



Österbottens välfärdsområde
Pohjanmaan hyvinvointialue

Plan för egenkontroll, Akutpsykiatriska avdelningen H8

Allmän information

Enhet

Akuuttipsykiatrian Osasto, H8

Rapporteringsdag

2025-02-14

Verksamhetschef

Gunilla Richardsson

Plan för egenkontroll

Innehållsförteckning

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

3.15 Behandling av klient- och patientuppgifter och dataskydd

4. EGENKONTROLLENS RISKHANTERING

4.1 Ansvar för riskhantering, identifiering och bedömning av risker

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

4.2.1 Tjänsteproducentens och personalens anmälningsskyldighet

4.2.2 Anmälningsskanaler för klient/patient och extern tjänsteproducent

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

4.3 Köptjänster och underleverans

4.4 Beredskaps- och kontinuitetshantering

5. UPPFÖLJNING AV EGENKONTROLL OCH RAPPORTERING

5.1 Uppföljning av kvalitet, riskhantering och rapportering

5.2 Uppföljning och rapportering av hur egenkontroll genomförs

1. UPPGIFTER OM TJÄNSTEPRODUCENTEN, TJÄNSTEENHETEN OCH VERKSAMHETEN

1.1 Tjänsteproducentens och tjänsteenhetens uppgifter

Tjänsteproducent

Österbottens välfärdsområde, FO-nummer: 3221324-6

Adress: Sandviksgatan 2-4, 65130 Vasa

Växel: 06 218 1111

Registratur: registrator@ovph.fi

Socialservicens registratur: socialvard.registratur@ovph.fi

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

Verksamhetsområdets namn

KUPS

Verksamhetsområdesdirektörens namn

Kosti Hyvärinen

Telefonnummer

0406204823

Tjänsteenhetens namn

Akutpsykiatriska avdelningen

Form av tjänst

Avdelningsvård 24/7 för akutpsykiatri och psykogeriatrik

Adress

Sandviksgatan 2-6 H-huset vån 8

Telefonnummer

062132170, 0407592170

Ansvarsperson(er) för tjänsteenheten eller tjänsteområdena och kontaktuppgifter

Tanja Jaakola Överskötare 0443234808

Mirja Remes ledande överläkare 0405433921

Servicepunkt som hör till tjänsteenhet och ansvarspersoner

Akutpsykiatriska avdelningen, Sandviksgatan 2-6 H-huset 8 våningen

Gunilla Richardsson Avdelningsskötare 0404875373

1.2 Tjänster som köps av underleverantörer

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

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

Tjänst som köps av underleverantör, och tjänsteproducenten för denna

Köpt tjänst	Tjänsteproducent
Matservice	TeeSe Botnia
Rengöringsservice	TeeSe Botnia
Laboratorieservice	Fimlab
Dataservice	2Mit
Personalhälsovården	TTBotnia_
Köp läkartjänster	Diverse privata företag Acuparia,Medinord,Terveystalo,Liscomp, Pihlajalinna, Mehiläinen
Tvätteritjänster	Provina (Seinäjäki)

1.3 Verksamhetsidé, värderingar och verksamhetsprinciper

ENHETSBEKRIVNING

Vi producerar tjänster för/klientprofil:

Personer (18 år fyllda) i arbetsför ålder-, seniorer och äldre personer med psykisk ohälsa.

Placering: Sandviksgatan 2-4, H-huset, 8. våning, 65100 Vasa, vården sker på fysisk plats

Verksamhetside och värderingar:

Etiska Löften

Hos oss är du välkommen som du är. Vi lyssnar och tar det du berättar på allvar. Vi ser dig och bemöter dig som den person du är. När du behöver finns vi här för dig. Vi upprätthåller vårt kunnande för att ge dig den bästa möjliga vården. Vi håller våra löften.

Våra värderingar är patientorientering, jämlikhet och ansvarsfullhet

- Vi arbetar patientorienterat och stöder välfärd, hälsa och säkerhet i olika livssituationer.
- Vårt vårdsområde ordnar sina tjänster jämlikt så att tillräckliga tjänster i rätt tid och av hög kvalitet tillhandahålls alla invånare i området.
- Vi agerar ansvarsfullt, dvs. på ett socialt, ekonomiskt och miljömässigt hållbart sätt.

Fungerande och hållbara tjänster förutsätter att vi har en framåtblickande attityd med förmåga till förnyelse.

Avdelning är en sluten akutpsykiatrisk avdelning. Avdelningen har 18 patientplatser, 13 akuta- och 5 psyko geriatriska platser och erbjuder vård dygnet runt. På avdelningen vårdas personer (18 år fyllda) i arbetsför ålder, seniorer och äldre personer med psykisk ohälsa.

Verksamhetsprinciper:

Vården baserar sig på att alla människor är likvärdiga och har rätt till god vård oberoende av ålder, tro, nationalitet, ras eller samhällsställning. Vården kan ske på frivillig basis eller mot patientens egen vilja. Under observationstiden och vården kan patientens grundrättigheter begränsas. Målet är att skydda patienten. Begränsningarna grundar sig på mentalvårdslagen <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1990/19901116>. Här finns mera information om psykiatrisk vård oberoende av patientens vilja och information om patientens rättigheter <https://valvira.fi/sv/social-och-halsovord/vard-oberoende-av-patientens-vilja>

Akut psykiatriska avdelningens dörrar är låsta och rörelsefriheten är begränsad. Patienten kan beroende på sitt mående få frigång, det innebär att patienten kan röra sig fritt på sjukhusområdet. Gällande ärenden utanför sjukhusområdet samt permissioner, görs skild överenskommelse. Medicineringen som är en del av vården, uppföljs och ändras vid behov av läkare. Vårdtidens längd är individuell och kan variera beroende på sjukdomens art och symtom. För att komma till avdelningsvård behöver man läkarremiss. Remissen kan fås tex. via den egna hälsovårdscentralen, mentalvårdsbyrån, psykiatriska polikliniken, samjouren, arbetshälsovården eller via privata sektorns läkarmottagning. Remissen kan vara en vanlig remiss och då kommer man in frivilligt för vård eller en observationsremiss, som betyder att man inleder några dagars observationsperiod på avdelning oberoende av patientens egen vilja.

Egenvårdare ansvarar för och planerar tillsammans med läkaren patientens helhetsvård, reserverar tid för patienten, lyssnar, samtalar samt hjälper till med praktiska saker. Egenvårdaren lyssnar även till anhöriga och ser till att de kan delta i vården. Egenvårdaren är en del av den mångprofessionella arbetsgruppen och fungerar också som patientens kontaktperson mellan vårdande enhet och olika myndigheter. Under vården görs en psykiatrisk utvärdering och en mångprofessionell vårdplan upp. Under vårdtiden kan hembesök göras. Vi samarbetar med hemkommunens öppenvård och strävar till att ordna familjesamtal och/eller nätverksmöten. Lämplig eftervård ordnas för patienten före utskrivning. Eftervården planeras tillsammans med patienten, enligt patientens hemort och vårdbehov

Lagar och information:

Lag som är väsentliga i vården på avdelningen är mentalvårdslagen <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1990/19901116> vi använder också informationen om patientens rättigheter <https://valvira.fi/sv/social-och-halsovord/vard-oberoende-av-patientens-vilja> när vi bla. vårdar patienter enligt mentalvårdslagen oberoende av patientens vilja

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

2.1 Utarbetande av en plan för egenkontroll

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

Inom Österbottens välfärdsområde utarbetas planer för egenkontroll inom verksamhetsområde och resultatområde samt inom verksamhets- och resultatenheter (med beaktande av speciallagstiftning, till exempel hälso- och sjukvårdslagen, barnskyddslagen, äldreomsorgslagen) i enlighet med den riktlinje om utarbetande som fastställs av välfärdsområdet. När kapitel 3 i tillsynslagen träder i kraft 1.1.2026 kommer organisationens nuvarande resultatområden att

registreringstekniskt motsvara tjänstenheter. För varje tjänstenhet ska utarbetas en plan för egenkontroll som omfattar alla de tjänster som produceras vid tjänstenheten av tjänsteproducenten och för tjänsteproducentens räkning.

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

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

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

Gunilla Richardsson Avdelningsskötare 0404875373, Elisabeth Krooks Biträdande avdelningsskötare 0401851394

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

Gunilla Richardsson Avdelningsskötare 0404875373

ENHETSBEKRIVNING

Patientmaterialet ändras kontinuerligt så det är svårt att använda dem som deltagande part i utvecklandet av egenkontrollen men vi tar i beaktande patienternas muntliga och skriftliga feedback i utarbetandet av egenkontrollen. Eftersom en väsentlig del av utvecklandet av vården, kvaliteten, klientsäkerheten och egenkontrollen är att ta hänsyn till patienter i olika åldrar samt deras familjer och närstående. Eftersom kvalitet och god vård och omsorg kan betyda olika saker för personalen och patienterna är det viktigt att i utvecklingsarbetet utnyttja all respons som på olika sätt systematiskt samlats in.

2.2 Genomförande av en plan för egenkontroll, publicering och uppdatering

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

ENHETSBEKRIVNING

Förfaranden för att säkerställa planen för egenkontrollens aktualitet:

Avdelningsskötare leder och organiserar arbetet för egenkontroll, med stöd av sin förman. Planen för egenkontroll uppdateras ifall det sker väsentliga förändringar i verksamheten som rör tjänstens säkerhet, kvalitet, tillvägagångssätt eller verksamhetskultur. Planen uppdateras/revideras minst en gång per verksamhetsår - i december - tillsammans med personalen, så att alla har tillräcklig kunskap kring säkerhets- och kvalitetsarbetet. Alla i personalen förbinder sig därmed att arbeta enligt gemensamt överenskomna förfaringsätt. Personal, patienter och anhöriga kan ta upp missförhållanden som gäller kvalitet och säkerhet spontant via t.ex. diskussion eller via förfrågningar. Kundfeedback görs kontinuerligt t.ex via Roidu.

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

Var finns planen för egenkontroll att läsa?

Planen finns på avdelningen vid ytterdörrens tidningsställning, personalens kafferum och på vår hemsida <https://pohjanmaanhyvinvointi.fi/palvelumme/psykososiaaliset-palvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/akuuttipsykiatrian-osasto-2/>

Risker och korrigerande åtgärder:

Beskrivning av den förebyggande identifieringen av risker, missförhållanden, kvalitetsavvikelser och risksituationer:

Riskhanteringen baseras på observationer och kartläggningar av den dagliga verksamheten och omgivningen. Den innefattar också diskussioner kring kvalitet och säkerhet, mobbningsförebyggande arbete, arbete kring jämställdhet och likabehandling, uppgörande av säkerhets- och räddningsplan, samt insamlande av respons via Roidu / Haipro. All personalen har en skyldighet att verka för en trygg psykiatrisk vård av god kvalitet. Akutpsykiatriska avdelningen har i enlighet med riskhanteringspolicyn kartlagt de kritiska riskerna inom avdelningen och antecknat dem, samt arbetar för att undanröja/minimera dem. Utgående från kartläggningen har enheten gjort upp handlingsplaner för befintliga risker.

Dessa finns bl.a. antecknade i enhetens säkerhets- och utrymningsplan, samt i ÖVPH:s mobbningsförebyggande plan och planen för jämställdhet- och likabehandling. Vi försöker även förebygga riskerna genom att vi rekryterar och anställer kompetent personal.

Information om patienter- och personalantal, samt personalens utbildningsbakgrund är viktiga för att kunna ordna en vård som har god kvalitet och fyller säkerhetskrav. Avdelningen har utvalda säkerhetsansvariga. De ansvarar för uppdatering av säkerhets- och utrymningsplanen, samt för information och genomgången av planen på enheten, så att alla vet hur de effektivt ska agera vid en risksituation. Säkerhets- och utrymningsplanen innehåller direktiv för hur man i enheten ska agera vid t.ex. brandsituation, räddningssituation, in- och utrymningsövningar, rymningar, våld och olycksfall. Samtliga personer i personalen bekantar sig med planen, vilket verifieras med underteckning. För att hålla en god säkerhetsstandard ordnar välfärdsområdet årligen fortbildningstillfällen för personalen. Avdelningen har en egen personal som fortbildar den personal i enheten som behöver uppdatera sina kunskaper i första hjälp eller säkerhet. In- och utrymningsövningar sker årligen på enheten. På sjukhusets intranät samlas information om verksamheten kring räddning och säkerhet. Informationen uppdateras av enhetsansvarig. Arbetarskyddet kartlägger risker på enheten på regelbunden basis. De använder sig av Haipro, som är ett verktyg för rapportering av ogynnsamma händelser och farliga situationer.

3. KLIENT- OCH PATIENTSÄKERHET

3.1 Kvalitetsmässiga krav på tjänsten

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

Österbottens välfärdsområde beviljades i januari 2024 ett SHQS-kvalitetscertifikat som omfattar välfärdsområdets alla tjänster. Certifikatet är ett bevis på högklassig verksamhet på hög nivå

inom social- och hälsovården och är i kraft fram till den 26 januari 2026. Certifikatet har beviljats av ett finskt företag inom kvalitetsutvärdering, certifiering och utbildningstjänster, Labquality Oy. Valfärdsområdets kvalitetsprogram SHQS (Social and Health Quality Standard) är ett verktyg för ledning och utveckling inom social- och hälsovården, och om verktyget tillämpats med framgång beviljas organisationen ett certifikat som erkännande.

