



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

# **Allmänmedicinsk avdelning 2 Jakobstad.**

## **Plan för egenkontroll**

### **Allmän information**

**Enhet**

Hoito-Osastot

**Rapporteringsdag**

2025-02-26

**Verksamhetschef**

Malin Forsbacka-Granbäck

# Plan för egenkontroll

## Innehållsförteckning

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

**3.15 Behandling av klient- och patientuppgifter och dataskydd**

**4. EGENKONTROLLENS RISKHANTERING**

**4.1 Ansvar för riskhantering, identifiering och bedömning av risker**

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

**4.2.1 Tjänsteproducentens och personalens anmälningsskyldighet**

**4.2.2 Anmälningsskanaler för klient/patient och extern tjänsteproducent**

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

**4.3 Köptjänster och underleverans**

**4.4 Beredskaps- och kontinuitetshantering**

**5. UPPFÖLJNING AV EGENKONTROLL OCH RAPPORTERING**

**5.1 Uppföljning av kvalitet, riskhantering och rapportering**

**5.2 Uppföljning och rapportering av hur egenkontroll genomförs**

**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

Sjukhuservice - vårdavdelningar

### Verksamhetsområdesdirektörens namn

Christian Palmberg

### Telefonnummer

+358405796181

### Tjänsteenhetens namn

Allmänmedicinsk avdelning 2 Jakobstad

### Form av tjänst

Sjukhuservice - vårdavdelning

### Adress

Kållbyvägen 7, ingång B, våning 2, 68600 Jakobstad

### Telefonnummer

0405583321; 0405579739

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

Lis-Marie Vikman, överskötare, telefonnummer: 0505947559

Britt-Mari Bjon, regionöverläkare, telefonnummer: 0505609382

### Servicepunkt som hör till tjänsteenhet och ansvarspersoner

Vårdavdelningar

### Resultatenhetens/verksamhetsenhetens uppgifter

Allmänmedicinsk avdelning 2 Jakobstad

Adress: Kållbyvägen 7, ingång B, våning 2. 68600 Jakobstad

Ansvarsperson: Malin Forsbacka-Granbäck, avdelningsskötare. Telefon: 0504385913

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

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

Köpt tjänst	Tjänsteproducent
Kosthåll och städning	Alerte
Fastighetsskötsel	Malmska fastigheter
Laboratorietjänster	Fimlab
It-tjänster, logistik, service och apparatur	2M-It
Väktartjänster	Axia Oy
Madrasser som förebygger trycksår	Medimatress
Företagshälsovård	Työplus

### 1.3 Verksamhetsidé, värderingar och verksamhetsprinciper

#### ENHETSBESKRIVNING

Allmänmedicinsk avdelning 2 Jakobstad erbjuder vårdavdelningsplatser dygnet runt för patienter som inte är i behov av specialistsjukvård.

Välfärdsområdet erbjuder genom sina tjänster trygghet, funktionsförmåga och välmående till sina klienter på båda inhemska språken.

På allmänmedicinska avdelningar vårdar och rehabiliterar vi patienter med kortvariga akuta sjukdomar. Vi vårdar också patienter som väntar på en plats till effektiverat serviceboende och ger palliativ vård och vård i livets slutskede.

Syftet med vården är att förbättra måendet, bota akuta hälsoproblem och förbättra funktionsförmågan med målsättningen att patienten utskrivs till sitt hem.

Vi erbjuder aktiverande och rehabiliterande vård för att förbättra och upprätthålla funktionsförmågan. Vår målsättning är att ge god vård och omsorg också i livets slutskede.

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

### 2.1 Utarbetande av en plan för egenkontroll

Enligt bestämmelsen i 27 § i lag om tillsynen över social- och hälsovård (741/2023, hädanefter tillsynslagen) ska privata och offentliga tjänsteenheter inom social- och hälsovården utarbeta en elektronisk plan för egenkontroll för att säkerställa att den dagliga verksamheten är av god

kvalitet, ändamålsenlig och säker samt för uppföljning av att den personal som deltar i klient- och patientarbetet är tillräcklig.

Inom Österbottens välfärdsområde utarbetas planer för egenkontroll inom verksamhetsområde och resultatområde samt inom verksamhets- och resultatenheter (med beaktande av speciallagstiftning, till exempel hälso- och sjukvårdslagen, barnskyddslagen, äldreomsorgslagen) i enlighet med den riktlinje om utarbetande som fastställs av välfärdsområdet. När kapitel 3 i tillsynslagen träder i kraft 1.1.2026 kommer organisationens nuvarande resultatområden att registreringstekniskt motsvara tjänstenheter. För varje tjänstenhet ska utarbetas en plan för egenkontroll som omfattar alla de tjänster som produceras vid tjänstenheten av tjänsteproducenten och för tjänsteproducentens räkning.

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

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

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

Malin Forsbacka-Granbäck, närchef/avdelningsskötare, tel: 0504385913

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

Malin Forsbacka-Granbäck, närchef/avdelningsskötare och Britt-Mari Bjön, regionöverläkare, tel: 0505609382

#### **ENHETSBESKRIVNING**

t.f. biträdande avdelningsskötare Anette Ekman (t.o.m. 4.5.2025)/biträdande avdelningsskötare Olivia Ennenga-Enlund (fr.o.m. 30.6.2025).

Patienter och anhöriga deltar indirekt i planering och uppföljning av egenkontroll via muntlig och skriftlig respons till enheten. Muntlig respons ges direkt till personalen i samband med vårdperioden eller per telefon. Skriftlig respons kan inlämnas via Roidu-tabletter eller QR-kod, Haipro-anmälan, eller via anmärkning om vård enligt anvisning på web-sidorna. Respons inkommer också via patient ombuden.

## **2.2 Genomförande av en plan för egenkontroll, publicering och uppdatering**

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

#### **ENHETSBESKRIVNING**

De planer för egenkontroll som utarbetas av tjänstenheterna finns på Österbottens

välfrädsområdes webbplats. En utskrift av planen för egenkontroll finns framme vi enheten så att klienterna/patienterna, anhöriga och de som är intresserade av egenkontroll kan läsa den.

