



**Österbottens välfärdsområde  
Pohjanmaan hyvinvointialue**

# **Undersöknings- och rehabiliteringsavdelning, Plan för egenkontroll**

## **Yleiset tiedot**

### **Yksikkö**

Tutkimus- Ja Kuntoutusos., H7

### **Raportointipäivä**

24.2.2025

### **Toiminnan vastuhenkilö**

Camilla Sundström

# Undersöknings- och rehabiliteringsavdelning, Plan för egenkontroll

## Sisällysluettelo

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

3.14 Främjande av välbefinnande, rehabilitering och utveckling

3.15 Behandling av klient- och patientuppgifter och dataskydd

#### 4. EGENKONTROLLENS RISKHANTERING

4.1 Ansvar för riskhantering, identifiering och bedömning av risker

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

4.2.1 Tjänsteproducentens och personalens anmälningsskyldighet

4.2.2 Anmälningsskanaler för klient/patient och extern tjänsteproducent

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

4.3 Köptjänster och underleverans

4.4 Beredskaps- och kontinuitetshantering

#### 5. UPPFÖLJNING AV EGENKONTROLL OCH RAPPORTERING

5.1 Uppföljning av kvalitet, riskhantering och rapportering

5.2 Uppföljning och rapportering av hur egenkontroll genomförs

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

# 1. UPPGIFTER OM TJÄNSTEPRODUCENTEN, TJÄNSTEENHETEN OCH VERKSAMHETEN

## 1.1 Tjänsteproducentens och tjänsteenhetens uppgifter

### Tjänsteproducent

Österbottens välfärdsområde, FO-nummer: 3221324-6

Adress: Sandviksgatan 2–4, 65130 Vasa

Växel: 06 218 1111

Registratur: [registrator@ovph.fi](mailto:registrator@ovph.fi)

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

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

### Verksamhetsområdets namn

Rehabilitering och psykosocial service

### Verksamhetsområdesdirektörens namn

Kosti Hyvärinen

### Telefonnummer

040 620 4823

### Tjänsteenhetens namn

Undersöknings- och rehabiliteringsavdelning

### Form av tjänst

Psykiatrisk 24/7 avdelning

### Adress

Sandviksgatan 2-4

### Telefonnummer

062132120

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

Camilla Sundström, avdelningsskötare, 0443232181

Tanja Jaakola, överskötare, 0443234808

ledande läkare 0405433921

### Resultatenhetens/verksamhetsenhetens uppgifter

Undersöknings- och rehabiliteringsavdelning, H7, tel 062132120, Sandviksgatan 2-4, 65100 Vasa

Avdelningsskötare Camilla Sundström, tel 0443232181

## 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
Mat- och städservice	Teesebotnia
Datatjänster	2M-it
Laboratorietjänster	Fimlab
Företagshälsovård	TTBotnia
Läkartjänster	olika företag
Tvättertjänster	Provina
Arbetshandledning för personalen	Paul Heikki Kurkiala

### 1.3 Verksamhetsidé, värderingar och verksamhetsprinciper

#### ENHETSBEKRIVNING

Psykiatriska undersöknings- och rehabiliteringsavdelningen är en sluten avdelning för vuxna patienter med olika psykiska sjukdomar och som behöver en längre vårdtid för utredning och rehabilitering.

Målet med vården är att med fokus på psykiska måendet upprätthålla och främja patientens helhetsmående. Patientens vård styrs av en individuell vårdplan som ett mångprofessionellt team uppgör. Utgående från patientens behov sätts fokus på undersökning och/eller läkemedelsbehandling och/eller rehabilitering. Patienten får stöd och handledning i de dagliga aktiviteterna. Avdelningen har 10 patientplatser.

För att komma till avdelningen behövs remiss. Oftast kommer dock patienten via en annan psykiatrisk vårdavdelning.

Enhetens värderingar utgår från vårdsområdets värderingar; från människa till människa, framåtblickande och ansvarsfull, jämställd och jämlik. Du ska få hjälp efter första kontakten, verksam service, jämställd mångformig service, yrkesövergripande hjälp, vi fokuserar på dig, vi upprätthåller vår kompetens och en trygg vårdmiljö.

Central lagstiftning som styr arbetet på avdelningen är mentalvårdslagen, lagen om patientens ställning och rättigheter, hälso- och sjukvårdslagen

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

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

Planerna för egenkontroll och övriga planer är en del av Österbottens välfärdsområdes program för egenkontroll. Programmet för egenkontroll styr 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

Camilla Sundström, avdelningsskötare, tel 0443232181

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

Camilla Sundström, avdelningsskötare, tel 0443232181

### ENHETSBEKRIJVNING

Camilla Sundström, avdelningsskötare, tel 0443232181

Personalen på Undersöknings- och rehabiliteringsavdelningen.

Patienterna på enheten tas med genom diskussioner på morgonmöten, gemensam diskussion (yhteiskestustelu) samt genom feedback som kan ges via roidu-systemet eller muntligt.

## 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.

### ENHETSBEKRIJVNING

Egenkontrollplanen skall läsas av alla i personalen med kvittering när planen är läst. Personalen är involverad i egenkontrollen som ingår som en del i arbetet på enheten.

Förpersonen övervakar, följer upp och bedömer kvaliteten, lagligheten och säkerheten på enheten genom

- öppna och regelbundna diskussioner om kvalitet och säkerhet, både inom personalen, med patienter, anhöriga och andra samarbetsparter
- att säkerställa att personalen är medveten om rapporteringsskyldigheten i samband med avvikelser (haipro)
- att se till att nya arbetstagare får en god introduktion samt uppföljning av introduktionen
- att följa upp och utveckla enheten utgående från respons (haipro, roidu, muntlig)

Planen publiceras på välfärdsområdets webbsida så att patienter, anhöriga och andra intresserade kan se den. Egenkontrollplanen finns också lättillgänglig för patienter i dagsalen och för personalen i kansli samt digitalt i enhetens teamsrum.

Planen uppdateras när förändringar gällande kvalitet eller säkerhet sker eller när ansvarspersoner ändras. Planen uppdateras dock minst en gång per år. Vid uppdatering går förändringarna igenom med alla som berörs och den skriftliga versionen byts till ny version.

### 3. KLIENT- OCH PATIENTSÄKERHET

#### 3.1 Kvalitetsmässiga krav på tjänsten

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

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

#### ENHETSBESKRIVNING

Egenkontroll görs som en rapport tre gånger per år. I denna rapport ingår olika kvalitetsmätare (vård dagar, belastning, begränsningarnas antal, haiproanmälningar, patientfeedback, sjukfrånvaro, ekonomi) som rapporteras till ledningen.

Arbetet på enheten bedöms genom självutvärdering varje år. Interna och externa auditeringar görs regelbundet. Senaste externa auditering gjordes i augusti 2024.