ENHETSBESKRIVNING

Avdelningen följer de direktiv som gäller för Österbottens välfärdsområde vi övervakar, följer upp och utvärderar genom egenkontroll att tjänsterna är av god kvalitet, lagenliga och säkra.

Valfärdsområdet ska även säkerställa tillgången till och kontinuiteten i tjänsterna samt klienternas likvärdighet och delaktighet vilket tas i beaktande på enheten genom våra erbjudna tjänster

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

I hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) och i förordningar som getts med stöd av den föreskrivs om kvaliteten och patientsäkerheten inom hälso- och sjukvården, denna lagstiftning följer vi på enheten

På enheten säkerställs klient- och patientsäkerheten i praktiken genom att vi har ett öppet samtalsklimat där patienterna och personal är medvetna om sina rättigheter och skyldigheter. Vi använder haipro som anmälningsinstrument för att öppet påvisa ev säkerhetsrisker som uppstår på enheten.

Avvikelsen dokumenteras, görs en Haipro av den person/de personer i personalen som observerat händelsen/problemet. Avvikelsen meddelas omedelbart till avdelningsskötaren, som ansvarar för att behövliga åtgärder vidtas. Avdelningsskötaren arkiverar dokumentet och rapporterar i sin tur till verksamhetsansvarig och till ledningsgruppen om problemet och om vilka åtgärder som vidtagits. Antalet avvikelser är ett av mätetalen i processperspektivet i vårt styrdokument. Vid behov anordnas stödåtgärder som krishjälp, arbetshandledning och enskilda stödsamtal.

Då händelsen behandlats, analyserats och åtgärder vidtagits, gås ärendet igenom med personalen. Avdelningsskötaren ansvarar för att hela processen skriftligt dokumenteras och uppdateras. Ifall avvikelsen direkt berör en patient, informeras patienten om händelsen och vilka åtgärder som vidtagits. Händelsen dokumenteras (Haipro), analyseras och avdelningsskötaren ansvarar för att processen uppdateras och att samtliga i personalen informeras om de åtgärder som vidtagits. Vid följande personalmöte behandlas de korrigerande åtgärderna. Mötet protokollförs, så personalen får de korrigerade åtgärderna skriftligt och för att undvika upprepning av avvikelsen. Säkerhetsinformation (t.ex. material från myndighetstillsyn, såsom anmärkningar, klagomål och andra tillsynsbeslut, återkoppling och information från socialombudsmannen) sammanställs av avdelningsskötaren och gås igenom med personalen i syfte att utveckla egenkontrollen. Avdelningsskötaren har tillsammans med övriga personalen ansvar för tjänsternas kvalitet.

3.2 Ansvar för tjänsternas kvalitet

Ansvar och ledningen av egenkontrollen inom Österbottens välfärdsområde samt

säkerställande av kvaliteten och säkerheten beskrivs i välfärdsområdets förvaltnings- och verksamhetsstadga, i programmet för egenkontroll samt på praktisk nivå i handboken för egenkontroll och kvalitetskontroll.

ENHETSBESKRIVNING

På avdelningen har vi kvalitet och säkerhet som primära värden i verksamheten och genom detta stöder vi utvecklingen av en öppen och rättvis säkerhetskultur, detta gör att verksamheten anpassar sig till organisationens strategiska mål där patienternas behov är i centrum. Det är viktigt att man övervakar implementeringen, och samtidigt bedömer hur de åtgärder som planeras i beslutsfattandet påverkar säkerheten och den rådande praxisen. Vid övervakningen måste man också se till resurserna och kompetensbehoven. På avdelningen följer vi upp utvecklingen av säkerheten i förhållande till de uppställda indikatorerna och använder uppföljningsdata som baserar sig på dem i utvecklingen av verksamheten. Vi har utifrån dessa indikatorer uppgjort aktuella och ändamålsenliga processbeskrivningar som finns på vårt intranät. Avdelningsskötarens uppgift är att säkerställa, följa upp och utveckla verksamhetens smidighet vid genomförandet av kvalitets- och säkerhetspolicyn. På avdelning upprätthålls en öppen diskussion om kvalitet och säkerhet i arbetsenheten och intressentgrupperna och detta stöder utvecklingen och säkerställer att personalen är medvetna om rapporteringsskyldigheten i anslutning till anmälningar om missförhållanden, kvalitetsavvikelser och negativa händelser.

På avdelningen räknas kvalitet-och säkerhetsansvariga som experter på kvalitets- och säkerhetsfrågor på vår avdelning. Deras uppgift är att främja kvalitet och säkerhet genom att upprätthålla och utveckla rutinerna för datainsamling, uppföljning och riskhantering i anslutning till enhetens verksamhet samt upprätthållande enhetens säkerhetsanvisningar.

Avdelningsskötaren, avdelningens ansvariga läkare och medicinansvariga är de som ansvarar för läkemedelsbehandlingen och som ansvarar för en heltäckande planering av läkemedelsbehandlingen på avdelningen. Avdelningsskötaren godkänner läkemedelstillstånd LOVE för de anställda som arbetar på arbetsenheten, psykiatrins ansvariga läkare godkänner specialtillstånd. Läkemedelsansvariga i samarbete med enhetens avdelningsskötare och den ansvariga läkaren utvärderar och utvecklar läkemedelsbehandlingsplanen på avdelningen. Läkemedelsansvarigas uppgift är att sköta Haipro rapporteringen, av delningsfel, ev. biverkningar vid läkemedelsbehandling, identifieringen av risker i samband med läkemedelsbehandling och tillämpningen av praxis som anknyter till läkemedelsbehandlingens säkerhet i verksamheten. Våra läkemedelsansvariga fungerar som kontaktperson i frågor som gäller läkemedelsbehandling och läkemedelssäkerhet, de informera personalen om aktuella frågor som gäller läkemedelsbehandling och dess säkerhet samt deltar i införandet av nya verksamhetssätt. Avdelningsskötaren och läkemedelsansvariga övervakar även användningen av läkemedelsrummen.

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

Enheten har en lista på ansvarspersoner och ansvarsområde förutom ovanstående . MET-, introduktion-, patientsäkerhet-, apparat-, www-, diabetes-, centralförråd-, rondo-, sårvårds-, avfallshantering-, studerande-, barn till tals-, hot-, lugna rummet-, DBT-, närings-, interiör-, aktivitets-, dokumentations- och safewards-ansvariga

3.3 Klientens ställning och rättigheter

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

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

3.3.1 Tillgång till tjänster och vård

Information om tillgång till tjänster och vård inom Österbottens välfärdsområde samt väntetider till vård finns på Österbottens välfärdsområdes webbplats: [Vård](#) och [Tillgång till vård – väntetid](#). Om att få vård stadgas närmare i 6. kap. i hälsovård- och sjukvårdslag (1326/2010). Aktuella maximala väntetider för att få vård finns på Social- och hälsovårdsministeriets webbplats: [Tillgång till vård \(vårdgaranti\) - Social- och hälsovårdsministeriet \(stm.fi\)](#). Om tillhandahållande av socialvård, dess tillgänglighet och lagstadgade behandlingstider stadgas i 4. kap. i socialvårdslagen (1301/2014). Mera information om tillgången till socialtjänster finns på Social- och hälsovårdsministeriets webbplats: [Tillgång till socialvårdstjänster](#).

Ordande av vård ifall att den maximala väntetiden överskrids

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

ENHETSBESKRIVNING

För att klienter och patienter likvärdigt ska kunna delta i sin vård, behöver de tillräcklig och begriplig information. Klienternas och patienternas rätt att få information säkerställs genom att vägleda och informera på välfärdsområdets webbplats (Dina rättigheter som patient). Rätten att få information omfattar bland annat rätt att begära journalhandlingar eller logguppgifter om den egna vården. Dessutom kan patienten göra en begäran om utredning av behandlingen av patientuppgifter eller rättelse av fel. Patient ombuden hjälper i frågor som rör klientens och patientens rättigheter.

Självbestämmanderätten är den ledande principen inom patientvården och det innebär att patienten deltar frivilligt i vården och beslutsfattandet baserar sig på tillräcklig och begriplig information. För att trygga vården av patienten är man ibland tvungen att begränsa patienten. Mentalvårdslagen och lagen angående specialomsorger om utvecklingshämmande innehåller föreskrifter som följs i situationer där patienter vårdas oberoende av egen vilja.

3.3.2 Bedömning av servicebehov/vårdbehov

ENHETSBESKRIVNING

Vård- och servicebehovet bedöms tillsammans med klienten och vid behov med hans eller hennes anhöriga, närstående eller laglig representant.

Utgångsläge för bedömningen av vårdbehovet är patientens egna och hens närståendes syn gällande den patientens resurser och kraftförråd, det omfattar alla dimensioner av funktionsförmågan som består av fysisk, psykisk, social och kognitiv funktionsförmåga. Därtill ska vid bedömningen beaktas de riskfaktorer i de olika dimensionerna som förutspår en försämrade funktionsförmåga, såsom instabilt psykiskt hälsotillstånd, dålig nutrition, otrygghet, brist på sociala kontakter eller andra fysiska problem.

Om det finns behov att utreda servicebehovet ska uppmärksamhet fästas vid att återställa, bevara och främja funktionsförmågan samt möjligheterna till rehabilitering.

Patienten deltar i uppläggningsplaneringen av sin egna vård- och rehabiliteringsplan och tar ställning till målsättningen och till vad som bekommer beslutsfattanden gällande sig själv. Behovet av vården och förändringar däri bedöms och värderas regelbundet enligt patientens mående i enlighet med daglig uppföljning. Härtill används olika mätinstrument, som MMSE, frat, MNA osv.

Kontaktperson (egenvårdare) utses till patienten först på språkbasis och sedan på vilken typ av psykisk ohälsa patienten har, om vi har specialkunnande i någon av egenvårdargrupperna.

Patienten har varje dag en kontaktperson som ingår i egenvårdarens arbetsgrupp. I varje egenvårdargrupp finns 3-4 vårdare

Sjukhuset har inga socialarbetare som har hand om våra patienter, vi har gemensamma socialhandledare som sköter de här ärendena på vår enhet. De patienter som hör under socialvårdslagen har ofta en egen socialarbetare redan kopplad till sina ärenden i öppenvården som vi vid behov kontaktar om patienten blir intagen på avdelningen, vi vårdar inte personer under 18 år på vår enhet.

Om social- och hälsovården i Österbottens välfärdsområde inte kan ge en patientvård inom den föreskrivna maximala väntetiden måste välfärdsområdet se till att patienten har möjlighet att få vård någon annanstans, antingen i ett annat välfärdsområde, genom köp av tjänster eller genom att ge patienten en servicesedel. För det betalar patienten inga extra avgifter, utan patienten betalar endast välfärdsområdets kundavgift för vården. Patienter har rätt att vägra ta emot vård på en annan enhet och kan vänta tills vården kan ges på den enhet som patienten valt.

3.3.3 Planering och genomförande av tjänsten/vården

ENHETSBESKRIVNING

Vård- och servicebehovet bedöms tillsammans med patienten, avdelningens läkare och patientens egenvårdare, vid behov deltar hans anhöriga, närstående eller laglig representant.

Utgångspunkten för bedömningen är personens egen uppfattning om sina resurser och hur de kan stärkas. Vid utredningen av vårdbehovet ska uppmärksamhet fästas vid att återställa, bevara och främja funktionsförmågan samt möjligheterna till rehabilitering. Bedömningen av vårdbehovet omfattar alla dimensioner av funktionsförmågan som består av fysisk, psykisk, social och kognitiv funktionsförmåga

Behovet av vård och förändringar däri bedöms och värderas regelbundet enligt patientens psykiska mående och välbefinnande genom daglig uppföljning. Vård- och servicebehovet inskrivs i en individuell plan som reflekterar patientens dagliga vård, service eller rehabilitering. Målet för planen är att hjälpa patienten att uppnå de mål som ställts upp för förbättrat psykiskt mående, livskvalitet och funktionsförmåga.

Varje arbetstagare som jobbar på enheten deltar i patientens vård och är skyldiga att bekanta sig med patientens uppgjorda vårdplan, speciellt de som ingår i patientens vårdgrupp där

egenvårdare finns. Vi använder LifeCare (Esko) som rapporteringsinstrument för personalen, dit skriftliga rapporter skrivs in, utgående från dessa skriftliga rapporter ges muntliga rapporter 4 gånger per dag, vid skiftesbytena för att säkerhetsställa att informationen når alla i arbetsgruppen. Vi har två ansvarspersoner + avdelningsskötaren som håller kontroll på att de saker som skall antecknas i rapporterna finns med.

3.3.4 Bemötande av klient/patient och rättigheter

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

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

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

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

Behandling av en klient/patient och rättigheter

ENHETSBESKRIVNING

Vi erbjuder tolktjänster åt patienter vars modersmål är annat än svenska, finska eller engelska. Vi har även en lista på vilka andra språk som vår personal talar och som kan användas i patientvården. Avdelningens personal talar svenska och finska, vissa är helt tvåspråkiga emedan vissa har ett starkare modersmål än det andra inhemska språket. Alla i den ordinära personalgruppen har språkintyg. Engelska talar ett flertal i personalgruppen.

