjänster).

Figur 4. Olika former av tillsyn (Regionförvaltningsverket)



Tillsynsmyndigheten ska utöva tillsyn över den privata socialservicen i första hand genom att tillhandahålla serviceproducenten den styrning och rådgivning som behövs vid serviceproduktionen och genom att i samråd med serviceproducenten följa hur verksamheten utvecklas. (Lag om privat socialservice [922/2011](#), 15 §). Den primära uppgiften för myndighetstillsynen är att främja och säkerställa egenkontrollen, eftersom man på detta vis uppnår den bästa proaktiva effekten inom myndighetstillsynen. Tillsynsmyndigheten ska ingripa i en verksamhetsenhets verksamhet så fort och effektivt som möjligt om det framkommer att egenkontrollen inte fungerar.

**Planenlig tillsyn** och styrning inriktas och genomförs med utgångspunkt från riskerna. Den planenliga tillsynen utövas enligt ett tillsynsprogram för social- och hälsovården som utarbetats av Valvira och regionförvaltningsverken tillsammans samt i enlighet med verkställighetsplaner i samband med den. Reaktiv tillsyn är det fråga om när en risk redan har realiserats.

Det är fråga om övervakning i efterhand när en risk redan har hunnit bli verklighet. **Den reaktiva tillsynen** (efterhandstillsyn) inleds vanligen på grund av klagomål eller anmälningar. Klagomål behandlas i regel vid regionförvaltningsverket. Valvira behandlar ett klagomål om det gäller en principiellt viktig eller vittsyftande fråga. Reaktiv intervention innehåller alltid styrning eller tillsynsåtgärder, vilkas syfte är att skapa en fungerande egenkontroll. (Valvira.2022).

**Tillsynsobjekten** är social- och hälsovårdstjänster som välfärdsområdet producerar självt eller köper enligt avtal med privata tjänsteproducenter, såsom exempelvis tillståndspliktig verksamhet (privat dygntruntservice som tillhandahålls av tjänsteproducenterna), tjänst som ordnas med servicesedel (anmälningspliktig, registreringspliktig tjänst) samt tjänst som klienten köper själv (anmälningspliktig, inte registreringspliktig tjänst). Välfärdsområdet har tillsynsansvar över verksamhetsenheter som är serviceproducenter i social- och hälsovården och är belägna i välfärdsområdet oberoende av om välfärdsområdet själv köper tjänster av ifrågasatt verksamhetsenhet eller inte.

I egenskap av tillsynsmyndighet har samkommunen möjlighet att granska en serviceproducentens verksamhetsenhet när det finns ett motiverat skäl till granskning. Det kan vara till exempel en skriftlig

eller muntlig anmälan om ett missförhållande. Välfärdsområdets enhet för kvalitet och tillsyn kan göra granskningar också utan att anmäla i förväg. ([RFV. Myndighet. Egenkontroll](#)).

### 3.2.1 Tillsynsmyndigheternas arbetsfördelning och uppgifter

Kvaliteten och ändamålsenligheten hos social- och hälsovårdstjänster övervakas på olika nivåer och av olika aktörer (tabell 1). Valvira, som hör till Social- och hälsovårdsministeriets (SHM) förvaltningsområde övervakar verksamheten på riksnivå. Regionförvaltningsverken (RFV) övervakar verksamheten inom sina egna verksamhetsområden. Som tillsynsmyndighet på regional/lokal nivå fungerar kommunerna, samkommunerna och välfärdsområdena. Riksdagens justitieombudsman och justitiekansler är de högsta övervakarna av lagligheten beträffande de offentliga uppgifterna. Om alla inhemska rättsmedel har använts, kan myndighetsbeslut överklagas hos EU:s människorättsdomstol. ([www.valvira.fi](http://www.valvira.fi), [www.avi.fi](http://www.avi.fi)).

Tabell 1. Tillsynsmyndigheternas arbetsfördelning och uppgifter

Social- och hälsovård	Valvira	Regionförvaltningsverket	Samkommunen för Österbottens välfärdsområde
<b>Uppgift</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nationell styr-, tillstånds och tillsynsmyndighet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regional styr-, tillstånds och tillsynsmyndighet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ansvar för ordnande av och tillsyn över ordnande av tjänster</li> <li>Styr- och tillsynsmyndighet</li> </ul>
<b>Tillsynsobjekt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Privata / offentliga tjänsteproducenter</li> <li>Yrkespersoners verksamhet</li> <li>Verksamhetsenheter och tjänster de producerar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Privata / offentliga tjänsteproducenter</li> <li>Yrkespersoners verksamhet</li> <li>Verksamhetsenheter och tjänster de producerar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regionens egna/privat tjänsteproduktion, tjänster köpta genom avtal och servicesedelproducenter</li> <li>Yrkespersoner</li> </ul>
<b>Tillsynsform</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Leder RFV mot jämlik styrning och tillsyn</li> <li>Planmässig (bl.a. tillsynsprogram, övervakning av vårdgarantin)</li> <li>Reaktiv tillsyn (t.ex. klagomål)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proaktiv (styrning och rådgivning, kontrollbesök)</li> <li>Planmässig (tillsynsprogram)</li> <li>Reaktiv tillsyn (klagomål och anmärkningar, kontrollbesök)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proaktiv (styrning, rådgivning, utlåtanden, kontrollbesök)</li> <li>Planmässig (tillsynsprogram och tillsynsplan, kontrollbesök)</li> <li>Reaktiv tillsyn (tillsynsbesök)</li> </ul>
<b>Uppgiftsfördelning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Misstankar om allvarliga vårdfel</li> <li>Rättsmedicinsk utredning av dödsorsak</li> <li>Principiellt betydelsefulla eller vittomfattande frågor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regional styrning, rådgivning och tillsyn</li> <li>Handläggning av klagomål</li> <li>Riksdagens justitieombudsman eller Valvira kan överföra</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inspektionsbesök vid behov också tillsammans med RFV.</li> <li>Anmälningsskyldighet till RFV om uppdagade missförhållanden och brister (egenkontrollanmälan).</li> </ul>

Social- och hälsovård	Valvira	Regionförvaltningsverket	Samkommunen Österbottens välfärdsområde
Beviljande av tillstånd/Registrering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärenden, om de berör flera RFV:s verksamhetsområden</li> <li>• Klagomål förknippade med tillsynsärenden som redan är under behandling i Valvira</li> <li>• Fall, i vilka man måste ingripa i en persons rätt att utöva sitt yrke</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• handläggningen av ett tillsynsärende till RFV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mottagande och behandling av anmälningar som gäller produktion av socialservice som har anmälningsplikt samt att ge utlåtande om samma tjänster</li> <li>• Godkännande av servicesedelföretagare</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bevilja tillstånd för privata producenter av social- och hälsovårdstjänster som verkar inom fler än ett RFV-område</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beviljar tillstånd till privata producenter av social- och hälsovårdstjänster som är verksamma inom området</li> <li>• Godkänner producent av anmälningspliktig service</li> <li>• Registrerar producenter av tillståndspliktig och anmälningspliktig service</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Upprätthåller ett eget register över godkända producenter av anmälningspliktiga icke registrerade serviceproducenter (register över stödserviceproducenter)</li> </ul>

### 3.2.2 Skyldighet att anmäla brister och missförhållanden

Välfärdsområdet/enheten för kvalitet och tillsyn ska underrätta regionförvaltningsverket om uppdagade brister och missförhållanden. Tillsynsenheten är också skyldig att tillhandahålla serviceproducenterna styrning och rådgivning och på så vis eftersträva att eventuella brister korrigeras. Vissa tillsynsåtgärder som lagen föreskriver, såsom avbrytande av verksamheten, kan emellertid genomföras endast av regionförvaltningsverket (RFV) eller Valvira. Om dessa åtgärder föreskrivs i lagen om privat socialservice ([922/2011](#)). Tillståndsmyndigheten kan återkalla ett tillstånd att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster, om en grov överträdelse av denna lag eller bestämmelser eller föreskrifter som meddelas med stöd av den har skett i serviceproducents verksamhet (22 § i lagen om privat hälso- och sjukvård [152/1990](#)).

Ett tillsynsärende kan komma till tillsynsenhetens kännedom/för utredning genom muntlig eller skriftlig anmälan av klient/patient, anhörig, arbetstagare, serviceproducent eller andra intressentgrupper, till exempel genom kontakt, anmälan om missförhållande (härefter Spro-anmälen), HaiPro-patientsäkerhetsanmälan, anmärkning, klagomål eller kontakt eller utredningsbegäran från RFV/Valvira.

### 3.2.3 Läkartjänster vid serviceboende

Ordnandet av läkartjänster i serviceboende är på välfärdsområdets ansvar. Om tjänster produceras av en privat aktör, ska välfärdsområdet avtala om ordnandet av läkartjänster med serviceproducenten.

Ordnandet av läkartjänster på enheter i ett serviceboende bedöms alltid utifrån klienternas behov. Läkartjänsterna måste vara tillgängliga när klienten behöver dem. En läkartjänst som genomförs endast i form av konsultation på distans är inte tillräcklig ur synvinkeln för patientens rättigheter. ([RFV. Klagomål över social- och hälsovården](#)).

### 3.2.4 Tillsynsplan

För samkommunen för Österbottens välfärdsområde utarbetas under 2022 en tillsynsplan för välfärdsområdet, vilken i fortsättningen uppdateras årligen. Välfärdsområdets organ drar upp linjerna för tillsynsplanen enligt de prioriterade områdena i det riksomfattande tillsynsprogrammet för social- och hälsovården som uppgörs för fyra år. Tillsynsplanen ska godkännas av styrelsen för välfärdsområdet. Tillsynen riktas bl.a. in på basis av riskerna (t.ex. då det gäller dygnet runt-service). Tillsyn riktas särskilt till de tjänster där bristerna i anknytning till tillgänglighet, kvalitet och rättidighet är störst.

## 3.3 Egenkontroll

Välfärdsområdet och en privat serviceproducent ska i sin verksamhet i enlighet med lagen om ordnande av social- och hälsovård (Lag om genomförande av reformen av social- och hälsovården och räddningsväsendet och om införande av den lagstiftning som gäller reformen [616/2021](#)) i fortsättningen genom egenkontroll säkerställa att uppgifterna sköts på lagenligt sätt och enligt gällande avtal.

Egenkontrollplikten gäller såväl offentliga som privata aktörer. Egenkontroll är ett verktyg för serviceproducenten, med vilket man kan utvärdera, utveckla och följa upp tjänsternas kvalitet och klientsäkerhet i verksamhetsenheternas dagliga klientarbete ur klientens synvinkel. Serviceproducenten ska i samband med genomförandet av egenkontroll ha kunskap om tjänsten och de lagstadgade förpliktelser den omfattas av samt i fråga om vissa tjänster om de speciallagar som de omfattas av. Verksamhetsenheten ska ha en utnämnd ansvarig person som svarar för att de tjänster som genomförs vid verksamhetsenheten uppfyller de krav som ställs på dem (Lag om privat socialservice ([922/2011](#), 5 §)).

Den grundläggande idén med egenkontroll är att det för verksamhetsenheten har utarbetats en skriftlig plan, med hjälp av vilken missförhållanden och situationer som medför osäkerhet och risk beträffande hur en tjänst utfaller för en klient kan identifieras, förhindras och korrigeras. Egenkontroll grundar sig på kontinuerlig riskhantering som genomförs på enheten, i vilken serviceprocesserna bedöms ur synvinkeln för kvalitet och klientsäkerhet. Syftet är att förebygga att risker realiserar och att planenligt och snabbt reagera på observerade kritiska arbetsmoment eller frågor som kräver utveckling. Egenkontroll är systematiskt klient- och patientsäkerhetsarbete, som utgår från den enskilda arbetstagarens skyldighet att utföra arbetet på ett sådant sätt att i tjänsten gemensamt överenskomna förfaringsätt och praxis förverkligas. ([RFV. Egenkontroll inom socialvården](#)).

Egenkontroll kan indelas i tre nivåer: egenkontroll som en yrkesutbildade person riktar mot sig själv, serviceproducenternas egenkontroll och egenkontroll som utförs av kommuner med organiseringsansvar/välfärdskommuner.

### 3.3.1 Plan för egenkontroll



För säkerställande av att verksamheten är tillbörlig ska varje producent av socialservice utarbeta en plan för egenkontroll som omfattar serviceproducentens alla former av socialservice och den samlade service som avses i 5 § 2 mom. (Lag om privat socialservice [922/2011](#), 6 §).

Valvira har gett verksamhetsenheterna en föreskrift om en plan för egenkontroll och dess innehåll, utarbetande och uppföljning (1/2014). Med en verksamhetsenhet avses en funktionell helhet, där det produceras socialvårdstjänster för klienter i lokaler avsedda för detta ändamål eller hemma hos klienten. ([Valvira. Egenkontroll inom socialvården.](#))

En ny serviceproducent ska utarbeta en plan för egenkontroll inom sex månader efter det att verksamheten på en ny enhet inleds. Planen för egenkontroll ska utarbetas i samarbete mellan verksamhetsenhetens ledning och personal, för att egenkontrollen ska bli en del av det dagliga arbetet och också personalen ska lära sig utvärdera sin egen verksamhet.

Planen för egenkontroll ska vara offentligt framlagd och förverkligandet av den ska följas upp regelbundet. Verksamheten ska utvecklas utifrån respons som regelbundet samlas in från klienterna och verksamhetsenhetens personal. (Socialvårdslagen [1301/2014](#), 47 §) Avsikten med planen för egenkontroll är att beskriva för läsaren hur man på enheten säkerställer att tjänsten genomförs på ett högklassigt och klientsäkert sätt. I planen för egenkontroll framgår också hur man går till väga på enheten när man konstaterar att en tjänst av någon anledning inte genomförs enligt de mål som har fastställts för den eller att klientsäkerheten äventyras. Syftet med egenkontroll är att personalen hela tiden ska utvärdera sin egen verksamhet, höra klienterna och de närstående i frågor förknippade med kvalitet och klientsäkerhet samt beakta klientresponsen vid utvecklingen av verksamheten. I planen för egenkontroll utvärderas serviceprocesserna i den tjänst som produceras ur synvinkeln för kvalitet och klientsäkerhet. Sannolikheten för att en risk ska realiseras bedöms och samtidigt funderar man över metoder med vilka man kan undvika att riskerna realiseras. Om risken av någon orsak skulle realiseras, ska det finnas en färdigt utarbetad plan för verksamhetens fortsättning och återhämtning.

En privat serviceproducent inom hälso- och sjukvården ska utarbeta en egen plan för egenkontroll om hen har fler än ett verksamhetsställe eller om det är fråga om hemsjukvård. Syftet med egenkontroll är att säkerställa att patienten får högklassig och säker hälsovård. Planen för egenkontroll är ett dokument i vilket antecknas alla centrala åtgärder med vilka serviceproducenterna själva övervakar sina verksamhetsenheter, personalens verksamhet samt kvaliteten på de tjänster de producerar. Planen för egenkontroll är ett dagligt redskap för utvecklingen av tjänsternas kvalitet. Av serviceproducenten förutsätts yrkesskicklighet, kunnande och erfarenhet för bedömning av hurdan egen styrning och tillsyn som säkerställer verksamhetens kvalitet och författningenslighet. ([Valvira. Hälso- och sjukvård. Plan för egenkontroll.](#))

Modellerna för välfärdsområdets egenkontrollplan blir färdiga i slutet av år -22. Då modellerna är färdiga, sparas de på intrasidorna under rubriken Kvalitet och tillsyn/Egenkontroll.

### 3.3.2 Tillgång till vård och uppföljning av vårdgarantin

I kapitel 6 i hälso- och sjukvårdslagen ([1326/2010](#)) föreskrivs om att få vård. Tillgången till icke brådskande vård, förverkligandet av den sk. vårdgarantin, övervakas enligt det tillsynsprogram som har utarbetats i samarbete av Valvira och regionförvaltningsverken. I hälso- och sjukvårdslagen stadgas om den längsta väntetiden för tillgång till icke-brådskande vård. Patienten ska få tillgång till brådskande



vård snabbt enligt vad som förutsätts med beaktande av patientens sjukdom eller skada. Angående fördelningen av tillsynsuppgifterna har avtalats att regionförvaltningsverken i enlighet med tillsynsprogrammet övervakar tillgången till icke-brådskande vård inom primärvården och inom specialiserad sjukvård som genomförs i samband med primärvården samt inom tjänsterna för Studenternas hälsovårdsstiftelse (YTHS). Valvira övervakar tillgången till icke-brådskande vård inom den specialiserade sjukvården. ([Valvira. Tillsyn över vårdgarantin](#)).

Tillsynen över vårdgarantin baserar sig på data som samlas in av Institutet för hälsa och välfärd (THL). THL samlar in uppgifterna om tillgång till vård separat för mun- och tandvården och primärvården två gånger om året och för den specialiserade sjukvården tre gånger om året ([Valvira. Tillsyn över verksamhetsenheter](#).)

Välfärdsområdet ska på internet minst var fjärde månad offentliggöra uppgifter om väntetider till icke-brådskande vård. Uppgifterna ska offentliggöras separat för varje verksamhetsenhet. ([Valvira. Att få vård](#)).

Barnskyddslagen ([417/2007](#)) innehåller tidsfrister för behandling av barnskyddsärenden. Syftet med tidsfristerna är att säkerställa att barnens och familjernas rättigheter tillgodoses tillräckligt tidigt och på lika villkor. THL begär två gånger per år uppgifter av välfärdsområdena om hur de tidsfrister för behandlingen av ärenden som föreskrivs i barnskyddslagen har iakttagits. ([THL. Behandlingstiderna inom barnskyddet](#)). THL följer också behandlingstiderna för ansökningar om utkomststöd. Uppföljningsperioderna för dessa är april och oktober. ([THL. Behandlingstiderna för ansökningar om utkomststöd \(finska\)](#)).

## Primärvård

Vardagar under tjänstetid bör man omedelbart kunna få kontakt med hälsovårdscentralen. Vårdbehovet ska bedömas senast den tredje dagen från det att patienten tog kontakt med hälsovårdscentralen. Vårdbehovet kan också bedömas av någon annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare. Inom specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård ska bedömningen av vårdbehovet inledas inom tre veckor från det att remissen anlänt till verksamhetsenheten. Den vård som ansetts vara nödvändig ska ordnas inom skälig tid, dock senast inom tre månader. Den längsta väntetiden på tre månader får överskridas med högst tre månader inom mun- och tandvård och i specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård, om vården av medicinska eller terapeutiska skäl kan skjutas upp utan att patientens hälsotillstånd äventyras. ([Valvira. Att få vård](#)).

De föreskrivna tiderna för vårdgarantin kommer att förkortas under åren 2023 och 2024.

- Från och med 1.9.2023 ska en bedömning av vårdbehovet ske samma dag.
- Från och med 1.9.2023 ska tillgång till primärhälsovård vara möjlig inom 14 dagar och till tandvård inom 4 månader.
- Från 1.11.2024: Ska tillgång till primärhälsovård finnas inom 7 dagar och till tandvård inom 3 månader.

Telefonnumret för bedömning av vårdbehovet inom Österbottens välfärdsområde är 06 218 9000 med undantag för Kristinestad, som har telefonnumret 06 2218 600.

## Specialiserad sjukvård

Vårdbehovet bedöms och vård ges enligt enhetliga medicinska och odontologiska principer. Vård på sjukhus förutsätter remiss. På sjukhus ska bedömningen av vårdbehovet inledas inom tre veckor från det att remissen anlände till sjukhuset. Om bedömningen av vårdbehovet förutsätter en bedömning av en specialist, särskild bilddiagnostik eller särskilda laboratorieundersökningar, ska bedömningen och undersökningarna göras inom tre månader från det att remissen anlände till sjukhuset. Vård, behandling och rådgivning som konstaterats vara nödvändiga ska inledas inom skälig tid, dock senast inom sex månader från det att vårdbehovet på sjukhuset slogs fast. Om välfärdsområdet inte självt kan ge vård eller behandling inom de längsta väntetiderna, ska tjänsterna anskaffas av någon annan vårdgivare, till exempel en annan hälsovårdscentral eller ett sjukhus eller av privata sektorn. Patienten får inte förorsakas andra kostnader för detta än de som han eller hon skulle betala för vård och behandling vid den egna hälsovårdscentralen eller det egna sjukvårdsdistriktet. ([Valvira. Att få vård](#)).