Ledningens genomgång görs en gång i året och syftet är att se över enhetens verksamhetssystem så att enheten uppfyller de mål som ställts upp för verksamheten i strategin, verksamhets- och ekonomiplanen samt kvalitetssystemet. Ledningens genomgång skall diskuteras och gås igenom med personalen. Ledningens genomgång görs i samband med budgetarbetet och kan därför ha direkt inverkan på budgeten.

Kvalitets- och tillsynsenheten/tillsynen (tillsynsteamet) ansvarar för övervakningen av genomförandet av egenkontrollen av verksamheten inom social- och hälsovården som Österbottens välfärdsområde svarar för att ordna. Tillsynsteamet gör besök på enheten årligen.

Patientsäkerheten är integrerad i det dagliga arbetet och diskuteras öppet. Säkerhetsrisker

försöker vi hitta före de inträffar. Både nära på och inträffade avvikelser skall rapporteras via haipro. Viktigt att säkerhetsavvikelser inte söker en syndabock utan istället används för att förebygga en liknande situation. Säkerheten diskuteras öppet och det är viktigt att även gå igenom orsaken till varför det är en säkerhetssak eftersom alla i personalen annars kanske inte ser säkerhetsrisken. Allas åsikter och ideer gällande säkerhet är viktiga och en förutsättning för säkerhet.

### 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.

Avdelningsskötarens uppgift är att säkerställa, följa upp och utveckla verksamhetens smidighet vid genomförandet av kvalitets- och säkerhetspolicyn. På avdelningen upprätthålls en öppen diskussion om kvalitet och säkerhet 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.

Avdelningsskötare, avdelningens ansvariga läkare och medicinansvariga är de som ansvarar för läkemedelsbehandlingen och som ansvarar för en heltäckande planering av läkemedelsbehandlingen på avdelningen. Avdelningsskötare godkänner läkemedelstillstånd 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.

Läkemedelsansvariga sköter 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. Avdelningens läkemedelsansvariga fungerar som kontaktperson i frågor som gäller läkemedelsbehandling och läkemedelssäkerhet, de informerar personalen om aktuella frågor som gäller läkemedelsbehandling och dess säkerhet samt deltar i införandet av nya verksamhetssätt. Avdelningsskötare 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; introduktion-, patientsäkerhet-, apparat-, återupplivning-, centralförråd-, studerande-, dokumentationsansvariga med flera.

### 3.3 Klientens ställning och rättigheter

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

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

#### 3.3.1 Tillgång till tjänster och vård

Information om tillgång till tjänster och vård inom Österbottens välfärdsområde samt väntetider till vård finns på Österbottens välfärdsområdes webbplats: [Vård](#) och [Tillgång till vård – väntetid](#)

Om att få vård stadgas närmare i 6. kap. i hälsovård- och sjukvårdslag (1326/2010). Aktuella maximala väntetider för att få vård finns på Social- och hälsovårdsministeriets webbplats:

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

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

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

#### Ordnande av vård ifall att den maximala väntetiden överskrids

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

#### ENHETSBESKRIVNING

Patienterna på undersöknings- och rehabiliteringsavdelningen kommer nästan alltid via en annan vuxen psykiatrisk avdelning. Enheten har ingen officiell kölista och oftast kan patienterna flytta relativt snabbt till avdelningen.

Att patienten vårdas rätt tid på rätt plats bedöms minst en gång per vecka i samband med överläkarronden.

#### 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 lagliga representant.

Utgångsläge för bedömningen av vårdbehovet är patientens egna och anhörigas syn gällande patientens resurser och hinder, det omfattar alla dimensioner av funktionsförmågan som består av fysisk, psykisk, social och kognitiv funktionsförmåga. Därtill bedöms riskfaktorer så som försämrade funktionsförmåga; 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 bedöms och värderas regelbundet enligt patientens mående i enlighet med daglig uppföljning. Olika mätinstrument finns även som hjälpmedel i bedömningen.

I vårdarbetet har patienten en egenvårdargrupp som består av 4-5 vårdare och i varje arbetsskift finns en kontaktvårdare.

När en patient är i behov av socialvård kontaktas sjukhusets socialhandledare eller patientens egna socialarbetare om en sådan redan finns.

Ett möte ordnas på enheten där patienten, eventuellt anhöriga, socialarbetare, läkare och vårdpersonal gör upp en plan för patientens servicebehov efter vården på avdelningen. Denna "egna" socialarbetare fungerar sedan som patientens kontaktperson gällande sociala ärenden. Patientens stödbehov bedöms utifrån patientens funktionsförmåga. Funktionsförmågan bedöms enligt patientens helhetssituation utgående från bland annat patientens mående och funktion på avdelningen, eventuell psykolog och ergoterapibedömning, tidigare hjälpbehov.

### 3.3.3 Planering och genomförande av tjänsten/vården

#### ENHETSBEKRIJVNING

Patientens vårdplan utgår från patientens behov. Patienten har en egenvårdargrupp som tillsammans med patienten, läkare och övrig personal planerar patientens vård. Vårdplanen görs upp tillsammans med patient, egenvårdare och läkare. Anhöriga kan delta om patienten så önskar. Patientens behov specificeras och vårdmetoder planeras. Vården utvärderas och bedöms av egenvårdargruppen och patienten. Vårdplanen uppdateras om målen och metoderna ändras.

Vårdplanen går igenom och utvärderas på läkarronden som är en gång per vecka samt i samband med daglig rapportering.

Patienten deltar i besluten som tas gällande hans vård.

Patienten kan via Mittkanta se viss dokumentation som gjorts gällande hen själv. Patienten kan skriftligt begära att få ta del av sina uppgifter.

Anhöriga tas med i vårdplaneringen och beslut som tas, om patienten så önskar.

### 3.3.4 Bemötande av klient/patient och rättigheter

Klienten/patienten har rätt till gott bemötande, det vill säga hans 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 anmälningsskanaler.