På akutpsykiatriska avdelningen behandlar vi patienterna i enlighet med våra värden och verksamhetsprinciper, högaktande och respektfullt. Detta är varje arbetstagares personliga skyldighet att följa. Vårdfel strävar vi till att förhindra via skolning och introduktion. Härtill stödes en öppen interaktion där man vid behov kan diskutera redan innan problem uppstår. Ifall det riktar sig mot en patient gällande vårdfel av patienten påbörjas det omedelbart med interaktion i

saken och det utförs snabbt och öppet vad handlingen gäller.

Om en patient har blivit fel behandlad, icke respektfullt bemött eller ärekränkts av personalens agerande så har personalen anmälningsskyldighet till avdelningsskötaren. Härtill finns det en kanal på övph:s hemsida, haipro, där arbetstagare och patient även anonymt kan göra anmälan. Vi har inga planer för barn och ungdomar under 18 år då vi inte vårdar patienter under 18 år. En patient har rätt till vård av god kvalitet och god behandling utan diskriminering. Patienten skall behandlas med respekt, utan att kränka personens människovärde, övertygelse eller integritet. Beslut om själva vården fattas och genomförs medan patienten befinner sig inom ramen för vården. En klient som är missnöjd med bemötandet eller kvaliteten på vården har rätt att framställa en anmärkning till enhetens ansvarsperson eller ledande tjänsteinnehavare. Vid behov kan anmärkningen framställas av klientens lagliga företrädare, anhörig eller närstående. Mottagaren av anmärkningen ska behandla frågan och ge ett skriftligt, motiverat svar inom skälig tid. På våra anslagstavlor finns kontaktuppgifter till patient-och socialombuden dit patienten kan skicka frågor och få information angående rättsskyddsåtgärder som patienten kan vidta.

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

Självbestämmanderätt

ENHETSBESKRIVNING

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

På enheten följer vi existerande lagar och förordningar. Enhetens verksamhetsprinciper grundar sig på ett etiskt hållbart och för patienterna ett respektfullt bemötande verksamhetsätt samt våra etiska värden. Härtill tar vi i beaktande patientens individuella specialbehov och önskemål. Patientens självbestämmanderätt är grunden för verksamhetens utgångspunkt och denna strävar vi till att respektera med de bästa möjliga metoder. Under observationstiden och vård oberoende av patientens vilja kan patientens grundrättigheter begränsas. Målet är att skydda patienten. Begränsningarna grundar sig på mentalvårdslagen <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1990/19901116>. Här finns mera information om psykiatrisk vård oberoende av patientens vilja och information om patientens rättigheter <https://valvira.fi/sv/social-och-halsovard/vard-oberoende-av-patientens-vilja> Patienten och hans närstående, om patienten så önskar, deltar i vård- och rehabiliteringsplanens uppläggning tillsammans med vårdande läkare och vårdpersonalen. Tillsammans med patienten, hans anhöriga/närstående och med andra samarbetsinstanser samlar vi och kartlägger information gällande patientens livshistoria och personliga önskemål och intressen och dessa dokumenteras till vård - och rehabiliteringsplanen. I det dagliga vårdarbetet respekterar vi patientens livsvärden, seder och bruk. Vården görs med respekterande och högaktande av patientens egna vilja i så stor utsträckning som det är möjligt samt med beaktande av intimitetsskydd. Patienterna erbjuds möjlighet att delta i enhetens vardag, gruppverksamheter och ute-samt friskluftsliv, men har självbestämmanderätt och i enlighet med det rätt att avstå eller neka det erbjudna alternativet eller verksamheten.

Vården som ges på enheten baserar sig i första hand på frivillighet, och utgångspunkten är att vården ges utan begränsning av individens självbestämmanderätt.

Det finns alltid en lagstadgad grund för begränsande åtgärder. (inom socialvården kan självbestämmanderätten endast begränsas om klientens eller andra personers hälsa eller säkerhet riskerar att äventyras).

Tillbörliga skriftliga beslut ska fattas om åtgärder som begränsar självbestämmanderätten. De begränsande åtgärderna ska genomföras enligt principen om lindrigaste åtgärd och på ett tryggt sätt med respekt för individens människovärde.

Begränsande åtgärder inskrivs i Esko (Lifecare). Begränsande av självbestämmanderätten eller andra grundrättigheter kommer på tal endast då klienten inte förstår sitt eget hälsotillstånd, behovet av vård eller ifall klienten med sin verksamhet utsätter antingen sin egna eller andras säkerhet. Om en möjlig begränsning av självbestämmanderätten bestäms den tillsammans med patienten och vårdande läkare och enhetens personal och det grundar sig på en medicinsk bedömning och är alltid relaterade till säkerheten.

Dörrarna till enheten är låsta men patienterna kan röra sig fritt på enheten. För övriga begränsningar krävs läkarens beslut som är tillfälligt, och dessa begränsningar bedöms dagligen. Sådana begränsningsåtgärder är t.ex. ta bort frigång, begränsning av telefonanvändning, kamera övervakning, att lyfta sängbalken, fasthållning, isolering, bältesläggning, säkerhetsbälte för i rullstol sittande eller för användning av hygien halare. För användning av begränsningar och dess nödvändighet diskuteras i enhetens team och med vårdande, ansvarig läkare, patienten och ev. hens närstående.

Innan begränsningarna tas i bruk bedöms alltid först hur man kan förhindra situationer där användning av begränsningarna måste övervägas.

Förutsättningen för användning av begränsningar är att det först prövats på andra metoder, men att det är konstaterat otillräckliga eller icke fungerande eller att det inte finns andra alternativ eller metoder för att trygga säkerheten för patienten. De begränsande åtgärderna tillämpas alltid så tryggt som möjligt och med respekterande av patientens livsvärde samt endast den tid som är nödvändig. Användningen av de begränsande åtgärderna dokumenteras i samband med den dagliga rapporten i klientregistret Lifecare (Esko).

3.3.5 Anmärkning, klagomål och anmälan om patientskada

Anmärkning

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

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

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

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

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

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

Klagomål

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

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

Patientskadeanmälan

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

Anmärkning

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

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

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

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

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

anvisningar för ifyllandet finns på vår webbplats: [Missnöjd med vården - Österbottens välfärdsområde \(osterbottensvalfard.fi\)](https://www.osterbottensvalfard.fi)

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

Klagomål

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

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

Patientskadeanmälan

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

ENHETSBESKRIVNING

Största delen av de klagomål som gäller hälsovårdstjänsterna handlar om att klienten upplevt osakligt bemötande eller att en situation av växelverkan med klienten har misslyckats. Mångas klagomål grundar sig på att patienten känner sig felbehandlad då patienten tagits för vård oberoende av patientens vilja enligt mentalvårdslagen och begränsningar har gjorts pga av detta. Klienten har rätt att framställa en anmärkning med anledning av bemötandet, till den som ansvarar för verksamhetsenheten eller till en ledande tjänsteinnehavare på avdelningen. Men även utan anmärkning, skall vi vara uppmärksamma och vid behov reagera på osakligt eller kränkande beteende mot patienterna.

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

Patienten kan också ta kontakt med vårt patient ombud på sjukhuset för att få stöd och hjälp vid ev skada eller missnöje med vården

Patientombud: Hannele Flöjt, Marjut Meltoranta och Sari Mäkinen

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

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

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

Mirja Remes Ledande överläkare 040 5433921

Kosti Hyvärinen verksamhetsområdes direktör 0406204823

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

Carina Nähls Socialdirektör 0406237573

3.3.6 Social- och patientombudens tjänster

Social- och patientombudens uppgifter och kontaktuppgifter

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

Socialombudens och patientombudens uppgifter:

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

Socialombudets kontaktuppgifter

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

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

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

Patientombudens kontaktuppgifter:

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

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

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

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

3.3.7 Klienternas/patienternas delaktighet

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

webbplats.

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

ENHETSBEKRIVNING

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

Klienter inom Österbottens välfrädsområde har möjlighet att delta i tjänsteutvecklingen genom att delta i klientråd, påverkansorgan eller andra forum för klientdelaktighet. En del klienter kan delta i tjänsteproduktionen i samarbete med professionella, till exempel som erfarenhetsexperter. En delaktighetsplan som utarbetats för Österbottens välfrädsområde utgör ramen för utveckling av delaktighetsarbetet. Delaktighetsplanen finns på välfrädsområdets webbplats.

Vi samarbetar med olika organisationer inom tredje sektorn, tätt samarbete med stödföreningen för psykiatriska patienter vid Vasa centralssjukhus och vb tar vi kontakt med erfarenhetsexperter för utvecklandet av verksamheten

3.4 Beaktande av regelbundet insamlad respons och övrig respons

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

Respons av klienter

Våra kanaler för respons från klienter finns på välfrädsområdets webbplats: [Ge respons - Österbottens välfrädsområde \(osterbottensvalfard.fi\)](https://www.osterbottensvalfard.fi)

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

Klientupplevelse och klientnöjdhet

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

Respons som insamlas av studerande

Välfrädsområdet insamlar även regelbundet respons av studerande med hjälp av NPS-mätare och en responsförfrågan för studerande (CLES). NPS-talet ligger mellan -100 och +100. Vanligen

anses 50 som ett bra resultat. Anvisningar för studerande som ska ge respons samt resultat från NPS-mätaren och CLES-förfrågan finns på välfärdsområdet intra.

Respons av personalen

Av personalen insamlas respons om arbetsplatsen bland annat med hjälp av en NPS-rekommendationsmätare. Genom mätaren fås information om personalens trivsel och om vad arbetstagarna tycker om sin arbetsplats. Mätningen görs två gånger per år per e-post. Anvisningar för behandling av resultaten, rapportering och genomgång finns på välfärdsområdets intra. Resultat för varje sektor publiceras på intra.

ENHETSBESKRIVNING

Vi använder Roidu som insamlar respons från våra patienter, där kan patienten anonymt skriva hur man upplevt vården, denna möjlighet finns också på vårt intranät för både patienter och anhöriga. studerande använder CLES, personalen använder Haipro. Avdelningsskötaren går igenom responsen och tar upp den i samband med avdelningsmöterna som hålls en gång per månad.

Respons som regelbundet insamlas eller mottages på andra sätt används vid utveckling av egenkontrollen och verksamhetens kvalitet

3.5 Personal

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

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

3.5.1 Mängden och strukturen för personal

ENHETSBESKRIVNING

Personalens sammansättning enligt uppgjord plan: 1 Avdelningsskötare, 1 Biträdande avdelningsskötare, 12 sjukskötare, 13 närvårdare (av dessa är 3 mentalvårdare), vardagar har vi också 2 läkare och en avdelningssekreterare på plats. TeeSe Botnias köptjänst av anstaltsvårdare är 3 st sammanlagt morgon och kvällsskift måndag-söndag.

På vardagar har vi 7 i morgonskift, 6 i kvällsskift och 3 i nattskift, helger har vi 5 i morgon och kvällsskift och 3 i nattskift. Vi strävar till att det alltid finns åtminstone 1 sjukskötare i varje skift och en manlig vårdare. Om det inte finns tillgänglig en sjukskötare i något skift meddelas detta till övriga psykiatriska avdelningar som då är back up vid vår avdelning.

3.5.2 Principer för användning av vikarier och för rekrytering

ENHETSBESKRIVNING

Formella kompetenskrav för tjänster och befattningar inom välfärdsområdet, såsom

yrkesmässig behörighet och krav på språkkunskaper beskrivs i behörighetsstadgan. Behörighetsstadgan finns på välfärdsområdets webbplats. Beslutsfattandeprocessen gällande anställningsrelationer i vården, arbetsfördelningar bl.a i rekryteringsprocessen finns beskriven i Kuntarekrymanualen och i behörighetsstadgan. För personalplaneringen och rekryterings förverkligande svarar var och en förman i enlighet med hens egna arbetsuppgifter och ansvarsområden. Detta arbete stöder HR- teamet med sin egna verksamhet.

Personalens rekrytering styrs av arbetskraftlagstiftningen och arbetsavtalen där det definieras både arbetstagarens och arbetsgivarens rättigheter och skyldigheter. För akutpsykiatriens rekryterings-process av fastanställd personal och långtidsvikarier ansvarar enhetens avdelningsskötare, överskötaren och HR. För rekryteringen görs ett gemensamt beslut varefter avdelningsskötaren lägger upp arbetsplatsannonser som förs in i systemet av HR. För kortvariga vikariat görs samarbete med resursenheten 2:s avdelningsskötare. Alla arbetsplatsannonser som är över 5 månader publiceras på ÖVPH:s internetsida och det som går externt via kuntarekry, Vasa Stads (österbottens sysselsättningsområde) öppna arbetsplatser (Avoimet työpaikat), sida. Finns också på työmarkkinatori

Varje närchef med beslutanderätt i personalärenden anställer sig underställd personal i tjänste- eller arbetsavtalsförhållande. Vid ordinarie personalval ska dock den anställandes överskötare höras.

Om den som valts till en ledigförklarad tjänst eller ett ledigförklarat tjänsteförhållande säger upp sig innan tjänsteutövningen inletts och ingen utsetts i reserv, kan en ny tjänsteinnehavare väljas bland dem som sökt tjänsten eller tjänsteförhållandet och som uppger att ansökningen fortfarande gäller. Det som sagts ovan om anställning i tjänsteförhållande när den som valts till tjänsten sagt upp sig innan anställningsförhållandet har inletts tillämpas även på arbetsförhållanden.