Inom mentaltjänster för barn och unga ska bedömningen av vårdbehovet inledas inom tre veckor från det att remissen anlände till sjukhuset. Om bedömningen av vårdbehovet kräver en bedömning av en specialist, särskild bilddiagnostik och/eller laboratorieundersökningar, ska bedömningen och undersökningarna göras inom sex veckor från det att remissen anlände till sjukhuset. Vård eller behandling som konstaterats vara nödvändig ska i fråga om personer under 23 år ordnas inom tre månader från det att vårdbehovet konstaterades, om inte medicinska eller terapeutiska orsaker kräver något annat. ([Valvira. Att få vård](#)).

### **Socialvård**

Om en persons rätt att få bedömning av servicebehovet föreskrivs i 36 § i socialvårdslagen ([1301/2014](#)). Ett socialvårdsärende inleds på ansökan eller när en arbetstagare inom kommunens socialvård annars i sitt arbete har fått kännedom om en person som eventuellt behöver socialservice. Personens behov av brådskande hjälp ska bedömas omedelbart. Bedömningen ska påbörjas senast den sjunde vardagen efter det att klienten, en anhörig eller en närstående eller klientens lagliga företrädare har kontaktat den kommunala myndighet som ansvarar för socialservicen för att få service, om personen är över 75 år eller om personen får vårdbidrag med högsta belopp enligt 9 § 3 mom. 3 punkten i lagen om handikappförmåner ([570/2007](#)). Bedömningen av servicebehovet ska påbörjas utan dröjsmål och slutföras utan ogrundat dröjsmål. Bedömningen av hårdant servicebehov ett barn som behöver särskilt stöd ska inledas senast den sjunde vardagen efter det att ärendet har inletts, och bedömningen ska bli klar senast tre månader från inledandet (Socialvårdslagen [1301/2014](#)).

I socialvårdslagen avses med person som behöver särskilt stöd en person som har särskilda svårigheter att söka och få behövliga social- och hälso-tjänster. Den egna kontaktpersonen eller den person som utför klientarbete med en person som behöver särskilt stöd ska vara en socialarbetare.

Om samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialjouren föreskrivs i 50 a § i hälso- och sjukvårdslagen ([1326/2010](#)). I samband med bedömningen av behovet av brådskande vård ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården i enlighet med det som föreskrivs i 35 § i socialvårdslagen ([1301/2014](#)) bedöma om patienten har ett uppenbart behov av socialvård. Om behovet är uppenbart, ska personen hänvisa patienten att söka socialservice, eller om patienten samtycker, kontakta den myndighet som ansvarar för den kommunala socialvården, så att en yrkesperson inom socialvården bedömer servicebehovet enligt det som föreskrivs i 36 § i socialvårdslagen ([1301/2014](#)). I brådskande fall ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården kontakta socialjouren.

### 3.4 Socialvårdens klientplaner

Organiseringen av högklassig och kostnadseffektiv socialvård baseras på bedömning av klientens individuella servicebehov och på planmässigt arbete med de klienter som omfattas av servicen. Klientplanen är ett centralt dokument för styrningen av arbetet. Bedömningen av servicebehovet kompletteras med klientplanen, såvida det inte är uppenbart onödigt att utarbeta en plan, till exempel när en klient ges tillfällig rådgivning eller bedömningen av servicebehovet har varit en tillräcklig stödform.

Klientplanen baseras på samarbete med klienten, men den ska i sista hand utarbetas också när de berörda parterna inte vill delta i utarbetandet av den eller motsätter sig utarbetandet av den. Om en plan utarbetas i samarbete, men man inte når enighet i alla frågor, ska också de avvikande åsikterna antecknas i planen. I klientplanen antecknas de förhållanden och frågor som man försöker påverka samt de tjänster och övriga stödåtgärder med vilka man försöker tillgodose stödbehovet. Dessutom ska man anteckna motstridiga synpunkter på behovet av stöd och organiseringen av övriga stödåtgärder.

Klientplanen är framförallt klientens dokument, vars innehåll har utarbetats tillsammans med klienten. En bra klientplan gör det möjligt för klienten att få behövliga tjänster och stödåtgärder och kan hjälpa klienten att strukturera sitt eget liv. En klientplan är ett dokument som styr arbetet och ett verktyg för dokumentering. Klientplaner är också redskap för datagenerering inom socialarbetet och hjälper arbetstagarna i struktureringen av det egna arbetet. Klientplanen är central för uppnåendet av kort- och långsiktiga mål. I planen ska vid behov också framgå ansvarspersonerna.

I klientplanen ska fastställas den uppskattade tiden inom vilken man strävar efter att uppnå målen. Klientplanen ska vid behov ses över. Inom barnskyddet ska klientplanen ses över minst en gång om året. Innehållet i planen ska anpassas till de övriga tjänster och stödåtgärder som personen behöver. På begäran av den ansvariga arbetstagaren ska också andra myndigheter vid behov delta i utarbetandet av klientplanen.

Förutom klientplanerna görs för klienten inom serviceproduktionen upp planer för genomförande/vård och fostran, vilka grundar sig på klientplanerna och beskriver målen för och metoderna inom socialtjänsterna för varje enskild serviceuppgift inom socialvården (tjänster för äldre personer, barnfamiljer och barnskydd, familjerättsliga tjänster, handikapps-service och service för personer i arbetsför ålder).

Att göra klienten och vid behov dennas vårdnadshavare, närstående och anhöriga delaktiga är en central del av det planmässiga arbetet inom socialvården. Klientplanerna delges klienterna också skriftligt.

### 3.5 Vård- och rehabiliteringsplan

I patientens vård- och rehabiliteringsplan sammanställs patientens alla hälsoproblem samt planerade åtgärder förknippade med dem som en helhet. Planens utgångspunkt är patientens upplevda behov av vård och patientens mål. Vårdplanen är med tanke på patientsäkerheten ett centralt dokument, med

hjälp av vilket man tryggar patientens delaktighet i sin egen vård och insikt om riskerna samt en lyckad egenvård för patienten. Med planens hjälp kan man samordna behandlingen av olika sjukdomar på ett säkert sätt och säkerställa att behandlingarna är kompatibla och genomförs.

Planen görs upp av patienten och en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården i samarbete, dock så att det tas i beaktande att endast en läkare kan besluta om medicinska undersökningar, ställa diagnoser och fastställa behandlingar. Å andra sidan har patienten rätt att tacka nej till erbjuden behandling, varvid patienten kan behandlas på något annat medicinskt godtagbart sätt.

När vårdplanen görs upp informeras patienten om sina sjukdomar, behandlingsalternativen och riskerna i anslutning till dessa. I vårdplanen överenskomms också om sådant som patienten själv ska sköta i samband med vården.

## 3.6 Klientens och patientens självbestämmanderätt och begränsande åtgärder

### 3.6.1 Självbestämmanderätt

Självbestämmanderätt definieras som individens rätt att bestämma i frågor som gäller individen själv och ingripande i den personliga integriteten. Självbestämmanderätten anses grunda sig på Finlands grundlag (731/1999). Enligt 7 § i grundlagen har alla rätt till liv och till personlig frihet, integritet och trygghet. Dessutom är vars och ens privatliv, heder och hemfrid tryggade i egenskap av grundläggande rättighet (731/1999 10 §). I lagen om patientens ställning och rättigheter (17.8.1992/785) och i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (22.9.2000/812) föreskrivs om självbestämmanderätt som central utgångspunkt inom social- och hälsovården. Enligt 6 § i patientlagen ska vård och behandling ges i samförstånd med patienten. När socialvård lämnas ska i första hand klientens önskemål och åsikt beaktas och klientens självbestämmanderätt även i övrigt respekteras (812/2000 8 §).

I självbestämmanderätten ingår respektfullt bemötande av individen samt individens möjlighet att bli hörd och delta i beslutsfattande. Att bli hörd kan innefatta möjlighet att diskutera med läkare, sjukskötare, socialarbetare och övrig personal. Känslan av att bli hörd ökar möjligheten att påverka till exempel sin egen medicinering och ger möjlighet att uttrycka sin åsikt. Tillräcklig information ökar klientens möjlighet att ta beslut om sig själv och den egna vården samt ökar möjligheten att påverka. När klienten deltar i den egna vården eller skötseln av ärenden, kan tjänsterna genomföras på ett ur klientens synvinkel ändamålsenligt sätt.

Klientens självbestämmanderätt ska respekteras och främjas. Lagen om klienthandlingar inom socialvården (254/2015) stöder god praxis inom klientarbete. Det ska ombesörjas att frågor som berör klienten registreras korrekt och att klienten (den anhöriga) får uppgifter som gäller det egna ärendet i skriftlig form så att klienten upplever sig vara genuint delaktig i beslutsfattandet i frågor som berör hen själv. Respektfullt bemötande förverkligas när klienten upplever sig få tillräcklig information i anknytning till den egna vården och beslutsfattandet. I socialvårdslagen betonas också klientens möjlighet att påverka sina egna ärenden samt deltagande och en mera omfattande möjlighet att påverka i gemenskapen och samhället.

Klienten ska alltid ges möjlighet att delta i och påverka planeringen och genomförandet av de tjänster som tillhandahålls klienten. Det samma gäller andra åtgärder som ansluter sig till den socialvård som ges klienten. Frågor som berör klienten ska behandlas och avgöras så att i första hand klientens fördel beaktas. (22.9.2000/812 8§.)

Vården och behandlingen ska ges i samförstånd med patienten. Om patienten vägrar ta emot en viss vård eller behandling, ska den i mån av möjlighet och i samförstånd med patienten ges på något annat sätt som är godtagbart från medicinsk synpunkt. De som deltar i vården ska respektera patientens egna beslut. (17.8.1992/785, 6§.)

I lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (22.9.200/812 9 §) föreskrivs att om en myndig på grund av sjukdom eller nedsatt psykisk funktionsförmåga eller av någon annan motsvarande orsak inte kan delta i och påverka planeringen och genomförandet av de tjänster som tillhandahålls klienten eller de andra åtgärder som anknyter till den socialvård som ges klienten eller inte kan förstå föreslagna alternativa lösningar eller beslutens verkningar, skall klientens vilja utredas i samråd med klientens lagliga företrädare, en anhörig eller någon annan närstående. Om man inte får klarhet i detta, ska patienten vårdas på ett sätt som kan anses vara i enlighet med klientens personliga intresse.

En minderårig klients önskemål och åsikt ska utredas och beaktas på det sätt som klientens ålder och utvecklingsnivå förutsätter. I alla åtgärder som vidtas inom offentlig eller privat socialvård och som gäller minderåriga ska i första hand den minderåriges intresse beaktas. (13.4.2007/417 5 §) När det i ett enskilt socialvårdsärende som gäller den minderåriges person finns grundad anledning att anta att vårdnadshavaren inte opartiskt kan bevaka barnets intresse, skall ett organ som avses i 6 § socialvårdslagen göra en ansökan enligt 72 § i lagen om förmyndarverksamhet eller en anmälan enligt 91 § i nämnda lag om förordnande av en intressebevakare för den minderåriga, om det är viktigt för trygghet av den minderåriges intresse. Den minderåriges önskemål och åsikt angående saken ska utredas på det sätt som avses i 1 mom. (22.9.2000/812 10§.)

Enligt lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda ska de åtgärder som stöder och främjar en klients självbestämmanderätt skrivas in i service- och vårdplanen för den som ges specialomsorger. De åtgärder som stöder och främjar en persons förutsättningar att klara sig på egen hand och personens självbestämmanderätt ska skrivas in i service- och vårdplanen för den som ges specialomsorger. Service- och vårdplanen ska ses över vid behov, dock minst var sjätte månad, om det inte är uppenbart onödigt. När service- och vårdplanen ses över ska man särskilt bedöma hur den begränsningsåtgärd som använts inverkar på service- och vårdplanen samt på specialomsorgsprogrammet. En verksamhetsenhet för specialomsorger ska ha tillräckligt kunnande inom medicin-, psykologi- och socialarbete, yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården samt övrig personal med tanke på verksamheten och de särskilda behoven hos dem som ges specialomsorger. Inom Österbottens välfärdsområde finns en arbetsgrupp för självbestämmande (fi: IMO-) som består av personer med olika slag av specialkunskaper. Samkommunen för välfärdsområdet är skyldig att säkerställa att klienten får hjälp, stöd och service enligt vad som är ändamålsenligt. Vid tillsyns- och styrningsbesök på serviceproducenternas enheter utreds alltid hur klientens självbestämmanderätt genomförs på enheten.

### 3.6.2 Begränsningsåtgärder

Inom social- och hälsovården kan man i vissa situationer vara tvungen att begränsa klientens självbestämmanderätt genom begränsningsåtgärder. Om användningen av begränsningar och vård och

socialvård oberoende av en persons vilja föreskrivs i barnskyddslagen (417/2007), mentalvårdslagen (1116/1990), lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda (519/1977), smittskyddslagen (1227/2016) och lagen om missbrukarvård (41/1986). I dessa lagar definieras separat i vilka situationer, hur och enligt vems beslut begränsningsåtgärder kan genomföras. Varje arbetstagare ska introduceras i lagstiftningen om begränsningsåtgärder innan begränsande åtgärder tas i bruk och agera på det sätt som lagen föreskriver. Ny och mer omfattande lagstiftning gällande självbestämmanderätt bereds vid social- och hälsovårdsministeriet.

Med begränsande åtgärder och säkerhetsredskap avses bl.a. anordningar som begränsar rörlighet, såsom säkerhetsbälten, säkerhetsvästar, g-stolar och magnetbälten, fastbindande av extremiteter, hygienklädsel, sänggrindar. Begränsande åtgärder är också förhindrande av rörelsefrihet, omhändertagande av föremål och visitering.

Ett beslut om begränsning av en persons självbestämmanderätt ska grundas på särskilda orsaker. Utgångsläget är att en persons grundläggande rättigheter kan begränsas endast vid i lagstiftning separat föreskrivna situationer och endast i den utsträckning som är nödvändig. Användning av begränsningar och tvingande beslut inom hälsovården sker alltid enligt ordination av en läkare. För vårdbeslut ansvarar den behandlande läkaren. Läkaren registrerar alla begränsningar som används för patienten i datasystemet. Läkaren godkänner också användningen av begränsningarna. Inom socialvården kan avgörande/beslut också tas av en yrkesutbildad person inom socialvården.

Användningen av en begränsande åtgärd måste avslutas genast när den inte längre är nödvändig eller om den äventyrar hälsan eller säkerheten för den som ges specialomsorg. Om en begränsande åtgärd används för en minderårig, ska vid användningen av den begränsande åtgärden beaktas den minderårigas intresse samt ålder och utvecklingsnivå. (20.05.2016/381, 42 d§)

Begränsningsåtgärder som avses i mentalvårdslagen (1116/1990) gäller endast patienter som vårdas oberoende av sin vilja. Det finns inte bestämmelser för begränsningsåtgärder för personer som frivilligt tar emot hälso- eller socialvårdstjänster, och det finns inte enhetliga anvisningar för användningen av dem. Också varje människa som lider av minnessjukdom har självbestämmanderätt. En minnessjukdom innebär inte automatiskt att självbestämmanderätten fråntas, eftersom en minnessjuk person kan ha förmåga att på ett adekvat sätt fatta beslut som gäller honom eller henne själv. Så länge människan själv förmår besluta om sina egna angelägenheter ska hans egna avgöranden prioriteras framom en laglig företrädares eller någon annan närstående persons åsikter. Patienten kan ha förmåga och rätt att besluta om sin vård trots att hen inte längre är behörig att t.ex. sköta sina ekonomiska angelägenheter. (Valvira 2018.)

Varje vård-/serviceenhet bör ha skriftliga anvisningar för hur begränsningar av självbestämmanderätten genomförs och hur användningen av dem kan förebyggas. Personalen ska göra registreringar gällande självbestämmanderätten omsorgsfullt i klient- och patientdokument. Av registreringarna ska det framgå i hurdana situationer man använder begränsningsåtgärden, hur och med vilka andra metoder man har försökt hantera situationen innan man använde begränsningsåtgärder, hur klienten eller patientens situation har följts upp under begränsningsåtgärden och hur klienten eller patienten mår under pågående begränsningsåtgärd samt i hurdan situation begränsningen har kunnat avlägsnas, och vem som har tagit beslut om fastställande av begränsningarna.

### 3.7 Upphandlingsförfarande och köptjänster



Verksamhetsenheterna ska konkurrensutsätta sina anskaffningar i enlighet med upphandlingslagen. Lagen har till ändamål att effektivisera användningen av allmänna medel, främja innovativ och hållbar upphandling av hög kvalitet samt garantera lika möjligheter för företag och andra sammanslutningar att erbjuda varor, tjänster och byggtreprenader vid anbudsförfaranden för offentlig upphandling. En sammanslutning ska vid upphandling av tjänster av en privat serviceproducent säkerställa att tjänsterna motsvarar den nivå som förutsätts av en motsvarande kommunal aktör.

Innan upphandlingsförfarandet startar kan man göra en marknadskartläggning för beredningen av upphandlingen och på så vis informera leverantörerna om planer och krav i anslutning till den förestående upphandlingen. Vid alla upphandlingar bör beaktas att man strävar efter en verkningsfull upphandling. Alla som deltar i beredningen av upphandlingen ska ta detta i beaktande vid beredningen av offertförfrågan. Offertförfrågan och tillhörande bilagor ska formuleras så tydligt att man utifrån dem kan ge sinsemellan jämförelsedugliga offerter. Definitioner och tillhörande eventuella tekniska specifikationer som beskriver föremålet för upphandlingen ska framställas i upphandlingsbeskedet, offertbegäran, förhandlingskallelsen eller i bilagor till dessa, och de egenskaper som krävs ska fastställas. Definitionerna ska erbjuda anbudsgivarna lika möjligheter att delta i anbudsförfarandet, och de får inte obefogat avgränsa konkurrensen i offentliga upphandlingar.

Bland anbudena ska det ekonomiskt mest fördelaktiga väljas. I upphandlingsannonsen, anbudsförfrågan eller inbjudan att förhandla ska anges det tillämpade kriteriet för att ett anbud är det ekonomiskt mest fördelaktiga eller de tillämpade jämförelsegrunderna enligt förhållandet mellan pris och kvalitet. De kvalitetskriterier som krävs ska skrivas ut fullständigt. I anbudsförfrågan ska vikten av jämförelsegrunderna preciseras. Jämförelsegrunderna ska vara kopplade till föremålet för upphandlingen. De får inte ge den upphandlande enheten obegränsad valfrihet och de ska vara icke-diskriminerande och säkerställa möjligheten till verklig konkurrens. Som kriterium vid bedömningen av kostnaderna kan livscykelkostnaderna användas. Om avgöranden som påverkar kandidaternas och anbudsgivarnas ställning samt om avgöranden gällande anbudsförfarandet ska ett skriftligt upphandlingsbeslut, med motiveringar, fattas. Efter att upphandlingsbeslutet har fattats ska ett upphandlingskontrakt slutas. Upphandlingskontraktet uppstår genom undertecknande av ett separat, skriftligt kontrakt.

Tjänster kan upphandlas också enligt servicesedelmodellen. Till exempel köptjänster för äldre kan anskaffas med servicesedlar, på ett sådant sätt att de äldres valfrihet stöds (det är inte obligatoriskt för klienten att välja servicesedel). Dessutom är servicesedel den huvudsakliga anskaffningsformen för tjänster inom resultatområdet för rehabilitering. Inom hemvården, serviceboende och effektiverat serviceboende har man tagit i bruk en heltäckande servicesedel, dvs. klientavgiften är lika stor för klienten oberoende av organiseringsättet för tjänsten. En tjänst som produceras med stöd av servicesedel motsvarar till innehållet en offentlig tjänst. Tjänsterna specificeras i regelböckerna för servicesedlarna. En servicesedel kan användas vid ordnande av ledighet inom närståendevård, inom dagverksamhet, måltidsservice samt inom kortvarigt serviceboende. Sektordirektörerna svarar i samarbete med verksamhetsområdesdirektörerna för samordningen av anskaffningar av social- och hälsovårdstjänster som upphandlas av andra serviceproducenter och ordnandet av tjänster samt skapar ramen för riktlinjerna för tillsynen av serviceproduktionen i avtalsmodellerna.



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



## 4 KLIENTERNAS OCH DE NÄRSTÅENDES DELAKTIGHET

### 4.1 Definition av delaktighet

Med klientdelaktighet avses att tjänsteanvändare deltar och planerar

a) i den egna vården eller tjänsten.