Avdelningsskötaren ansvar för att planen för egenkontroll uppdateras regelbundet, minst en gång per år och när ändringar av anvisningar, verksamhet eller lagstiftning så kräver. Planen för egenkontroll ska ändras också då ansvarspersoner byts ut.

Avdelningsskötaren ansvarar för att personalen känner till egenkontrollplanen och följer den.

Godkännande av planen och dess uppdateringar sker i det elektroniska arkivet Dynasty.

Uppdaterade versioner av egenkontrollplanen införs på organisationens hemsida och på enheten enligt ovan. Avdelningsskötaren informerar personalen om gjorda uppdateringar i planen. Om ändringarna föranleder förändrade verksamhetsrutiner på avdelningen, säkerställer avdelningsskötaren att hela personalgruppen har tillräcklig information för att kunna tillämpa handlings sättet i den dagliga verksamheten.

Personalen uppdaterar regelbundet sina kunskaper i läkemedelshantering och avlägger tenter enligt organisationens krav och känner till avdelningens läkemedelsplan. All personal deltar vart femte år i säkerhetsutbildningar och släckningsövningar, samt övar utrymning av patient vid eventuell brand vart tredje år. Avdelningen har beredskap för olika avvikande händelser på avdelningen och har för detta en beredskaps och säkerhetsplan. Andra obligatoriska utbildningar är web-utbildning om datasäkerhet, Kanta och vård i livets slutskede. Personalen är skyldig att upprätthålla sin yrkeskunskap i enlighet med organisationens anvisningar. All fortbildning följs upp på personnivå och avdelningsskötaren följer med och möjliggör att all personal kan uppehålla sin kompetens.

### 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

På avdelningen följer vi organisationens vision. Vi använder våra resurser verkningsfullt, patientsäkerhet och kvalitet är högt prioriterat. Vi säkerställer kontinuerligt stärkande av personalens kunnande. Enligt våra löften till klienterna säkerställer vi kvaliteten i arbetet 24/7. Vi finns till hands när vi behövs och kunden kommer alltid först. Vi hjälper patienterna att upprätthålla välmående och stöder även anhöriga vid behov. Vi arbetar för att vårdkedjorna och processerna kring dem ska vara så fungerande som möjligt.

Kvalitetscertifikatet förutsätter att verksamheten auditeras regelbundet via interna och externa auditeringar. Före varje auditering förbereder sig avdelningen genom en självutvärdering av verksamheten. Organisationens egen tillsynsenhet gör också systematiska egenkontrollbesök på avdelningarna. Utvecklingsområden som framkommer vid dessa tillfällen åtgärdas.

Tillsynsmyndigheterna förrättar granskningar av avdelningsverksamheten och arbetarskyddet

och kan vid behov ge utvecklingsförslag och anvisningar om ändringsbehov.

Laatuportti är en on-line-plattform som används för kvalitetsledningen, i programmet finns riskbedömningar, auditeringsrapporter, uppföljning av personalens kompetenser, rapporter från tillsynsbesök och övrigt kvalitetsrelaterat material.

HaiPro är ett rapporteringssystem för anmälan om tillbud och negativa händelser i vården. Personalen uppmanas att anmäla avvikelser i patient- och klientsäkerheten och rapportera dessa i HaiPro-systemet. Varje anmälan hanteras och går igenom tillsammans personalen för att undvika att liknande situationer ska uppstå. Rapporteringen bidrar till att man på avdelnings- och organisationsnivå kan utveckla och förbättra verksamheten.

Via Roidu, digitala responssystem, får patienter och anhöriga ge positiv och negativ respons. Responsen kan ges via web-sidan, Roidu-plattor och QR-koder som dirigerar vidare till Roidu-programmet. Responsen kan ges anonymt eller med uppgivande av kontaktuppgifter. All inkommen respons beaktas i verksamhetsutvecklingen.

Vårdintensiteten på enheten följs med via ett program, Rafaela, som bedömer patienternas vårdintensitet i relation till den dagliga personalmängden. Vårdintensiteten ska vara inom ett visst optimalt område för att personalen ska ha förutsättningar för att kunna ge god och säker vård och omsorg.

Övriga nyckeltal finns att följa upp i ett lednings- och rapporteringssystem, Exreport. Där finns centrala nyckeltal som beskriver personal, patienter och ekonomi.

Avdelningen gör årligen verksamhetsplaner i ett för organisationen gemensamt program, Opiferus, samt utvärderar verksamheten i detsamma. Verksamhetsplanerna innehåller mål, centrala mätare av måloppfyllelsen, aktiviteter och riskbedömning för att uppnå målen.

Avdelningsskötare delar informationen med personalen i samband med avdelningstimmar och informationsmöten. Personalen deltar aktivt i utvecklingsprocesserna och är också själva ansvariga för att upprätthålla sin yrkesmässiga kompetens.

Personalen eftersträvar likabehandling och likvärdig kvalitet för alla välfärdsområdets patienter/klienter på avdelningen.

### 3.2 Ansvar för tjänsternas kvalitet

Ansvaret 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

Organisationen är en matrisorganisation, där ansvarsområdena är sammanflätade och fastställda i verksamhetsstadgan och i olika anvisningar och uppgiftsbeskrivningar.

Välfärdsområdesförvaltningens ledande tjänsteinnehavare leder de administrativa tjänsterna i syfte att bistå välfärdsområdets övriga verksamhet. Verksamhetsområdesdirektörerna leder verksamhetsområdena och sammanjämkar verksamheten mellan de olika verksamhetsområdena.

Resursdirektörerna, som beträffande vårdavdelningarna främst är chefsöverskötare och chefsöverläkaren, leder i direkt linje sin personal. Chefsöverskötare leder vårdpersonalen, terapeuterna och sekreterarna och chefsöverläkaren leder läkarkåren och vissa sakkunniga ss. psykologer och socialarbetare.