Vi började Sotender pilot försök för inhoppsturer den 24.10.2023 på Vasa centralsjukhus. Applikationen erbjuder en snabb och enkel kommunikationskanal för inhopp i arbetslivet som förenklar balansen mellan arbete och fritid. Man kan alltså göra arbetsturer när det passar bäst för just dej! I applikationen erbjuds det arbetstillfällen för bl.a vår enhet t.ex närvårdare, sjukskötare och studerande inom social- och hälsovårdsbranschen. Arbetstillfällena finns vid ÖVPH och kan bokas av alla som använder applikationen. Med stöd av applikationen erbjuds en möjlighet extra inkomst samt att bli bekant med olika enheter inom övph.

Före anställning hålls arbetsintervju där man kontrollerar kompetens, arbets- och skolbetyg. Eventuellt LOV:e intyg (läkemedelbehandlingstent), om detta inte finns så uppmanas den nyanställda att fixa intyget inom 3 månader annars blir det löneavslag tills LOV:e är slutfört. Av alla krävs det att man har ett giltigt intyg när man jobbar hos oss på akutpsykiatriska avdelningen, detta intyg är sen giltigt i 5 år.

Det krävs friskhetsintyg/hälsointyg vid fastanställning, bevisa sin arbetsförmåga, där ingår också de vaccinationer som man uppmanas ta för att jobba inom hälsovården. Vikarier uppmanas att ta de vaccinationer som rekommenderas när man jobbar inom vården. Men arbetsgivaren kan inte kräva intyg på tagna vaccinationer.

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

ENHETSBESKRIVNING

Alla som nyanställs skall lämna in utdrag ur straffregistret(741/2023) 28 § i tillsynslagen hos personer som ska arbeta med äldre och personer med funktionsnedsättning, inom 3 månader från anställning. Vi har inom psykiatrien gjort en överenskommelse att resursenheten 2:s avdelningsskötare håller bokföringen så när personalen uppvisar sina intyg sen meddelar avdelningsskötaren för enheten resu 2:s avdelningsskötare tid och datum på intyget och om det

ev. finns någon anmärkning. Hen sköter sen bokföringen och upprätthåller ett arkiv enligt lagstiftningen över uppbearande av dessa uppgifter

3.5.3 Introduktion, fortbildning och säkerställande av kunnande

Introduktion för personalen

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

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

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

ENHETSBESKRIVNING

Med introduktion avses alla de åtgärder som gör en ny arbetstagare bekant med.

- arbetsplatsen och dess seder och bruk
- människorna på arbetsplatsen
- sitt arbete och de förväntningar som ställs

Introduktionen och handledningen i arbetet är en del av personalutvecklingen. Syftet med introduktionen är att öka personalens kunnande, förbättra kvaliteten, stöda orken i arbetet samt minska antalet arbetsolyckor och frånvaron. Det är frågan om en kontinuerlig process som utvecklas enligt personalens och arbetsplatsens behov. Introduktion ges åt alla som börjar arbeta: ordinarie anställda, visstids-anställda, sådana som vid behov kallas till arbete (s.k. inhoppare), studerande och arbetspraktikanter.

Introduktion ges även då arbetsuppgifterna och anställningen ändras.

Man hittar allmänt introduktionsmaterialet på Kvalitetsportens (laatuportti) startsida under menyn "Händelser och uppgifter". Om man vill återvända till introduktionsmaterialet efter att ha gått igenom det, så hittas det allmänna introduktionsmaterialet under rubriken "Utbildningar" och sen underrubriken "Mina utbildningar".

Avdelningsskötaren kan kontrollera vilka som har genomgått introduktionen under rubriken "Utbildningar" och genom att sen välja underrubriken "Utbildningsuppföljning".

Det allmänna introduktionsmaterialet till sommarvikarier som inte har en ovph-e-postadress, måste först registrera sig via en länk i laatuportti för att kunna ta del av introduktionsmaterialet. Studerandes introduktion och handledning sköts av handledargruppen som ansvarar för studerandes praktikperiod, vi har 3 stycken som är studerandeansvariga och sköter kontakten med skolorna och sköter den administrativa biten av introduktionen på avdelningen

Fortbildning och säkerställande av kunnande

Välfärdsområdets personal- och utbildningstjänster utarbetar varje år i samarbete med tjänstesektorerna en plan för att upprätthålla och främja arbetstagarnas yrkesmässiga kunnande. Fortbildning ordnas både internt och externt.

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

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

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

ENHETSBESKRIVNING

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

Avdelningsskötaren går tillsammans med personalen igenom resultat- och målsättningar i form av diskussion vid de årliga utvecklingssamtalen. Utgående från diskussionen uppgörs personalens utbildningsplan.

Härtill dokumenteras till utbildningsplanen de årliga brand- och livräddningsskolningarna, Mapa samt FHJ- skolningarna.

Personalen har också årligen speciella för verksamhetens utveckling gällande tyngdpunktsområden där de planerade skolningarna antecknas för personalens skolningskalender.

3.5.4 Arbetshälsa och arbetarsäkerhet

ENHETSBESKRIVNING

Alla i personalen har en personlig plan då de gör de lagstadgade hälsokontrollerna, avdelningsskötaren har en uppgjord skriftlig plan, alla skall gå vart femte år men om man kontinuerligt vakar och är över 55 år så går man var tredje år.

Vi har även E-pass verksamhet, en av anställningsförmånerna för anställda med över 6 månaders anställningsförhållande (räknas från och med 1.1.2022) en applikation som motsvarar de traditionella motions- och kultursedlarna. Förutom motions- och kulturförmånen finns även en förmån för välmående, som man kan använda till massage.

ÖVPH erbjuder också elcykel förmån för att uppmuntra till att använda cykel istället för bil när man kommer på jobb

Tyky verksamhet 1 gång per år, genom att erbjuda olika typer av tyky-verksamhet uppmuntras personalen till att själv sköta om sin fysiska, psykiska och sociala hälsa för att orka och må bättre i arbetet. Personalen uppmanas att alltid göra Haipro om det händer något på avdelningen så att vi kan klargöra orsak till om det funnits problem i arbetssäkerheten så att det inte händer igen.

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

Österbottens välfärdsområdes personalplan grundar sig på välfärdsområdets strategi, personalpolicy och målen i personalprogrammet. Välfärdsområdet ska som tjänsteproducent följa upp att det finns tillräckligt med personal för tillhandahållandet av tjänsterna både inom den egna tjänsteproduktionen samt inom köpta tjänster (tillsynslag 741/2023, 23 §). Uppföljningen ska beakta de krav som finns i speciallagstiftningen gällande personaldimensioneringen och resurstilldelningen, såsom till exempel vårdardimensioneringen (lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre 980/2012, 20 §).

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

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

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

ENHETSBESKRIVNING

Vid budgetplaneringen görs det upp hur stor personal som behövs på enheten för att säkerställa patientsäkerheten. Vi använder inte Rafaela som mätare för vårdbehovet. Som mätare för vårdbehovet använder belastningsprocenten och vi gör samarbete med övriga psykiatriska avdelningar och gör ev. förflyttningar vb. för att minska belastningen på en överfull enhet om annan enhet inte går med överplats.

Vi går kontinuerligt igenom feedback från patienter och haipro anmälningar för att kunna säkerställa att bemanningen på långsikt är tillräckligt

Vi har en uppgjord verksamhetsmodell vid undantagsförhållanden som säkrar att personalen kan arbeta i en klient och patientsäker miljö, enligt nedan

Normal belastning, inga avvikelser =

18 patienter

7 morgonskift vardagar

6 kvällsskift vardagar

3 nattskift vardagar/helger

5 morgon + kvällsskift helger

Normal belastningssituation små avvikelser observerats =

18 pat / Ej full beläggning max 15

6 morgonskift vardagar

5 kvällsskift vardagar
3 nattskift vardagar / helger 4 morgon+kvällskift helger

Betydande belastnings situation, anvisningarna för undantagssituationer har tagits i bruk. = 18 patienter/ men för tillfället en lugn vårdmiljö med för liten bemanning och inga vikarier är möjliga att få tag i

Allvarlig belastningssituation.=

18 patienter/ orolig vårdmiljö inga utskrivningar möjliga, inga permissioner, kommer M1 patienter som innebär överplats med för liten bemanning även utöver den normala bemanningen och inga vikarier är möjliga att få tag i

Om avdelningsskötaren ej är på plats är det i första hand biträdande avdelningsskötare som är hens ställföreträdare. Om ingen av ovanstående personer är på jobb så är det ansvarig sjukskötare på enheten som ansvarar för avdelningen. Om man märker när arbetsskiftet börjar att man är i en betydande eller allvarlig belastningssituation med för liten bemanning, även för lite trots att normal bemanningen är intakt, måste ansvarig besluta vad som skall göras för att se till att patient-och personalsäkerheten hålls intakt. Kontroller med HPY för att få extra personal om det inte fungerar görs en Sotender bokning om detta inte heller fungerar kolla med egen personal om någon kan jobba extra eller ta dubbeltur.

Om vi har patient är i behov av brevidvård så måste man kontrollera om personal bemanning ändå räcker om vårdsituationen i övrigt är lugn. Om isoleringsvård krävs så måste man även här kontrollera hur stor belastning vårdsituationen på avdelningen är eftersom 1 i vårdpersonalen övervakar isoleringsvården.

Om isoleringen är natttid måste man även här ta i beaktande vårdsituationen på enheten om man behöver kalla in en 4:e vårdare. Viktigt att inte på automatik kalla in mera personal om vårdsituationen är i övrigt lugn. Kan kallas in i ett senare skede om man märker att situationen eskalerar .

Kritiska funktioner med tanke på patientsäkerheten som alltid ska utföras i betydande och allvarliga situationer under morgon- och/eller kvällsskiftet:

Basvård: Se till att patienterna har möjlighet till dusch, hudvård, mat och vätska. Man behöver inte göra t.ex fotvård om situationen i övrigt är orolig.

Detta kan lämnas ogjort: Promenader, dusch, bastu, inplanerade aktiviteter. Man behöver inte göra t.ex fotvård om situationen i övrigt är orolig. Komprimera i samråd med läkaren vilka läkarbesök som inte är absolut nödvändig för vården. Man kan vänta tills situationen lugnar ner sig med att skriva slutvärderingar då patienten blir utskriven. Behövs inte göras beställningar som inte är livsnödvändiga. Man kan vänta till eftermiddagen med att dela dygns mediciner då vi är mer folk på plats.

Mätningar som bör utföras: Livsnödvändiga mätningar som t.ex blodsocker och blodtryck skall utföras. Ordinerade blodprov tas av lab.personal.

Detta kan lämnas ogjort: Blodtrycksmätningar som görs som rutin, rutinblodprov kan skjutas till en annan dag, vikt olika frågeformulär BDI, Madrs osv

Läkemedelsbehandling som alltid ska ges: Ordinerad medicinering som patienten är beroende av för sin fysiska och psykiska hälsa, man kan hoppa över bassalvor, vitaminer osv som inte är livsnödvändiga

Näring som alltid ska ges: Normalt kostintag,

Arbetsfördelning / modulindelning: Komprimera i samråd med läkaren vilka läkarbesök som inte

är absolut nödvändiga för vården. Studerandes handledning hålls på en moderat nivå. Enligt den normala arbetsfördelningen är det viktigt att det finns läkemedelsansvarig, kanslist och ansvarig sjukskötare på plats. Om avdelningen själv inte har en ansvarig sjukskötare bör man kontakta annan avdelning inom psykiatri och kolla upp om det finns en ansvarig sjukskötare som kan fungera som back up

Andra uppgifter som underlättar situationen: Avboka ev. utomstående samtal med andra samarbetspartners om situationen är mer orolig än vanligt. Inga icke brådskande familjesamtal håll

Arbetsskiftesvisa uppgifter under kvälls- och nattskiftet om bemanningen har varit otillräcklig under morgonskiftet.

Kvällsskift: Om situationen lugnat sig så kan man på kvällsskiftet hjälpa de patienter som inte varit i akutbehov av grundvård. Dela medicinerna för följande dygn. Beställ olika provtagningar om det inte hunnits med på morgonskiftet. Göra utskrivningar vb. om de inte hunnits med på morgonskiftet

Nattskift: Kolla med kvällsskiftet om något ännu blivit lämnat på hälft, så då kan man slutföra dessa uppgifter på nattskiftet

Andra saker som bör uppmärksammas: Ta alltid en diskussion med ansvarig läkare om det finns någon patient som kan fara på permission eller bli utskriven lite tidigare än planerat om situationen på avdelningen verkar eskalera eller redan eskalerat. Detta är även viktigt om situation med överplats är på kommande.

Om patient på överplats är på kommande kontrollera med dejourerande sjukskötare om patienten kan återkomma följande dag om denne kommer med vanlig remiss.

Patientsäkerheten måste alltid ställas i främst prioritet.

Viktigt att inte automatisk kalla in mera personal om vårdsituationen är i övrigt lugn. Kan kallas in i ett senare skede om man märker att situationen eskalerar

Viktigt att man dokumenterar t.ex via Haipro då arbetsbelastningen varit betydande eller allvarlig, men man kan göra det i efterhand om tiden inte räcker till då situationen pågår, viktigt att alla som upplevt situationen rapporterar.