Patienten har rätt att delta i planeringen av sin egen undersökning, vård och rehabilitering. Patienten ges upplysningar om sin sjukdom och vård och behandlingar av den på ett begripligt sätt. Inom hälso- och sjukvården ska vid behov utarbetas en plan för undersökning, vård och medicinsk rehabilitering eller någon annan motsvarande plan, av vilken ska framgå hur och enligt vilken tidtabell vården av patienten ordnas. Planen ska utarbetas i samförstånd med patienten, dennes anhöriga eller närstående eller lagliga företrädare. (Lag om patientens ställning och rättigheter 785/1992, § 4a, § 5)

När socialvård lämnas ska en service-, vård-, rehabiliterings- eller någon annan motsvarande plan utarbetas i samförstånd med klienten och dennes lagliga företrädare, anhöriga eller närstående. Klienten ska ges möjlighet att delta i och påverka planeringen och genomförandet av de tjänster som tillhandahålls klienten. Om hörandet av klienten innan beslut som gäller klienten fattas föreskrivs i förvaltningslagen. (30.12.2003/1361) (Lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 812/2000, § 7-8).

b) initiativ, planering, utveckling, genomförande och utvärdering av service, servicekedjor samt servicehelheter i ett vidare perspektiv än det egna ärendet.

Lagen om välfärdsområden (611/2021) förpliktar att sörja för klienternas mångsidiga och effektiva möjligheter och sätt att delta och påverka.

I planen för klientdelaktighet beskrivs mera ingående deltagandet i utvecklingen av tjänsterna.

### 4.2 Delaktighetsformer

Delaktigheten kan enligt strukturen indelas i representativ demokrati och direkt påverkan. (Aalto-Matturi, Sari & Niklas Wilhelmsson. 2010.)

**I representativ demokrati** och delaktighet utser väljarna företrädare, vilka har fullmakt att ta beslut för deras räkning. I välfärdsområdet verkar de av befolkningen valda företrädarna i Österbottens välfärdsområdes organ, i vilka de representerar regionens befolkning. Representativa organ är fullmäktige, styrelse, nämnder, sektioner och påverkansorgan.

**Vid direkt demokrati** väljs inte representanter utan individerna är själva med i påverkansprocesserna direkt. Genom direkt deltagande kan klienterna påverka beredningen av frågor och beslutsfattandet som individer. Klientrådet är en av metoderna för klienternas direkta deltagande. För att delaktiggöra klienterna kan man också ordna olika samverkans- och diskussionsmöten kring ett visst ämne. Till välfärdsområdets organ, bl.a. sektorernas styrgrupper, kallas klientdeltagare. Välfärdsområdet fördjupar samarbetet med organisationerna. Dessutom fungerar erfarenhetsverksamhet som en form av samutveckling. Syftet är att förena klienternas erfarenhetskunnande och experternas arbets- och livserfarenheter samt expertis för utvecklingen av tjänsterna. Dessutom kan klienterna delta genom att

ge respons om tjänsterna via olika kanaler, såsom klientresponsystemet, anmärkningar, klagomål och via patient- och socialombudsmän.

**Lätt tillgänglig information** främjar delaktigheten. Ju mera lättillgänglig och ju rikligare informationen är, desto mer kan klienter delta i en fråga. Viktiga informationskanaler är organisationens webbplats och sociala medier (lättillgängliga) publikationer, tidningar samt organisationens informationstidning Hembesöket.

### **Påverkansorgan inom välfärdsområdet**

I lagen om välfärdsområden finns stadgat om att påverkansorgan ska inrättas (611/2021 32 § Välfärdsområdets påverkansorgan). Påverkansorganen är:

- ungdomsfullmäktige,
- äldreåd,
- råd för personer med funktionsnedsättning

I lagen (611/2021) stadgas att den regionala myndigheten ska tillsätta ett ungdomsfullmäktige i välfärdsområdet för att säkerställa att unga personer har möjlighet att delta och påverka eller en motsvarande påverkansgrupp för unga, för att trygga den äldre befolkningens möjligheter att delta och påverka ska ett äldreåd inrättas i välfärdsområdet samt ett råd för personer med funktionsnedsättning för att personer med funktionsnedsättning ska ha möjlighet att delta och påverka i välfärdsområdet.

Påverkansorganen har till uppgift att:

- Ungdomsfullmäktige, äldreådet och rådet för personer med funktionsnedsättning har till uppgift att öka och förbättra de ungas, äldres, funktionshindrades och långtidssjukas och deras anhörigas möjligheter att delta, påverka och vara verksamma.
- Främja samarbetet mellan kommunernas motsvarande påverkansorgan (ungdomsfullmäktige, äldreåden och råden för funktionshindrade) och välfärdsområdet.
- Påverkansorganen ska årligen göra upp en verksamhetsberättelse över sin verksamhet.
- Påverkansorganen utser vid behov sin representant till de enskilda organ som finns inom välfärdsområdet. Representantens kostnader ska beaktas för att hen ska kunna delta.
- Följa upp, utvärdera, ge utlåtanden och ställningstaganden samt ta initiativ i allmänhet för att utveckla verksamheten.
  - Påverkansorganen kan inte ta ställning till beslut som gäller individer.

Kommunernas påverkansorgan väljer en representant och en ersättare inom sin krets och de ska representera kommunen i motsvarande organ i välfärdsområdet. Från varje kommuns påverkansorgan väljs en representant och en ersättare. Då påverkansorganen tillsätts ska lagen om jämställdhet mellan kvinnor och män följas (1986/609 § 4a). Välfärdsområdets styrelse fastställer de medlemmar som kommunerna har utsett till påverkansorganen.

Kommunernas påverkansorgan behandlar i sina egna kommuner **i stor omfattning** ämnen som berör ärenden inom ifrågavarande klientsegmentområde i den egna kommunen. Välfärdsområdets påverkansorgan behandlar på motsvarande sätt ämnen, som hänför sig till tjänster inom vart och ett klientsegment i välfärdsområdets verksamhet.

**Påverkansorganen får i beredningsskedet före besluten tas delta i planeringen, utvärderingen och utvecklingen av tjänsterna för unga, äldre och funktionshindrade.** Ärenden som hänförs till välfärdsområdets verksamhet förs vidare till välfärdsområdets påverkansorgan via kommunernas påverkansorgan och på det här sättet kan också det regionala klientperspektivet komma till synes i ledandet av sektorer och verksamhetsområden. Påverkansorganen kan på sina möten också på eget initiativ ta upp frågor, som de bedömer vara viktiga sett från de befolkningsgrupper som de representerar. **Till deras roll hör exempelvis att ta initiativ, ge utlåtanden och göra ställningstaganden.** Påverkansorganen bör ges tillräckligt med information bl.a. om aktuella projekt och ge plats för påverkansmöjlighet i beredningen av ärenden. De bör även ha möjlighet att delta när den regionala välfärdsberättelsen ska utarbetas i enlighet med § 7 i lagen om ordnande av social- och hälsovård.

Rådet för äldre och funktionshindrade har lika lång mandatperiod som välfärdsområdets fullmäktigeperiod. Ungdomsfullmäktiges mandatperiod är två år. Välfärdsområdets påverkansorgan väljs för tiden 1.1.2023 – 31.5.2025. Påverkansorganet kan själv välja hur lång ordförandens och viceordförandens mandatperiod ska vara.

Ett påverkansorgan sammanträder 2-5 gånger per år enligt behovet. Protokollen från påverkansorganen publiceras på välfärdsområdets hemsidor.

**Ett påverkansorgan ska årligen utarbeta en verksamhetsberättelse om sin verksamhet för välfärdsområdets styrelse.** Rapporten ska utarbetas av ordföranden och sekreteraren. Påverkansorganet ska godkänna verksamhetsberättelsen innan den överläts framåt. (Verksamhetsstadgan för Österbottens välfärdsområdes påverkansorgan)

### 4.3 Klientrådet

I lagen om välfärdsområden (611/2021 § 29) stadgas att välfärdsområdets invånare och de som använder dess tjänster bör ha rätt att delta i och påverka välfärdsområdets verksamhet. I utvecklingen av de klientorienterade tjänsterna deltar i Österbottens välfärdsområde fyra klientråd; barn, unga och familjer, ett för personer i arbetsför ålder och ett för äldre samt ett multikulturellt råd.

Klientråden uppgift är att skapa klientorientering och ge klienternas perspektiv på tjänsterna i välfärdsområdets verksamhet. Klientråden producerar nya idéer om hur tjänster kunde ordnas mer klientorienterat och mer användarvänligt. De kan på eget initiativ komma fram med nya idéer eller också fungera som forum för att den anställdas representanter ska kunna be om klienternas åsikt i fråga om utvecklande och utvärdering av tjänsterna.

Klientråden sammanträder 2–4 gånger om året. Klientrådet skriver en resolution av sina gemensamma synpunkter, vilken ges för kännedom och åtgärder beroende på ämnet till ansvarspersonen i fråga. Klientrådets verksamhet rapporteras till välfärdsområdets styrelse. Klientrådets resolutioner kan läsas på Österbottens välfärdsområdes webbplats.

Klientrådsarbetsgrupper svarar för organiseringen av klientrådets verksamhet. Som ordförande för klientråden verkar sektordirektören för sektorn i fråga. Rådet kan behandla frågor som föreslås av såväl välfärdsområdets personal som av klientrådets medlemmar.

Medlemmarna till klientråden väljs genom öppen ansökan. Varje sektorspecifik klientrådsgrupp ger förslag på 10–15 medlemmar till sitt klientråd så att man får en så mångsidig och jämlik representation som möjligt i förhållande till välfärdsområdets befolkning, ålder, kön, bostadsområde, kulturell bakgrund samt språkgrupp bland de sökande. Välfärdsområdets styrelse utnämner klientrådets medlemmar. För sammansättningen av rådet ansvarar klientrådsgruppen, som vid behov kompletterar rådets sammansättning. Vid valet betonas vikten av positiv inställning till utveckling.

I klientråden vill man framför allt höra klienternas åsikter. Personer som har ett tjänste- eller arbetsförhållande med Österbottens välfärdsområde eller en ställning som förtroendevald inom välfärdsområdet kan inte väljas in i ett klientråd, eftersom de redan genom sin ställning har möjlighet att påverka utvecklandet av välfärdsområdets tjänster.

Klientråden har samma längd på mandatperioden som välfärdsområdets fullmäktige. De första klientråden väljs för tiden 1.1.2023–31.5.2025. Om en rådmedlem vill säga upp sitt rådmedlemskap under pågående mandatperiod, ska hen meddela om detta skriftligt till klientrådets ordförande och sekreterare. Vid behov väljs en ny medlem i den avgåendes ställe. När mandatperioden avslutas söks nya rådmedlemmar enligt det ovan beskrivna förfarandet.

#### 4.4 Organisationssamarbete

Lagen om Österbottens välfärdsområde har som mål att skapa förutsättningar för samarbete mellan välfärdsområdet och organisationerna och för organisationernas påverkningsmöjligheter. Österbottens välfärdsområde har gjort ett samarbetsavtal med föreningarna i regionen eller med Österbottens organisationsdelegation och Österbottens föreningar rf, som föreningarna har bemyndigat. Syftet med avtalet är bl.a. att förstärka välfärdsområdets befolknings delaktighet och organisationernas ställning, synlighet och roll som aktiva parter vid utvecklandet av välfärdsområdets tjänster samt av tjänstestrukturerna. Stödet, rådgivningen och styrningen samt den förebyggande verksamheten från organisationerna sammanbinds som en del av områdets verksamhet och servicehelheter. Organisationerna är med och utvecklar och utvärderar välfärdsområdets servicestrukturer, tjänster och deltar i arbetsgrupper för planeringen av tjänsterna.

I Österbottens finns ca 3800 organisationer och föreningar, varav 355 som berör social- och hälsovård. Föreningarnas och organisationernas roll är mycket mångskiftande. Som en väsentlig del av verksamheten hör att befrämja välmående och delaktighet, möjligheterna till medborgar- och frivilligverksamhet och att erbjuda kamratstöd samt att främja sysselsättningen. Målgrupperna är barn, familjer, unga, ensamma, äldre, personer med missbruksproblem och mentala problem, personer som är svåra att sysselsätta, långtidsarbetslösa, invandrare, personer med funktionsstörning samt övriga kroniskt sjuka och rörelsehämmade. Många av patientorganisationerna stöder både insjuknade och deras anhöriga. En del av organisationerna kan också erbjuda utbildade erfarenhetsexperter.

Många organisationer producerar och kompletterar tjänsterna för kommunernas och välfärdsområdets invånare samt fungerar som samarbetsparter i nätverksamhet på den praktiska nivån t.ex. på olika möten och evenemang. Organisationerna har hobby- och rekreativitet, de fungerar som mötesplatser för kommuninvånare och främjar på det sättet invånarnas välmående och delaktighet. Organisationerna kan snabbt och effektivt komma i kontakt med kommuninvånare i svagare ställning, då de fungerar med låg tröskel utan byråkrati. De här organisationerna skapar samhörighet och ger klienterna möjligheter till delaktighet.

Österbottens föreningar rf (POHY) fungerar som tak- och nätverksorganisation i Österbottens område. Verksamheten har sin tyngdpunkt i föreningar inom social- och hälsovårdsområdet och i föreningar som befrämjar hälsa och välmående. POHY:s medlemsföreningar är totalt 92, varav 44 är patientföreningar specialiserade på olika sjukdomsgrupper och 13 föreningar kring alkohol- och drogsarbete och mental hälsa. Medlemmar i POHY är dessutom 35 föreningar med målet att allmänt främja välmående, hälsa och delaktighet. POHY arbetar för samarbete mellan medlemsorganisationer och föreningar inom social- och hälsovård i Österbotten, stöder föreningarnas verksamhetsförutsättningar, erbjuder medlemsföreningarna stöd, kunskap, lokaler, utför påverkansarbete och intressebevakning, ordnar utbildning, workshoppar och utvecklingsforum samt hjälper föreningarna att utveckla samarbete både med varandra och den offentliga sektorn, företag och läroinrättningar. POHY ger service på finska, svenska och engelska. I Österbotten finns dessutom andra föreningar som påverkar välfärdsområdets verksamhet.

Organisations- och medborgarverksamheten kan skapa riktning och innehåll i livet och motverka ensamhet. Verksamheten har betydande inverkan på hälsan och välmåendet och stöder välmåendet på ett övergripande sätt. Deltagande i organisationsverksamhet är ett kostnadseffektivt förebyggande välmåendearbete. Organisationerna fungerar i aktivt samarbete med olika aktörer inom välfärdsområdet (kommunerna, social- och hälsovården, motion och idrott, kultur, läroinrättningar, landskapsförbundet) och samarbetar med företag och i olika projekt och i gemensamt skapande.

I Österbotten behövs fördjupat samarbete mellan välfärdsområdet och organisationerna, för att klienterna ska få större nytta av bägges verksamhet. Österbottens välfärdsområde och Österbottens föreningar och organisationer eller föreningsverksamhet som bemyndigas av dem, Österbottens förbunds organisationsdelegation samt Österbottens föreningar rf (POHY) ingår ett avtal om samarbetet, med avsikten att skapa metoder och former för samarbete mellan Österbottens välfärdsområde, social- och hälsovårdens organisationer samt organisationer som främjar hälsa och välfärd och engagera avtalsparterna i utvecklingen av samarbetet. Samarbetsavtalet kompletteras vid behov genom mer detaljerade avtal mellan organisationsaktörerna och välfärdsområdet.

Genomförandet av verksamhet som ordnas på basis av ett avtal följs upp och rapporteras som en del av välfärdsområdets välfärdsberättelse.

#### 4.5 Information och handledning till klienter

Klienter, patienter och närstående informeras om säkerhet regelbundet och med olika metoder. Syftet med informationen är att lyfta fram klienternas, patienternas och de närståendes möjligheter att delta i tryggheten av säkerheten. Med informationsmetoderna strävar man efter att säkerställa att den information som ges patienter och närstående är tillräcklig, aktuell och lättillgänglig.

#### 4.6 Anmärkningar, klagomål och patientskadeanmälningar

Information som samlas in i anslutning till anmärkningar, klagomål och patientskadeanmälningar används också för inläring i hela organisationen. De kompletterar helhetssynen på patientsäkerhetsstatusen i organisationen. I anmärkningarna och klagomålen söker man efter områden som behöver utvecklas ur synvinklarna för kvalitet, klientservice och patientsäkerhet, vilka lyfts fram i

verksamhetsområdenas rapport. Personalen informerar patienterna/klienterna och deras närstående om deras rättigheter att göra anmälningar och om patient- och socialombudsmannen.

#### 4.6.1 Anmärkningar

Enligt lagen om patientens ställning och rättigheter ([785/1992](#)) har en patient som är missnöjd med den hälso- och sjukvård eller det bemötande hen har fått rätt att framställa anmärkning till chefen för verksamhetsenheten. Enligt lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården ([812/2000](#) 812/2000) har en klient som är missnöjd med kvaliteten på socialvården eller med bemötandet rätt att framställa anmärkning till den som ansvarar för verksamhetsenheten eller till en ledande tjänsteinnehavare inom socialvården.

Klienterna ska ges tillräcklig information om anmärkningsrätten och det ska göras så enkelt för dem som möjligt att framställa anmärkning. Anmärkningar ska i regel framställas skriftligen, men de kan också framställas muntligen av särskilda skäl. Om en klient på grund av sjukdom eller nedsatt psykisk funktionsförmåga eller av någon annan motsvarande orsak inte kan framställa anmärkning själv, eller om klienten är död, kan anmärkningen framställas av klientens lagliga företrädare, en anhörig eller någon annan närstående. Patient- eller socialombudsmannen kan vid behov bistå klienten med framställandet av en anmärkning.

En anmärkning ska behandlas på behörigt sätt och skriftligen besvaras inom skälig tid (inom en månad) från det att den framställdes. I ett svar på en anmärkning får ändring inte sökas genom besvär. Framställandet av anmärkning inskränker inte rätten hos en klient inom socialvården att söka ändring på det sätt som föreskrivs särskilt. Framställandet av anmärkning inverkar inte heller på klientens rätt att anföra klagomål i sin sak.

I Österbottens välfärdsområde ansvarar resursdirektörerna för anmärkningsprocessen. Anmärkningarna anländer till registratorskontoret och därifrån styrs de vidare till rätt personer för behandling i enlighet med resurslinjen. Chefsöverläkaren delegerar beslutsfattandet till de läkare som ansvarar för verksamheten som anmärkningarna gäller, vilka är tjänsteinnehavande ledande läkare samt social- och hälsocentralernas ledande läkare. Chefsöversköterskan delegerar beslutsfattandet till översköterskorna. Socialdirektören delegerar behandlingen av anmärkningar till socialvårdscheferna.

I sådana fall där personer inom olika resurslinjer har deltagit i behandlingen av en anmärkning, ger läkaren svaret till klienten/en av klienten befullmäktigad person i form av en sammanfattning av de olika resurslinjernas svar. Information om tillvägagångssättet och formulär finns på välfärdsområdets hemsidor [www.osterbottensvalfard.fi](http://www.osterbottensvalfard.fi)

#### 4.6.2 Klagomål

En klient/patient som är missnöjd med kvaliteten på den hälso- eller socialvård som hen har fått eller med bemötandet i samband med tjänsterna har rätt att framställa ett klagomål till Regionförvaltningsverket i Västra och Inre Finland ([www.avi.fi](http://www.avi.fi)), Valvira ([www.valvira.fi](http://www.valvira.fi)) eller till riksdagens justitieombudsman ([www.oikeusasiamies.fi](http://www.oikeusasiamies.fi)). Klagomål riktas till Valvira i sådana fall där man misstänker att ett vårdfel lett till att patienten avlidit eller fått allvarliga och bestående skador. Övriga klagomål gällande vård riktas till det regionförvaltningsverk inom vars område patienten har vårdats.



En klient inom socialvården får anföra klagomål till den myndighet som utövar tillsyn över socialvårdens verksamhet (t.ex. regionförvaltningsverket, riksdagens justitieombudsman, statsrådets justitiekansler eller Valvira) när personen anser att en serviceenhet inom socialvården eller den som är anställd hos en sådan serviceenhet har förfarit lagstridigt, felaktigt eller osakligt. Tillsynsmyndigheten tar i sitt avgörande ställning till om en serviceenhet eller aktör inom socialvården har iakttagit lagen i sin verksamhet eller agerat korrekt och vidtar vid behov de åtgärder som den anser vara nödvändiga.