Mellanledningen består av resultatområdesansvariga, de leder inom sin egen linje och för egen del resultatområdets servicehelhet. Resultatområdesansvariga ansvarar på basis av linjedragningarna i strategin samt verksamhets- och ekonomiplanen för att servicen finns tillgänglig men även för servicekvaliteten, klient- och patientsäkerheten och verkningfullheten i

servicen samt för kundorienteringen. Resultatområdesansvariga utvecklar de centrala processerna inom sitt ansvarsområde i samarbete med verksamhetsområdesdirektören och resursdirektörerna. För vårdavdelningarna finns en ledningsgrupp för resultatområdet som sammankommer regelbundet.

Enligt verksamhetsstadgan ansvarar respektive resultatenhetsansvarig för enhetens verksamhet och ekonomi och för att servicen fungerar samt för ledningen av enheten.

För avdelningens del är avdelningsskötaren resultatenhetsansvarig och direkt underställd överskötaren (och koordinerande avdelningsskötaren) i vårdlinjen. Avdelningsskötaren ansvarar för kvaliteten och serviceupplevelsen av tjänsterna och verksamhets- och personalutvecklingen, för personalförvaltningsuppgifter och leder verksamheten i enlighet med ekonomiplanen. Avdelningsskötaren har också ett ansvar för personalens prestationsförmåga, välbefinnande och arbetarskydd. För den medicinska patientvården, dess kvalitet, utveckling och uppföljning ansvarar avdelningsläkaren, underställd sina förmän i läkarlinjen.

### 3.3 Klientens ställning och rättigheter

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

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

#### 3.3.1 Tillgång till tjänster och vård

Information om tillgång till tjänster och vård inom Österbottens välfärdsområde samt väntetider till vård finns på Österbottens välfärdsområdes webbplats: [Vård](#) och [Tillgång till vård – väntetid](#). Om att få vård stadgas närmare i 6. kap. i hälsovård- och sjukvårdslag (1326/2010). Aktuella maximala väntetider för att få vård finns på Social- och hälsovårdsministeriets webbplats: [Tillgång till vård \(vårdgaranti\) - Social- och hälsovårdsministeriet \(stm.fi\)](#)

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

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

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

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

## ENHETSBESKRIVNING

Patienterna kommer in till avdelningen från jour, hemsjukhuset, hvc-läkarmottagningar eller annan avdelning, dessutom vårdas palliativa patienter med så kallad lovad plats som har rätt att komma direkt till avdelningen för vård.

Patienterna vårdas på basen av en medicinsk vårdbedömning som är likvärdig för alla patienter. Vården verkställs i enlighet med medicinsk praxis och organisationens anvisningar. Läkaren gör en medicinsk bedömning av när patienten är klar för utskrivning till hemmet eller förflyttning till annan vårdnivå.

Servicehandledningen kartlägger behovet av hemvård och andra stödtjänster eller behov av en boendeplats, samt beviljar desamma. Vi arbetar kontinuerligt för att fördröjningarna i flytten från avdelningen till följande vårdnivå skall vara så kort som möjligt. Samtidigt strävar vi till en optimal patientström där patienten styrs till rätt vårdenhet på rätt nivå direkt.

Öppenvårdsalternativ ss. hemvård, hemsjukhusvård, effektiverad hemrehabilitering används alltid när detta är möjligt.

Verksamheten följs upp kvartalsvis i resultatområdenas egenkontrollrapporter. Dessa publiceras på organisationens hemsida och korrigerande åtgärder vidtas genast när behov finns.

### 3.3.2 Bedömning av servicebehov/vårdbehov

## ENHETSBESKRIVNING

I kapitel 6 i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) beskrivs patientens rätt att få vård inom hälso- och sjukvårdstjänster.

Patienterna vårdas på basen av en medicinsk vårdbedömning som är likvärdig för alla patienter. Avdelningsläkaren tar ställning till patientens vårdbehov och intagningsorsak och gör en individuell vårdplan i samråd med patienten och vid behov dennas anhöriga. Vårdpersonalen bedömer för sin del patientens vård- och rehabiliteringsbehov, planerar vården och verkställer läkarens ordinationer samt följer upp vårdens framskridande. Personalen har ett dagligt samarbete med fysioterapeuten, som stöder personalen och patienterna i deras mobilisering och aktivering. Förändringar i service- och vårdbehovet följs kontinuerligt upp under vårdperioden med sikte på utskrivning till patientens hem eller annan servicenivå.

I vårdarbetet används många olika mätare för bedömning av patientens vård- och servicebehov. I det dagliga arbetet används medicinsk apparatur ss. blodtrycksmätare, blodprov, mätning av kroppstemperatur, blodsocker, syresättning, hjärtfilm, ultraljud från urinblåsa.

För att bedöma fortsatt servicebehov används RAI-bedömningsverktyg, minnes- eller depressionstest. Fysioterapeuterna kan vid behov göra fallriskbedömningar och andra funktionstester. I samband med det dagliga kliniska vårdarbetet följs patientens funktionsförmåga upp och dokumenteras. Enligt patientens vård- och servicebehov görs en multiprofessionell helhetsbedömning under vårdperioden.

### 3.3.3 Planering och genomförande av tjänsten/vården

## ENHETSBESKRIVNING

Inom social- och hälsovården ska patientens självbestämmanderätt respekteras. Patienten har rätt att delta och påverka i planering och genomförande av vård. Om en myndig klient inte kan delta och påverka i planeringen och genomförandet av tjänsterna/vården, ska klientens vilja utredas i samarbete med hans lagliga företrädare, anhöriga eller annan närstående.

Den klientspecifika vårdplanen följs upp av ansvarig läkare, vårdpersonal och eventuella specialmedarbetare. Vården verkställs i enlighet med denna plan.

Vid ankomst till avdelningen gör vårdpersonalen en daglig plan för vårdarbetet innefattande även

verkställighet av läkarens ordinationer, vårdplanen följs upp och uppdateras dagligen. Avdelningsläkaren gör en ankomststatus, medicinsk vårdplan och epikris (vårdsammandrag). Vårdpersonalens vårdsammandrag och läkarens vårdepikris syns för patienten i OmaKanta, i dessa ingår anvisningar om fortsatt vård och uppföljning. All patientrelaterad dokumentation sker i den elektroniska patientjournalen.