Kom ihåg att man alltid oberoende av tidspress måste skriva rapport så inget viktigt som rör patienten inte blir dokumenterat. Vid situationer då ingen av närcheferna är på plats och situationen är av sådan karaktär att ansvarig sjukskötare inte kan ta beslutet kontaktas någon av närcheferna för att konsultera med någon av dem även på deras ledigtid.

Se till att dokumentera, det kan ingen göra för någon annan!

3.7 Sektorsövergripande samarbete och samordning av tjänster

ENHETSBEKRIVNING

Vi har egna socialhandledare som kommer till avdelningen och hjälper våra patienter med deras sociala vård behov, då försöker vi alltid ha en vårdare med så att vi kan anteckna i patient journalen de uppgifter som är viktiga för vården. Detta informeras patienten om. Om socialhandledare träffar patienten ensam kollas det alltid upp vad som diskuterats och vad som är viktigt för vården och dess framskridande

Vi gör alltid en orosanmälan om patienten har minderåriga barn och även vb. om äldre barn ännu bor i hemmet och det finns en oro för hur barnet klarar sig i hemmet.

Om patienten har andra behov av service producenter utanför den psykiatriska behovskedjan, är alltid egenvårdare (kontaktvårdare) med vid samtalen för att säkerställa att den information som behövs för att vården skall gå framåt finns tillhands.

3.8 Lokaler och utrustning

ENHETSBESKRIVNING

VCS (ÖVPH) H huset där avdelningen är placerad på våning 8 är gjord för 18 patienter. Avdelningens areal är 1011,5 bm². Alla patienter har eget rum som är färdigt möblerat, i varje rum finns en höj-och sänkbar säng, väggfast soffa, skrivbord, två stolar och väggfasta garderober, alla rum har egen dusch och WC. Fem av rummen har övervakningskamera installerad i taket som är tänkt för patienter med stor fallrisk eller risk att skada sig själva. Dessa kameror används endast på läkarordination och patienten är medveten om att kameran är påsatt vid dessa tillfällen.

Vi har besökstid på enheten varje dag mellan 14-19, vb kan även anhöriga komma på andra överenskomna tider. Anhöriga är involverade i vården om patienten vill ha det så, vi försöker alltid ordna familjesamtal för att kunna göra vården så omfattande som möjligt.

Avdelningen har planerats enligt den vård och omsorg som patienten behöver, för att möjliggöra verksamhet som upprätthåller och främjar funktionsförmågan, måltids-, klädvårds-, tvätt- och städtjänster samt för att gynna klientens delaktighet och sociala relationer.

Då avdelningen är placerad på 8 våningen vid havet har de flesta patientrummen havsutsikt, 5 av rummen har utsikt över staden.

Avdelningen har 7 personal kanslier, ett stort mötesrum, 2 personal WC, 1 kafferum, 1 liten dagsal, en stor dagsal, matsal, kök, 2 medicinrum, ett ångesthanterings utrymme (lugna rummet), ett rökutrymme. Till vår enhet hör också en gemensam säkerhetsmodul på våning 7 som delas med alla övriga vuxenavdelningar inom psykiatrin. Vi har också en gemensam uteterass på våning 7.

På vån 7 finns också våra gemensamma rekryteringsutrymmen och utrustning och utrymme för motion, vi har även tillgång till ett gym för patienterna på våning H00.

Patienterna har tillgång till bastu och simning 3 gånger i veckan i sjukhusets fysioterapienhet i F huset.

Vi har utarbetat en säkerhetssida där enhetens säkerhetsplan, handlingskort och utredning av utrymningssäkerheten finns nedtecknad, den finns i Laatuportti men även som utprintad i avdelningens kafferum i vår gula beredskapsmapp.

Vi använder Iloq nycklar för att kunna passera in och ut på enheten då enheten är sluten, dessa in-och utloggningar registreras och gör det möjligt att se vem som passerat olika dörrar.

Avdelningens skötsel sköts av sjukhuset fastighetsservice, där ingår allt från vatten, el, reparationer osv.

Städning sköts av inköpt tjänst av TeeSe Botnia, avfallshanteringen sköts enligt ÖVPH:s avfallshanteringsplan som finns på vårt intranät (avfallshantering). Hantering av problemavfall finns det skilda anvisningar om på intranätet som t.ex medicinavfall, blodavfall, bioavfall, smittfarligt avfall osv.

3.9 Medicintekniska produkter, informationssystem och användning av teknik

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

Fimea övervakar att medicintekniska produkter motsvarar kraven och aktörerna i branschen i Finland. Övervakningen av att produkterna motsvarar kraven gäller medicintekniska produkter som släppts ut på marknaden och deras yrkesmässiga användning och underhåll. Om tillbud som social- och hälsovårdens medicintekniska produkter förorsakar och som har lett till eller kunde ha lett till äventyrande av klients, användares eller annan persons hälsa ska alltid avläggas

en anmälan om tillbud till Fimea (Fimea: Bestämmelse och anvisning 16.05.2023, Dnr FIMEA/2021/007734).

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

Chef för sjukhusteknik, telefonnummer 044 323 1181

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

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

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

Medicintekniska produkter

ENHETSBESKRIVNING

Vi följer lagen i dessa frågor. Se infotext ovan. Vi har direktiv angående den medicinska utrustning som vi har när den skall kalibreras och hur lång livslängd ett instrument har. Vi använder inte så mycket medicinteknisk utrustning på avdelningen.

Alla maskiner och utrustning som används på enheten, personalen ska uppvisa att de kan hantera med vissa års mellanrum sk. apparatpass.

Vi har ett register där all apparatur/utrustning är införd. Vi har ett felanmälningssystem Medusa dit vi kan begära om reparationer. Vi följer upp servicen skriftligt. Avvikelser rapporteras via Haipro och åtgärdas.

Medicinsk utrustning

På akutpsykiatriska avdelningen säkerställs personalens kunnande i användningen av apparaterna genom att man ordnar introduktion i alla nya apparater som tas i bruk, samt säkerställer att kunnandet i användningen bibehålls. Syftet är att säkerställa både patienternas och personalens säkerhet vid användning av utrustningen. Det är arbetstagaren själv som ansvarar för att upprätthålla sitt kunnande. Uppföljning av apparatkunnandet sker med hjälp av

ett elektroniskt apparatpass, som finns i Laatuportti. Kompetensen säkerställs för varje apparat med vissa intervaller. Alla medicintekniska produkter registreras i Medusan-maskinregistret för att säkerställa säker utrustning och en fungerande serviceprocess.

Avdelningens apparatansvariga bistår förmännen i arbetet för att främja apparatsäkerheten samt i introduktionen av apparater. De enhetsansvariga bistår också förmännen med den årliga inventeringen av utrustningen och avvecklingen av den uttjänta utrustningen. Man försöker identifiera faror eller risker i anslutning till användningen av apparaterna redan på förhand genom att bland annat leverera apparaterna för underhåll och kalibrering årligen. Detta bidrar till utrustningens säkerhet.

Tillbud som har lett till eller kan ha lett till att patientens, användarens eller någon annans hälsa har äventyrats ska alltid anmälas till Fimea (lagen om medicintekniska produkter, 35 §).

Händelseanmälan till Fimea ska göras utan dröjsmål och kan göras direkt elektroniskt samtidigt som HaiPro-anmälan. När ett tillbud rapporteras direkt via HaiPro lagras även informationen om tillbudet elektroniskt i systemet. Anmälan kan göras av användaren själv eller till exempel av den enhetsansvarige.

Enhetsansvariga sköter den årliga kalibreringen av enheterna. På apparaterna finns en datumdekal, då nästa årskalibrering skall göras. Söndrig utrustning förs till enheten Sjukhusteknik.

Akutpsykiatriska avdelningen lånar inte ut apparater till patienter i hemmet. Vid behov kan olika typer av utrustning lånas från andra avdelningar.

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

Ansvariga för medicinsk utrustning: Avdelningsskötare Gunilla Richardsson och biträdande avdelningsskötare Elisabeth Krooks 06-2132170

Informationssystem och informationssäkerhet

ENHETSBESKRIVNING

Informationssäkerhet är en del av den allmänna inskolningen. Vikarier, studerande och samarbetspartner informeras om informationssäkerhet och de regler och rekommendationer som gäller för dem. Personalen utbildas i informationssäkerhet genom olika informationskanaler samt genom att ordna utbildningar. Vi introducerar personalen att använda informationssystem samt kameraövervakningsutrustning, båda finns i apparatpasset.

Varje anställd förbinder sig att använda data och informationssystem på ett informationssäkert sätt och i enlighet med anvisningarna genom att underteckna ett åtagande om detta. Personalen har genomgått Dataskyddets ABC-webbutbildning. Personalen består av yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården, vars utbildning omfattar studier i dataskydd.

Användande av teknologi

ENHETSBESKRIVNING

Man skriver ut patienternas läkemedelslistor dagligen på eftermiddagen. Om man känner till en lång servicefördröjning kan rapporten skrivas ut i förväg för en viss tid och övergå till papper. Rapporter ger också alltid vårdare från föregående skift, kväll->morgon, natt->morgon, morgon->kväll. Man informerar patienterna om kameraövervakningen på avdelningen.

Kameraövervakning, larm, stängda dörrar, branddörrar, larm (knappar, Myco och DECT telefoner, virve telefoner), larmskärmar i korridorerna. Kamerautrustning finns i avdelningens offentliga utrymmen i korridorerna, på tobaksbalkongerna, i lugnarummet samt i 5 av avdelningens patientrum. På våning 7 där avdelningen har en gemensam säkerhetsmodul med övriga vuxen avdelningar finns kamera övervakning i de två patientrummen på säkerhetscellssidan, samt i isoleringsrummen och i toaletterna i isoleringsrummen. Toaletternas kameror är mörkare, så

man kan inte se några detaljer genom dem. Utanför avdelningen finns flera kameror i foajén på åttonde våningen samt i korridorerna och uteterassen. Kameraövervakningen är motiverad på grund av patientövervakningen. I kamerorna kan man till exempel se sammandrabbningar mellan patienter som vårdarna kanske inte annars kan se. I isoleringsrum är användningen motiverad både för vårdarnas och patienternas säkerhet, man vet hela tiden var patienten befinner sig och vad man gör utan att behöva gå in i isoleringsrummet. I säkerhetscellens rum är det också möjligt att hålla dörrarna låsta på avdelningssidan, vilket gör det möjligt att göra dem till ett lättare isoleringsrum, varvid kameraövervakningen igen är motiverad av säkerhetsskäl. Kameraövervakning i patientrummen på avdelning används endast på läkarrekommendation om t.ex patienten har stor fallrisk eller har självskadebeteende. Larmutrustningen testas en gång i månaden av larmansvariga.

Namn på och kontaktuppgifter till person som ansvarar för person-/klient-/patientsäkerhetsutrustningars och/eller trygghetstelefoners
Närvårdare Herbert Rågård och Ulla Mäkelä, 06-2132170

3.10 Läkemedelsbehandling

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

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

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

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

ENHETSBESKRIVNING

Läkemedelsbehandling och handledning i läkemedelsbehandling verkställs på enheten genom LOVE och handledning och introduktion av ny personal. Vart 5:e år skall LOV:e förnyas och detta kontrolleras via vår Laatuportti
Senaste uppdateringen av läkemedelsplanen gjordes 3.1.2023. Hela personalen har läst igenom

läkemedelsbehandlingsplanen och kvitterar att de läst planen.

Vi säkerställer att läkemedelsbehandlingen sker enligt planen. I läkemedelsbehandlingen ingår avdelningsskötare, biträdande avd.skötare, sjukskötare, mentalvårdare och närvårdare . Personal i morgontur är 7 vårdare, i kvällstur 6 och i nattur 3 vårdare. På veckosluten är personalstyrkan 5/5/3.

Avdelningsläkaren och överläkaren är tillgängliga på vardagar från 8-16.

Psykiatriska jourläkaren dejourerar hemifrån mellan 16-08 på kvällar, nätter och helger. Läkaren kan kontaktas per telefon och denne bör anlända till platsen inom en timme. Om dejourerande läkare inte är psykiater, finns också en bakjour. I varje arbetstur bör det finnas en ansvarig sjukskötare, om det inte finns kan en sjukskötare på annan avdelning vara i beredskap. På nattsiftet måste det finnas en vårdare med läkemedelslov, som har lov att ge i.m.-injektioner.

Namn på läkare som ansvarar för läkemedelsbehandlingshelheten i enheten och kontaktuppgifter

Detta namn ändras kontinuerligt beroende vem vi har som avdelningsläkare, men vår ledande överläkare Mirja Remes 0405433921 har det övergripande helhetsansvaret för läkemedelsbehandlingshelheten

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

Cecilia Storgård Sjukskötare 0407592170
 Pernilla Pått Sjukskötare 0407592170
 Hannah Södergran Sjukskötare 0407592170
 Ingrid Kronholm Sjukskötare 0407592170

3.11 Näring

ENHETSBESKRIVNING

TeeSe Botnia producerar högklassiga mattjänster till Vasa Centralsjukhus. I varje kundgrupp följer de näringsrekommendationer som har utfärdats av statens näringsdelegation.

Matlistorna finns tillgängliga för patienterna på avdelningens anslagstavlor, patienternas dieter tas i beaktande vid beställning av maten från centralköket som upprätthålls av TeeSe Botnia.

Maten till patienterna kommer på enskilda brickor där patientens dieter och portionsstorlekar har tagits i beaktande, vi använder matprogrammet Aromi vid beställning av maten.