Innan ett klagomål anförs strävar man emellertid efter att lösa ärendet internt inom organisationen, till exempel genom anmärkning eller annan behandling av ärendet. Valvira eller regionförvaltningsverket kan överföra klagomålet för behandling först som en anmärkning till den verksamhetsenhet som klagomålet gäller. De problem som patienten och klienten möter bör lösas till exempel genom att ordna diskussioner om vård och service med den ansvariga personalen.

Regionförvaltningsverkets uppgift är att övervaka kvaliteten hos hälsovårdstjänsterna och deras kvantitativa tillräcklighet. Till det regionförvaltningsverk som fungerar som tillsynsmyndighet kan anföras ett klagomål gällande den tillsynsunderställda verksamheten. Ett klagomål kan gälla både offentlig och privat verksamhet. Rätten att anföra klagomål är inte begränsad till den klagandes egna ärende, utan klagomål kan anföras av vem som helst, varvid också hälso- och socialvårdspersonal eller en annan myndighet kan anföra klagomål om ett observerat missförhållande.

Regionförvaltningsverket skaffar de dokument och utredningar som är nödvändiga för utredning av ärendet. Vid behandling av ett klagomål begär regionförvaltningsverket utlåtande av den som klagomålet riktas mot. Innan ärendet avgörs ger regionförvaltningsverket den klagande tillfälle att bemöta de inhämtade utredningarna i ärendet. Det är inte möjligt att få ersättningar med hjälp av ett klagomål, och RFV eller Valvira kan inte ändra fattade vårdbeslut. I klagomålsbeslutet kan ges förvaltningsmässig handledning angående hur man borde ha handlat i ärendet. Målet är att handleda en yrkesutbildad person eller ett verksamhetsställe att i framtiden handla på ett annat sätt. Regionförvaltningsverket eller Valvira prövar inte klagomål som gäller en händelse som är äldre än två år, om inte vägande skäl till prövning gäller. Ett beslut som gäller klagomål får inte överklagas. Regionförvaltningsverket ger sitt svar på klagomålet skriftligen till både klagomålsanföraren och den som är föremål för klagomålet.

#### 4.6.3 Patientskada

Patientförsäkringen ersätter i enlighet med patientskadelagen en personskada som orsakats en patient i samband med hälso- och sjukvård, vilken har inträffat i samband med hälso- och sjukvård i Finland. Med personskada avses en sjukdom, skada eller annan tillfällig eller bestående försämring av hälsotillståndet eller död. Patientskador anmäls till Patientförsäkringscentralen. Ersättning måste sökas inom tre år efter det att patienten blev medveten om skadan eller borde ha varit medveten om den.

Patientförsäkringscentralens beslut skickas också till chefsöverläkaren, som meddelar beslutet för kännedom till överläkaren i fråga. Dokumenten i original förvaras separat från patientuppgifterna i patientjournalarkivet.

#### 4.6.4 Begäran om omprövning och klagomål på ett organs beslut inom socialvården



En klient inom socialvården får begära omprövning av ett individuellt beslut som fattats av en tjänsteinnehavare. I tjänsteinnehavarbeslutet bör anges hur man söker ändring i beslutet. I anvisningarna för sökande av ändring bör anges till vilken myndighet besvärsskriften ska lämnas in samt hur och inom vilken tid ändringssökande får göras. Om man inte får söka ändring i ett beslut bör i beslutet anges den bestämmelse med stöd av vilken ändringssökande inte är möjligt.

Begäran om omprövning av ett beslut av en tjänsteinnehavare inom socialvården får göras till organet som fattat beslutet. Ändringssökanden behandlas inom tre månader från det att omprövningsbegäran har inkommit. I samkommunen för Österbottens välfärdsområde är detta organ samkommunens sektion för individärenden, vars beslut går överklagas till förvaltningsdomstolen inom 30 dygn. Förvaltningsdomstolens beslut får i vissa fall föras vidare till högsta förvaltningsdomstolen, om den beviljar besvärstillstånd. Inom barnskyddet gäller att i ett beslut av en tjänsteinnehavare får ändring sökas genom besvär direkt hos förvaltningsdomstolen. Förfaringssätten inom barnskyddet föreskrivs noggrannare i barnskyddslagen.

#### 4.6.5 Vårdanmälningsdatabas

Farliga situationer som leder till hälsofara anmäls via sjukhusens vårdanmälningsystem (HILMO). I HILMO dokumenteras komplikationsdiagnos, typ av negativ händelse samt eventuella återingrepp. Även biverkningar av behandlingen dokumenteras i systemet. I samband med insamlingen av de data som inmatas i vårdanmälningsregistret avser man med biverkning av behandlingen en sådan oväntad påföljd som är förknippad med en behandling eller genomförd åtgärd som har utförts av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården och som i förhållande till resultatet av behandlingen i genomsnitt kan förväntas orsaka:

- en objektiv skada för patienten
- en förlängning av behandlingen
- ökade vårdkostnader.

Inom den operativa vården anses även en oplanerad återoperation för samma besvär eller sjukdom vara en biverkning. Lagstadgade anmälningsförfaranden i tabell 2.

Tabell 2 Lagstadgade anmälningsförfaranden och nyttjande av information.

Anmälningsystem	Handläggare	Tillgodogörande av uppgifterna	Noggrannare anvisningar
Klagomål Anmärkning	Resultatområdesdirektörer samt vederbörliga parter	Genomgås på de arbetsgemenskaper som berörs av klagomålet samt årligen av patientombudsmannen i kvalitetsrapporten. Sammandrag till översköterna för serviceområdena var fjärde månad som stöd för utvecklingen av	Intra

		verksamheten och beaktande av klientsynvinkeln.	
Patientskadeanmälning	Resultatområdesdirektörer samt vederbörliga parter	Genomgås på de arbetsgemenskaper som berörs av klagomålet samt årligen av patientombudsmannen i kvalitets- och patientsäkerhetsrapporten.	Intra
HILMO	THL	Kvalitetsdirektören följer med utvecklingen av HILMO-anmälningar och rapporterar till centralsjukhusets ledning med ett års mellanrum i patientsäkerhetsrapporten	Intra

#### 4.7 Klientresponssystem

Till responssystemet Roidu fås klientrespons digitalt via Österbottens välfärdsområdes webbplats och terminalerna för klientrespons på enheterna. Responser ges anonymt, men de som ger respons via webbplatsen kan även uppge sina kontaktuppgifter om de vill bli kontaktade. I så fall kontaktas responsgivaren inom två veckor.

Respons förutsätter behandling i det elektroniska Roidu-systemet. För varje enhet har en responshandläggare utsetts. På enheterna har i allmänhet enhetens förman utsetts till handläggare av responsen, den personen är t.ex. enhetens avdelningsskötare och de övriga handläggarna kan exempelvis vara den koordinerande serviceförmannen eller -avdelningsskötaren och en läkare.

. Enhetens responshandläggare kan komma överens om vem som kontaktar responsgivaren. Om det är fråga om respons i anknytning till vård- eller klientarbete eller personalens vård-/omsorgs-/klientervice är det i allmänhet enhetens förman som tar kontakt. Vid respons i anknytning till läkare eller medicinsk behandling är det avdelningens ansvariga läkare som tar kontakt. Respons behandlas regelbundet på enheternas enhetsmöten och vid behov vidtar man åtgärder genom att planera utvecklingsåtgärder. I Roidu-systemets fält för behandling av respons antecknas om responsgivaren har fått svar och vilka utvecklingsåtgärder man har beslutat vidta med anledning av responsen.

Roidu-systemet skickar månatliga klientresponsrapporter till parter som begärt det. Till exempel får en enhets förman en månadsrapport om responsinlagor som är riktade till den egna avdelningen.

Av enheternas rapporter sammanställs en patient-/klientrespons som omfattar alla verksamhetsområden, vilken rapporteras till styrelsen årligen som en del av kvalitetsrapporten. För att möjliggöra en riksomfattande jämförelse av kvaliteten på servicen mellan olika sjukhus innehåller responsblanketten nationellt överenskomna klientresponsfrågor. En gemensam nationell plattform för jämförelse av respons är ännu inte i bruk.

## 5 PERSONALENS KOMPETENS

Varje yrkesutbildad person ska ha den utbildning och kompetens som arbetsuppgiften kräver samt tillräckliga kunskaper och färdigheter för att kunna utföra arbetet säkert och väl. Arbetsgivaren säkerställer att varje anställd, även de i korttidsarbete eller personal anställda av externa serviceleverantörer, ges tillräcklig introduktion för sin arbetsuppgift och ställning. Introduktion ges också i samband med att arbetsuppgifter ändras eller när personer återvänder till arbetet efter en lång arbetsledighet. Varje anställd ska också själv ansvara för sitt deltagande i organisationens introduktionsprogram.

Organisationen sörjer för personalens kompetens och yrkesmässiga utveckling genom att möjliggöra deltagande i vidareutbildning och fortbildning. Personalen har, beroende på arbetets kravnivå och uppgiftsbeskrivning, möjlighet att i tillräcklig omfattning delta i den fortbildning som ordnas. I uppgifter där yrkesutbildade personer regelbundet ska påvisa tillräcklig kompetens, ska det finnas en klar praxis för uppföljning och säkerställande av denna kompetens.

Personalen har möjlighet att regelbundet få information om utvecklingen av klientsäkerheten i organisationen och på arbetsenheten. Personalen informeras om aktuella ärenden i anknytning till klientsäkerhet samt om identifierade klientsäkerhetsrisker. Dessutom lyfter man fram grunderna till anvisningar och rekommendationer i anknytning till främjandet av klientsäkerheten. Vid informationsförmedlingen drar man nytta av den information som fås internt via den egna organisationen samt via internationella dataresurser.

### 5.1 Yrkeskompetens hos anställda inom social- och hälsovården samt rätten att vara verksam inom området

Yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården indelas i legitimerade yrkesutbildade personer och yrkesutbildade personer med skyddad yrkesbeteckning.

Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira och regionförvaltningsverken övervakar och styr verksamheten beträffande yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården ([Lag om yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården 817/2015](#), [Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 559/1994](#)). Legitimering eller registrering av skyddad yrkesbeteckning ansöks efter avlagd examen. Valvira beviljar på ansökan rätt att utöva yrket som yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården för personer utbildade i Finland och utomlands.

Av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården förutsätts förutom utbildningen av Valvira beviljad

- rätt att utöva yrket som legitimerad yrkesutbildad person
- tillstånd att utöva yrke eller
- rätt att använda yrkesbeteckning för en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården med skyddad yrkesbeteckning

Syftet med lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården är att förbättra klientsäkerheten och socialvårdsklientens rätt till socialvård av god kvalitet. Valvira beviljar tre olika slags rättigheter att utöva yrke inom socialvården:

- rätt att vara verksam som legitimerad yrkesutbildad person inom socialvården
- rätt att använda skyddad yrkesbeteckning
- begränsad rätt att utöva yrke.

För att vara verksam i en legitimerad yrkesutbildad persons uppgifter inom socialvården ska i mån av möjlighet alltid anställas en behörig person. Enligt lagen har den som studerar för att bli socialarbetare och med godkänt resultat har avlagt ämnesstudierna och praktik i socialt arbete rätt att tillfälligt i högst ett år vara verksam i socialarbetaryrket. Den som tillfälligt är verksam i socialarbetaryrket ska arbeta under ledning och översyn av en legitimerad socialarbetare.

Det är på arbetsgivarens ansvar att enligt Valvira's anvisningar kontrollera att yrkesutbildade personer har rätt att vara verksamma som yrkesutbildade personer eller att de har erhållit rätt att utöva yrke. Uppgifter gällande yrkesutbildade personers rätt att vara verksamma inom social- eller hälsovården kan kontrolleras i den offentliga informationstjänsten med centralregister över yrkesutbildade personer inom socialvården respektive hälso- och sjukvården som Valvira för, vilken för hälsovårdens del är JulkiTerhikki och för socialvårdens del JulkiSuosikki. Sökdatan för båda registren finns på Valvira's sidor [JulkiTerhikki \(valvira.fi\)](http://JulkiTerhikki.valvira.fi).

### 5.1.1 Säkerställande av patientsäkerheten när en studerande är verksam i en legitimerad yrkesutbildad persons uppgifter

#### **Medicinstuderande**

Enhetens chef har skyldighet att försäkra sig om att en medicine studerande som är verksam i en legitimerad yrkespersonens uppgifter uppfyller de krav som beskrivs i 3 § i [Statsrådets förordning om ändring av förordningen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 377/2011](#), "Medicine studerandes rätt att vara verksamma i legitimerade läkares uppgifter".

Enhetens förman ansvarar för att

1. kontrollera den studerandes studieprestationer
2. bedöma den studerandes förutsättningar att sköta uppgiften i fråga
3. precisera den studerandes uppgiftsbeskrivning enligt den studerandes kunskap och färdigheter
4. följa, handleda och övervaka den studerandes arbete och vid behov omedelbart ingripa vid missförhållanden
5. utse en handledare åt den studerande.

#### **Studerande inom andra hälso- och sjukvårdsområden**

Den som i Finland eller utomlands studerar, förutom medicine studerande, odontologie studerande och de som studerar till provisor eller farmaceut, kan tillfälligt vara verksam i uppgifter för en sådan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som personen studerar till efter det att hen med godkänt resultat har genomfört två tredjedelar av sina studier som ingår i utbildningen i fråga. Samtliga tentamensresultat ska då vara klara. ([Verksamhet i uppgifter för en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården - Valvira](#))

#### **Personer som studerar till socialarbetare**

För legitimerade yrkesutbildade personers uppgifter inom socialvården ska i mån av möjlighet alltid anställas behöriga personer. Enligt lagen kan den som studerar för att bli socialarbetare och med godkänt resultat har avlagt ämnesstudierna och praktik i socialt arbete tillfälligt i högst ett år vara verksam i socialarbetaryrket. Den som tillfälligt är verksam i socialarbetaryrket har inte samma rätt som socialarbetare att i brådskande fall besluta om vård oberoende av egen vilja och om åtgärder i anslutning till det. Den som tillfälligt är verksam i socialarbetaryrket ska arbeta under ledning och översyn av en legitimerad socialarbetare. ([Lag om yrkesutbildade personer inom socialvården 817/2015](#)).

*Den som studerar för att bli legitimerad som yrkesutbildad person i ett annat yrke eller har avlagt en för det sociala området lämplig högskoleexamen och som har tillräckliga förutsättningar för att vara verksam i yrket kan tillfälligt i högst ett år vara verksam i yrket som legitimerad yrkesutbildad person. (Lag om yrkesutbildade personer inom socialvården 817/2015.)* Det ovannämnda direkta citatet gäller till exempel socionomer (YH) och geronomer (YH).

En studerande arbetar alltid under ledning och översyn av en legitimerad yrkesutbildad person. För en studerande ska en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården eller socialvården skriftligen utse en handledare. Handledaren ska arbeta i samma verksamhetsenhet som den studerande. Handledaren ska ha tillräcklig praktisk erfarenhet. Handledaren ska följa, handleda och övervaka den studerandes arbete och utan dröjsmål ingripa vid eventuella missförhållanden samt avbryta verksamheten om klient- eller patientsäkerheten kan äventyras. ([Verksamhet i uppgifter för en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården - Valvira](#)) ([Lag om yrkesutbildade personer inom socialvården 817/2015](#)).

## 5.2 Introduktion

Introduktionen indelas i tre delområden:

- introduktion i organisationen
- introduktion i arbetsuppgiften
- introduktion i arbetsgemenskapen och arbetsenheten.

Introduktionen i organisationen ges i samband med ett multiprofessionellt introduktionsprogram. Introduktionsprogrammet på organisationsnivå innehåller allmänna uppgifter om organisationen samt information om kvalitets- och patientsäkerhetsprogram och säker läkemedelsbehandling.

I den allmänna introduktionen ska man gå igenom grundläggande frågor i anknytning till infektionsbekämpning, dvs. de allmänna försiktighetsåtgärderna.

Regionala infektionsbekämpningsutbildningar hålls två gånger om året (sk. sjukhushygiendag). I framtiden planeras ibruktage av ett sk. infektionsbekämpningspass eller motsvarande mätare, med vilken kunskapsnivån för infektionsbekämpning kan mätas.

För att sörja för introduktionen i arbetsenheten och arbetsuppgiften ska varje enhet ha en plan för hur man säkerställer att en anställd har den kompetens och det kunnande som utförandet av arbetet kräver samt en skriftlig introduktionsplan där patientsäkerhetsaspekten har beaktats (nya arbetstagare, interna förflyttningar samt anställda som återgår till arbete).

Introduktionen innehåller följande punkter som berör patientsäkerheten:

Gällande verksamheten vid arbetsenheten:

- Praxis som tillämpas på arbetsenheten för att främja säkerheten

- Arbetsenhetens anvisningar för undantags- och nödsituationer
- De viktigaste patientsäkerhetsriskerna som identifierats på arbetsenheten
- De vanligaste typerna av farliga situationer och hur man förberett sig inför dessa

Gällande arbetsuppgiften:

- Ansvar förknippade med arbetsuppgiften
- Praxis som främjar den säkerhet som anknyter till arbetsuppgiften
- Praxis som anknyter till samarbetsförfarande

Då arbetstagare förflyttas mellan olika arbetsenheter eller övergår till andra arbetsuppgifter genomförs introduktionen i verksamheten och/eller arbetsuppgiften på ovan beskrivet sätt.

Enheternas chefer ska dessutom i följande situationer fastställa en särskild plan för personalintroduktion:

- Då en person återvänder till arbetet (utgående från frånvarons längd)
- Vid ibruktagande av nya system eller apparater
- Vid förändringar som påverkar verksamhetsmetoderna

### 5.3 Behandling av klient- och patientsäkerhetsteman med personalen

På enheterna diskuteras säkerhetsrisker regelbundet (minst en gång i månaden) utifrån teman som har framkommit i anknytning till säkerhet (tabell 3).

Källor för säkerhetsteman som behandlas är bland annat:

- rapporteringssystem som används i organisationen (tabell 4, kapitel 6.1.1)
- riskbedömning
- auditeringar
- kundrespons

Tabell 3. Klient- och patientsäkerhet i mötespraxis

<b>Chefsmöten</b>	Säkerhetsfrågor behandlas regelbundet på chefsmöten.  Resursdirektörerna svarar för förmedlingen av information som anknyter till klientsäkerhet på resurslinjernas chefsmöten.
<b>Personalmöten</b>	Diskussioner om säkerhet förs regelbundet med personalen på arbetsplatsmöten. Syftet är att motivera personalen att utveckla säkerheten. På enheten är det cheferna som ska se till att man i samband med arbetsplatsmötena/avdelningstimmarna regelbundet behandlar utvecklingen av säkerheten på enheten, identifierade risker och beredskapen för dessa risker samt utvecklingsförslag som personalen framställt. Utvecklingsbehoven antecknas i mötesprotokollet och behandlas genom försorg av enhetens ledning i samarbete med enhetens kontaktperson för klient- och patientsäkerhet. Om ett ärende gäller verksamheten i organisationen i en mer omfattande utsträckning, förmedlas informationen till resultatområdets ledning via enhetens chefer eller kontaktpersonerna för klient- och patientsäkerhet, samt till resultatområdets



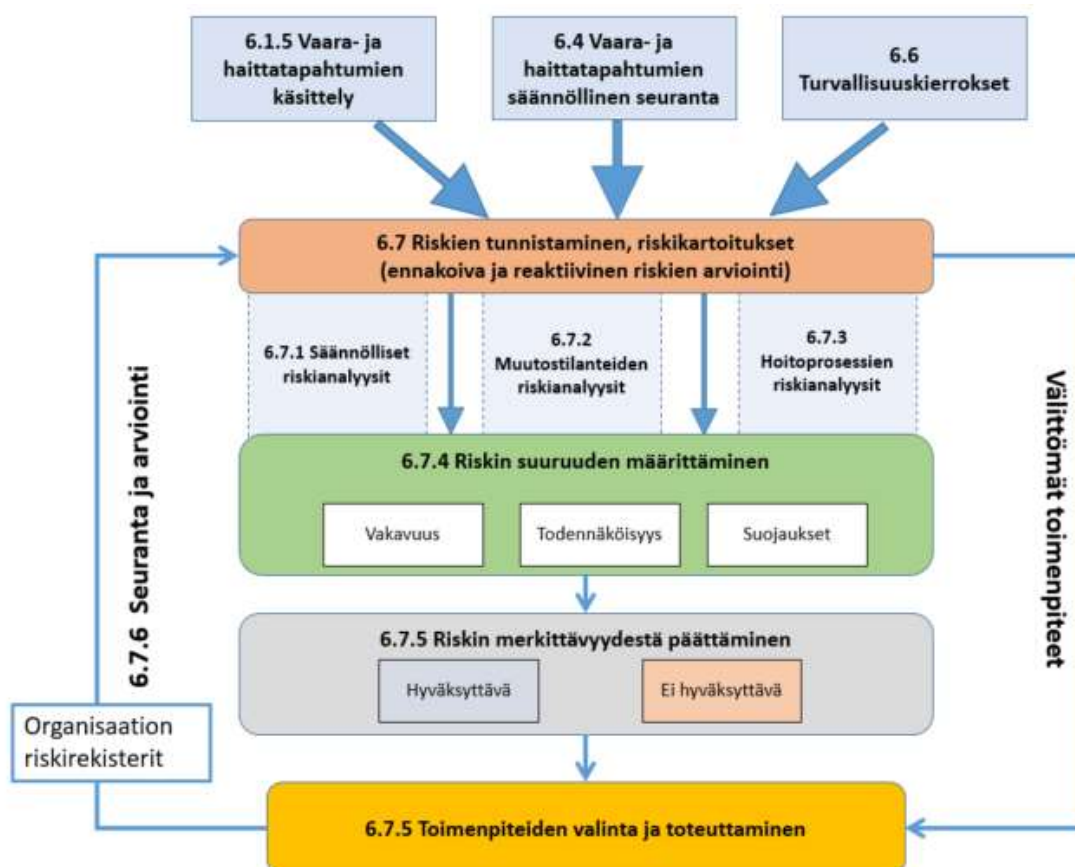
	klient- och patientsäkerhetskoordinator, som för ärendet vidare till styrgruppen för säkerhet för behandling.
--	---



## 6 RISKHANTERING ANGÅENDE KLIENT- OCH PATIENTSÄKERHET

Riskhanteringen är en central del av den systematiska utvecklingen av patientsäkerheten. I Österbottens välfärdsområdes kvalitetsprogram SHQS har man under enhetskriterierna skrivit in att riskkartläggningar ska genomföras och att resultaten ska handläggas samt att riskernas betydelse ska bedömas. Kravet är att riskfaktorerna har identifierats, riskomfattningen har bedömts och gränsvärdena för riskerna har fastställts samt att riskerna har klassificerats och alternativen har analyserats.