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

Patienten har rätt till vård på sitt egna modersmål, finska eller svenska. Ordinarie vårdpersonal har språkintyg på det andra inhemska språket. Vikarier har inte samma språkkrav som ordinarie personal. Om patienten inte har svenska eller finska som modersmål används tolk. Patienten har rätt till saklig och likvärdig behandling. En patient har lagstadgad rätt till vård av god kvalitet och gott bemötande utan diskriminering. Patienter bemöts så att hans människovärde inte kränks och så att hans övertygelse och integritet respekteras. Ett gott bemötande hänför sig till patientens rätt att bli hörd, tilltalad och bemött som en individ och på ett sakligt och vänligt sätt. Osakligt bemötande av en patient godkänns inte. Patienter kan ge direkt respons om bemötande muntligen, per telefon, e-post, haipro eller via den officiella kanalen för kundrespons Roidu. Anhörig, anställda eller andra i situationen kan även ge respons. Inkommen respons behandlas av närchefen tillsammans med arbetsgruppen. Klienter kontaktas om hen så önskar och har lämnat sin kontaktinformation till personalen. Öppen diskussion i arbetsgruppen gällande bemötande, vad som är sakligt och vad som är osakligt, är viktigt för att alltid reagera på osakligt bemötande. Osakligt bemötande skall alltid uppmärksammas samt rapporteras, helst skriftligt, för att lättare hantering av ärendet. Ett osakligt beteende går igenom/behandlas med patienten och ev anhöriga. En ursäkt ges för det inträffade. På enhetens anslagstavla finns kontaktuppgifter till patient- och socialombud ifall patienten är osäker på att ett ärende sköts på rätt sätt. Om en patient har intressebevakning så kontaktar egenvårdare denna i sådana ärenden beroende på intressebevakningens omfattning (endast ekonomi eller utvidgad intressebevakning). Om en patient behöver intressebevakning så lämnas en behovsanhållan in. Denna anhållan görs vanligen av sociala sidan men även vårdpersonal eller anhöriga kan göra anhållan. Patienternas personliga saker förvaras i låst låda i patientens egna rum.

## Självbestämmanderätt

### ENHETSBEKRIVNING

Självbestämmanderätten är en grundläggande rättighet för var och en och består av rätten till personlig frihet, integritet och säkerhet.

Patienten ges möjlighet att delta och påverka planeringen och förverkligandet av sin vård.

Psykiatrisk vård kräver ibland begränsningsåtgärder och dessa grundar sig på mentalvårdslagen.

För att kunna begränsa grundrättigheter skall ett vårdbeslut finnas på att patienten vårdas oberoende av vilja.

Begränsningsbesluten görs av läkare. Mentalvårdslagens grundprincip är att begränsningar i patientens grundrättigheter endast får göras enligt det som sjukdomen, egna eller andras säkerhet eller annan i mentalvårdslagen nämnd orsak verkligen kräver. Målet är alltid att samarbeta med patienten.

På avdelningen görs begränsningar enligt mentalvårdslagen och den vanligaste är begränsning i rörelsefrihet. Andra begränsningar är till exempel begränsning gällande egendom, telefonsamtal samt medicinering mot egen vilja.

Begränsningarna skall alltid göras så långt det är möjligt i samförstånd med patienten.

Begränsningen är i kraft under en bestämd tid men utvärderas ständigt och avbryts om behovet av begränsning ändrat.

Egenvårdarna har en central roll gällande diskussioner med patienten och patientens önskemål.

Egenvårdarna för saken vidare till läkare. Att förebygga och försöka undvika begränsningar i självbestämmanderätten är en viktig del i arbetet på avdelningen.

Personalen deltar regelbundet i skolning och begränsningsåtgärderna diskuteras i det dagliga arbetet.

### 3.3.5 Anmärkning, klagomål och anmälan om patientskada

#### Anmärkning

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

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

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

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

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

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

### Klagomål

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

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

### Patientskadeanmälan

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

### Anmärkning

Inom social- och hälsovården är en bra tjänst och god vård ett resultat av samarbete mellan klienten/patienten, anhöriga och professionella. Om du är missnöjd med den tjänst/vård som du fått, ta genast upp det med den person som tillhandahållit tjänsten/gett vården eller fattat beslutet eller med 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 \(osterbottensvalfard.fi\)](#)

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

Patienterna uppmanas att aktivt ge respons på vården och bemötandet på avdelningen. Vid missnöje kan patienten eller anhöriga lyfta upp ärendet med avdelningens förperson, Camilla Sundström, eller lämna in en skriftlig anmärkning eller klagan. En haipro-anmälning kan också göras.

En anmärkning lämnas in skriftligen och styrs sedan till ledande läkaren. Svar på anmärkningen skall ges senast inom en månad från det att anmärkningen inkom. En anmärkning/ ett klagomål behandlas, när ärendet är väsentligt i vårdarbetet, också bland vårdpersonalen på avdelningen och används för att identifiera utvecklingsbehov.

Ett klagomål görs skriftligt via regionalförvaltningsverket eller valvira. Målet är dock att hantera och lösa ärendet internt via en anmärkning.

En patientskadeanmälan handläggs via Patientförsäkringscentralen. Patientförsäkringscentralen kontaktar avdelningen gällande patienthandlingar samt begär utlåtande av ansvarsläkaren. En utredning görs över händelsen. Beslutet skickas sedan till ledande överläkaren.

**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**

Ledande överläkare, tel 040 5433921

Kosti Hyvärinen, verksamhetsområdesdirektör, tel 0406204823

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

Carina Nähls, socialdirektör tel 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 \(osterbottensvalfard.fi\)](http://klientens-och-patientens-rattigheter-osterbottens-valfardsomrade.osterbottensvalfard.fi)

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

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

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

## ENHETSBESKRIVNING

Patienten är delaktig i planeringen av sin vård genom att planerade åtgärder diskuteras och gås igenom med patienten. Patientens åsikter hörs och beaktas.

Varje morgon ordnas morgonmöte på avdelningen där patienterna kan tycka till om dagens program. En gång i veckan ordnas också en gemensam diskussionsstund där olika teman, patienternas önskemål, kommande förändringar och dylikt gås igenom och diskuteras med patienterna.

Egenvårdaren och kontaktvårdaren har en viktig roll för att enskilt diskutera patientens privata önskemål.

Patienterna kan lämna feedback även via roidu-systemet, vid utskrivning men även under vårdperioden.

Responser som avdelningen får diskuteras på avdelningstimmar och används som utvecklingsunderlag.

Avdelningen har samarbete med Mahis (Mielle ry) som för många patienter är en plats för aktivitet och samvaro också efter sjukhusvistelsen. Mahis har besökt avdelningen och berättat om sin verksamhet för patienter och personal. I avdelningens veckoprogram ingår ett besök till Mahis en gång per vecka. Utöver detta besök kan patienten delta i annat program som Mahis ordnar under veckan.

Användandet av erfarenhetsexperter kunde utvecklas på avdelningen.

### 3.4 Beaktande av regelbundet insamlad respons och övrig respons

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

#### Respons av klienter

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

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

#### Respons som insamlas av studerande

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

#### Respons av personalen



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

### ENHETSBESKRIVNING

Patienternas och anhörigas respons samlas in via muntlig feedback, roidu-systemet, haipro samt patienternas respons även via diskussionsgrupper på avdelningen. Via roidu-systemet fås patienternas NPS-värde.

Avdelningens studerande uppmanas att fylla i CLES-utvärderingen i samband med deras praktikperiod.

Personalens rekommendationsmätare skickas ut till personalen per epost, två gånger per år.