Vid matsituationerna finns alltid en vårdare med som kontrollerar patienternas ev. dieter när de får sin mat.

Vi har matsal för patienterna på avdelningen dit all kommer och äter, våra mattider är enligt följande: Frukost kl 8.00, Lunch kl 11.00, Kaffe kl 13, Middag 15.30, kvällsbit kl 19.00 och nattbit kl 21.00

Eftersom vi köper mattjänsterna av TeeSe Botnia, säkerhetsställer vi att maten är av god kvalitet och att patienterna får tillräcklig vätska och näring. Dessutom köper vi städtjänsternas förverkligande av TeeSe Botnias rengöringstjänster. Våra anstaltsvårdare beställer tilläggs mat och sköter att maten serveras på ett förstklassigt rent och hygieniskt sätt.

Finns möjlighet att beställa olika storlekar på måltiderna för att ge patienterna möjlighet att få den mängd mat som de behöver beroende på storlek och hälsotillstånd hos patienten.

Vid behov har vi kontinuerlig viktkontroll om patienten har en ätstörningsproblematik, det finns alltid en vårdare på plats vid mattillfällena för att säkerhetsställa en trygg omgivning och en trygg möjlighet att inta sin mat.

Eftersom vi också serverar nattbit kl 21.00, garanterar vi även den äldre patientens nattfasta på 11 timmar, vår nattfasta är max 11 timmar.

3.12 Hygien, förebyggande och bekämpning av infektioner

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

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

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

Enheten ska ha egen namngiven hygienansvarig. Hygienansvarigas roll i arbetsenheterna och deras uppgiftsbeskrivning finns i intra och för privata tjänstproducenter i Sharepoint.

Mer information om hygienpraxis och bekämpning av infektioner:

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

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

Österbottens välfärdsområdets intrasidor: Hygien och bekämpning av infektioner

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

ENHETSBESKRIVNING

Den kunniga personalen på TeeSe Botnias rengöringstjänster ser till att våra utrymmen hålls rena. De förstår våra patients behov och så har de mycket god kunskap i avdelningens behov när det kommer till renlighet. Vi har en plan på hur städningen sker per vecka vilket anstaltsvårdarna är ansvariga för. Kanslier städas mer sällan men minst en gång per vecka beroende på användningen av utrymmet, medan patientrummet städas varannan dag och kontrollstädas varannan dag. Men om det uppstår behov städas det oftare Allmänna utrymmena städas varje dag. Alla i TeeSe Botnia har ett giltigt hygienpass. även en stor del av vårdpersonalen på enheten har hygienpass. För att säkerhetsställa kontinuiteten har avdelningspersonal en öppen kommunikation med de anstaltsvårdare som arbetar på avdelningen på daglig basis. Avdelningsskötare har även möten med TeeSe Botnias rengöringsservices ledning 4 gånger i året för att diskutera ev. förändringar eller problem. Alla medicintekniska produkter och vård- och hjälpmedel rengörs efter klient-/patientanvändning, detta görs av TeeSe Botnias personal eller av enhetens egen personal v.b Det finns information på avdelningen om vikten av handhygien åt både personal och patienter. Det finns tillräckligt med tvättmöjligheter på avdelningen. Vi har kontinuerligt stöd av infektionsskötarna om vi behöver uppdatering i aseptik och handtvätt. Via dessa har vi också möjlighet att få instruktioner om hygienpraxis som motsvarar klienternas/patienternas behov, anvisningar och vård- och tjänsteplaner Vi har ett flertal handsprit poster på enheten, finns också möjlighet att beställa små spriflaskor som personal kan ha i sin arbetsdräkts ficka.

Mat aseptiken hålls genom att vi får all patienters mat på bricka som inte kontamineras med andra personers mat.

På vår intranät sida finns direktiv på hygien och förebyggande av infektioner som upprätthålls av sjukhusets hygienskötare. Vi har också två hygienansvariga på enheten som har samarbetet med hygienskötarna. Vi försöker att 1 gång per år ha en allmän information av hygienskötarna på enheten och de kallas också in v.b

Tvätt tjänsterna av textilier köps av vårt dotterbolag Provina i seinäjoki, därifrån beställer vi också alla textilier vi använder på enheten. Våra avdelningstextilier bevaras i vårt linneförråd dit endast personal har tillträde

Vi har en egen tvättmaskin på avdelningen för patienterna som de kan använda vb om de behöver tvätta sina privata kläder vilket vi uppmuntrar våra patienter att använda på enheten

Namn på och kontaktuppgifter till hygienansvarig

Susanna Mäki Sjukskötare

Hanna Parkkamäki Mentalvårdare

Sandra Saarela Sjukskötare

3.13 Hälsa- och sjukvård

ENHETSBESKRIVNING

Eftersom vi är en psykiatrisk specialsjukvårdsavdelning kan vi ordna hälso- och sjukvård på avdelningen vid behov, men saker som patienten har problem med som ej är brådskande ber vi patienterna att sköta via öppen vården efter utskrivning eller vb under avdelningsvården.

Avdelningen har både läkar- och sjukskötar tjänster.

Munhälsovården bör patienterna sköta i öppenvården, om patienten har behov av akut munhälsovård under vårdperioden sköts det genom att hjälpa patienten att beställa en akutvårdstid från öppenvården (allmän eller privat). Om patienten har tvångsvårdsbeslut, följer en vårdare med på besöket.

Om patienter som kommer in för psykiatrisk vård även har någon annan långtidssjukdom, kollar vi upp var patienten får vården och om hen har någon bokad tid. Vi gör vanliga uppföljningar och kontrollerar vården t.ex diabetes.

Vi har förstahjälpansvariga på avdelningen som kontrollerar att hela personalen varje år får uppdatering i sina första hjälp kunskaper och återupplivning. ÖVPH erbjuder också skolning varje år i dessa ämnes områden, avdelningens första hjälpen ansvariga går alltid på dessa kurser för att hålla sig a`jour med det senaste inom första hjälpen och återupplivning.

Vi vårdar inte patienter i livets slutskede, patienterna blir flyttade till mer ändamålsenlig vårdplats innan patienter kommer till det skedet.

Vi har skriftliga- och bildföreskrifter hur man handlar vid dödsfall, där finns olika situationer upptagna och hur man skall agera.

3.14 Främjande av välbefinnande, rehabilitering och utveckling

ENHETSBESKRIVNING

Det är viktigt att under den här punkten ta i beaktande att vi är en akutpsykiatrisk avdelning där vårdtiden i genomsnitt är 14 dagar med vissa undantag, så blir uppföljningar och förverkligande av främjandet patienters fysiska-, psykiska-, kognitiva-, och sociala funktionsförmåga samt välbefinnande på en mycket kortvarig basis.

Varje patient är delaktig i sin egen vård och har en vårdplan där man i mån av möjlighet tar i beaktande den fysiska-, psykiska-, kognitiva- och sociala funktionsförmåga, samt välbefinnande och delaktighet i tjänsten. Delaktigheten i tjänsten kan vara begränsad pga patientens psykiska

mående och förmåga att förstå behovet av sin vård.

Vi uppmuntrar patienterna att gå på dagliga promenader antingen på egen hand eller tillsammans med vårdare beroende på patientens behov av vård. Vi har väldigt fina promenad områden i anknytning till sjukhuset, havsnära strandpromenaden, Vasa stads fårhage på sommaren är ett uppskattat promenadstråk. Vi erbjuder gym, simning i sjukhuskomplexet H00 och F0 som komplement till utevistelsen. Patienterna har möjlighet till rekreation på avdelningen med pussel, spel och konstnärsmaterial. Detta hjälper också upp den socialförmågan då man spelar och pusslar tillsammans eller diskuterar om en teckning man gjort. Tränade av den socialförmågan blir en naturlig faktor att jobba med pga att man också automatiskt involveras i sociala interaktioner då patienterna äter i en gemensam matsal, ser på tv i en gemensam dagsal, har samtal med sin egenvårdare eller kontaktvårdare, läkarsamtal.

Om det med tanke på patientens psykiska mående är möjligt att sköta sina ev. skoluppgifter från avdelningen eller om patienten har något arbetsmöte som bör skötas uppmuntras patienten till detta. Men man tar alltid patientens psykiska mående i beaktande vid dessa situationer. Vi kollar alltid upp när patienten blir intagen om hen behöver sjukintyg så att skola eller arbetsgivare snabbt får vetskap om ev. sjukskrivning.

Vi möjliggör kontakten med familj, anhöriga och vänner genom att ha besökstid på avdelningen mellan 14-19 varje dag, det går att göra undantag på dessa tider vid behov, om t.ex anhöriga bor långt ifrån eller inte har möjlighet att komma på dessa tider. Endast vid undantag tillåter vi besök efter 19.

Vi försöker i de flesta fall om patienten tillåter att hålla familjesamtal (närstående) för att få en helhetsbild av patientens levnadsmiljö utanför sjukhuset ev utmaningar och vilket stöd patienten har. Vi uppmuntrar patienten att före utskrivning ha en kortare permission för att se om de fungerar även i den normala miljön att sova, äta och ha en psykisk balans.

På sommaren har vi möjlighet att vistas på stödföreningens sommarstuga i Gerby vi försöker att fara dit 2 gånger per månad under sommarperioden, där kan vi erbjuda bastu, havssimning, korvgrillning och gemenskap. Detta uppskattas av de patienter som just då är inne för vård på avdelningen. Nu när psykiatrin har flyttat till Sandviken öppnar det också möjlighet för patienterna med frigång att de kan använda stadens simhall och gym på ett mer lätt tillgängligt sätt. Vi har också en golfbana direkt utanför H huset som kan användas (egen bekostnad). Närheten till Sandviksplan och fotbolls-och hockeyarenorna samt bobollsplan ger också möjlighet för patienterna att gå och se på matcher om de är intresserade.

3.15 Behandling av klient- och patientuppgifter och dataskydd

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

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

Alla välfärdsområdets arbetstagare, studerande och övriga personer som behandlar sekretessbelagda uppgifter i organisationen undertecknar sekretessförbindelse om användning

av uppgifter och informationssystem. Tystnadsplikten gäller arbetstagare under och efter anställnings- eller uppdragsförhållandet. Av arbetstagarna förutsätts vidare att de slutför dataskydds- och informationssäkerhetsutbildning. Länk till utbildningen och sekretessförbindelsen finns i Intra (Dataskydd och informationssäkerhet). Plan för informationssäkerhet som upprättats för intern användning i Österbottens välfärdsområde finns i välfärdsområdets intra.

ENHETSBESKRIVNING

Avdelningen samlar personuppgifter i register efter uppgifternas användningssyfte. Klient- och patientuppgifter samlas in för att personalen ska kunna fullgöra sin lagstadgade skyldighet, dvs. ordna psykiatrisk vård- och socialvård.

Avdelningsskötaren ser till att nya arbetstagare sätts in i informationssäkerhets- och dataskyddsanvisningarna samt i den specialkompetens som arbetstagaren behöver i sin arbetsuppgift. Studerande ansvariga gör samma introduktion åt studerande.

Arbetstagaren förbinder sig att följa de anvisningar som getts. För ny anställda ingår DigitalABC-träning i introduktionspaketet. Övrig personal uppdaterar sin digitala ABC träning var 5:e år. Det är på avdelningsskötarens ansvar att se till att arbetstagaren känner till anvisningarna i samband med registreringen. I klientdatasystemen finns aktuella och tekniska manualer för innehåll och registrering av klientuppgifter. I samband med introduktionen går man igenom alla anvisningar för behandling och registrering av personuppgifter samt var dessa anvisningar finns. I avdelningens egenkontrollplan finns anteckning var avdelnings introduktionsmaterial finns och vad man avtalat om för introduktionen.

Avdelningsskötaren övervakar enhetens verksamhet och behandlingen av personuppgifter samt ansvarar för att behandlingen är i överensstämmelse med ÖVPH:s anvisningar och att de uppgifter som registreras är korrekta och tillräckligt omfattande med tanke på ändamålet. Logguppgifter i kunddatasystem kan vid behov användas för att reda ut om behandlingen av personuppgifter är ändamålsenlig.

Avdelningsskötaren ansvarar för att upprätthålla personalens kompetens i informationssäkerhet, dataskydd, system och registrering. Personalen erbjuds kurser i dataskydd och informationssäkerhet. Praxis för att garantera kompetens antecknas i planen för egenkontroll. Alla arbetstagare är skyldiga att behandla uppgifter korrekt och följa sekretessbestämmelserna. Arbetstagarna har också skyldighet att omedelbart meddela personuppgiftsincidenter till avdelningsskötare och den person som ansvarar för dataskydd i organisationen.

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

På avdelningen ansvarar avdelningsskötaren Gunilla Richardsson 0404875373

Kontaktuppgifter till Österbottens välfärdsområdets dataskyddsombud och leveransadresser för loggdataförfrågningar

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

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

Dataskyddsombud: Tuija Viitala

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

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

Vasa Dataskyddsbud: Anne Korpi
Telefonnummer: 040 183 2211, e-post: dataskyddsbud@ovph.fi

4. EGENKONTROLLENS RISKHANTERING

4.1 Ansvar för riskhantering, identifiering och bedömning av risker

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

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

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

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

ENHETSBESKRIVNING

Klient- och patientsäkerheten främjas och korrigeras på avdelnings nivå genom; exempelvis kompetens i läkemedelsvård, bekämpning av infektioner i samband med vård, isolering av patient och begränsning av rörelsefriheten, dokumentation av vård, köpta tjänster och stödtjänster, regionalt samarbete och den fysiska omgivningen. Klient- och patientsäkerheten säkerställs i det vardagliga arbetet och därför identifieras utvecklingsbehoven och riskerna som en del av verksamheten.