Genom att aktivt samla information om hotfaktorer som påverkar säkerheten strävar man efter att fastställa de risker som är förknippade med dessa faktorer och de åtgärder som krävs för att förebygga eventuella farliga situationer. Med riskhantering avses de systematiska rutiner, med vilka man identifierar och bedömer risker i anknytning till verksamheten och fastställer hur risker kan hanteras, övervakas och regelbundet rapporteras. Vid riskhantering är det viktigt att varje verksamhets- och arbetsenhet identifierar riskerna i anknytning till den egna verksamheten och bedömer hur allvarliga och sannolika dessa risker är. Utifrån detta fastställs åtgärderna för att hantera riskerna. Det rekommenderas att den verksamhetsmodell som skapats för riskbedömning används på både verksamhetsenhets- och arbetsenhetsnivå (figur 5).



Figur 5. Typiska källor för identifiering av risker

Riskbedömning görs både proaktivt och reaktivt.

#### **Reaktiv riskbedömning utförs**

- som en del av handläggningen av en enskild farlig händelse
- som en del av handläggningen av problem som framkommit vid granskningen av en grupp farliga händelser
- som en del av handläggningen av patient-/kundrespons

#### **Proaktiv riskbedömning utförs**

- som en del av planeringen av verksamhetsförändringar
- som en del av den normala utvecklingen av verksamheten när det gäller ett separat delområde i verksamheten

## 6.1. Anmälnings- och rapporteringssystem

Anmälningar om farliga händelser, oros- och missförhållandeanmälningar sparas i organisationen i överenskomna rapporteringssystem (tabell 4). De uppgifter som samlas i systemen är konfidentiella och används inte för andra ändamål. Saker som ska anmälas är alla händelser i anknytning till behandling, vård och service, vilka hade kunnat orsaka eller orsakade skada för patienten eller klienten. Det är också möjligt att anmäla en annan observation eller ett utvecklingsförslag som inte direkt hänför sig till en viss person eller situation. Anmälan om farlig händelse kan också göras med eget namn, med avsikten att underlätta hanteringen och förbättra säkerhetskulturen. Anmälan om missförhållanden görs alltid med eget namn.

Med hjälp av rapportering om farliga händelser eller missförhållanden:

- Kan uppgifter samlas in och förmedlas vidare om olyckstillbud, incidenter och farliga händelser samt om missförhållanden och tillbud p.g.a. missförhållande utan att beskylla någon.
- sparas uppgiften på gemensamt överenskommet sätt
- möjliggörs fortsatt behandling av uppgifterna och analys av händelserna
- kan man ta lärdom av händelserna genom granskning av övervakningsdata och gemensam diskussion
- kan vi vidareutveckla verksamheten genom gemensamma åtgärder

Data från registren och systemen utvärderas och analyseras separat och då kan man skapa sig en helhetsbild av klient- och patientsäkerhetens nuvarande tillstånd och utveckling.

Farliga händelser och säkerhetsrisker ska anmälas åtminstone i sådana fall då

- anmälningen kan bidra till att förbättra säkerheten
- andra kan ta lärdom av den information som fås via anmälningen
- verksamhetssystemet och de metoder som skapats för att säkerställa säkerheten inte har fungerat på avsett sätt.

Även då en händelse har rapporterats med stöd av ett lagstadgat anmälningsförfarande ska den farliga händelsen anmälas via HaiPro-systemet.

Tabell 4. Handläggningen av anmälningar om avvikelser som införts i rapporteringssystemen

AVVIKELSE-TYP	ANMÄLARE	HANDLÄGGARE	HANDLÄGGNINGS-TID	HANDLÄGGNINGS-SÄTT
Farliga händelser förknippade med klientsäkerhet (Haipro)	Personal, den som observerat den farliga händelsen. Anmälan kan göras med eller utan eget namn. I första hand ska även berörda parter alltid informeras om en farlig händelse. Även patientombudsmän kan göra anmälningar.	Ansvarspersoner inom vårdlinjen, läkarlinjen eller socialvården på den enhet där händelsen inträffade  Också de anställda inkluderas i handläggningen.  Säkerhetskoordinatorn följer upp alla anmälningar och att säkerhetskoordinatorn för läkemedelsbehandling följer alla anmälningar om farliga händelser förknippade med läkemedelsbehandling, i syfte att upptäcka områden som kräver utveckling på organisationsnivå	Inom en månad.  De utvecklingsobjekt som lyfts fram i anmälningar ska genomgåas med personalen en gång per månad. Periodisk uppföljning en gång per år i kvalitets- och tillsynsklientsäkerhetsrapporten	Uppgifterna behandlas konfidentiellt.  Det huvudsakliga syftet är att fundera över hur händelsen uppkommit och hur organisationens verksamhet borde utvecklas för att motsvarande händelser ska kunna förebyggas och verksamheten ska kunna utvecklas.
Farliga händelser förknippade med apparater (Haipro + Fimea)	Personal, den som observerat den farliga händelsen. En farlig händelse ska primärt alltid anmälas även till de berörda parterna och med tanke på eventuell service o.d. ska anmälan även införas i det felanmälningssystem som används. Tillbud och negativa händelser ska anmälas även till FIMEA.	HaiPro-anmälningar handläggs färdigt på den enhet där händelsen inträffade. Sakkunniga inom elteknik och medicinteknik följer med de anmälningar som kommit in om apparater och kan vid behov sända en anmälan till Fimea.	En farlig situation ska anmälas till chefen så fort som möjligt.  Anmälan till Fimea ska göras vid dödsfall inom 10 dygn, vid allvariga farliga händelser inom 15 dygn och vid lindriga farliga händelser inom 30 dygn.	En farlig händelse ska även meddelas till tillverkaren eller den auktoriserade representanten. Elverkstaden bistår i uppgörandet av rapporten.
Missförhållande-anmälan	Social- eller hälsovårdens personal, den som observerat missförhållandet.	Ansvarspersoner på den enhet eller det serviceställe inom	Inom två veckor. Det är viktigt att gjorda anmälningar och de åtgärder de	Den person som tar emot en anmälan ska sätta igång åtgärder för att



inom socialvården (S-Pro)	Anmälningsskyldighet enligt 48 § i SVL	socialvården där händelsen inträffade  Anmälningar tas öppet till diskussion med personalen på arbetsenheten	har föranlett behandlas tillsammans med berörda parter så att integritetsskyddet beaktas	avlägsna missförhållandet eller ett uppenbart hot om missförhållande
Personalens arbets säkerhet (Haipro)	Personal, den person som upplevt situationen (skadeuppgifter till försäkringsbolaget).	Ansvarspersoner inom vårdlinjen, läkarlinjen eller socialvården på den enhet där händelsen inträffade På högre nivå arbetarskyddschefen	Inom en månad Periodiskt sammandrag en gång om året.	
Data-säkerhetsanmälningar (Haipro)	Personal, den som observerat datasäkerhetsrisken eller den farliga händelsen	Ansvarspersoner inom vårdlinjen, läkarlinjen eller socialvården på den enhet där händelsen inträffade Dataskyddschefen följer också upp anmälningarna och gör vid behov anmälan om allvarlig dataskyddshändelse till Valvira	Inom en månad Utvecklingsobjekt som lyfts fram genom anmälningar ska gås igenom med personalen en gång i månaden	Dataskyddslag (1050/2018)
Farliga händelser anmälda av klienter (Haipro)	Klient, anhörig, patient- eller socialombudsman, med fullmakt av klienten/anhörig.	Säkerhetskoordinatorerna förmedlar anmälningarna till de enheter där de inträffade. Handläggarna på dessa enheter utreder händelserna och behandlar anmälningen.	Handläggarna på ifrågavarande enhet har två veckor på sig att handlägga anmälan. Handläggarna svarar i första hand själva patienten, om kontaktuppgifterna är tillgängliga.	Det huvudsakliga syftet är att fundera över varför händelsen inträffade och hur en motsvarande situation ska kunna förhindras i framtiden. Dessutom informeras patienten om hur man avser utveckla verksamheten.
Orosanmälan (Pappersformulär finns på www-	Vem som helst kan och bör utan dröjsmål göra anmälan vid behov av socialvård (eller barnskyddsanmälan,	Anmälningarna handläggs inom det verksamhetsområde till vars serviceuppgift ärendet hör.	Behovet av brådskande hjälp ska bedömas omedelbart och dessutom har en person rätt till bedömning av	Handlednings- och kontaktskyldighet i enlighet med 35 § i socialvårdslagen.

sidorna, och den skickas till (registraturen)	om det är fråga om ett barns intresse)		servicebehovet, vilket ska inledas utan dröjsmål och slutföras utan grundat dröjsmål.	Barnskyddslagen 25 och 25 c
---	--	--	---	-----------------------------

### 6.1.1 1 Anmälan och handläggning av farliga händelser

Genom att aktivt anmäla farliga händelser upprätthåller man enhetens och organisationens uppfattning om säkerhetssituationen och gör det möjligt att systematiskt planera och följa med utvecklingsåtgärderna. De farliga händelserna bokförs i systemet HaiPro. Frånsett farliga händelser rapporterar personalen också olyckstillbud och övriga iakttagelser och utvecklingsförslag. Personalen sporras att i alla anmälningar beskriva händelsen allsidigt och föra fram bidragande faktorer och också egna utvecklingsförslag som utnyttjas i handläggningskedet.

I HaiPro-systemet finns också skilda formulär där tillbud med anknytning till arbetarskyddet och IT-säkerheten kan anmälas. Att förhindra farliga händelser och rapportera händelser hör till personalens dagliga arbete och är en del av egenkontrollen. Säkerheten ska tas med som ett tema på varje möte mellan personal och förman, t.ex. på avdelningsmöten.

Farliga händelser och säkerhetsrisker bör anmälas åtminstone då, när

- säkerheten kan förbättras genom en anmälan
- andra kan lära sig av informationen i anmälan
- operativsystemet och dess lösningar för styrning av säkerheten inte fungerade på avsett sätt

Under 2022 tog man i bruk möjligheten att klassificera farliga händelserna till en never event-händelse i HaiPro-formuläret. Never event är en incident, som aldrig borde få hända och för vilken man utan dröjsmål borde tänka ut utvecklingsåtgärder för att incidenten inte ska upprepas. En never event-händelse är exempelvis en händelse som visar sig när det uppstår en avvikelse vid identifieringen av en klient som leder till fel medicinering eller betydande överdos av insulin. Information om de här riskerna ges regelbundet vid olika utbildningstillfällen och en anvisning finns för identifiering av klienten till stöd för rätt identifiering.

I HaiPro har skapats en möjlighet för enheterna att göra en anmälan om en farlig händelse till externa serviceproducenter (privata serviceproducenter inom social- och hälsovården, InHouse -bolag, övriga samarbetsparter). En extern serviceproducent är en "enhet" under varje bransch i HaiPros organisationsstruktur och den egna branschens externa serviceproducent ska väljas som enhet. Säkerhetskoordinatorerna, kvalitetsdirektören samt tillsynschefen och inspektörerna får meddelande om anmälan och beroende på hur allvarlig den farliga händelsen är informeras serviceproducenten antingen via e-post eller med en skriftlig utredningsbegäran som sänds via tillsynen.

#### Hantering av farliga händelser i enheterna

En anmälan om en farlig händelse skrivs in i HaiPro-systemet, även om en rapport om samma händelse skulle ha gjorts via lagstadgat anmälningsförfarande.

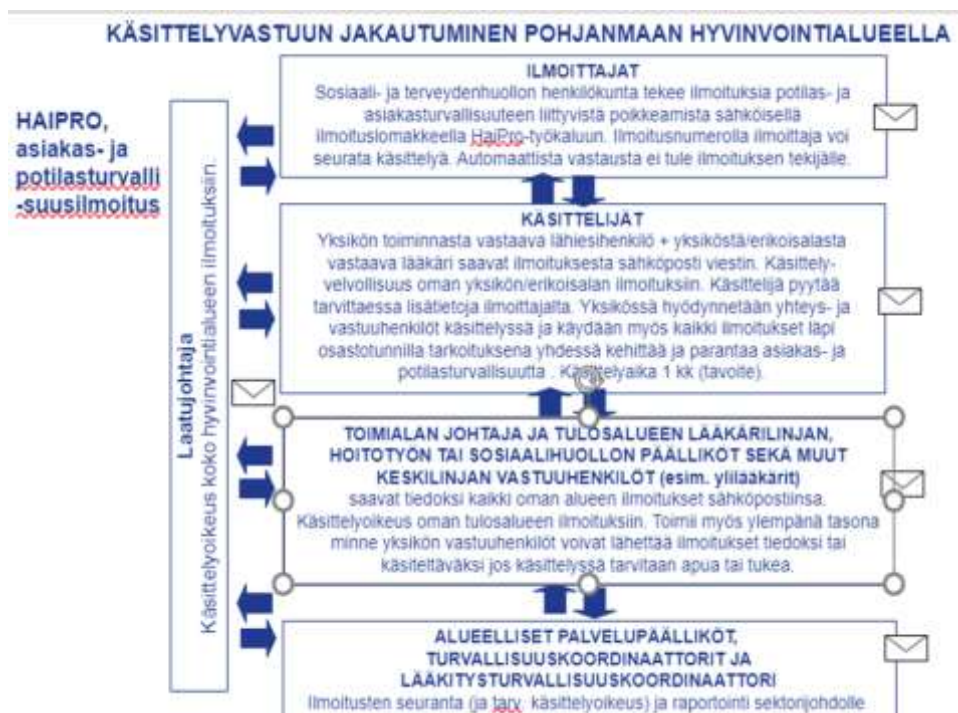
Vid hanteringen av farliga händelser och incidenter begränsas inte granskningen till enbart inträffade händelser, utan uppmärksammade risker vid olyckstillbud bör hanteras genom att risken minskas. En farlig händelse eller något annat tillbud med anknytning till vården lyfter alltid fram en eller flera risker. Händelsen orsakades under inverkan av flera faktorer, som alla hade andel i att händelsen uppstod.

Anmälningarna hanteras och klassificeras först i händelseenheten enligt en överenskommen ansvarsfördelning senast en månad efter att anmälningen togs emot. Anmälningarna hanteras i den enhet, där den farliga händelsen hände eller som berörs av den farliga händelsen, exempelvis en avvikelse då det gäller blodprovstagande behandlas på bäddavdelningen och anmälan riktas till laboratoriet (FimLab), där den behandlas. Handläggaren kan överföra anmälningar, som berör en större helhet än enheten, för hantering på en högre nivå inom resultatområdet. En färdigt behandlad anmälan kan, om man så vill, sändas för kännedom till den högre nivån. Handläggningen av en enskild anmälan beskrivs i en separat anvisning. Länk till intra: <https://intra.pohjanmaanhyvinvointi.fi/fi/tuki-ja-palvelut/linkit-ohjemiin-ja-jarjestelmiin/haipro-potilasturvallisuus/>

Det är skäl att hantera anmälningarna regelbundet, till exempel med två veckors mellanrum på möte med personalen. Vi rekommenderar att förebyggande eller korrigerande åtgärder som gäller farliga händelser ska dryftas mångprofessionellt med hela personalen. De utvecklingsförslag som kommer fram i anmälan eller i diskussionen ska utnyttjas i de fortsatta åtgärderna och åtgärderna ska noggrant beskrivas innan anmälan klassificeras som slutbehandlad. Genom att personalen deltar i handlägningsprocessen höjs medvetenheten om farliga händelser och personalen får möjlighet att komma fram med sina egna synpunkter och utvecklingsförslag.

HaiPro-handlägningsprocessen är beskriven i följande figur (figur 6):

Figur 6. Hur serviceresponsen förmedlas i Österbottens välfärdsområde





### 6.1.2 Bedömning av risken för farliga situationer

Syftet med riskanalysen av en enskild farlig händelse är att bedöma risken som är förknippad med händelsen och därmed få underlag för fortsatta åtgärder. Storleken på en risk som är förknippad med en enskild farlig händelse bedöms i samband med behandlingen av anmälningen om den farliga händelsen i fråga. Riskstorleken fastställs på basis av påföljderna av händelsen och sannolikheten för att den ska inträffa. Riskkoefficienten för händelsen fastställs i HaiPro-systemet av den person eller grupp som ansvarar för handläggningen. Rekommendationer för riskhanteringen fastställs i HaiPro-systemet eller i en separat undersökningsrapport som uppgörs över händelsen.

Vid bedömningen av riskens sannolikhet beaktas befintliga rutiner för riskhantering och metoder för säkerhetshantering. Vid utvärderingen av konsekvenserna granskas de typiska följderna av händelsen.

### 6.1.3 Missförhållandeanmälan i socialvården

I S-Pro-systemet anmäls om missförhållande eller en risk för ett missförhållande vid tillhandahållande av socialvård. Anmälningsskyldigheten grundar sig på § 48 i [socialvårdslagen 1301/2014](#), i vilken stadgas att en person som ingår i socialvårdens personal utan dröjsmål ska meddela den person som ansvarar för verksamheten om han eller hon vid skötseln av sina uppgifter lägger märke till eller får kännedom om ett missförhållande eller en uppenbar risk för ett missförhållande vid tillhandahållandet av socialvård för klienten. Syftet är att man med S-Pro anmälningarna ska kunna identifiera osäkra situationer och situationer som orsakar risk samt snabbt förhindra och korrigera dem.

S-pro togs i bruk som nytt rapporteringssystem i slutet av 2022 inom social- och hälsovården i välfärdsområdet vid sidan av HaiPro. Utbildning i användningen av systemet ordnas som föreläsningar och som nätutbildning. HaiPro-strukturen utnyttjas när anmälningarnas handläggare bestäms inom socialvårdens enheter. Tillträdesrätten till S-Pro-programmet begränsas när personuppgifter matas in i anmälan. På organisationsnivå kan man följa med antalet händelsetyper, men socialdirektören, den socialarbetare som sysslar med utveckling och enhetens handläggare har tillträde till anmälningarna.

Cheferna eller andra personer som har utnämnts för uppgiften svarar för handläggningen av anmälningar. Handläggning ska ske inom två veckor och frågor som kommer fram i anmälningarna bör alltid kontrolleras med personalen. Insamlingen av S-Pro-anmälningar och utvecklingen av verksamheten utifrån dem är en del av egenkontrollen.