Responser som avdelningen får gås igenom och diskuteras på avdelningstimmar. Responser används för att utveckla vården och arbetet på avdelningen. Responser kan till exempel leda till att rutiner på avdelningen ändras eller leder till tilläggsutbildning för personalen eller att säkerhetsrutiner ses över.

## 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

Avdelningen har 18 100% vakanser. 1 avdelningsskötare, 1 biträdande avdelningsskötare, 8 sjukskötare och 8 närvårdare.

Avdelningsskötaren arbetar morgonskift må-fre. Biträdande avdelningsskötare arbetar två- (tre-) skiftsarbete och sjukskötare och närvårdare treskiftsarbete.

Varje morgon och kvällsskift har en ansvarig sjukskötare, alla nattskift har en ansvarig vårdare.

Personalbemanningen är morgonskift 4 vårdare (+må-fre avdelningsskötare), kvällsskift 4 vårdare och nattskift 2 vårdare.

Veckosluten är också bemannade 4+4+2

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

#### ENHETSBESKRIVNING

När en befattning är tom rekryteras personal via kuntarekry systemet. Avdelningsskötaren är ansvarig för rekrytering av biträdande avdelningsskötare, sjukskötare och närvårdare.

Överskötaren är ansvarig för rekrytering av avdelningsskötare.

Om en vikarie behövs för fem månader eller längre rekryteras också personalen via kuntarekry. Kortare vikariat sköts via reservpersonalen (hpy) och om ingen finns i reservpersonalen via andra avdelningar eller sotender systemet, för tillfälliga inhopp.

Utgångsläget för vikarieanskaffning är avdelningens minimipersonalnivå 4+4+2. Om avdelningen inte har full beläggning kan man tillfälligt ha en vårdare mindre i ett arbetsskifte men det är en undantagssituation.

Under tjänstetid är det avdelningsskötaren som skaffar vikarie och utanför tjänstetid är det den ansvariga vårdaren i skiftet.

Vid rekrytering är det avdelningsskötaren som kontrollerar vikariens yrkesrättighet, via Julkiterhikki. Att rättigheten blivit kontrollerad fylls i på arbetsavtalet. Före personal godkänns till sotenderturer kontrolleras yrkesrättigheten.

För anställning med tillsvidare arbetsavtal krävs språkkunskaper enligt organisationens behörighetsstadga.

Personens lämplighet bedöms via intervju, intyg, betyg och rekommendationer. En studerandes rätt att tillfälligt arbeta bedöms via intervju, erfarenhet och betyg och studiepoäng.

Studerande som gör praktik på avdelningen har en utsedd handledare i varje skift samt en huvudansvarig handledare. Samarbetet avdelningen – skola är viktigt för en fungerande praktiktid.

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

#### **ENHETSBESKRIVNING**

Från 2024 begärs ett brottsregisterutdrag av alla som arbetar på avdelningen 3 månader eller längre. Avdelningsskötaren kontrollerar straffregistret och avdelningsskötaren för reservpersonalen har lista på vem som visat utdraget och när.

### **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

Nya arbetstagare börjar med 2 dagar när hen inte är medräknad i bemanningen. Den nya arbetstagaren får en introduktionslista, en checklista, som personalen som introducerar kvitterar när informationen är given. Introduktionslistan kräver ofta några veckors tid före all information kan gås igenom. När listan är färdig kan den som blivit introducerad ännu ge utvecklingsförslag till introduceringen. Listan ges sedan till avdelningsskötaren som arkiverar den. Studerande har en utsedd handledare i varje skift samt en huvudansvarig handledare. En ckecklista för studerandehandledning borde utvecklas.

### 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

Personalen deltar i skolningar som ordnas på avdelningen, övph:s interna allmänna skolningar samt skolningar som ordnas externt. Skolningarna kan ske på plats, som distansskolning eller som nätbaserad kurs.

För att kunna delta i läkemedelshantering krävs att personalen har ett ikraftvarande läkemedelslov. Läkemedelsloven följs upp digitalt, i Laatuportti. I Laatuportti finns även apparatpasset där personalens inskolning/uppdatering i apparater och program dokumenteras. Säkerhetsskolning, Mapa, är obligatorisk skolning som första gången man deltar består av fem skolningsdagar och efter det en repetitionsskolningsdag per år. Dessa skolningar registreras i Alma programmet.

Interna skolningar där hela personalen deltar ordnas också årligen i återupplivning.

Uppföljningen sker via Alma.

Datasäkerhet sker som nätkurs. Nätbaserade kurser innehåller oftast en sluttent. En godkänd sluttent ger deltagarbevis.

Externa skolningar används för att få in ny kunskap till avdelningen. Då deltar några av personalen och kunskapen/informationen förs vidare till arbetsgruppen.

Avvikelser och farliga situationer i verksamheten anmäls via Haipro-systemet. Alla i personalen kan göra en anmälan. Anmälningar som kräver åtgärder behandlas så snabbt som möjligt och

korrigerande åtgärder görs.

Utvecklingssamtal hålls årligen. Förmannen föreslår en tidpunkt för utvecklingssamtalet. Samtalen dokumenteras i Alma.

### 3.5.4 Arbetshälsa och arbetarsäkerhet

#### ENHETSBEKRIVNING

Personalens arbetstidsplanering sker i Titania programmet och personalen stämplar in och ut från ett arbetsskift. En arbetslista är tre veckor lång och när listan är slut ses förverkligad arbetstid. Här ser man till exempel gjord övertid. Personalen kan själva planera sina arbetslistor inom ramen för verksamheten, kollektivavtal och arbetstidslagen.

Personalens sjukfrånvaro följs upp via Exreport programmet. Varje vecka får förmannen en rapport om personalens sjukfrånvaro och sjukfrånvaron rapporteras till företagshälsovården enligt organisationens föreskrifter. Antalet sjukfrånvardagar rapporteras också till ledningen tre gånger i året.

Personalen skall vända sig till företagshälsovården vid nedsatt arbetsförmåga. Förpersonen kan också vara i kontakt med företagshälsovården om en utvärdering av arbetsförmåga behövs. Vårdsområdet har ett program för tidigt stöd.

På avdelningen ordnas grupphandledning en gång per månad. Om en större plötslig negativ händelse sker ordnas debriefing och defusing via företagshälsovården.

Personalen bär alltid alarmknapp på sig i ett arbetsskift. Vid en hotfull situation alarmerar man och alarmet går till andra på avdelningen samt till övriga psykiatriska avdelningar.

Haipro anmälan görs om avvikelser och nära på situationer i arbetssäkerheten.

Vårdsområdet bidrar till arbetsvälmåendet genom epassi och tyky förmån för personalen samt kaffe. Gym och andra förmåner ordnas via personalföreningen.