Vid identifieringen av risker och missförhållanden eftersträvas en proaktiv identifiering och observation för att nödvändiga åtgärder kan vidtas innan något oönskat sker.

Riskhantering inom klient- och patientsäkerhet är exempelvis arbetsenhetens processer, enhetlig och god praxis (såsom kontrollista för utskrivningar; kontrollista för arbetstagare), anteckningspraxis, identifiering av klienten/patienten samt metoder (t.ex. ISBAR) för att säkerställa informationen. I avdelningens plan för egenkontroll beskrivs de processer, praxis och metoder som används.

Arbetstagare rapporterar missförhållanden, tillbud eller hot till sin avdelningsskötare via de

system som vi använder HaiPro, (där också arbetar och dataskyddet ingår förutom klient och patientsäkerheten).

För att säkerhetsställa och möjliggöra en bra säkerhetskultur så är vi öppna med behandlingen av tillbud, uppdagade missförhållanden och nära förestående händelser, vi registrerar dem, analyserar dem, och beskriver och vidtar nödvändiga åtgärder och rapporterar dem.

Arbetstagarna är skyldiga att identifiera missförhållanden i det dagliga arbetet, reagera på dem och att delge avdelningsskötare informationen.

Då vi behandlar tillbud och missförhållanden har vi öppna och konstruktiva samtal med arbetstagarna, kunden och vid behov med anhöriga och närstående. Eftersom ett öppet och konstruktivt samtalsklimat bidrar till en god säkerhetskultur på avdelningen.

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

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

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

- Österbottens välfärdsområdesstrategi
- Förvaltnings- och verksamhetsstadgan
- Programmet för egenkontroll
- Hur mår Österbotten
- Handbok för egenkontroll och kvalitetshantering
- Handbok för riskhantering
- Allmänna delen i välfärdsområdets beredskapsplan, beredskapsplanerna för verksamhets- och resultatområden och resultatenheter handlingskort för störningar
- Enhetens säkerhetssida som innehåller säkerhetsplan, utredning om utrymningssäkerhet (24/7 enheterna) och handlingskort, säkerhetsinstruktioner
- Informationssäkerhetsplan
- Tillsynsplan
- Delaktighetsplan
- Anvisningar om personalens anmälningsskyldighet
- Välfärdsområdets plan för läkemedelsbehandling, planer för läkemedelsbehandling för enskilda verksamhets- och arbetsenheter
- LOVE-handbok
- Etiska riktlinjer
- Verksamhetsprogram för arbetarskyddet
- Personal- och utbildningsplan
- Introduktionsprogram (delarna 1–3)
- Anvisningar om apparatsäkerhet
- Anvisningar om hygien och förebyggande av infektioner
- Anvisningar om begränsande åtgärder
- Anvisning om identifiering av klient

ENHETSBESKRIVNING

Alla i personalen får undervisning i vikten av Haipro och att också göra anmälningar på sånt som nära på har hänt för att vi skall kunna uppgöra planer på hur vi undviker att det faktiskt händer i framtiden. Uppmanas till att förstå vikten av rapportering, vi har den policyn att den person som varit delaktig i att händelsen uppstått själv gör en Haipro på sin egen aktivitet för att få en klar bild på det inträffade.

När något nästan hänt eller hänt följer vi upp det på avdelningen med kontroller och diskussioner på avdelningsmöten som hålls en gång per månad och vid kvartalsmötena på avdelningen, vb tas diskussionerna oftare. Genom samtal mellan personal och avdelningsskötare går vi igenom olika risker som finns på avdelningen för att göra oss medvetna om att det finns risker som vi kan förhindra innan de uppstår.

Alla händelser som orsakat allvarlig olägenhet för patienten överförs till en högre nivå. Ärenden som man vill att ska behandlas mer omfattande än på avdelningen eller som har ett betydande informationsvärde till exempel på enhetsnivå kan flyttas till en högre nivå. När handläggaren på en högre nivå har fått anmälan bedömer hen vilket som är rätt forum för behandling av den flyttade anmälan och om den exempelvis behöver behandlas vid något annat forum. Att behandla anmälningar och missförhållanden och tillbud är en del av ledarskapet.

Avdelningsskötare är medveten om avvikelser och missförhållanden på avdelningen och tar tag i sådana. Utgående från avdelningsskötarens bedömning förs ett ärende till nästa organisationsnivå för behandling men ett ärende kan även föras vidare av någon av de personer i ledande ställning som får en Haipro till tillkännagivande.

Om det kommer en begäran från övervakande myndighet så klargör vi vad som hänt genom att kontroller om det finns någon Haipro över händelsen där det framkommer den person eller personers syn på händelsen. Sen skriver avdelningsskötare en sammanfattning över händelsen och undertecknar sin syn på händelsen och skickar den vidare till vår ledande överläkare för fortsatt bearbetning av händelsen.

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

Risk	Vilka metoder används för att hantera dem
Läkemedelshanteringen	Dubbelkontroll vid medicindelning och utdelning
Suicidrisk, självskadebeteende	Kontroll av patienten vid ankomst (varje ankomst). Borttagande av t.ex duschslang vb om patienten är suicidal, inga plåt-och glasburkar på avdelningen. Alla saxar och vassa föremål i låst patientlåda som öppnas om patienten behöver något under övervakning
Fallrisk.	Fallövervakningskameror i fem rum.
Aggression.	Virve, personalarm, Mapa skolning
Rymningsrisker	Frigångsbegränsningar

Risk	Vilka metoder används för att hantera dem
Brandrisk.	Säkerhetsplanen, inga tändstickor/tändare tillåtna på avdelningen
Elavbrott	Ficklampor finns till förfogande, eget el back up system som går igång vid elavbrott
Datarisker	Alla har egna inloggninguppgifter och loggar ut från datorerna efter användning, tystnadsplikten
Data och -el avbrott	Utprintning av läkemedelslistor varje dag

4.2.1 Tjänsteproducentens och personalens anmälningsskyldighet

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

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

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

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

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

Elektroniska anmälningssystem som personalen har tillgång till är:

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

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

I övriga lagar stiftade anmälningsskyldigheter som gäller personalen.

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

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

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

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

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

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

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

Om farliga situationer som skett inom social- och hälsovårdsbranschen och som är förknippade med medicintekniska produkter och som har lett eller kunde ha lett till att patients, användares eller annan persons hälsa äventyrats ska alltid skrivas en rapport om tillbud till Fimea (lag om medicintekniska produkter, 35 §). Tillbudsanmälan till Fimea ska göras utan dröjsmål och den kan göras direkt elektroniskt samtidigt med HaiPro-anmälan. När du anmäler ett tillbud direkt

genom HaiPro sparas uppgifterna om tillbudet i det elektroniska systemet. Anvisningar om hur du gör anmälan i HaiPro-systemet finns i välfärdsområdets intra (produktsäkerhet).

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

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

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

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

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

I Österbottens välfärdsområde finns en intern etisk kanal för anmälning av oegentligheter och olämplig verksamhet i organisationen. Anvisningarna om hur du gör anmälan och länk till anmälningskanalen finns i välfärdsområdets intra (etisk anmälningskanal).

ENHETSBEKRIJVNING

Vi använder HaiPro för att anmäla tillbud och incidenter som gäller avdelningen om det händer patienterna något under vården där ingår även arbetarskyddet och data skyddet.

Vid introduktion och nyanställning går vi igenom vikten av att vi är anmälningskyldiga och vilka rättigheter och skyldigheter vi har. Eftersom personalen är medveten om dessa skyldigheter och rättigheter blir det en naturlig del av vårt arbete när vi använder detta.

Vi har direktiv för t.ex om en patient mår illa i sitt hem, hur man gör en anmälan till social skyddet, om patient med minderåriga barn kommer till avdelningen görs alltid en orosanmälan.

4.2.2 Anmälningskanaler för klient/patient och extern tjänsteproducent

Klients, patients eller anhörigs anmälan om negativ händelse

Om fel, missförhållande eller tillbud skett i klients/patients eller anhörigs vård eller tjänst kan klienten/patienten göra anmälan om tillbud på elektronisk blankett på Österbottens välfärdsområdets webbsidor. Anmälningsblanketten finns på välfärdsområdets webbsidor: <https://osterbottensvalfard.fi/sa-har-fungerar-vi/ge-respons/>

Extern tjänsteproducents/samarbetspartners anmälan om farlig händelse eller missförhållande

Österbottens välfärdsområdets samarbetspartners kan lämna extern tjänsteproducents/samarbetspartners anmälan om allvarlig händelse, missförhållande eller tillbud i välfärdsområdets verksamhet via en webblankett. Anmälningarna styrs till klient- och patientsäkerhetskoordinatorerna samt till kvalitetsdirektören varefter anmälingen behandlas tillsammans med ansvariga personer. Vid behov deltar även övervakningen i utredandet av den farliga händelsen eller missförhållandet.

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

Privat tjänsteproducents egenkontrollanmälan

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

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

ENHETSBESKRIVNING

För kvalitetsavvikelser, missförhållanden och tillbud samt för incidenter fastställs på enheten korrigerande åtgärder genom vilka man förhindrar att situationen upprepas i framtiden. Sådana åtgärder är bland annat utredande av de yttersta orsakerna till händelserna och utgående från dessa ändras tillvägagångssätten så att de blir säkrare.

Utredningen av interna allvarliga incidenter görs i situationer när det finns något att utveckla i processen. Beslutet om att inleda utredningen fattas av resursledningen.

Läs mer om bland annat utredningen av allvarliga incidenter, omedelbara korrigerande åtgärder, analys av händelser och att dra lärdom av händelser i SHM:s publikation Vakavien vaaratapahtumien tutkinta. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille (Utredning av allvarliga incidenter: Guide för social- och hälsovårdsorganisationer, SHM:s publikationer 2023:31) Där står det hur man går tillväga om det är en allvarlig incidens, ÖVPH går enligt denna publikation vid utredning av allvarliga incidenter.

Vi försöker i mån av möjlighet att informera personalen, klienterna/patienterna, anhöriga/närstående, medarbetare och samarbetspartner om utvecklingsåtgärder och överenskomna förbättringar i arbetet samt andra korrigerande åtgärder om sådana sker via möten för berörda parter, eller information direkt till berörda parter via brev, telefonkontakt eller Teams möte. Vi gör också korrigeringar i egenplanen om förbättringen påverkar egenplanens utformning. För att inte kulturen på avdelningen skall bli skuld beläggande och för att ge stöd i processen vid eventuella utrednings- och undersökningssituationer har vi samarbete med personalhälsovården Debriefing som räknas som psykisk eftervård, där ett möte som behandlar en uppskakande händelse hålls 1–3 dygn efter händelsen. Syftet är att förebygga efterreaktioner som händelsen kan orsaka, såsom posttraumatiska stressreaktioner. Dess syfte är också att förstärka grupprelationer, normalisera reaktionerna efter händelsen och ge personerna möjlighet att få ordning på sitt inre kaos.

Utvecklingsplan för egenkontroll

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

4.3 Köptjänster och underleverans

Välfärdsområdena ska på grundval av sitt organiseringsansvar fortlöpande styra och övervaka de privata tjänsteproducenterna och deras underleverantörer när tjänster produceras (tillsynslag 741/2023, 24 §, lag om välfärdsområden 611/2021, 10 §). Som ordnare och beställare av tjänst säkerställer Österbottens välfärdsområde i konkurrensutsättningskedet innehållet i, kvaliteten på samt klient- och patientsäkerheten i tjänster som produceras som underleverans/köptjänst eller i servicesedelproducenternas godkännandeprocess eller i tjänster som skaffas som direktupphandling när avtal ingås. Beställaren svarar för att kontrollera att tjänsteproducenten uppfyller kraven enligt beställaransvarslagen samt uppfyller kraven på innehåll, kvalitet och klientsäkerhet.

Tjänsteinnehavare som ansvarar för avtalet följer och övervakar att tjänsteproducenten följer avtalet och uppfyller sitt tjänstelöfte och att man utan dröjsmål reagerar på respons som erhållits av klienterna och personalen på det sätt som responsen kräver. Även förfaranden för att säkerställa säkerhetskunnandet och uppföljningen av verkställandet är en del av den

egenkontroll beställaren genomför. Anvisningar om avtalshantering, upphandlingar och reklamationer finns i välfärdsområdets intra.