Patienten har rätt att få information om sin vårdplan. Patientens mående och ändringar i vårdplanen diskuteras och delges kontinuerligt med patienten och vid behov anhöriga. Om patienten av någon orsak inte kan framföra egna önskemål är samarbetet med anhöriga speciellt viktigt.

Personalen läser och dokumenterar uppgifter om vården i varje arbetsskifte.

### 3.3.4 Bemötande av klient/patient och rättigheter

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

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

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

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

### Behandling av en klient/patient och rättigheter

#### ENHETSBESKRIVNING

Anställda som jobbar inom social- och hälsovården ska respektera och stärka klientens och patientens självbestämmanderätt och stöda klientens eller patientens delaktighet i planering och genomförande av vård och tjänster.

Patientens språkliga rättigheter tryggas genom organisationens språkkrav. Organisationen stöder språklärandet i de båda inhemska språken. Tolktjänster används alltid när det behövs.

Saklig och likvärdig behandling garanteras för varje patient och personalen följer organisationens direktiv för gott bemötande av kunder. Organisationen har anvisningar för hur anställda, patienter och anhöriga skall agera om de noterar osakligt bemötande och anmälningskanal för detta finns via intra och organisationens hemsida. Alla fall av upplevt dåligt bemötande behandlas när feedback fås; muntligen, som HaiPro eller som påminnelse via patientombudsman eller myndighet. Den som gjort anmälan får respons om att feedbacken har behandlats. Information om patientombuden och deras kontaktuppgifter finns till påseende på samtliga enheter.

## Självbestämmanderätt

### ENHETSBESKRIVNING

Patientens självbestämmanderätt är en central del av en kvalitativ vård. Restriktioner som begränsar rörligheten får endast användas i situationer där klientens/patientens personliga säkerhet är allvarligt hotad. Begränsande åtgärder används i varje enskilt fall, endast i den utsträckning som är nödvändig. Beslutet är alltid patientspecifikt och före ett beslut kan göras bör man överväga om det finns andra lämpliga metoder för att öka säkerheten. När det fattas beslut om åtgärder som begränsar rörelsefriheten för klienten/patienten bör nackdelarna och fördelarna med begränsningen beaktas på lika villkor.

Personalen samarbetar kontinuerligt med patienten och vid behov med anhöriga och beaktar i mån av möjlighet deras önskemål om vård och omsorg. Patienten deltar aktivt i våden och hans önskemål och behov beaktas och dokumenteras. Vårdplanen dokumenteras så, att också patienterna förstår och känner till de överenskomna målsättningarna. Vårdarna och läkarna säkerställer att patienten får så god vård och omsorg som möjligt. Läkaren informerar patienten om hans sjukdom och undersökningsresultat och om olika vårdmöjligheter och dess effekter. Personalen använder ett språkbruk, som patienten förstår.

Personalen känner till principerna för användande av begränsande åtgärder i vården. Användning av begränsningsåtgärder diskuteras alltid med vårdansvariga läkaren, verkställs med läkarens lov och dokumenteras. Begränsningsåtgärder för att förebygga fallolyckor och som används är sängstöd, grenbälte då patienten sitter uppe, mera sällan används hygienhalare och magnetbälte. Begränsande åtgärder diskuteras med anhöriga, som också kan ha önskemål om dessa fallförebyggande åtgärder.

Anvisningar för begränsande åtgärder finns inom organisationen och enligt dem fungerar vi, anvisningen finns i materialbanken på intra.

### 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 \(osterbottensvalfard.fi\)](https://www.osterbottensvalfard.fi).

Motsvarande formulär för anmärkning som gäller tjänster/vård inom hälso- och sjukvården och anvisningar för ifyllandet finns på vår webbplats: [Missnöjd med vården - Österbottens välfärdsområde \(osterbottensvalfard.fi\)](https://www.osterbottensvalfard.fi)

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

### Klagomål

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

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

### Patientskadeanmälan

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

### ENHETSBESKRIVNING

Anmärkningar och patientskadeanmälningar inkommer via registraturen och tilldelas ansvarig tjänsteinnehavare för svarsprocess. Samtliga anmärkningar utreds enligt § 10 i lagen om patientens ställning och rättigheter i hälsovården. Utlåtanden begärs av vid behov av avdelningssköterskan och avdelningsläkaren och vid behov annan personal och den som svarar på anmälan bekantar sig med patientens journalhandlingar. På basen av detta tar ansvarig tjänsteinnehavare ställning till huruvida försummelse eller felaktighet i patientvård eller bemötande har förekommit och sammanställer ett svar till patient/anhörig. All inkommen feedback beaktas i utvecklingen av verksamheten.

**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**

Britt-Mari Bjön, regionöverläkare, tel.: 050-5609382

Lis-Marie Vikman, översköterska, tel. 050-5947559

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

Gäller ej enheten.

### 3.3.6 Social- och patientombudens tjänster

#### Social- och patientombudens uppgifter och kontaktuppgifter

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

#### Socialombudens och patientombudens uppgifter:

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

#### Socialombudets kontaktuppgifter

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

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

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

#### Patientombudens kontaktuppgifter:

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

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

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

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

### 3.3.7 Klienternas/patienternas delaktighet

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

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

Med delaktighet avses möjlighet till delaktighet och påverkan antingen i egen vård eller i bredare omfattning än de egna angelägenheterna i form av idéer, planering, utveckling, genomförande och utvärdering av tjänster, tjänstekedjor samt tjänstehelheter.

En patient har rätt att delta i planeringen av undersökningar, vård och rehabilitering som gäller hen själv. Inom hälso- och sjukvården ska vid behov utarbetas en plan för undersökning, vård, medicinsk rehabilitering eller annan motsvarande plan där det framgår hur patientens vård ordnas och enligt vilken tidtabell. Planen ska utarbetas i samförstånd med patienten, hens anhöriga eller närstående eller hens lagliga företrädare. (Lag om patientens ställning och rättigheter 785/1992, § 4a).

Patienters och anhörigas delaktighet betyder att deras syn och önskemål beaktas i alla situationer i anknytning vården och vid utveckling av verksamheten. Det viktigaste gällande klienternas delaktighet är att varje klient har möjlighet att delta i planering, tillhandahållande och utvärdering av vård och tjänster som gäller klienten. Detta sker i samråd med avdelningens personal i enskilda situationer som gäller den egna vården.