S-Pro tas i bruk som nytt rapporteringssystem inom socialvården under år 2022 inom välfärdsområdet vid sidan av HaiPro. Utbildning i användningen av systemet ordnas i form av videoutbildning och föreläsningar. Vid fastställandet av handläggare av anmälningarna används HaiPro-strukturen.

I verksamhetsenhetens plan för egenkontroll ska klargöras på vilket sätt personalen har getts anvisningar för förfaringssätten vid tillämpningen av anmälningsskyldigheten. I föreskrifterna betonas förbudet mot att utsätta den person som gjort anmälan för negativa åtgärder till följd av anmälan.



#### 6.1.4 Klienters anmälningar av farliga situationer

Klienter och anhöriga har en möjlighet att göra anmälning av en farlig händelse. Anmälning görs antingen elektroniskt via HaiPro-systemet via organisationens webbplats eller med en färdig blankett. Säkerhetskoordinatorerna får ett meddelande om anmälningen och förmedlar den till rätt enhet för handläggning. Också ledningen på mellannivå och administratörerna får anmälningen för kännedom. Säkerhetskoordinatorn kontakter anmälaren och berättar om processens framskridande. Cheferna på den enhet där händelsen inträffade bär huvudansvaret för utredningen och genomgången av ärendet. Chefen på den enhet där händelsen inträffade kontakter anmälaren när händelsen har gått igenom på enheten och de korrigerande åtgärderna har diskuterats med personalen (Tabell 4).

Anmälningarna handläggs enligt samma princip som HaiPro-anmälningar som görs av personalen. Det huvudsakliga målet är att lära sig av händelsen och undvika motsvarande händelser i framtiden. Handläggningen kräver inte separata utlåtandet av händelsen. Anmälningar handläggs inom två veckor och slutsatserna förs in i HaiPro-systemet. Om anmälaren har lämnat sina kontaktuppgifter i HaiPro-systemet, kontakter enheten anmälaren och beklagar det inträffade samt ger respons i ärendet inom två veckor.

Patienternas möjlighet att göra anmälning om farlig händelse har varit i användning under flera år i en del av välfärdsområdet och efter organisationsreformen utvidgas anmälningsmöjligheten till att gälla hela området.

#### 6.1.5 Anmälningar från externa serviceproducenter och samarbetspartner

En extern serviceproducent är t.ex. en privat hemvårds- eller boendeserviceproducent, av vilken välfärdsområdet köper tjänster till våra klienter. En extern serviceproducent kan också t.ex. vara ett universitetssjukhus i ett annat välfärdsområde. Samarbetspartner kan exempelvis vara InHouse-bolag (t.ex. MicoBotnia, TeeSe) och taxifirmor. Merparten av de externa serviceproducenterna använder inte HaiPro-systemet och därför har en möjlighet skapats för att göra anmälan om farliga händelser till välfärdsområdet elektroniskt via [www.sidorna](http://www.sidorna). Säkerhetskoordinatorerna, kvalitetsdirektören och chefen för hälsoövervakning får ett meddelande om anmälan och säkerhetskoordinatorerna överför anmälan för behandling till rätt enhet.

Också de här anmälningarna handläggs enligt samma princip som HaiPro-anmälningar från personalen. Det huvudsakliga målet är att man ska ta lärdom av händelsen och undvika motsvarande situationer i framtiden. Handläggningen kräver inga separata utlåtanden om händelsen och inget svar, om detta inte särskilt önskas i anmälan.

#### 6.1.5 Orosanmälan eller kontakt

En kontakt eller anmälan i enlighet med socialvårdslagen görs vid oro över att en person eventuellt behöver socialservice, om personen till exempel inte kan sörja för sin utkomst, sin användning av rusmedel eller sitt självständiga boende. Avsikten med anmälan är att se till att personen får den hjälp och de tjänster som hen behöver för att klara sig.

Om en sådan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som avses i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994) eller en sådan inom socialvården utbildad person som avses i lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården (817/2015), undervisningsväsendet, idrottsväsendet, barndagvården, räddningsverket, Nödcentralsverket, Tullen, polisen, Brottsförklaringsmyndigheten, arbets- och näringsmyndigheten, Folkpensionsanstalten eller utredningsmyndigheten i sitt arbete har fått kännedom om en person vars behov av socialvård är uppenbart, ska han eller hon styra personen till att söka socialservice eller om personen samtycker till det kontakta den myndighet som ansvarar för den kommunala socialvården, så att stödbehovet kan bedömas.

I Österbottens välfärdsområde kan orosanmälan göras antingen genom att ringa socialbyrån eller genom att använda det gemensamma anmälningsformuläret, som hittas på Österbottens välfärdsområdes www-sidor. Formuläret skrivs ut, fylls i och skickas med posten till registraturen. Det nuvarande anmälnings sättet fortsätter tills det nya elektroniska anmälningsprogrammet/-formuläret tas i bruk i välfärdsområdet. I fortsättningen bör det dock finnas flera sätt för att göra orosanmälan, så att inte klienten som ger upphov till oron blir utan hjälp.

## 6.2 Anmälan och handläggning av allvarliga farliga situationer

Personalen är skyldig att omedelbart anmäla en allvarlig farlig situation. Utredningssättet beror på hur allvarlig händelsen är.

### 6.2.1 Anmälan av allvarlig farlig situation

Som allvarlig farlig situation klassificeras en negativ händelse eller biverkning som

- ledde eller kunde ha lett till döden eller livsfara
- ledde eller kunde ha lett till inledande av sjukhusvård eller fortsatt sjukhusvård samt orsakade eller kunde ha orsakat avsevärda hälsoeffekter
- orsakade eller kunde ha orsakat betydande skada eller men av tillfällig eller bestående natur, eller försämrad funktionsförmåga, medfödd anomali eller missbildning

Som betydande skada förknippad med allvarlig negativ händelse räknas även situationer där felaktig åtgärd har utförts på patienten eller objektet för åtgärden har varit felaktigt, behandling har getts till fel klient eller ordinerad vård har till betydande del inte getts. Alla självmord som inträffat under ett psykiatriskt vårdförhållande utreds i utredningsgruppen.

Centralen för undersökning av olyckor, OTKES, undersöker också allvarliga farliga händelser inom social- och hälsovården. Ytterst allvarliga situationer anmäls till OTKES av välfärdsområdets ledande överläkare.

### 6.2.2 Klientssäkerhetsutredning

En klientsäkerhetsutredning används för att utreda en allvarlig farlig situation. I utredningsprocessen för farliga situationer utreds enskilda allvarliga händelser eller en mera omfattande serie av tillbud och negativa händelser. Avsikten är att utveckla säkerheten i organisationen och förebygga uppkomsten av motsvarande situationer i framtiden.

Den farliga situation som man vill att ska utredas anmäls till den egna förmannen, verksamhetsområdesdirektören, resursdirektören eller kvalitetsdirektören. Anmälan kan göras per telefon eller e-post. Situationer kan även tas till utredning baserat på HaiPro- eller SPro-anmälningar (gjorda av personal eller klienter) eller exempelvis utgående från ärenden som lyfts fram i klagomål eller i anmärkningar.

Patient- och klientsäkerhetskoordinatorerna, medicinerings säkerhetskoordinatorn och övriga säkerhetskoordinatorer samt kvalitetsdirektören kan vid behov göra en preliminär förundersökning av en allvarlig farlig situation. Beslutet om att inleda en egentlig utredning fattas av resursdirektören. De enheter som berörs av den allvarliga händelsen som utreds informeras. Klienter och/eller anhöriga informeras enligt bedömning i varje enskilt fall.

Säkerhetskoordinatorn och medicinerings säkerhetskoordinatorn ansvarar för koordineringen av utredningen gällande händelseförloppet vid farliga situationer och bistås i uppgiften av patient- och klientsäkerhetskoordinatorerna. Vid behov deltar läkare från utredningsgruppen för farliga situationer i utredningen, intervjuerna och uppgörandet av analyser. Överenskommelse om vem som deltar i utredningsteamet görs från fall till fall.

En medlem av utredningsgruppen är jävig att delta i en utredning om hen har haft en vårdrelation till klienten under den tidsperiod som utredningen gäller. Också då utredningen berör släktingar eller vänner är det skäl för medlemmarna att anmäla jäv. En förman är jävig att delta i en utredning om hen har en direkt förmansrelation till de personer som deltagit i den händelse som är under utredning eller om utredningens opartiskhet av någon annan orsak anses äventyras.

Det slutgiltiga utlåtandet angående utredningarna går igenom tillsammans med personalen på den enhet där händelsen inträffade, varefter rekommendationerna presenteras för de enheter som deltar i utredningsprocessen. Efter utredningen får enheten ett dokument, i vilket de rekommenderade åtgärderna har antecknats. Åtgärderna är schemalagda med fastställda ansvarspersoner. Resultaten redogörs även för personalen på den enhet som utretts. Kvalitetsdirektören ansvarar för uppföljningen av åtgärderna tillsammans med säkerhetskoordinatorn. Klienten/de anhöriga ges, vid begäran, information om vilka rekommendationer som getts utgående från utredningen. De lärdomar som fås genom de utredda fallen vidarebefordras till personalen för kännedom i samband med förmansmöten och olika utbildningsevenemang.

### 6.2.3 Utredningsprocessen för klientsäkerhet

1. På basis av resursdirektörens beslut inleds en utredning och kvalitetsdirektören utser den sammansättning med vilken utredningen ska påbörjas.
2. Den berörda enheten/de berörda enheterna informeras.
3. Klienten/de anhöriga informeras från fall till fall av undersökningsgruppen om att en utredning av händelsen har påbörjats. Dessutom intervjuas anhöriga och/eller klienten, om det anses finnas behov för detta.

4. Under utredningsprocessen beskrivs följande punkter:

- Händelsen
- Händelseförloppet utgående från journalhandlingarna
- Intervjuer o.d. informationsanskaffning
- Händelseschema
- Slutsatser
- Rekommendationer

Alla dokument uppgörs utan patientens personuppgifter och alla uppgifter som individualiserar anställda avlägsnas. Dokument får användas för givande av andra utredningsutlåtanden (t.ex. klagomål, patientskadeanmälning) endast om den intervjuade har gett sitt samtycke till detta. Dokument som uppkommit under utredningsprocessen får inte användas utan samtycke. Det huvudsakliga syftet med utredningen är att främja en utveckling av verksamheten så att motsvarande händelse inte ska inträffa på nytt.

#### 6.2.4 Efterbehandling av allvarliga farliga situationer

Allvarliga farliga händelser handläggs med såväl klienten, anhöriga som personalen. Noggrannare anvisningar om efterbehandlingen av händelserna publiceras i intra.

#### 6.2.5 Verksamhetsmodellen second victim

Vid en farlig situation eller när ett vårdfel inträffar är det inte endast patienten eller klienten som lider skada. När ett fel inträffar finns det alltid också ett annat offer: arbetstagaren, som kan vara delaktig i händelseförloppet. Följderna på individ- eller arbetsgemenskapsnivå kan vara stora. På individnivå kan de leda till stressreaktion och störningar i arbetsförmågan och på arbetsgemenskapsnivå till skadat förtroende för arbetsgemenskapen och förmännen.

Att lära sig av fel är till fördel för både för individen och hela enheten och till chefens uppgifter hör att gå igenom händelsen för att identifiera och korrigera svagheter i systemet och förhållandena. För att bevara arbetsförmågan, den yrkesmässiga självkänslan, tillhörigheten till arbetsgemenskapen och återställandet av känslan av meningsfullhet i arbetet är det viktigt att beakta ett långvarigt och tillräckligt stöd av arbetstagaren.

Under 2022 har välfärdsområdet som mål att göra upp en plan för hur second victim-modellen ska tas i bruk. Syftet är att skapa en modell, där det ska vara låg tröskel för arbetstagaren att få hjälp. Förmännen har en central position när det gäller att stöda arbetstagaren. I samband med allvarliga farliga händelser erbjuds arbetstagaren alltid möjlighet att få stöd för att klara av situationen. Second victim-protokollet kan startas av offret själv, stödpersonen eller förmännen. Organisationens förmåga att erbjuda psykologisk trygghet är mycket viktig sett ur arbetstagarnas välmåendeperspektiv.

### 6.3 Arbetsmiljö och säker användning av apparater

Utvecklandet av arbetsmiljön är en central del av den långsiktiga utvecklingen av patientsäkerheten. Faktorer som äventyrar säkerheten i arbetsmiljön avlägsnas aktivt och både klienternas och personalens [säkerhet](#) tryggas.

I samband med ibruktagandet av apparater fastställs hurdan introduktion i användningen av apparaterna som krävs. Utbildning om nya apparater ordnas så att alla berörda parter har möjlighet att delta. Enhetens chefer bedömer med jämna intervaller behovet av upprätthållande utbildning i användningen av apparater för att säkerställa ett tillräckligt kunnande. Kompetens i apparatvård avläggs genom apparatpass, som fastställs separat för olika enheter. För uppföljningen av apparatkunnandet är en pilotundersökning på gång för att skapa en modell för ett apparatpass.

På kommande är en nationell handbok, som på finska heter **Lääkinnällisten laitteiden turvallinen käyttö – opas laiteosaamisen varmistamiseen** (titeln i svensk översättning: *Säker användning av medicinska apparater – en handbok för att säkerställa apparatkunnandet*).

### 6.3.1 Säker vårdmiljö

I synnerhet på sjukhus och enheter där många medicinska apparater används talas om säker vårdmiljö. **Behandlingsområde** är det område inom vilket det avsiktligt eller oavsiktligt kan uppstå direkt kontakt mellan en klient och en eldriven medicinsk apparat eller ett apparatsystem eller kontakt mellan en klient och en annan person som rör vid en medicinsk apparat eller ett apparatsystem.

Behandlingsområdet är avsett endast för de elapparater som är förknippade med behandling, vård eller undersökning av en patient. Till behandlingsområdet får inga andra elapparater föras. Apparater som i allmänhet tas med till ett behandlingsområde, vilka man inte upplever som farliga, är till exempel tabletter, bärbara datorer, spelkonsoler, utskrivare, kylaggregat, julljus osv.

### 6.3.2 Anmälningar gällande medicintekniska produkter

Om tillbud förknippade med medicintekniska produkter inom social- och hälsovården, som har eller kunde ha lett till att en patients, användares eller någon annan persons hälsa äventyras ska alltid göras en rapportering om tillbud till Fimea. En yrkesmässig användare ska underrätta om tillbudet så fort som möjligt. En rapportering om tillbud till Fimea kan göras direkt elektroniskt samtidigt som man gör HaiPro-anmälan. Länk till Fimeas sidor finns i rapporteringen om tillbud. Vid rapportering om tillbud direkt via HaiPro, sparas uppgift om tillbudet också elektroniskt i systemet (tabell 4).

En yrkesmässig användare ska underrätta om en farlig situation förknippad med en apparat eller ett tillbehör inom hälso- och sjukvården 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 eller användningen av produkten (lagen om medicintekniska produkter).

En rapport ska lämnas även då produktens eller utrustningens andel i det skedda är oklar. Händelsen ska anmälas också till tillverkaren eller dennes representant, eftersom tillverkaren har det primära ansvaret för att en produkt är förenlig med kraven. Enligt [strålskyddslagen 859/2018](#) ska dessutom

avvikande händelser och tillbud i samband med användningen av produkter som avger strålning anmälas till Strålsäkerhetscentralen.

Organisationens sjukhusingenjör ansvarar för den säkerhet som anknyter till produkter och utrustning.

## 6.4 Regelbunden uppföljning av farliga situationer och negativa händelser

Information om farliga situationer och incidenter fås även via organisationens interna rapporteringskanaler eller utomstående aktörer i form av exempelvis patientrespons, anmärkningar och/eller klagomål. De farliga situationer som kommer till kännedom ska granskas mera omfattande än som enskilda händelser för att identifiera riskerna. Målet med granskningen av farliga situationer och negativa händelser är att identifiera risker som anknyter till säkerheten och fastställa vilka åtgärder som krävs för riskhanteringen. En regelbunden uppföljning utgör både reaktiv och proaktiv riskhantering.

Utgående från anmälda farliga situationer kan man se vilka typer av händelser som är typiska och hur trenderna ser ut, granska vilka faktorer som har bidragit till händelserna och vilka följder de har fått. Utifrån de uppgifter som framkommer bland händelserna bedöms vilka hotfaktorer som inverkar på verksamheten samt typiska orsaker till farliga händelser. Utgående från granskningen kan man dokumentera de vittomfattande risker som berör hela organisationen.

De regionala servicecheferna följer på regional nivå upp de anmälningar som kommer in via olika kanaler och fungerar som chefernas stöd i främjandet av säkerheten och kvaliteten.

## 6.5 Att lära av framgångar

Learning from Excellence (LFE) betyder att lära sig av framgång. LFE betyder i praktiken att man ger positiv kamratrespons och är en metod för identifiering av sk. tyst kunskap och kunnande.

Behovet av system för förmedlande av positiv respons och identifiering och nyttjande av enskilda, ofta omedvetna, lösningsinnovationer för god praxis har på sista tiden uppmärksammats av flera olika orsaker. Den inverkan välbefinnande i arbetet har på arbetsgemenskapens funktion framhävs vid strukturell och mental förändring inom arbetslivet. Å ena sidan har arbetstagarnas förväntningar på att påverka arbetets innehåll ökat och å andra sidan är det fortfarande svårt att identifiera det tysta kunnandet i det dagliga arbetet. En rapportering om en farlig situation, exempelvis HaiPro, och å andra sidan särskilt förtjänstfulla prestationer, utgör endast en liten del av arbetshelheten, eftersom den största delen av det dagliga arbetet rör sig mellan dessa båda ytterligheter. Vid utvecklandet av arbetslivet vill man, förutom att undvika negativa händelser, i allt högre grad röra sig mot identifieringen och nyttjandet av positiva resurser. Dessa system enligt den sk. Safety II-modellen är inte avsedda att ersätta rapporteringen om farliga situationer, utan att komplettera den. Vid rapporteringen av farliga situationer ligger fokus endast på fel, medan man i högre grad borde hitta också framgångarna. Därför borde dessa rapporter ur synvinkeln för välbefinnande i arbetet och utvecklingen behandlas tillsammans. Det finska talesättet, enligt vilket den kloka lär sig av sina misstag medan den smarta hade lärt sig redan av sina framgångar, borde tas i beaktande mer än tidigare.

LFE-metoden ger möjlighet att "ange" en arbetskamrat, underordnad, förman, samarbetspartner eller en annan motsvarande aktör eller grupp för ett sådant agerande som man själv upplever som

framgångsrikt. Definitionen av vad som är framgångsrikt har med avsikt lämnats öppen, vilket ger spelrum och möjlighet att känna efter hurdana saker arbetsgemenskapen anser vara framgångsrikt agerande.

Det är bra att gå igenom situationer och teman förknippade med att lära av framgång på personalmöten i samband med behandlingen av farliga situationer.

Metoden är inte ännu i bruk inom välfärdsområdet, men ibruktagandet planeras. Det kommer meddelande om ibruktagandet på intra.

## 6.6 Säkerhetsrundvandringar

Utredningen av farliga situationer och negativa händelser i arbetet begränsas inte till endast granskning av inträffade farliga situationer, utan faror förknippade med arbetsmiljön, processer och handlingssätt ska granskas också förutseende och kontinuerligt, även om inga farliga situationer har uppstått. Med en proaktiv identifiering av risker kan man upptäcka sådana säkerhetshot som inte lyfts fram i rapporterna om farliga situationer.

Syftet med rundvandringarna är att regelbundet mäta de centrala säkerhetsfaktorerna i enhetens arbetsmiljö och komma med uppföljningsdata om den rådande säkerhetsnivån i den fysiska arbetsmiljön. Säkerhetsrundvandringarna är en del av vårt kvalitetssystem.

## 6.7 Identifiering av risker, riskkartläggningar

Riskbedömning hör till den normala verksamheten inom enheterna. Riskbedömning görs såväl på individnivå i det dagliga arbetet som i ledarnas beslutfattande. Riskerna i verksamheten bedöms kontinuerligt, men åtminstone en gång per år ska en systematisk riskbedömning genomföras i enheten. När riskerna bedöms, identifieras de enligt tre kanaler:

1. En riskbedömning görs utifrån de uppgifter som fås via HaiPro-systemet, en säkerhetsbedömning av sammanställningarna samt de risker som identifieras utifrån diskussionen på serviceområdesnivå.
2. Bedömning av risker förknippade med en förändring utförs alltid innan förändringen genomförs.
3. Bedömning av risker förknippade med verksamhet och processer utförs i samband med utvecklandet av processerna. Processägaren ansvarar för att riskerna bedöms i samband med processutvecklingen.