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

Österbottens vårdsområdes personalplan grundar sig på vårdsområdets strategi, personalpolicy och målen i personalprogrammet. Vårdsområdet 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 tjänstenheterna och då vikarier skaffas stöds rekryteringsprocessen av resursenheter inom vårdsområdes olika tjänstesektorer.

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

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

#### ENHETSBEKRIVNING

Avdelningens grundbemanning för 10 patienter är 4+4+2. Vid plötslig frånvaro ordnas vikarie via

reservpersonalen (hpy). Om ingen finns ledig i reservpersonalen sätts arbetsturen ut i Sotender. Via Sotender appen når informationen snabbt alla som, via intervju, blivit godkända som vikarie inom området. Samarbetet mellan de psykiatriska avdelningarna är också viktigt. Personal lånas vid behov mellan avdelningarna.

Förpersonen finns på avdelningen på kontorstid och följer upp hur arbetet fungerar. Vid avvikelser görs haiproanmälan. Haiproanmälan kan göras av personal, patienter, anhöriga eller samarbetsparter och anmälan kan gälla patient- personal- eller datasäkerhet.

Responser från patienter, personal, anhöriga och samarbetsparter används för att bedöma kvaliteten på vården på avdelningen.

Om ingen vikarie hittas och personalresurserna är för få måste dagsprogrammet ändras.

Program som kan flyttas, till exempel grupp promenad och aktiviteter utanför avdelningen, och som inte måste ske i det arbetsskiftet flyttas fram tills resurserna igen finns.

### 3.7 Sektorsövergripande samarbete och samordning av tjänster

#### ENHETSBEKRIVNING

Samarbetet mellan avdelningar och enheter är viktigt för en fungerande vård. Till Undersöknings- och rehabiliteringsavdelningen kommer patienterna nästan alltid från en annan vuxenpsykiatrisk avdelning. Utgångsläget är att patientflyttningar sker planerat under kontorstid. Avdelningen som patienten kommer ifrån ger förutom den skriftliga informationen som finns i patientdatasystemet även en muntlig rapport. I undantagsfall görs även patientflyttningar utanför kontorstid.

När en patientutskrivning planeras ordnas ofta nätverksmöten och familjemöten. Patientens eventuella öppenvårdskontakt kontaktas redan under vårdperioden och deltar ofta på nätverksmöte under vårdperioden. När en patient utskrivs till ett stödboende ges muntlig och skriftlig information.

### 3.8 Lokaler och utrustning

#### ENHETSBEKRIVNING

Undersöknings- och rehabiliteringsavdelningen finns på våning 7 i H-huset. Avdelningen flyttade till dessa nya utrymmen våren 2023. Avdelningen har 10 st lika stora patientrum. Patientrummen är stora och planerade för en person, alla med egen vc och dusch. På avdelningen finns en gemensam dagsal med tv och bekväma stolar och ett bord för pyssel och spel. Ett lugnt rum finns även för patienternas behov. Här kan patienten till exempel lyssna på musik, även VR-glasögon finns. Utanför avdelningen men på våningen finns en stor terrass, aktivitetsrum och biljardbord. Läkemedlen delas i det större läkemedelsrummet som finns, gemensamt med beroende psykiatriska avdelningen, på våningen. På avdelningen finns ett mindre läkemedelsrum där läkemedelskärnan, vid behov medicinering och akutmedicinering förvaras.

I patientrummen finns skåp och lådor som patienten kan förvara sina kläder och personliga tillbehör i. Två lådor i varje patientrum finns med lås dit endast personalen slipper. Här förvaras värdesaker samt saker som av säkerhetsskäl inte skall förvaras fritt.

Anhöriga kan komma på besök enligt besökstider eller enligt överenskommelse.

Patientintegriteten stärks av att patientrummen är en persons rum. Patientärenden diskuteras bakom stängda dörrar.

Om störningar eller brister upptäcks i utrymmena eller i kommunikationstekniken görs en felanmälan till fastighetsservicen eller till kommunikationstekniken.

Arbetshälsovården har besökt och granskat avdelningen senast i september 2024.

Vi har en utarbetad säkerhets sida där enhetens säkerhetsplan, handlingskort och utredning av utrymningssäkerheten finns nedtecknad, den finns i Laatuportti men även som utprintad i

avdelningens kansli.

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

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

Städning sköts av inköpt tjänst av TeeSe, avfallshanteringen sköts enligt ÖVPH:s avfallshanteringsplan som finns på vårt intranät (avfallhantering). För hantering av problemavfall finns det skilda anvisningar 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/ tjänstenheten 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

### ENHETSBEKRIVNING

På Undersöknings- och rehabiliteringsavdelningen används inte så många medicinska apparater. Direktiv finns angående den medicinska utrustning som vi har, när den skall kalibreras och hur lång livslängd den har. På apparaterna finns en datum-dekal, då nästa årskalibrering skall göras. Söndrig utrustning förs till enheten sjukhusteknik. Personalens kunnande i användningen av apparaterna görs 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 med stöd av förpersonen, som ansvarar för att upprätthålla sitt kunnande. Uppföljning av apparat kunnandet sker med hjälp av ett elektroniskt apparatpass, som finns i Laatuportti. Kompetensen säkerställs för varje apparat med vissa intervaller. Alla medicintekniska apparater registreras i Medusa maskinregistret för att säkerställa säker utrustning och en fungerande serviceprocess.

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

Camilla Sundström, avdelningsskötare, 0443232181  
Isabella Klemets, apparatansvarig  
Virpi Anttola, apparatansvarig

## Informationssystem och informationssäkerhet

### ENHETSBEKRIVNING

Informationssäkerhet är en del av den allmänna inskolningen och alla informeras om informationssäkerhet och de regler och rekommendationer som gäller för dem. Personalen utbildas i informationssäkerhet genom olika informationskanaler samt genom att ordna utbildningar.

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

Alla användare av patientdatasystemet har personlig inloggning.

Man skriver ut patienternas läkemedelslistor varje dag under kvällsskiftet. Muntlig rapport kan ges till nästa arbetsskift.

### Användande av teknologi

### ENHETSBEKRIVNING

Kameraövervakning, larm, stängda dörrar, branddörr, larm (knappar, Myco och DECT telefoner, virve telefoner), larmskärmar i korridorerna. Även dämpningen av avdelningens belysning i allmänna utrymmen sköts tekniskt så att ljuset automatiskt dämpas till natten och temperaturen i patientrummen kan justeras via display i kansli.

Kamerautrustning finns i avdelningens offentliga utrymmen i korridorerna, på tobaksbalkongen samt i lugna rummet. På våningen där avdelningen har en gemensam säkerhetsmodul med

övriga vuxen avdelningar finns kamera övervakning i de två patientrummen på säkerhetssidan, samt i isoleringsrummen och i toaletterna i isoleringsrummen. Utanför avdelningen finns flera kameror i samt i korridorerna och på uteterrassen. 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 hen gör utan att behöva gå in i isoleringsrummet. Kameraövervakning finns även i läkemedelsrummen.