Våra patienter har möjlighet att ge oss feedback via tidigare nämnda respons-kanaler samt genom direkt dialog med personalen. I Österbottens välfärdsområde har vi därtill tillsatt fyra klientråd där medlemmarna får ta ställning till hur kundorienteringen och kundens synpunkt borde tas i beaktande i välfärdsområdets verksamhet. Råden tar även fram förslag till hur servicen kunde göras mer användarvänlig. Klientråden fungerar dessutom som ett forum för personalens representanter där de kan ställa frågor till kunderna när de ska utveckla och bedöma servicen i välfärdsområdet.

### 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 samlas 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

Då avdelningens plan för egenkontroll utarbetas, ändras och vid verksamhetsutveckling ska avdelningen ta hänsyn till respons som regelbundet samlas in från patienter, deras anhöriga och närstående samt från tjänsteenhetens personal. (Tillsynslagen 741/2023, 27 §).

Respons och erfarenheter från patienter och deras närstående är en viktig och väsentlig del av utvecklingen av välfärdsområdets tjänster med avseende på innehållet, kvaliteten, klient- och patientsäkerheten och egenkontrollen. Eftersom god kvalitet på en tjänst kan betyda olika saker för personalen och klienterna, är respons som regelbundet insamlas på olika sätt en viktig del av utvecklingen av enheten.

Avdelningarna har egna CLES-, Roidu- och NPS-kanaler via vilka studerande, patienter och anhöriga kan ge respons. Enheternas ansvarspersoner går genom feedbacken i dessa enligt organisationens föreskrifter. Feedbacken går genom på avdelningstimmar så att den når de anställda. Responsen beaktas i verksamhetsutvecklingen. Statistiken för dessa publiceras i verksamhetsområdets egenkontrollrapport kvartalsvis.

## 3.5 Personal

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

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

[Behörighetsstadagan](#) finns på välfärdsområdets webbplats.

### 3.5.1 Mängden och strukturen för personal

## ENHETSBESKRIVNING

Personalen ska ha den utbildning som behövs för verksamheten, tillräckligt yrkeskunnande och färdigheter, med hänsyn till de tjänster som tillhandahålls och de patienter som använder tjänsterna. Organisationen ska säkerställa att även social- och hälsovårdsanställda som eventuellt är inhyrda eller köpta av en underleverantör uppfyller de krav som ställs i lagar som gäller yrkespersoner inom social- och hälsovården.

På avdelningen jobbar sjukskötare och närvårdare, personaltätheten är 1,05 vårdare/patient.

Personalstrukturen enligt följande:

måndag – fredag: morgon: 3 sjukskötare och 4 närvårdare

kväll: 2 sjukskötare och 2 närvårdare

natt: 1 sjukskötare och 1 närvårdare

lördag - söndag morgon: 2 sjukskötare och 4 närvårdare

kväll: 2 sjukskötare och 2 närvårdare

natt: 1 sjukskötare och 1 närvårdare

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

#### ENHETSBESKRIVNING

Vikarier för kortare vikariat rekryteras huvudsakligen via resurshanteringstjänsterna. Anställda för längre vikariat och fast anställning rekryteras via KuntaRekry. Organisationens behörighets- och språkstadga fastställer behörighetskraven för enskilda yrkesgrupper. Läkareresursering sköts via kund- och resurscentret. I samband med anställning kontrollerar närchefen behörighet och lämplighet för arbetsuppgifterna.

Vid anställning kontrolleras samtliga yrkespersoners behörighet via myndighetsregistret JulkiTerhikki. Studerandes rätt att tillfälligt jobba som yrkesperson inom hälso- och sjukvården bestäms av den totala mängden studiepoäng. Den studerande handleds och övervakas under praktiken.

Vikarier används i den mån som patientsäkerheten förutsätter och budgeten tillåter. För akut uppkomna frånvaron bland personalen så rekryterar man vikarier via plattformen SoTender.

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

#### ENHETSBESKRIVNING

Avdelningsskötarna utreder eventuell brottslig bakgrund hos personer som ska arbeta med äldre i enlighet med lagen om kontroll av brottslig bakgrund (504/2002) samt utifrån (741/2023) 28 § i tillsynslagen hos personer som ska arbeta med äldre.

Avdelningsskötarna begär in straffregisterutdrag vid nyanställning av ordinarie personal.

Rekryteringsenheten eller avdelningsskötaren kontrollerar vikariernas straffregisterutdrag vid anställningar som varar längre än tre månader. Enligt lagen registrerar avdelningsskötaren att en anställd uppvisat straffregisterutdrag och detta gäller tillsvidare om inget avbrott i anställningen. Vid anställning av ny personal, ordinarie som vikarier, kontrollerar och följer avdelningsskötaren upp den anställdas lämplighet för arbetsuppgifterna och att personalen har andra nödvändiga kunskaper och färdigheter.

### 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

För de allmänmedicinska avdelningarna finns en anvisning och checklista för introduktion av ny personal. Introduktionen följs upp och checklistan undertecknas av närchef och den nyanställda efter genomgången introduktion. De nyanställda läser också i organisationens introduktionsprogram i Laatuportti och avlägger nödvändiga web-utbildningar. För studerande och deras introduktion i arbetet finns en godkänd processbeskrivning. Alla studerande har en eller två namngivna handledare.

### 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 gå 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

Välfärdsområdet följer systematiskt upp och utvärderar social- och hälsovårdspersonalens fortbildning samt genomförandet av de planer som gäller fortbildning. Vid uppföljningen av

fortbildning ska utvärderas åtminstone huruvida mängden fortbildning är tillräcklig, deltagande i utbildning, innehåll i utbildning, kvalitet och effekter samt kostnader för utbildning. Innehållet i fortbildningen ska beakta personalens grundutbildning, kraven och innehållet i arbetet.

Avdelningsskötaren följer upp personalens deltagande i utbildning och bokför detta i de interna programmen Alma och Laatuportti samt avdelningens egen fortbildningsplan. Alla anställda har också ett eget ansvar för att utveckla och bibehålla sin yrkeskunskap.