Den proaktiva riskbedömningen är en del av den kontinuerliga verksamhetsutvecklingen på enhets-, områdes- och organisationsnivå. Det är på ledningens och/eller enhetens chefs ansvar att avgöra vilka risker som är godtagbara och vilka åtgärder som krävs för att riskerna ska fås på en godtagbar nivå.

### 6.7.1 Regelbundna riskanalyser

Analys av risker och farliga situationer ur synvinkeln för klient- och patientsäkerheten görs regelbundet som en del av verksamhetsplaneringen (tabell 5).



Tabell 5. Klient- och patientsäkerhetssynvinkeln som en del av verksamhetsplaneringen.

Enhetsnivå	Cheferna och de säkerhetsansvariga behandlar regelbundet risker förknippade med farliga situationer inom verksamheten på enheten och patient-/kundrespons som riktar sig mot enhetens verksamhet och beslutar om åtgärder som är nödvändiga för att hantera riskerna inom enheten. Säkerhetsbedömningen genomförs årligen som en del av en självvärderingen.
Verksamhetsområdes- och resultatområdesnivå	Riskerna rör sig från enhetsnivån till resultatområdes- och verksamhetsområdesnivån, där de väsentligaste riskerna bedöms och enheterna ges stöd i riskhanteringen. På den här nivån är det också särskilt viktigt att även beakta de externa riskerna. Identifiering och bedömning av risker utförs i samarbete med resultatområdes- och verksamhetsområdesledningen. Resultatområdes- och verksamhetsområdesledningen beslutar om åtgärder som är nödvändiga för att hantera riskerna och fastställer på vilket sätt åtgärderna ska genomföras.
Organisationsnivå	Ledningsgruppen på verksamhetsområdes- och resultatområdesnivå gör en mera omfattande uppföljning av utvecklingen gällande farliga situationer i organisationen utifrån områdenas säkerhetsrapporter, utvärderar risker i verksamheten och rapporterar till avdelningen för tillsyn och riskhantering. Välfärdsområdets ledningsgrupp beslutar om nödvändiga åtgärder utifrån riskanalysen.

## 6.7.2 Riskanalyser i förändringssituationer

Säkerhetsaspekten granskas i alla förändringssituationer som en del av planeringen av förändringen (tabell 6). Vid en förändring av betydande inverkan på verksamheten utförs en separat riskanalys, i vilken eventuella hotfaktorer identifieras, riskerna i anknytning till dem bedöms och tillräcklig beredskap för dem säkerställs.

Tabell 6. Identifiering av förändringssituationer och bedömning av risker förknippade med dem

Enhetsnivå	Cheferna och de säkerhetsansvariga lyfter fram förestående förändringar, för vilka det är skäl att göra riskbedömning.
Verksamhetsområdes- och resultatområdesnivå	Direktörerna startar riskbedömningen när betydande förändringar som kan vara förknippade med risker observeras.
Organisationsnivå	Ledningsgruppen på verksamhets- och resultatområdesnivå startar bedömningar av förändringsrisker när omfattande förändringar i organisationen observeras.

Riskerna bedöms på ett övergripande sätt som beaktar eventuella konsekvenser för patienterna, de anställda, omgivningen och organisationen. I det här dokumentet beskrivs verksamheten i synnerhet

från ett patientsäkerhets- och kvalitetsperspektiv. Som slutresultat av riskanalysen fastställs nödvändiga åtgärder för riskhanteringen som en del av genomförandet av förändringen.

Huvudpunkterna i riskbedömningen:

1. Den förändring som ska granskas anges, influensområdet för förändringen avgränsas.
2. Ett multiprofessionellt team rekryteras – alla som deltar i förändringen, behövliga experter med, då de behövs
3. Det multiprofessionella teamet beskriver processens huvudpunkter tillsammans.
4. Riskerna för varje identifierat hot anges i Laatuportti
5. Fastställs hur kritisk risken är – för fastställandet används tre synvinklar: 1. sannolikheten att risken realiserar, 2. hur allvarig skada uppstår om risken realiserar, 3. de i nuläget befintliga skyddsmekanismerna mot risken (tabell 7, kapitel 6.8.4.).
6. Resultaten bedöms – de mest kritiska riskerna konstateras, dvs de risker som har fått det högsta värdet i bedömningen av kritiskhet.
7. Åtgärderna för att minska riskens kritiskhet planeras – man försöker minska risken antingen genom att minska skadorna som uppkommer av att risken realiserar eller genom att minska sannolikheten för att den ska uppkomma eller förbättra sannolikheten för att de metoder som för närvarande används för att förhindra realiseringen av risken ska fånga upp risken innan den realiserar.
8. I riskanalysen anges också de åtgärder som är nödvändiga för riskhanteringen samt vem som ansvarar för genomförandet av dem.
9. Organisationens riskregister utgörs av de risker som anges i Laatuportti.

Vid planeringen av förändringssituationer talar man ofta även om kontinuitetshantering. Med kontinuitetshantering avses alla de åtgärder med vilka organisationen genom i förväg planerade och genomförda arrangemang och ledarskapsmodeller hanterar olika störningssituationer som hotar den egna verksamheten. Inför eventuella störningssituationer säkerställer man till exempel kritiska partners förmåga att verka som ersättande resurs vid eventuella störningssituationer. Med hjälp av kontinuitetshantering skapas en säkerhet att verka vid störningssituationer och påskynda återhämtningen från störningen.

### 6.7.3 Riskanalyser för verksamhet, vård- och serviceprocesser

Bedömning av risker förknippade med verksamheten, vård- och serviceprocesser är en viktig del av fastställandet, utvecklingen och förändringshanteringen av processerna. Riskbedömningen bör genomföras i en multiprofessionell arbetsgrupp.

Faserna i riskanalysen av verksamheten, vård- och serviceprocesserna:

1. Val av process – den process som ska granskas utses, processen avgränsas genom att fastställa dess start- och slutpunkt.
2. Ett multiprofessionellt team rekryteras – alla som deltar i processen, nödvändiga sakkunniga med, då de behövs
3. Det multiprofessionella teamet beskriver processens huvudpunkter tillsammans.
4. Riskerna anges för varje del av processen i Laatuportti

5. Fastställs hur kritisk risken är – för fastställandet används tre synvinklar: 1. sannolikheten för att risken ska realiseras, 2. hur allvarlig skadan är om risken realiseras, 3. de nu befintliga skyddsmekanismerna mot risken. Fastställandet sker i enlighet med tabellen under punkt 4.5.
6. Resultaten bedöms – de mest kritiska riskerna konstateras, dvs de risker som har fått det högsta värdet i bedömningen av kritiskhet.
7. Åtgärderna för att minska riskens kritiskhet planeras – man försöker minska risken antingen genom att minska skadorna som uppkommer av att risken realiseras eller genom att minska sannolikheten för att den ska uppkomma eller förbättra sannolikheten för att metoderna för att förhindra risken ska fånga upp risken innan den realiseras.
8. I riskanalysen anges också de åtgärder som är nödvändiga för riskhanteringen samt vem som ansvarar för genomförandet av dem. Uppgifterna förs in i Laatuportti.
9. De kvarstående riskerna bedöms, man konstaterar hur åtgärderna har lyckats och gör en ny bedömning av riskernas storlek. Denna bedömning görs i samma arbetsgrupp inom den fastställda tiden efter riskanalysen (t.ex. 6 mån).

Klientsäkerhetsaspekten beaktas vid utvecklingen av tillvägagångssätt och processer på följande sätt:

- Vid planering av vårdprocesser bedöms riskerna i anknytning till dem ur säkerhetsperspektiv, särskilt när det gäller arbetsskeden i anknytning till patientförflyttning samt säkerställande av informationsflöde i samarbetet mellan olika enheter och intressentgrupper.
- Säkerhetsrisker lyfts fram i beskrivningen av och motiveringarna till det tillvägagångssätt eller den process som planeras.
- För arbetsskeden/åtgärder som är kritiska ur säkerhetssynvinkel fastställs tillvägagångssätt med vilka eventuella risker förknippade med mänskliga misstag hanteras.
- Tillvägagångssätt bedöms i den mån att de med tanke på det praktiska arbetet är tillräckligt smidiga och möjliga att genomföra.
- Det överenskomna tillvägagångssättet dokumenteras som enhetens interna arbetsinstruktion eller som allmänna instruktioner som är lättillgängliga för personalen.
- Personalen informeras om det överenskomna tillvägagångssättet och vid behov ordnas personalutbildning före övergången till det nya tillvägagångssättet.

#### 6.7.4 Fastställande av riskens storlek

Signifikansen av identifierade risker bör ställas i relation till konsekvenserna av dem, sannolikheten för att de realiseras och befintliga skyddsmekanismer. Resultatet av den här ekvationen beskriver riskstorleken innan man vidtagit de åtgärder som gör att risken kan hanteras. Med hjälp av riskstorleken kan man prioritera de åtgärder med vilka man kan hantera de risker som förorsakar det största hotet mot patienternas säkerhet. Händelser som får ett högt riskvärde förutsätter ofta omedelbara åtgärder, eftersom riskhanteringen i dessa fall måste förbättras genast. I dessa åtgärder ingår ofta omedelbara korrigerande åtgärder, samt mera permanenta förändringar, med vilka risken hanteras i framtiden.

Vid bedömningen av klient- och patientsäkerhetsrisker används i allmänhet en femstegsskala, i vilken sannolikheten för händelsen bedöms i den första dimensionen och dess kritiskhet i den andra. I tabell 5 beaktas också en tredje dimension, nämligen befintliga skyddsmekanismer, vilkas ändamålsenlighet bedöms som en del av bedömningen av hur kritisk risken är.

Tabell 5. Kriterier för poängsättning av riskerna.

Kritiskhet		Sannolikhet		Skyddsmekanismer	
Poäng-värde	Kriterier	Poäng-värde	Kriterier	Poäng-värde	Kriterier
1 (Ringa)	Obefintlig skada, närmast obehag, t.ex. under 25 % av klienterna lägger märke till/upplever skadan.	1 (sällsynt)	Händer knappast någonsin, slumpmässig farlig situation. 1 per 50 000 vårdkontakter/ingrep p/besök/dag eller färre. ELLER 1 per 2 år eller mera sällan.	1	Skydd eller skyddsmekanism kan inte kringgås och skydden förhindrar att skada uppstår
2 (Lindrig)	Lindriga skador och konsekvenser som inte kräver vård. T.ex. över 75 % av klienterna lägger märke till skadan.	2 (osannolik)	Förekommer sällan. Inte förväntat att händelsen upprepas, men möjligt att den upprepas. 1 per 25 000 vårdkontakter/ingrep p/besök/dag eller färre. ELLER 1-2 per 1 år.	2	Om ett skydd kringgås eller inte används upptäcks den sannolikt i samband med nästa skydd, arbetsfas eller kontrollpunkt.
3 (Betydande)	Liten olägenhet eller skada som kräver små åtgärder eller sjukhusvistelsen förlängs med över 3 dygn. Klienten är missnöjd.	3 (tänkbar)	Händelsen inträffar emellanåt 1 per 10 000 vårdkontakter/ingrep p/besök/dag eller färre. ELLER 3-5 per 1 år.	3 (skadan kan slumpmässigt förhindras med befintliga skydd)	Skydd är i användning men de kan kringgås eller lämnas oanvända. I påföljande skede märker man kanske inte det som skett.
4 (Allvarig)	Måttlig skada eller sjukdom som kräver åtgärder av en yrkesutbildad person eller sjukhusvistelsen förlängs med 4-15 dygn eller en händelse som berör en liten patientgrupp. Klienten är ORDENTLIGT missnöjd.	4 (sannolik)	Händelserna inträffar ofta. 1 per 5 000 vårdkontakter/ingrep p/besök/dag eller färre. ELLER 6-12 per 1 år. En gång per månad eller en gång varannan månad.	4	Skydden bygger på en individs noggrannhet och vaksamhet samt en ungefärlig observation.

5 (Synnerligen allvarlig)	En händelse som leder till död eller allvarlig skada eller permanent invalidisering eller en händelse som påverkar en stor patientgrupp eller en skada som leder till en långvarig arbetsförmågenhet eller en händelse där sjukhusvistelsen förlängs med över 15 dygn. En händelse som är fullständigt oacceptabel för klienten och som aldrig skulle få inträffa. En allvarlig imageförlust för organisationen.	5 (nästan säker)	Dylika händelser inträffar kontinuerligt och kommer sannolikt att upprepas inom den närmaste framtiden. 1 per 2 000 vårdkontakter/ingrep p/besök/dag eller färre. ELLER händer varje vecka eller varannan vecka eller oftare.	5	Det finns inga skydd eller skadan upptäcks i samband med slumpmässiga kontroller.
------------------------------	--	------------------	---	---	---

#### 6.7.5 Fastställande av risksignifikans, val och vidtagande av åtgärder

En risk kan få 1–125 riskpoäng. Värdet 125 är för den mest kritiska risken, för vilken krävs omedelbara åtgärder. **Alla risker i klass 5 handläggs som kritiska risker och riskvärdet för dessa minskas i den mån det är möjligt.** Alla risker kan och behöver inte handläggas omedelbart.

I enlighet med ÖVPH:s riskhanteringspolicy ska riskerna handläggas enligt följande:

Riskklass 5: Åtgärder måste vidtas omedelbart, oberoende av kostnaderna.

Riskklass 4: Åtgärder måste vidtas utan dröjsmål.

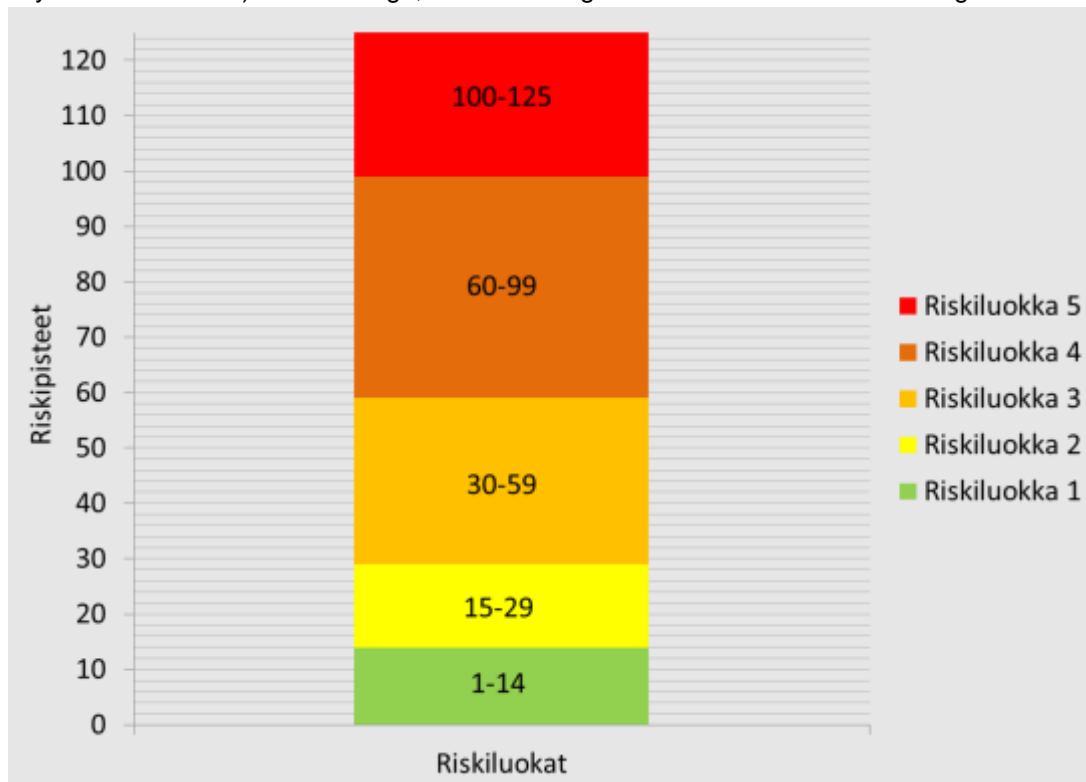
Riskklass 3: Risken ska minimeras.

Riskklass 2: Risken hålls under uppsikt, åtgärder enligt prövning.

Riskklass 1: Risken inses, inga åtgärder.

Risker som ska minskas handläggs i storleksordning. Risker som fått det mest kritiska värdet samt alla risker i klass 5 handläggs först. För dessa ovan nämnda risker ska man fastställa vilka åtgärder som ska vidtas för att minska kritiskheten. I praktiken strävar man alltså efter att påverka riskens kritiskhet,

sannolikhet eller skyddsmekanism. Ifall man kan påverka något av dem (kritiskheten, sannolikheten och skyddsmekanismen) eller samtliga, ska dessa åtgärder vidtas i den mån de kan genomföras.



Figur 7. Riskklasser.

Inte godtagbara risker inom Österbottens välfärdsområde är enligt säkerhetspolicyn följande:

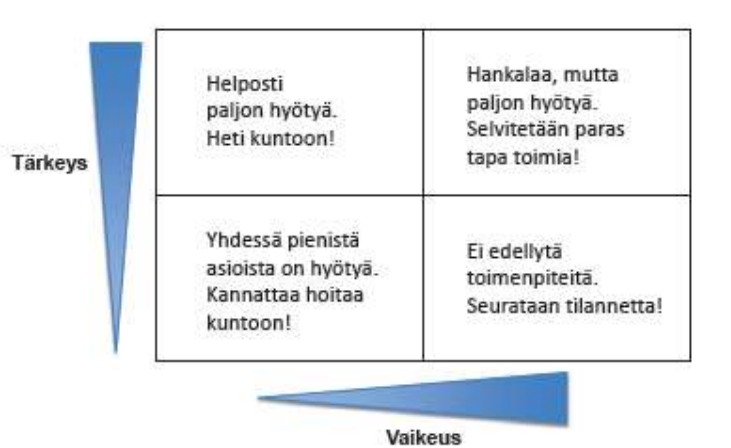
- Patientsäkerheten brister så att en patient avlider eller drabbas av allvarlig skada,
- ett arbetsolycksfall med den följd att ett människoliv går förlorat eller att en svår skada uppkommer,
- en störning i vårdverksamheten för en patient som kräver omedelbar vård,
- en permanent förlust av en central kompetens,
- en förlust av anseende eller förtroende som får till följd att man blir av med en väsentlig kundkrets
- eller där intressegruppernas förtroende för sjukvårdsdistriktets ledning eller funktionsförmåga rubbas.

Då risksignifikansen har fastställts ska man komma överens om nödvändiga åtgärder. Tanken med riskbedömningen är att använda riskstorleken som grund för hur åtgärderna ska riktas. Att minska eller avlägsna de största riskerna är första prioritet då säkerhetsåtgärderna ska omsättas i praktiken.

De åtgärder som vidtas i syfte att minska riskerna är en del av själva riskhanteringen. Målet är att hitta de bästa möjliga metoderna för att minska riskerna. Vid bedömningen av en åtgärd är det naturligt att granska möjligheterna att genomföra den, som till exempel kostnader eller övriga förutsättningar, samt effekten av åtgärden. Det räcker inte att endast upplysa om en identifierad risk för att minska den, utan

man måste göra något åt den upptäckta riskfaktorn och antingen sträva efter att avlägsna den eller minska sannolikheten att risken ska realiseras, eller minska riskens kritiskhet.

Figur 8 Prioriteringsmatris



Åtgärdsförslag kan utvärderas utifrån deras viktighet och svårighet och åtgärder kan delas in i fyra kategorier (tabell 6).

Tabell 6. Klassificering av åtgärdsförslagen

A (Lätt och viktig)	Enkla åtgärder med vilka man åstadkommer mycket. Lönar sig att rätta till genast.
B (Svår men viktig)	Svårare åtgärder än i punkt A, men bör rättas till eftersom de är viktiga. Det lönar sig emellertid att planera arbetet ordentligt och hitta kostnadseffektiva åtgärder för att sköta frågan.
C (Mindre viktig men enkel)	Åtgärden är inte väldigt viktig, men kan lätt genomföras. Det lönar sig alltid att göra smärre förbättringar.
D (Mindre viktig och svår)	Det lönar sig inte att vidta svåra åtgärder, om den nytta som uppnås är ringa. Situationen ska emellertid följas upp och bedömas på nytt vid behov.