Enhetens elsystem är kopplat till reservkraft. I avdelningens kansli finns en display för H-husets automatbrandalarm och avdelningen har sprinklersystem.

Att personalen hanterar denna teknik ingår i introduktionen och i apparatpasset. Att alla tar eget ansvar och berättar när man inte känner sig bekväm med något tekniskt är ändå det som är viktigast.

Alla avvikelser och fel i teknisk apparatur felanmäls via felanmälan på intranätet. Datorrelaterade fel anmäls till 2M-it. Vid brådskande fall ringer man tekniska enheten / 2M-it. Personalarmlarmen testas en gång per månad. Alarmansvariga på avdelningen är ansvariga för testningen, avdelningsskötaren kontrollerar att det blir gjort.

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

Camilla Sundström, avdelningsskötare 0443232181

Tom Sidbäck, alarmansvarig

Sam Mickelsson, alarmansvarig

### **3.10 Läkemedelsbehandling**

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

I välfärdsområdet säkerställer alla legitimerade yrkespersoner inom social- och hälsovården samt utbildade yrkespersoner med skyddad yrkesbeteckning som i sitt arbete deltar i genomförande av läkemedelsbehandling sitt kunnande i läkemedelsbehandling.

Läkemedelstillståndet förnyas med fem års intervaller. Ansvar för godkännandet av läkemedelsplaner och -tillstånd har delegerats genom chefsöverläkares beslut till särskilt namngivna ansvariga läkare regionalt eller enligt specialområde.

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

Enskilda arbetsenheters planer för läkemedelsbehandling utarbetas på välfärdsområdets mall av



plan för läkemedelsbehandling. Enheterna uppdaterar planerna för läkemedelsbehandlingar en gång om året och vid behov oftare om verksamheten i enheten, ansvariga eller lagstiftningen ändras.

## ENHETSBESKRIVNING

Läkemedelsbehandling och handledning i läkemedelsbehandling verkställs på enheten genom LOVe och handledning och introduktion av ny personal. Vart 5e år skall LOVe förnyas och detta kontrolleras via laatuportti

Senaste uppdateringen av läkemedelsplanen gjordes juni 2024. Läkemedelsansvariga uppdaterar planen en gång per år och godkänns av förpersonen. Hela personalen läser igenom läkemedelsbehandlingsplanen och kvitterar att de läst.

Alla har ansvar för att läkemedelsbehandlingen sker enligt planen. I läkemedelsbehandlingen deltar avdelningsskötare, biträdande avd.skötare, sjukskötare och närvårdare. Avdelningsläkaren är tillgänglig på vardagar från 8-16.

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

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

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

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

Camilla Sundström, avdelningsskötare, 043232181  
 Susanna Lakso, läkemedelsansvarig  
 Carina Saaranen, läkemedelsansvarig

## 3.11 Näring

### ENHETSBESKRIVNING

TeeSe Botnia producerar mattjänsterna på avdelningen. De följer de näringsrekommendationer som har utfärdats av statens näringsdelegation.

Matlistorna finns tillgängliga för patienterna på avdelningens anslagstavla, patienternas dieter tas i beaktande vid beställning av maten. Maten till patienterna kommer på enskilda brickor där patientens dieter och portionsstorlekar har tagits i beaktande. Vi använder programmet Aromi vid beställning av maten.

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

Vi har matsal för patienterna på avdelningen dit all kommer och äter.

Eftersom vi köper mattjänsterna av TeeSe Botnia säkerhetsställer vi att maten är av god kvalitet och att patienterna får tillräcklig vätska och näring. Vi köper också städtjänsterna av TeeSe Botnias rengöringstjänster. Våra anstaltsvårdare beställer tilläggsmat och sköter om att maten serveras på ett rent och hygieniskt sätt.

Det 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.

Nattbit serveras kl 21 för att minska nattfastan.

### 3.12 Hygien, förebyggande och bekämpning av infektioner

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

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

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

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

#### Mer information om hygienpraxis och bekämpning av infektioner:

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

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

Österbottens välfärdsområdets intrasidor: Hygien och bekämpning av infektioner

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

#### ENHETSBESKRIVNING

Personalen på TeeSe Botnias rengöringstjänster ser till att våra utrymmen hålls rena. För att säkerhetsställa kontinuiteten har avdelningenspersonal en öppen kommunikation med de anstaltsvårdare som arbetar på avdelningen på daglig basis, avdelningsskötaren har även möten med TeeSe rengöringsservice ledning 4 gånger i året för att diskutera ev. förändringar eller problem.

Alla medicintekniska produkter och vård- och hjälpmedel rengörs efter klient-/patientanvändning av TeeSe:s personal eller av enhetens egna personal v.b

Det finns information på avdelningen om vikten av handhygien åt både personal och patienter och det finns tillräckligt med handtvättmöjligheter 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 patienternas behov, anvisningar och vård.

Vi har ett flertal handsprit poster på enheten, finns också möjlighet att beställa små spriflaskor som personal kan ha i sin arbetsdräkt i fickan.

Mat aseptiken hålls genom att vi får all patienters mat på bricka som inte kontamineras med andra personers mat. Alla i TeeSe har ett giltigt hygienpass.

På vår intranät sida finns direktiv på hygien och förebyggande av infektioner som upprättshålls av sjukhusets hygienskötare. Vi har också två hygienansvariga på enheten som vid behov

samarbetar med hygienskötarna. Vi försöker att 1 gång per år ha en allmän information av hygienskötarna på enheten och de kallas också in v.b Tvätttjänsterna av textilier köps av Provina i Seinäjoki, därifrån beställer vi också alla textilier vi använder på enheten. Våra avdelningstextilier uppbevaras i vårt linneförråd dit endast personal har tillträde.

Vi har en egen tvättmaskin på avdelningen som patienterna använder när de behöver tvätta sina privata kläder.

Eftersom patienterna har egna rum så minimeras också smittspridning i samband med till exempel förkylning.

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

Elina Välvainio hygienskötare 0443232405

Carina Saaranen, hygienansvarig på avdelningen

Adrienn Magyar, hygienansvarig på avdelningen

### **3.13 Hälso- och sjukvård**

#### **ENHETSBESKRIVNING**

Avdelningen är en psykiatrisk avdelning och på avdelningen arbetar både läkare och sjukskötare. Beroende på behovet så ordnas patientens hälso- och sjukvård på avdelningen, remiss skrivs eller om ärendet inte är stort eller akut så uppmanas patienten sköta ärendet i bashälsovården. Patientens munhälsovård sköts genom att personalen hjälper patienten att boka tid till tandläkare.