Obligatoriska utbildningar såsom återupplivning, medical emergency team (MET), första hjälp, säkerhet, datasäkerhet och läkemedelsbehandling ordnas av organisationen. Därtill ordnas på avdelningsnivå avdelningstimmar enligt de teman som behövs för den egna verksamheten och personalen. Kunnandet följs upp enhetsvis, eventuella brister och missförhållanden följs upp via HaiPro.

Utvecklingssamtal ordnas årligen, uppföljning internt i personaladministrativa programmet Alma. Därtill görs årligen en fortbildningsförfrågan på basen av vilken nästa utbildningsplan fastställs.

I samband med externa och interna auditeringar och egenkontrollbesök redogörs för personalens fortbildning, egenkontroll och säkerhetskunnande.

### 3.5.4 Arbetshälsa och arbetarsäkerhet

#### ENHETSBESKRIVNING

God arbetshälsa är en förutsättning för verksamhet som är säker för patienterna. Utmaningar med personalens ork påverkar kvaliteten på arbetet samt arbetstagarens inställning och därmed klienternas säkerhet. Personalens arbetshälsa följs upp genom statistik på sjukfrånvaro och årligen återkommande välmåendeundersökningar. Personalens rekommendationsmätare NPS kartläggs två gånger årligen. Resultaten följs upp på enhets- och resultatområdesnivå. Personalens välmående och ork stöds bland annat genom TYKY-verksamheten, E-passi och ledarskapsutbildning för närcheferna och deras ersättare. Varje anställd har också ett eget ansvar för sin arbetshälsa. Organisationen betonar förebyggande åtgärder för personalens arbetshälsa och det finns anvisningar och program för detta. På enheten diskuterar vi tillsammans välfärdsområdets vision, värden och mål och utgående från dem görs upp enhetens spelregler. Enhetens gemensamma spelregler är ett tillvägagångssätt som bygger psykologisk trygghet på arbetsplatsen, där alla blir hörda och vi litar på varandra och tillsammans arbetar mot samma mål.

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

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

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

tjänstesektorer.

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

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

## ENHETSBESKRIVNING

Vårdavdelningarna ska ha tillräckligt med multiprofessionell personal och kunnande för att säkerställa vårdens kvalitet och patientsäkerhet. Resursledningen och verksamhetsområdets ledning ansvarar för en tillräcklig personaldimensionering.

Vid enheterna för vårdarbete följer cheferna upp att personalresurserna är tillräckliga bland annat genom Rafaela-rapporter som gäller vårdbehov och -intensitet. Genom rapporterna fås detaljerad information om arbetsmängden, patienternas vårdbehov och personalresursfördelningen. Personalantalet och vårdintensiteten följs upp av när- och mellanledningen. För exceptionella situationer finns separata beredskapsplaner och handlingskort på avdelningen.

Risikfaktorer definieras i samband med verksamhetens planering och vid större åtgärder. Organisationens drag- och hållkraft satsas på. I situationer där det inte finns tillräckligt med personal eller tillräckligt med kunnig personal samarbetar vi över enhetsgränserna och med resurshanteringstjänsterna.

För speciella situationer då patientbelastningen är högre än normalt eller vid betydande tillfällig personalfrånvaro har vi anvisningar för hur personalen prioriterar i arbetsuppgifterna utan att riskera patientsäkerheten.

### 3.7 Sektorsövergripande samarbete och samordning av tjänster

#### ENHETSBESKRIVNING

Klienter inom social- och hälsovården kan behöva flera tjänster samtidigt. För att en tjänstehelhet ska vara fungerande för klienterna/patienterna, och motsvara deras behov, krävs samarbete mellan tjänsteproducenterna, och särskilt viktig är informationsgången mellan olika aktörer. Hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010, 32 §) styr det multiprofessionella samarbetet mellan klienternas/patienternas tjänsteproducenter.

Bestämmelser om antecknande av klientinformation i sektorsövergripande samarbete samt i socialvårdens och hälso- och sjukvårdens gemensamma service upphittas i 7 kap. i kunduppgiftslagen (703/2023). Bestämmelser om utlämnande av uppgifter utan kundens tillstånd inom socialvårdens och hälso- och sjukvårdens gemensamma service samt för ordnande och tillhandahållande av hälso- och sjukvårdstjänster som är nödvändiga för andra hälsovårdstjänster finns i 53 § i kunduppgiftslagen.

Vi samarbetar med olika yrkesgrupper inom organisationen (läkare, vårdpersonal, terapitjänster, socialvården, bilddiagnostik, laboratorieteknik, vårdplaneringsgrupp för boendetjänster, SAS-gruppen/ servicehandledning, teknisk personal) via muntlig informationsgång, olika datatekniska lösningar.

Genom övergången till ett gemensamt patientjournalssystem 2025 för alla enheter inom välfärdsområdet har alla tillgång till nödvändiga patientdata för vården. För de enheter som ännu inte har gemensamt patientdatasystem, fungerar informationsgången muntligt och skriftligt genom att dokument över patientdata sänds via intern eller extern postgång, information hämtas från Kanta-databas och arkiv-system som finns inom organisationen, dessutom används Turva-posti där patientdata sänds som säker e-postmeddelande.

På enheterna hålls regelbundna möten med övriga samarbetspartner inom och utanför organisationen. Fortbildningar hålls för personalen enligt uppgjord utbildningsplan där man beaktar organisations krav och enhetsvisa behov.

Patient- och anhörigfeedback kan ges direkt vid vårdande enhet, muntligt eller genom Roidu responskanal eller QR-kod till densamma. Därtill kan respons ges via välfärdsområdets hemsidor. Det finns även möjlighet att göra HaiPro- klient och patientsäkerhetsanmälan via hemsidan.

### 3.8 Lokaler och utrustning

#### ENHETSBESKRIVNING

Välfärdsområdet ska ha ändamålsenliga och tillräckliga lokaler för verksamheten. Lokalerna och verksamhetsmiljön ska till sanitära och övriga förhållanden vara lämpliga och säkra för den tjänst, vård, undersökning, fostran och övriga omsorg som tillhandahålls patienten. Lokalerna ska stöda klienternas och patienternas allmänna välbefinnande och sociala interaktion.