### 6.7.6 Uppföljning och utvärdering

Målet med uppföljningen är att kontrollera och bedöma hur åtgärder förverkligats och följa med hur läget förändras. I samband med riskkartläggningen fattas gemensamt beslut om när det är bra att följa upp effekten av åtgärder och förändringen av läget. Den lämpliga tidpunkten beror på hur stora riskerna är och på deras karaktär. Man vet att vissa saker kan ändras mycket snabbt och vissa saker förändras långsammare. Om en risk bedöms vara stor, rekommenderas att uppföljningen sker med en snabbare tidtabell. På det sättet kan åtgärdernas inverkan på säkerhetsnivån verifieras. För organisationens ledning är risknivåns nuvarande tillstånd en väsentlig uppgift. Av de registrerade riskerna i Laatuportti



uppstår ett riskregister, därifrån det går att följa med hur riskhanteringen utvecklas. Ansvaret för riskuppföljningen ligger både hos enheten som gjort riskbedömningen och hos högsta ledningen

## 6.8 Uppföljning av vårdrelaterade infektioner

I Österbottens välfärdsområde (ÖVPH) fortsätter förenhetligandet av hygienföreskrifterna och anvisningarna för infektionsbekämpning samt användningen av kvalitetsmätare som ett led i kvalitetsledningen och klientsäkerheten. Genom förenhetligad, d.v.s. standardiserad, praxis säkerställs implementeringen av kvalitet och klientsäkerhet i hela välfärdsområdet. Anvisningarna i Intra och Sharepoint (för externa serviceproducenter) utarbetas i allmänhet i samarbete med infektionsöverläkaren och övriga experter. Anvisningarna finns på två språk.

Regionala hygien- och infektionsbekämpningsdagar anordnas 2 gånger per år och yrkesutbildade både från ÖVPH och den privata sidan har möjlighet att delta. Det här förfarings sättet kommer att fortsätta också i framtiden. I lagen om smittsamma sjukdomar förutsätts också att utbildningstillfällen ordnas och personalen bör beredas möjlighet att delta i dem.

Smittskyddsskötarnas arbetsbeskrivning inom social- och hälsovården ska klargöras och definieras. Eventuella epidemisituationer ska utredas enligt behov i samarbete. Kunnandet ska delas ömsesidigt. Aktiv uppföljning av infektioner förknippade med vården minskar patienternas risk att få en infektion. En förutsättning för tillförlitliga uppgifter är att de gemensamma infektionsdefinitionerna efterföljs. För närvarande samlas uppgifter bl.a. via SAI-programmet och med hjälp av prevalensuppgifter såväl inom specialistsjukvården som på serviceboenden med heldygnsomsorg och i socialvårdens enheter. För uppföljning av infektioner i samband med vården i välfärdsområdet behövs ett gemensamt patientdatasystem som grund. I framtiden kommer det att finnas gemensamma riktlinjer också nationellt för välfärdsområden genom anvisningar från THL. Tillsynsplanen ska preciseras enligt de kommande anvisningarna från THL. Hösten 2023 kommer det att komma en prevalensundersökning från THL och ECDC för enheter som har serviceboende med heldygnsomsorg. Målet på kort sikt är att SAI-klasserna förenhetligas mellan specialistsjukvården och Jakobstads sjukhus.

### **Handhygien en del av bekämpningen av infektioner**

Grunden för patient- och klienthygien är att handhygien tillämpas på rätt sätt. Handhygien och hur den implementeras granskas inom specialistsjukvården, på en del allmänmedicinska avdelningar och på en del enheter för effektiviserat serviceboende. På specialistsjukvårdens avdelningar mäts förbrukningen av handdesinfektionsmedel med hjälp av applikationen eDesi, utom i enheterna i Jakobstad. Förbrukningsmängden av handsprit analyseras i relation till vårddagar eller operation. På specialistsjukvårdens polikliniker mäts totalförbrukningen av handsprit. I norra delen av välfärdsområdet följs också förbrukningen av handsprit i relation till vårddagar eller antalet liter. På Vasa centralsjukhus utförs systematisk handhygienobservation med hjälp av applikationen eHuuhe. I fortsättningen ska de här metoderna förenhetligas ytterligare i välfärdsområdets enheter enligt ledningens riktlinjer.

### **Vaccinering av personalen som en del av infektionsbekämpningen**

Det hör till arbetsgivarens uppgifter att följa med social- och hälsovårdspersonalens influensavaccinationstäckning.

I lagen om smittsamma sjukdomar (§ 48) står:

De som har ett bristfälligt vaccinationsskydd får bara av särskilda skäl arbeta i klient- och patientutrymmen vid verksamhetsenheter inom socialvården och hälso- och sjukvården där man vårdar klienter eller patienter som medicinskt sett är utsatta för allvarliga följder av smittsamma sjukdomar.

Anställda och studerande som deltar i praktik ska ha ett skydd mot mässling och vattkoppor antingen via vaccination eller via genomgången sjukdom. Dessutom förutsätts det att anställda är skyddade mot influensa via vaccination och att den som arbetar med spädbarn har vaccinerats mot kikhosta.

Studerandehälsovården ska se till att studerande som deltar i praktik har ett sådant vaccinationsskydd som avses i 2 mom.

I regel är det företagshälsovården som ombesörjer att social- och hälsovårdens personal får sina vaccinationer (lag om företagshälsovård 1383/2001).

ÖVPH har som eget mål att 90 % av personalen ska få influensavaccinationer. Som hjälp vid uppföljningen av vaccinationstäckningen har man inom specialistsjukvården använt olika slags statistikmetoder. På Vasa centralsjukhusavdelningar har applikationen ePiikki använts, i Jakobstad har vaccinationstäckningen följts upp med programmet Exreport och i Vasa är det företagshälsovården som fört statistik. THL följer upp personalens vaccinationstäckning årligen. I framtiden kommer ePiikki att utvidgas så att det används på ett större område inom ÖVPH. Målet är att åtminstone en del av utvidgningen ska vara utförd under perioden 2023-2024. För detta behövs en mer detaljerad plan samt samarbete med företagshälsovården

Det hör till ÖVPH:s uppgifter att informera invånarna om att ta influensavaccin.

### 6.8.1 Anmälning av infektioner

- Anmälan om infektion görs i SAI-uppföljningssystemet av den enhet som vårdar patienten. Symtom på klinisk infektion, inledning av medicinering med mikrobläkemedel eller ett positivt bakterieodlingsfynd utgör kriterier för en infektionsanmälan.
- Läkemedelslistan i patientdatasystemet identifierar mikrobläkemedel, varefter systemet automatiskt frågar om användningssyfte och infektionsklass.
- Förutom avdelningarnas SAI-ansvariga deltar även hygienskötaren, på basis av positiva odlingsresultat och infektionsanmälningar som gjorts efter vårdperioder, aktivt i sökningen och anmälningen av infektionsfall.
- På grund av de allt kortare vårdperioderna upptäcks de vårdrelaterade infektionerna allt oftare först efter utskrivningen. Efter utskrivningen följer man i första hand upp infektioner i operationsområdet och i samband med olika ingrepp samt infektioner som drabbar föderskor

och nyfödda. Infektioner i ytliga operationssår upptäcks allt oftare på basis av en anmälan som gjorts av en hälsovårdscentral eller annan vårdinrättning.

- Genom programmet SAI uppföljs både infektioner som uppstått i vården och samhällsrelaterade infektioner
- Inom ÖVPH finns inget enhetligt patientdatasystem med vilket infektionsanmälningar kan följas upp. Det har inte heller fattats något beslut om vilka infektioner som ska följas upp inom specialsjukvården och långtidsvården. I samband med detta saknas ännu ledningens ställningstagande om vad som ska följas med. Med tanke på uppföljningen är en gemensam riktlinje nödvändig. Riksomfattande riktlinjer är på kommande och vi inväntar närmare besked.

### 6.8.2 Användningen av uppföljningsuppgifter

Programmet för uppföljning av infektioner möjliggör uppföljning av prevalensen för vårdrelaterade infektioner i realtid samt samhällsrelaterade infektioner och användningen av mikrobläkemedel i vården av infektionspatienter. Programmet använder sig av tilläggsuppgifter som fås via andra operativsystem och kompletterar på så vis infektionsdatabasen för patienten. Uppföljningen är en viktig och nödvändig del av arbetet för att bekämpa infektioner. Utan uppföljningsuppgifter är det svårt att rikta förebyggande åtgärder korrekt och bedöma åtgärdernas effekt. Uppföljningen av infektioner omfattar alla infektioner som inträffat under en vårdperiod.

**Uppföljningen kan vid behov inriktas** på t.ex. högriskpatienter. Detta ökar verksamhetens effektivitet, eftersom uppföljningen koncentreras på infektioner med kända riskfaktorer.

Avdelningarna kan själv ta ut rapporter ut SAI-programmet och på det här sättet följa upp eventuella infektioner. När läget kräver det, får också övriga enheter information genast en epidemi eller ett betydande fynd uppdagas. Målet är att börja ge också kirurgspecifik respons. Avvikelser i infektionsfrekvensen kräver tilläggsutredningar och ingripande i situationen. Respons angående resultat analyseras på den vårdande enheten och vid behov i samarbete med infektionsläkaren. Resultaten rapporteras på olika organisationsnivåer, ända upp till den högsta ledningen.

### 6.8.3 Nationell och internationell jämförelse av infektioner

**På vårdavdelningar inom den specialiserade sjukvården** bedöms infektionsmängderna också genom jämförelse med genomsnittliga infektionstal i nationellt material med hjälp av det nationella programmet för uppföljning av sjukhusinfektioner (SIRO). Välfärdsområdet deltar i den nationella uppföljningen av sjukhusinfektioner genom att förmedla uppgifter om blododlingspositiva bakteremier, Clostridium difficile-diarréfall samt infektioner i operationssår som uppkommit vid proteskirurgi.

Vårdavdelningar inom den specialiserade sjukvården deltar i infektionsprevalensundersökningar som arrangeras av ECDC och THL alltid när de ordnas. Hösten 2022 kommer välfärdsområdet att delta i en prevalensundersökning.

### **Uppföljning av vårdrelaterade infektioner på enheter för långtidsomsorg och långtidsvård samt inom boendeservice.**

Till de grundläggande åtgärderna för infektionsbekämpning hör iakttagande av allmänna försiktighetsåtgärder. Dessutom ska eventuellt behov av isolering beaktas. Det är på enhetens förmans ansvar att följa upp att förutsättningarna för infektionsbekämpning uppfylls. Förmannen ska ha uppgifter om hur många olika infektioner det förekommer på enheten. Inom långtidsomsorgen och långtidsvården är för närvarande ett systematiskt uppföljningssystem för förekomst av infektioner i användning endast i Jakobstad. Prevalensundersökningar har också utförts inom Vasaområdet. Nätet med kontaktpersoner för hygien inom långtidsvården och omsorgen samt socialvården ska utvecklas. För kontaktpersonerna för hygien utarbetas som bäst en "roll- och uppgiftsbeskrivning".

### **Handbok för antibiotikabehandling**

Ur infektionsbekämpningssynpunkt är det viktigt att det finns en uppdaterad handbok för antibiotikabehandling inom organisationen. Den här uppdateringen är under arbete. Ändamålet är att betjäna hela områdets läkare som stöd vid valet av för antibiotika. Målet med handboken är att minska uppkomsten av multiresistenta mikrober.

### **Multiresistenta mikrober**

Enligt lagen om smittosamma sjukdomar § 37 ska ett regionalt register föras över bärare av mikrober som är synnerligen resistent mot läkemedel för att följa upp förekomsten av dessa mikrober och förhindra att de sprids samt för att kunna ordna ändamålsenlig vård för dem som införts i registret. (MMKR-registret, register över bärare av mångresistenta mikrober). Registret är anslutet till systemen Esko och Oberon, som bara används på Vasa centralsjukhus.

Faktorer som inverkar på förebyggandet av infektioner inom långtidsvården är också sjukdomar, nutrition, funktionsförmåga o.s.v. som bör beaktas (RAI).

En del av inrättningarna för långtidsvård deltar i ECDC:s och THL:s prevalensundersökningar av långtidsvårdenheter med ca 3 års intervaller.

## 7 ÅTGÄRDSPROGRAM FÖR KVALITET OCH KLIENTSÄKERHET

Åtgärdsprogrammet för kvalitet och klientsäkerhet görs upp årligen som en del av kvalitetsrapporten. I åtgärdsprogrammet ingår alltid fokusområdena och de konkreta åtgärderna för följande års utveckling av kvalitets- och säkerhetsledning samt ansvarspersoner och tidsplan. I rapporten framgår också situationen för utvecklingsområdena i föregående års program.

### 7.2 Upprätthållande och distribuering av planen för kvalitetsledning och klient- och patientsäkerhet

Resultatområdet för kvalitet och tillsyn svarar för upprättandet av planen för verkställande av kvalitetsledning och patientsäkerhet, medan organisationens ledning svarar för genomförandet av den. Planens innehåll utvärderas regelbundet och uppdateras när verksamhetskraven förändras, så att den på bästa sätt främjar en konsekvent kvalitets- och säkerhetsutveckling. Planen uppdateras årligen före utgången av september.

Den uppdaterade planen för kvalitetsledning, klient- och patientsäkerhet finns på välfärdsområdets hemsidor intra efter att den blivit godkänd. Den delas också ut till resultatenheterna i samband med kallelserna till extern auditering och då organisationens förmän sammanträder. För år 2023 är kvalitets- och säkerhetsarbetsgrupper under planering och med hjälp av dem strävar man efter att förankra planen i enheterna. De nya enheter som överförs till välfärdsområdet vid årsskiftet 2023 får information om planen för kvalitetsledning, klient- och patientsäkerhet på den informationstillfällen som ska hållas för de nya enheterna.

## URSPRUNGET

Strategia ja arvot. Pohjanmaan hyvinvointialue. 2022. Hämtad 31.10.2022 från: <https://pohjanmaanhyvinvointi.fi/tietoa-meista/organisaatio-ja-paatoksenteko/strategia-ja-arvot/>

Sosiaali- ja terveysministeriö. Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia. 2022. Hämtad 31.10.2022 från: [Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022-2026 \(valtioneuvosto.fi\)](https://www.valvira.fi/documents/14444/1006217/Sote_valvontaohjelma_2022.pdf/17510e6d-f327-a84b-b9c8-d8fb9379ef96?t=1642579372128)

WHO. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030. 2021. Hämtad 31.10.2022 från: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>

Laadun- ja valvonnan vuosikello 2023. Pohjanmaan hyvinvointialue. 2022. Hämtad 1.11.2022 från: [Plandisc](#)

Valvira. 2022. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen valvontaohjelma vuosille 2020-2023. Hämtad 1.11.2022 från: [https://www.valvira.fi/documents/14444/1006217/Sote\\_valvontaohjelma\\_2022.pdf/17510e6d-f327-a84b-b9c8-d8fb9379ef96?t=1642579372128](https://www.valvira.fi/documents/14444/1006217/Sote_valvontaohjelma_2022.pdf/17510e6d-f327-a84b-b9c8-d8fb9379ef96?t=1642579372128)

Valvira. 2022. Sosiaalihuollon valvonta. Hämtad 1.11.2022 från: [Sosiaalihuollon valvonta - Valvira](#)

Aluehallintovirasto. 2022. Sosiaalihuollon omavalvonta. Hämtad 1.11.2022 från: [Sosiaalihuollon omavalvonta - Omavalvonta - Valvonta ja kantelut - Viranomaisen - Aluehallintovirasto \(avi.fi\)](#)

Aalto-Matturi, Sari & Niklas Wilhelmsson, ministeriöiden demokratiaverkosto. 2010. Demokratiapolitiikan suuntaviivat. Oikeusministeriön julkaisu. Mietintöjä ja lausuntoja 14/2010. Hämtad 31.10.2022 från: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/76229>

## Lagar och inställningar som användas i dokumenten

Förordningar om social- och hälsovårdstjänster (Uppdaterad lagstiftning – FINLEX®)

- [Lag om ordnande av social- och hälsovård 612/2021](#)
- [Lag om välfärdsområden 611/2021](#)
- [Lag om genomförande av reformen av social- och hälsovården och räddningsväsendet och om införande av den lagstiftning som gäller reformen 616/2021](#)
- [Socialvårdslag 1301/2014](#)
- [Hälso- och sjukvårdslag 1326/2010](#)
- [Lag om specialiserad sjukvård \(1062/1989\)](#)
- [Folkhälsolag \(66/1972\)](#)
- [Lag om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre \(980/2012\)](#)
- [Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain muuttamisesta \(HE 4/2020\)](#)
- [Lag om privat socialservice \(922/2011\)](#)



- [Lag om privat hälso- och sjukvård \(152/1990\)](#)
- [Lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården \(812/2000\)](#)
- [Lag om patientens ställning och rättigheter \(785/1992\)](#)
- [Lag om yrkesutbildade personer inom socialvården \(817/2015\)](#)
- [Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården \(599/1994\)](#)
- [Barnskyddslag \(417/2007\)](#)
- [Lag om handikappförmåner \(570/2007\)](#)
- [Lag angående specialomsorger om utvecklingsstörda \(519/1977\)](#)
- [Lag om ändring av lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda \(725/2021\)](#)
- [Lag om service och stöd på grund av handikapp \(380/1987\)](#)
- [Lag om utkomststöd \(1412/1997\)](#)
- [Lag om missbrukarvård \(41/1986\)](#)
- [Mentalvårdslag \(1116/1990\)](#)
- [Förvaltningslagen \(434/2003\)](#)
- [Pelastuslaki 379/2011](#)
- [Lag om Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården \(669/2008\)](#)
- [Dataskyddslag \(1050/2018\)](#)
- [Social- och hälsovårdsministeriets förordning om uppgörande av en plan för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses \(341/2011\)](#)
- [Social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar \(298/2009\)](#)
- [Arbetskyddslagen \(738/2002\)](#)
- [Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021 : Toimeenpanosuunnitelma - Valto \(valtioneuvosto.fi\)](#)



## BILAGOR

### Bilaga 1. Övriga verksamhetsplaner för kvalitet och klient- och patientsäkerhet

En del av förfaringssätten i anknytning till säkerställande av klientsäkerheten inom Österbottens välfärdsområde beskrivs i en separat verksamhetsplan (tabell 9).

Tabell 7. Övriga verksamhetsplaner i anknytning till klient- och patientsäkerhet

Verksamhetsplanens namn	Beskrivning	Ansvarsperson(er) / position
<b>Handbok för riskhantering</b>	Praktisk anvisning för riskhantering	Sakkunnig för riskhantering / Intra
<b>Plan för egenkontroll</b>	Plan för egenkontroll för varje enskild enhet	Förmännen på socialtjänsternas enheter/till påseende för klienter och anhöriga på enheten
<b>Plan för läkemedelsbehandling</b>	Planen ger anvisningar för säkert genomförande av läkemedelsbehandling och riskhantering. Den omfattar både välfärdsområdets handbok för upprättande av plan för läkemedelsbehandling och de olika verksamhetsområdenas och enheternas planer för läkemedelsbehandling. Planerna ska årligen granskas och vid behov uppdateras.	Arbetsgruppen för säker läkemedelsbehandling / Läkemedelsansvariga (enhetsnivå)
<b>Säkerhetsplan</b>	I de enhetsvisa säkerhetsplanerna ingår handlingskort för brand-, fastighets-, person- och utrymningssäkerhet, säkerhetssystemets funktion samt handlingskort för störnings- och undantagstillstånd. Räddningsplanerna för välfärdsområdet ska utarbetas före utgången av år 2023.	Säkerhets- och beredskapschef/ intra
<b>Beredskapsplan</b>	Välfärdsområdets beredskapsplan består av en allmän del, branschvisa planer och vid behov av resultatområdesvisa och resultatenhetsvisa planer samt av olika accessoriska planer.	Säkerhets- och beredskapschef / intra



	Välfärdsområdets beredskapsplan (allmänna delen) blir färdig före utgången av juni 2023.	
<b>Planer för bekämpning av infektioner</b>	Olika anvisningar och rumstavlor	Hygienskötarna/intra
<b>Introduktionsprogram</b>	Organisationens introduktionsprogram	Kvalitetsdirektören
	Introduktion i arbetsenheten	Enhetens chef
	Introduktion i arbetsuppgiften	Enhetens chef