Gällande långtidssjukdomar så kontrolleras om patienten har någon uppföljningstid samt att sjukdomen är under behandling eller uppföljning. Blodprov kontrolleras vid behov enligt läkarordination.

Avdelningen har två personal som är ansvariga för återupplivningsskolning. De deltar i organisationens skolning som ordnas för avdelningsansvariga och de övar sedan återupplivning med övriga i personalen. Alla skall årligen repetera återupplivning.

På avdelningen vårdas inte patienter i livets slutskede. Anvisningar finns hur man agerar vid exitus.

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

#### **ENHETSBESKRIVNING**

Att främja och uppehålla patientens funktionsförmåga och välbefinnande är en av grundstenarna i avdelningens verksamhet. Avdelningens veckoprogram innehåller aktiviteter som stöder detta; grupp promenader, gymträning, simning och bastu, mindfulness, diskussioner. Personal har deltagit i green care skolning som bland annat tar med naturen som en källa till välbefinnande på olika plan. Avdelningen har även personal som gått CRT utbildning och som fokuserar på den kognitiva förmågan. Den sociala förmågan övas genom att delta i aktiviteter i grupp eller genom att spela och pyssla tillsammans.

Patienten är oftast sjukskriven under vårdperioden. Om patientens mående tillåter kan hen såklart göra en del studieuppgifter eller liknande även under vårdperioden.

Anhöriga kan besöka patienten dagligen under besökstid. Om patienten ger lov så ordnas också familjemöte där anhöriga deltar.

Avdelningen är rehabiliterande och patientens hobbyer och fritidsintressen uppmuntras.

Patienter som inte har någon hobby uppmuntras att delta i verksamhet för att kanske hitta en

hobby. I avdelningens veckoprogram finns tex besök till Mahis (Mielle ry) som finns på gångavstånd från sjukhuset.

Under sommarmånaderna åker avdelningen 1-2 gånger i månaden till Sommarbo som är stödföreningens villa i Gerby skärgård. Där kan man simma, gå i bastun, plocka bär, grilla korv eller bara njuta av havet.

### 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

Personalen använder flera dataprogram (Esko, Oberon, Aromi, Lifecare lab m.fl) för dokumentation av olika delar av vården. För alla program är det möjligt att se vem som använt och sett uppgifterna. Patienten kan enligt organisationens direktiv begära logguppgifter. Personalen har personliga inloggningsuppgifter till alla program, även till datorn loggar personalen in på eget namn. Studerande har inte inloggningsmöjlighet till datorn men nog till patientdatasystemet. Studerande bör alltså dokumentera tillsammans med sin handledare eftersom datorn är inloggad på den personens namn. Printern är inställd på närmaste printer. På våningen finns även en säkerhetsprinter där man loggar in före utskrift. Alla arbetstagare och studerande har undertecknat datasekretessavtal. Nya arbetstagare introduceras i dokumentationssystemen i samband med introduceringen. På intranätet finns även anvisningar om hur programmen fungerar. Avdelningsskötaren ger rättigheter och inloggningsuppgifter till nya arbetstagare och till studerande. Avdelningsskötaren ansvarar för att upprätthålla personalens kompetens i informationssäkerhet, dataskydd, system och registrering. Personalen erbjuds kurser i dataskydd och informationssäkerhet. 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.**

Camilla Sundström, avdelningsskötare, 0443232181

**Kontaktuppgifter till Österbottens välfärdsområdets dataskyddsbud och leveransadresser för loggdataförfrågningar**

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

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

Dataskyddsbud: Tuija Viitala

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

Österbottens välfärdsområde, Dataskyddsbud, Damnbrunnsvägen 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 aktiv 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 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, patienten och vid behov med anhöriga och närstående, eftersom ett öppet och konstruktivt samtalsklimat bidrar till en god säkerhetskultur på avdelningen.

Riskbedömning görs varje höst på avdelningen. Bedömningen görs i Laatuportti. Risker identifieras utgående från haipro anmälningar och feedback.

## 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
- Vårdsområdets plan för läkemedelsbehandling, planer för läkemedelsbehandling för enskilda verksamhets- och arbetsenheter
- LOVE-handbok
- Etiska riktlinjer
- Verksamhetsprogram för arbetarskyddet
- Personal- och utbildningsplan
- Introduktionsprogram (delarna 1–3)
- Anvisningar om apparatsäkerhet
- Anvisningar om hygien och förebyggande av infektioner
- Anvisningar om begränsande åtgärder
- Anvisning om identifiering av klient

## ENHETSBESKRIVNING

Personalen informeras och påminns om betydelsen av att göra haipro anmälningar. Att även anmäla nära ögat situationer är viktigt för att fånga upp risker före något händer. Haipro anmälningarna och annan feedback som ges används för att utveckla verksamheten och förebygga risker.

En öppen kommunikation och att en säkerhetsavvikelse lyfts upp på ett eller annat sätt (muntligt, skriftligt) är väldigt viktigt för att kunna bedöma risken och aktivt försöka förebygga.

Avdelningen omfattas av kvalitetssäkringsprogrammet SHQS och interna och externa auditeringar görs regelbundet. Resultatet från dessa utvärderas och brister och utvecklingsförslag beaktas.

Avdelningen bistår myndigheterna vid begäran om utredningar och inspektioner.

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

Risk	Vilka metoder används för att hantera dem
Läkemedelshanteringen	Dubbelkontroll
Våld och hot	Skolning, alarmsystem, samarbete
Brandrisk	Säkerhets -skolning, -vandring -plan. Inga tändare och tändstickor på avdelningen.
Farliga föremål på avdelningen	Patienten kontrolleras. Farliga och vassa föremål inlåsta.
Brist på kompetent personal	

Risk	Vilka metoder används för att hantera dem
Dataskydd	Alla loggar ut

#### 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: <https://osterbottensvalfard.fi/vara-tjanster/socialvardstjanster/socialvardstjanster-for-barn-unga-och-familjer/barnskydd/barnskyddsanmalan/>Barnskyddsanmälan.</a>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anvisningarna om hur du gör anmälan finns på THL:s webbsidor: [Anmälan av andra epidemier](#)

## och allvarliga vårdrelaterade infektioner (HARVI).

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

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

### ENHETSBEKRIVNING

Personalen meddelar till kännedom när missförhållanden uppdagats. I Haipro systemet anmäls olika sorters missförhållanden; patient-, personal- och datasäkerhet. Personalen kan också göra orosanmälan till social- och krisjouren samt barnskyddsanmälan när oron gäller patienten själv eller hens anhöriga.

#### 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

### ENHETSBEKRIVNING

Att anmäla avvikelser och missförhållanden är allas skyldighet. Haiproanmälan kan göras på alla områden inom välfärdsområdet och för alla samarbetsparter.