Hälsoskyddslagen (763/1994, 2 §) innehåller krav på egenkontroll. I enlighet med kraven ska den som utövar verksamhet identifiera de risker i verksamheten som orsakar sanitär olägenhet och följa upp de faktorer som påverkar dem. Risker som påverkar verksamheten (till exempel temperatur i inomhusluften, buller, ventilation, strålning och belysning) ska identifieras, allvarlighetsgraden i riskerna bedömas och metoder för riskkontroll planeras.

Alla enheter inom välfärdsområdet ska ha en egen säkerhetssida i det nätbaserade kvalitets- och riskhanteringsprogrammet Laatuportti. Enhetens säkerhetssida innehåller en säkerhetsplan, utrymningssäkerhet och allmänna anvisningskort för störningssituationer.

Fastighetsägaren ansvarar för det långsiktiga underhållet av fastigheterna som används för verksamheten. Elektroniskt via interna hemsidor kan man lämna in begäran om reparation eller felanmälan samt begäran om ändringar i verksamhetsutrymmen. Avdelningen har utarbetat säkerhetssidor och handlingskort för exceptionella situationer. Säkerhetsvandringar görs regelbundet och utrymningsfärdigheter övas med jämna intervaller.

All medicinsk apparatur och alla hjälpmedel som används är granskade och märkta gällande säker användning för verksamheten.

Städning, avfallshantering och hantering av problemavfall sköts av inhouse-bolag.

Allmänmedicin avdelning 2 finns i B-byggnadens andra våning, avdelningen har 20 patientplatser, 3 rum med sluss-utrymme (så kallat isoleringsrum), 3 enskilda rum varav 2 av dem är sammankopplade med gemensam wc/dusch, 6 stycken 2 personers rum och 1 rum för 2-3 personer som är ngt större. Alla patientrum har wc och dusch möjligheter på rummet.

På avdelningen finns ett sköljrum, ett större badrum där man kan duscha patienter på duschsäng, fyra förråd, samt en gemensam toalett för patienter samt två personaltoaletter. Det finns två sköterske-kanslier på avdelningen, två läkarkanslier samt kansli för avdelningsskötare. Ett litet kök för patient-maten, det befinner sig i anslutning till dagsalen. Personalen har ett gemensamt kafferum, vilket även används som mötesrum vid informationstillfällen eller avdelningsmöten. Det finns en inglasad balkong som nås både genom dagsalen och genom personalens kafferum.

Avdelningen är utrustad med sprinklers i alla rum och gemensamma utrymmen, samt automatiska brandvarnare, vattenposter och brandsläckare finns i varje korridor. Brandfilter finns utplacerade på flera ställen runt avdelningen.

-AVI granskning 19.4-2024

-Brandalarmservice, november 2023

-Arbetshälsovårdens granskning (Työplus) gjord 2021, nästa granskning är planerad till 2026

- Läkemedelsrummets granskning är gjord 28.1.2025
- Intern kvalitetsgranskning/-tillsynsbesök gjord 29.2.2024

Enhetsvisa säkerhetsplaner har uppgjorts och personalen har tagit del av dess innehåll. Personalen genomgår årligen säkerhetsvandringar på enheten och utrymningsövningar ordnas regelbundet.

Besökstiderna är kl.14-19 på de allmänmedicinska avdelningarna.

Dataskyddsbeskrivning finns uppgjord för alla enheter, sekretessfilter används på dataskärmar för att undvika att sekretessbelagda uppgifter kan synliggöras för utomstående eller obehöriga. Riskkartläggning görs varje år i databasen Laatuportti, se närmare i punkt om riskkartläggning nedan.

Secapp anmälningssystem används för kritisk kommunikation vid störningssituationer.

Dörrarna ner till källarens personalutrymmen hålls låsta, personalen tar sig in genom personligt passerpollett. Ytterdörrarna hålls låsta mellan kl. 19-06:15, under den tiden behöver någon ur personalen använda sin personliga passerpollett för att ta sig in i byggnaden. Ringklocka finns tillgänglig för utomstående som eventuellt behöver in i byggnaden utöver öppettiderna. Passerpollett används alltid för tillgång till läkemedelsutrymmen, endast personal som har läkemedelsintyg, utfärdat av ansvarig läkare, har tillgång till detta utrymme.

### 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

Via HaiPro-anmälan kan man göra felanmälan på medicintekniska produkter som länkar till Fimea- som är ett övervakande organ över medicintekniska produkter.

All utrustning granskas innan ibruktagande och granskas med regelbundna intervaller av medicintekniskt kunnig personal. Apparatanvarig personal finns på enheten som har övergripande syn på enhetens medicintekniska apparater.

Personalen har genomgått introduktion, utbildning i användning och uppvisat kunnande i användandet av medicinteknisk utrustning och detta dokumentera elektroniskt i databas; Laatuportti. Samarbete med specialsakkunnig personal som kan handleda, undervisa och vägleda i användning och underhåll av apparatur.

Anskaffning av medicinteknisk apparatur sker via inköpsenheten för organisationen.

I välfärdsområdets tjänstenheter sköter man klienters, patienters och personals säkerhet på olika sätt, efter hurdana risker förekommer i verksamheten i enheten. Klienternas säkerhet kan garanteras med patientlarm och trygghetstelefoner och personalens säkerhet med telefoner, personlarm och personsökare mm. I enheterna kan det handla om hur passerkontrollen till enheten har ordnats såsom till olika rum, hur möblerna har placerats i olika rum, om extra utgångar finns i olika rum, i vilken omfattning ytterdörrarna hålls låsta, om kameraövervakning används i enheten, köps tjänster av bevakningsföretag mm.