ENHETSBESKRIVNING

Välfärdsområdet kan upphandla social- och hälsovårdstjänster av privata serviceproducenter med beaktande av principerna för avtalsstyrning (klient- och patientsäkerhetsperspektiv). Frågor som måste uppmärksammas är bland annat:

- En tjänst som upphandlas som en köpt tjänst ska motsvara avtalet. Tjänstebeskrivningarna (kriterierna) ska ingå redan i offertbegäran.
- Samarbetet och informationsutbytet måste vara tätt i vardera riktningen,
- Avtal om köpta tjänster ska innehålla en regelbunden uppföljnings- och rapporteringsskyldighet som gäller arbetssäkerheten, arbetshälsan och tillräckliga personalresurser
- Strukturer för kvalitet och klient- och patientsäkerhet, roller och ansvar ska beaktas i avtalsstyrningen

All upphandling vid ÖVPH sker via vår inköps- och logistikcentral. En kontaktperson/ansvarig ska anges i Österbottens välfärdsområdes alla avtal. Verksamhetsområdesdirektören eller en av verksamhetsområdesdirektören förordnad person utser en kontakt-/ansvarsperson för avtalet. I välfärdsområdets avtal kan man utse olika kontaktpersoner för olika frågor/helheter, t.ex. juridiska frågor, priser eller servicebeskrivningar och innehåll. Vid behov kan man också utse en kontaktperson som ansvarar för avtalet i sin helhet. Kontaktpersonernas roller och uppgifter ska uppges klart och tydligt i avtalet (t.ex. i en separat bilaga). Kontakt-/ansvarspersonens eventuella jäv ska också tas i beaktande i avtalet. Österbottens välfärdsområdes enhet för allmän förvaltning stöder avtalshantering i organisationen under hela avtalsprocessen.

Avtalshantering övervakar även avtalskvaliteten och befogenheterna samt bekräftar att avtalshelheterna sparats på vederbörligt sätt i avtalshanteringssystemet. En sakkunnig kan delta i beredningen av avtalet eller i vilken åtgärd som helst som hänför sig till avtalets livscykel i egenskap av sakkunnig inom det egna området. En sakkunnig kan vara en substanssakkunnig inom ett område, en konkurrensutsättare av ett upphandlingsavtal eller en förvaltningschef eller jurist som ansvarar för avtalshantering. Den sakkunniga kan vid behov exempelvis assistera vid beredningen av avtalet, medverka i förhandlingar eller assistera vid uppgörandet av reklamationer. Detta säkerställer i princip att egenkontrollen och patientsäkerheten verkställs i köptjänst- och underleverantörssituationer.

Vid upphandlingar följs lagen om offentlig upphandling samt de upphandlingsdirektiv som fastställts av styrelsen för Österbottens välfärdsområde. Gemensamma upphandlingar kan göras inom ramen för samarbetet inom specialupptagningsområdet eller via Hansel Ab eller motsvarande samarbetsform. Österbottens välfärdsområdes inköps- och logistikenhet svarar för upphandlingar som görs med stöd av upphandlingslagen, och dessutom bör alltid vara i kontakt med inköps- och logistikenheten såvitt upphandlingsavtalet förvaltas av enheten eller om det är fråga om en upphandling som överskrider det nationella tröskelvärdet. Ett avtalsförhållande bedöms utgående från privaträttsliga bestämmelser, och ett ingått avtal binder alltid välfärdsområdet om avtalsparten varit i god tro. Österbottens välfärdsområdes avtal är alltid skriftliga, inga muntliga avtal ingås. Österbottens välfärdsområdes allmänna förvaltning, avtalshantering bekräftar att välfärdsområdets avtal undertecknas inom ramen för gällande befogenheter.

När dessa regler följs, innebär det att 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.

Patientsäkerheten är en gemensam angelägenhet i välfärdsområdet. 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 patient. Verkställandet av säkerhetspolicyn förutsätter att alla nivåer i välfärdsområdet 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.

I Österbottens välfärdsområde utgör uppföljningen och tillsynen av avtal en väsentlig del av avtalsprocessen, och avtalen tillses i samarbete med välfärdsområdets enhet för kvalitet och tillsyn. För att Österbottens välfärdsområdes intresse ska bli bemött under avtalets hela livscykel är det ytterst viktigt att verkställandet av avtalet uppföljs och tillses.

Österbottens välfärdsområdes reklamationsprocess finns beskriven på intranätet: Materialbanken/Reklamationer gällande anskaffningar. På intranätet finns också ett eget blankettunderlag som alltid ska användas när man gör reklamationer. I frågor som berör reklamationer kan man alltid be om hjälp av inköps- och logistikenheten (konkurrensutsatta upphandlingsavtal) eller avtalshanteringen. Reklamationen bör alltid göras via avtalets kontakt/ansvarsperson.

Avdelningens roll är att ge respons och feedback på kvaliteten på tjänsten som avdelningen får. Om det krävs styrning, reklamation, övervakningsåtgärder på den beställda varan eller tjänsten får vi hjälp från välfärdsområdets enhet för kvalitet och tillsyn och inköps- och logistikcentralen. Avdelningen gör en utförlig rapport och skickar den till ansvarspersonen för uppköpet som i sin tur själv eller med hjälp av välfärdsområdets enhet för kvalitet och tillsyn och inköps- och logistikcentralen och de sköter det vidare och kollar om bolaget uppfyllt de spex som givits i deras åtagande.

4.4 Beredskaps- och kontinuitetshantering

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

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

Genom beredskapsplanering och utgående från riksomfattande och regional riskbedömning samt från välfärdsområdets riskbedömning skapas en hanteringsmodell för störningssituationer genom vilken man säkerställer ledningssystemet och strategimodellen för att säkerställa kontinuiteten i tjänsterna. Välfärdsområdets beredskapsplan består av en allmän del,

beredskapsplaner för verksamhets- och resultatområden samt av tilläggsplaner som bland annat katastrofplan, pandemiplan, beredskapsplan för jodtabletter vid strålningsolyckor och nedfall samt evakueringsplan för flyttning av befolkning i en region. Resultatenheternas säkerhetsplaner och handlingskort för störningssituationer kompletterar planeringen av beredskapen.

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

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

ENHETSBESKRIVNING

ÖVPH har överenskomna och verkställt med vilka övriga myndigheter och aktörer vi samarbetar med som gäller ansvarar för säkerheten, dessa aktörer kan sen inte i sin tur överföra ansvaret på annan leverantör enligt avtalet.

Syftet med sjukhusbevakningen är att trygga sjukhuspersonalens integritet och att skydda sjukhusfastigheten. Sjukhusbevakningen innefattar även s.k. ordningsövervakning – och är ett sätt att upprätthålla säkerheten. I huvudsak baserar sig sjukhusväktarens arbete på framförhållning, men väktaren kan om så krävs ingripa i hotfulla situationer. Sjukhusväktarnas primära uppgift är att hantera personlarm. Dessa uppgifter går före alla andra uppgifter. Sjukhusväktarna har till uppgift att trygga vårdpersonalens arbete. De får inte delta i vårdarbetet. Sjukhusväktarens befogenheter

Sjukhusväktaren kan avlägsna en störande person från platsen eller vid behov gripa personen och överlämna personen till polisen. Sjukhusväktaren får gripa gärningsmän som anträffas på bar gärning eller på flyende fot samt ingripa i våldsamt och hotfullt beteende samt använda maktmedel och maktmedelsredskap i extrema situationer.

Oväntat bevakningsbehov

- i vålds- och hotsituationer – ring alltid sjukhusväktaren eller tryck på larmknappen.
- centralsjukhuset 5116 (06 213 5116)

Avdelningen har en egen säkerhetssida som finns på Laatuportti, och i beredskaps mappen på avdelningen i pappersformat. Säkerhetssidan innehåller enhetens säkerhetsplan, utredning om utrymningssäkerhet, räddningsplan för fastigheten, handlingskort och andra säkerhetsanvisningar som behövs på avdelningen. Uppgifterna på säkerhetssidan uppdateras alltid när ändringar sker i verksamheten/utrymmena. Alla i personalen har till uppgift att bekanta sig med beredskapsplanen både för avdelningen och sjukhuset som helhet. Detta bekräftar man med sin signatur att man tagit materialet tillgodo. Denna plan blev färdig september 2024 och uppdateras om det kommer förändringar, genomgås åtminstone 1 gång per år. Senaste uppdateringen är från 15.8 2024.

Avdelningens arbetstagare deltar minst vart 5:e år i en utbildningsdag om säkerhet. Alla i enheten deltar varje år i säkerhetspromenaden som avdelningsskötaren och kvalitets- och säkerhetspersoner ansvarar för. Avdelningens säkerhetsansvariga håller koll och uppdaterar deltagarlistorna över säkerhetspromenaderna och säkerhetsskolningarna som man skall delta i vart 5:e år, vi har beslutat att alla skall delta 2025 i säkerhetsskolningarna som ordnas på sjukhuset.

Avdelningen har ett litet förråd på mat som vb räcker ca 2-3 dagar, mest kalla produkter, om vi får vattenbrist plötsligt så har vi inget förråd på avdelningen men kan beställas från vår

näringsproducent (TeeSe Botnia) som flaskvatten. Vid planerad störning tappas vatten upp i förväg. Patientens hygien kan skötas med färdigt fuktiga, hygien tvättlappar som finns på avdelningen, vi har ingen direkt plan vart våra patienter skall evakueras om avdelningen inte kan användas, detta är under planering ännu. Men de patienter som är inne för frivillig vård får om möjligt fara på permission eller bli utskrivna om det psykiska måendet är i balans. Om vi inte har tillräckligt med personal så måste vi överväga att slå ihop två avdelningar för att få personalen att räcka till eller minska på patientantalet. Om det elektroniska systemet inte fungerar måste man ta till papper och penna och föra anteckningar via detta, emedan datafunktionerna inte fungerar och sedan föra in uppgifterna när systemet fungerar igen.

Namnet på personen som ansvarar för tjänstenhetens beredskaps- och kontinuitetsshantering och beredskaps- och kontinuitetsplan

Närvårdare Esa Peltomäki
 Biträdande avdelningsskötare Elisabeth Krooks
 Avdelningsskötare Gunilla Richardsson

5. UPPFÖLJNING AV EGENKONTROLL OCH RAPPORTERING

5.1 Uppföljning av kvalitet, riskhantering och rapportering

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

ENHETSBEKRIVNING

Vi använde SHQS kvalitetsprogrammet och Roidu för att följa upp kvaliteten på avdelningen och säkerheten med Haipro

Haipro och muntliga anmälningar kommer till avdelningsskötaren och biträdande avdelningsskötare på avdelningen som skall bearbeta anmälningen och göra en plan hur man går vidare. Vi har även ansvarspersoner som jobbar på ÖVPH:s klient-och patientsäkerhetscenter som får alla Haipro som skrivs inom ÖVPH till kännedom, även vår överskötare, avdelningsläkare och ledande överläkare får dem till kännedom. Dessa personer ser också när en anmälan är bearbetad och vilken plan som finns för verkställande av att händelsen diskuteras och hur man planerar att förhindra att det händer igen eller plan på förbättring av en situation som ev. kan uppstå om man inte gör en förbättring.

Vid förbättringsförslag följer avdelningsskötaren och biträdande avdelningsskötare, tillsammans med personalen, upp att man följer den nya rekommendationen.

På våra avdelningsmöten en gång i månad och mer vb. går vi igenom Haipro anmälningarna. Vi går också tillsammans med överskötaren igenom statistiken på Haipro i våra Q1-4 rapporteringar. Vi ser också igenom oftare vb. med överskötaren om det är problem som vi inte kan korrigeras endast på avdelningen.

Farliga händelser och incidenser rapporteras i Haipro, Vi är nu också med i det nationella programmet HoiVerKe för uppföljning av våldshändelser och nationell mätning. (HoiVerKe väkivaltatapahtumien seurantaan ja kansalliseen mittaamiseen) from. den 1.1.2025, där vi skall följa med våld på avdelningen som riktar sig mot personalen, patienten själv eller mot andra både verbalt, fysiskt och psykiskt. Personalen antecknar varje dag i sådana händelser som hänt på avdelningen som faller under denna uppföljning.

Avdelningsskötaren påminner kontinuerligt personalen om vikten att följa med riskhändelserna på avdelningen med Haipro och information åt avdelningsskötaren så vi kan ta itu med ev.risker genast

Vi är också noga med att följa upp om någon patient konstaterar en risk på avdelningen, uppmanar patienten att göra en Haipro på intranätet eller så gör personalen en Haipro åt patienten på den ev konstaterade risken.

5.2 Uppföljning och rapportering av hur egenkontroll genomförs

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

Tjänstenheten (resultatområdet) utarbetar med fyra månaders intervaller (perioderna 1.1.-31.4, 1.5.-31.8, 1.9.-31.12) en **uppföljningsrapport** om hur planen för egenkontroll och egenkontrollen genomförs och korrigerande åtgärder som förutsätts i den. Uppföljningsrapporten publiceras på välfärdsområdets webbsidor: [Egen kontroll](#) samt i tjänstenheten i samband med planen för egenkontroll.

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

ENHETSBESKRIVNING

Avdelningsskötare på akutpsykiatriska avdelningen och hens personal har skyldighet att handla i enlighet med egenkontrollplanen och aktivt följa hur planen genomförs. Det handlar om att kontinuerligt och regelbundet kontrollera kvaliteten på tjänsterna som produceras och klient- och patientsäkerheten. Om brister upptäcks i verksamheten vidtar avdelningen korrigerande åtgärder för att avhjälpa saken.

Egenkontrollplanens korrigeringar görs i samband med att vi gör Q1-4 rapporterna.

Avdelningsskötaren kontrollerar om man måste göra korrigeringar och tillsammans med överskötaren gör korrigeringar vb.

Bilaga 1. Utvecklingsplan för egenkontroll

Bilaga 1. Utvecklingsplan för egenkontroll

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

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

Uppdaterad

10.2.2025