Till kännedom komma farliga händelser, brister och missförhållanden behandlas så fort som möjligt. Händelsen går igenom och diskuteras i arbetsgruppen och korrigerande ändringar görs för att förhindra en dylik situation i framtiden. Åtgärderna dokumenteras i haiproanmälan samt dokumenteras i personalinformationen (mapp). Vissa förändringar som genast är i bruk informeras även via epost till personalen samt skrivs på tavlan i kansli. Med patienterna diskuteras förändringar i samband med morgonmöte (dagligen) eller via gemensamma diskussionen (1gång/vecka).

Haiproanmälningar är ett återkommande ämne på alla arbetsplatsmöten. Icke akuta haiproan gås igenom, eventuella mönster i anmälningarna diskuteras och allmänt om haiproförändringar

informerar.

Haipro anmälningarnas antal och typ rapporteras till ledningen tre gånger per år. Statistik tas gällande antal, vilken sort av anmälan (patient/personal/data, läkemedel, hot- och våld osv), nära ögat eller inträffat. Via systemet kan man även få annan statistik tex vilken veckodag flest haipro sker med mera. Utgående från dessa kan man eventuellt se mönster och göra korrigerande åtgärder.

Utredningen av interna allvarliga incidenter görs i situationer där det skett en allvarlig händelse och processen behöver ses över. Beslutet om att inleda utredningen fattas av resursledningen men vid en allvarlig händelse bedöms alltid om en utredning skall göras.

För att inte kulturen på avdelningen skall bli skuld beläggande är det viktigt att risker och säkerhet diskuteras i det dagliga arbetet. Målet är alltid att förhindra och förebygga att en dylik situation uppstår igen utgående från arbetsprocessen, aldrig att söka någon som eventuellt gjort fel.

Vid allvarliga händelser samarbetar vi med företagshälsovården som ordnar debriefing och för de i personalen som berörs av händelsen. Debriefing 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 posttraumatiske stressreaktioner. Dess syfte är också att förstärka grupprelationer, normalisera reaktionerna efter händelsen och ge personerna möjlighet att få ordning på sitt inre kaos.

SHM:s publikation: Utredning av allvarliga incidenter. Guide för social- och hälsovårdsorganisationen (SHM:s publikationer 2023:31)

### 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 beställansvarslagen samt uppfyller kraven på innehåll, kvalitet och klientsäkerhet.

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

## ENHETSBESKRIVNING

All upphandling vid välfärdsområdet sker via vår inköps-och logistikcentral, vilket i princip säkerställer att egenkontrollen verkställs i köptjänst-och underleverantörssituationer. Avdelningen meddelar till inköps-och logistikcentralen vilken tjänst eller vara avdelningen behöver och vilka krav vi sätter på varan eller tjänsten, sen tar de över och ser till att välfärdsområdets krav på underleverantörer uppfylls. Det finns checklistor som man kan använda när man behöver beställa en vara eller en tjänst.

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 inköps-och logistikcentralen. Avdelningen gör en utförlig rapport och skickar den till enheten för inköp-och logistikverksamheten och de sköter det vidare och kollar om bolaget uppfyllt de krav som givits i deras åtalande.

#### 4.4 Beredskaps- och kontinuitetsshantering

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 kontinuitetshanteringen 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 handledd 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.

## ENHETSBEKRIVNING

Avdelningen följer tjänsteproducentens beredningsplanering enligt säkerhetsenhetens direktiv. Avdelningen har en egen säkerhetssida som finns på svenska och på finska i Laatuportti samt utprintad version i kansli. Säkerhetssidan innehåller enhetens säkerhetsplan, utredning om utrymningssäkerhet, räddningsplan för fastigheten, handlingskort och andra säkerhetsanvisningar som behövs på avdelningen. Säkerhetssidan uppdateras när förändringar sker och minst en gång i året, senast uppdatering (gjord) 31.10.202. Alla i personalen ska bekanta sig med beredningsplanen både för avdelningen och sjukhuset som helhet. Detta bekräftas med kvittering.

Avdelningens arbetstagare deltar minst vart 5:e år i en utbildningsdag om säkerhet. Alla i enheten deltar varje år i säkerhetspromenaden som ansvariga för kvalitet ansvarar för. Avdelningens kvalitetsansvariga håller koll och uppdaterar deltagarlistorna över säkerhetspromenaderna. Avdelningsskötaren följer upp säkerhetsskolningarna som man skall delta i vart 5:e år.

### Namnet på personen som ansvarar för tjänsteinhetens berednings- och kontinuitetsshantering och berednings- och kontinuitetsplan

Camilla Sundström, avdelningsskötare, 0443232181

Carina Saaranen, kvalitet- och säkerhetsansvarig

Biträdande avdelningsskötare, kvalitets- och säkerhetsansvarig

## 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

Haipro, Roidu och SHQS används för att följa upp kvaliteten och säkerheten på avdelningen. Till ledningen rapporteras tre gånger i året.

Kvalitet och säkerhet diskuteras dagligen och en öppen diskussion är viktig för att fånga upp även mindre avvikelser och nära på situationer. Ny personal och studerandes introduktion i ärendet är viktigt. Haipro finns alltid med som ett ärende på alla arbetsplatsmöten och som ordnas en gång per månad. Avdelningsskötaren påminner kontinuerligt personalen om vikten att följa med avvikelser på avdelningen med Haipro samt att alltid reagera och agera på avvikelser.

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 fyller varje dag i sådana händelser som varit på avdelningen som faller under denna uppföljning.

### 5.2 Uppföljning och rapportering av hur egenkontroll genomförs

Ansvariga personen i tjänsteinheten/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

Egenkontrollplanen är en sammanfattning av avdelningens ständiga kvalitetsarbete. Avdelningsskötaren med hjälp av biträdande avdelningsskötare ser till att egenkontrollplanen verkställs samt utvärderar om behov av förändringar finns. Varje arbetstagare har ett eget ansvar att läsa planen och verkställa det som står i den. Egenkontrollplanens uppföljningsrapport lämnas till ledningen var fjärde månad.

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

Plan för egenkontroll är utarbetad/uppdaterad, version nummer  
14.2.2025 version 1.0

**Ansvarspersonens underskrift och godkännande**  
Camilla Sundström

# Bilaga 1. Utvecklingsplan för egenkontroll

## Bilaga 1. Utvecklingsplan för egenkontroll

På verksamhets- och resultatenshetsnivå 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

14.2.2025

## Sammandrag av verksamhetsenhetens/resultatenhetens utvecklingsplan

Utvecklingsobjekt/ korrigerande åtgärd	Mål	Tidtabell/fördelning av ansvar/läge
Checklista ibruk även för studerande	ibruk för alla studerande	2025
Datasäkerhetsskolning, uppdatering	alla arbetstagare	2025