Kameraövervakning regleras bland annat i Finlands grundlag (731/1999, 10 §); i strafflagen (39/1889, 24 kapitlet, 6 §, 11 §); i EU:s allmänna dataskyddsförordning (679/2016). Om kameraövervakning används i enheten ska personer underrättas om det med kameraövervakningsmärke före man kommer in på övervakat område/i övervakad byggnad. Kameraövervakning i allmänna utrymmen avsedda för klienters användning i enheten är inte motiverad, inte heller i personalutrymmen eller toaletter. Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet (Fimea) har utfärdat bestämmelsen: Yrkesmässiga användares rapportering om tillbud gällande medicinteknisk produkt och anvisningen: Hantering av medicinteknisk produkt som varit inblandad i tillbud (Fimea 1/2023). För att garantera produktkunnande har

SHM vidare publicerat handboken, Säker användning av medicintekniska produkter - Handbok för att säkerställa den medicintekniska kompetensen (SHM:s publikationer 2024: 3).

I Österbottens välfärdsområde behandlas personuppgifter i enlighet med de grunder som fastställts i dataskyddsförordningen. I regel grundar sig behandlingen av personuppgifter på en lagstadgad skyldighet eller på en registrerad persons samtycke. Erhållna personuppgifter behandlas endast för angivet ändamål.

Den registrerade har rätt att få veta för vilka syften och på vilket sätt personuppgifter behandlas. På välfärdsområdets hemsida finns en offentlig dataskyddsbeskrivning av de patientregister som upprättas och vilka som ansvarar för dessa. I den ingår uppgifter om dataskyddsombuden och kontaktuppgifter till dem. Dataskyddsombuden ger vid behov tilläggsuppgifter om hur personuppgifter behandlas inom välfärdsområdet och tar emot eventuella klagomål om hur personuppgifter behandlats. På välfärdsområdets hemsida finns även dataskyddsbeskrivningar som gäller kameraövervakning, kundresponssystemet Roidu och telefonväxeln.

En informationssäkerhetsplan finns tillgänglig för personalen på intra-sidorna och går genom med personalen och vid introduktion av ny personal. Personalen uppdaterar regelbundet sina kunskaper om dataskydd och datasäkerhet via en web-utbildning. Närchefen följer upp att alla personal gått utbildningen. Vid anställning informeras all personal om organisationens datasäkerhetsbestämmelser och skriver under en blankett, att de tagit del av informationen. Organisationen har separata ansvarspersoner som kontrollerar att avtalen köptjänst- och underleverantörsavtal är heltäckande.

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

Johanna Svenlin, enhetens apparatansvariga, sjukskötare

### **Informationssystem och informationssäkerhet**

#### **ENHETSBESKRIVNING**

Informationssäkerhetsplanen finns tillgänglig för personalen på intra-sidorna och går genom med personalen på avdelningstimmar och vid introduktion av ny personal. Personalen uppdaterar regelbundet sina kunskaper om dataskydd och datasäkerhet via en web-utbildning. Avdelningsskötaren följer upp att alla personal gått utbildningen. Vid anställning informeras personalen om organisationens datasäkerhetsbestämmelser och skriver under en blankett, att de tagit del av informationen.

#### **Användande av teknologi**

#### **ENHETSBESKRIVNING**

Patientens individuella behov och självbestämmanderätt förverkligas enligt normal praxis också när teknologi utnyttjas för att producera tjänster. Befintliga registerbeskrivningar finns enligt föregående. Erhållna personuppgifter behandlas endast för angivet ändamål. För teknologiska funktionsfel och väntetider för service finns särskilda handlingsplaner. Större tekniska risker framkommer av de riskkartläggningar som görs i olika sammanhang och man strävar därigenom till att förebygga oönskade händelser.

Inom enheten används ingen kameraövervakning.

Organisationen har upphandlat de säkerhets- och väktartjänster som behövs utanför tjänstetid. Avdelningen anlitar väktarbolaget AxiaSecurity OY, person-, överfallslarm finns i bärbar form för personalen samt i kansliutrymmena. Patienterna har tillgång till alarmsystem vid varje bäddplats

samt i wc utrymmet + vid rumsdörren. Alarmsystem som används för patienter och personal på enheterna kontrolleras regelbundet, så att de fungerar.

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

Malin Forsbacka-Granbäck, avdelningsskötare, tel. 0504385913

## **3.10 Läkemedelsbehandling**

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

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

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

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

### **ENHETSBESKRIVNING**

Den vårdande läkaren bär ansvaret för klientens/patientens läkemedelsbehandling i sin helhet. I arbetsenheten ska finnas namngiven sjukskötare som ansvarar för genomförandet av hela läkemedelsbehandlingen. Sjukskötaren som ansvarar för genomförandet av hela läkemedelsbehandlingen ska arbeta i arbetsenheten så att hen kan ingripa i missförhållanden när hen lägger märke till dem (handboken säker läkemedelsbehandling 2021: 6; Fimea).

Läkemedelsbehandling utförs regelbundet på enheten utgående från den läkemedelsplan som uppgjorts. Läkemedelsplanen uppdateras årligen och vid behov.

Avdelningsskötaren och biträdande avdelningsskötare uppdaterar läkemedelsplanen vid behov och avdelningens ansvariga läkare läser igenom och godkänner planen i sin helhet. Enhetens vårdpersonal som deltar i vårdarbetet och läkemedelsbehandlingen läser igenom planen och kvitterar att de läst igenom med läskvitto. Avdelningsskötaren ansvarar över enhetens

läkemedelsbehandling och säkerställer att den utförs patientsäkert och enligt rådande anvisning. Vårdpersonalen behöver ha ett ikraftvarande intyg över sitt kunnande över läkemedelsbehandling – detta säkerställs genom att vårdpersonalen (sjukskötare, närvårdare) var 5:e år läser, skriver tentamen och uppvisar praktiskt kunnande i läkemedelsbehandling som krävs på enheten, LOVE.

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

Britt-Mari Bjön, regionöverläkare, tel: 050-5609382

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

Malin Forsbacka-Granbäck, avdelningsskötare, tel: 050-4385913

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

Gäller ej enheten.

### **3.11 Näring**

#### **ENHETSBESKRIVNING**

I patienters näringstillförelse i tjänsteeenheter i Österbottens välfärdsområde beaktas Livsmedelsverkets anvisningar gällande intags- och näringsrekommendationer för befolkningen och olika åldersgrupper.

Vid ordnandet av måltiderna beaktas utöver patienternas önskemål specialdieter (som är förenade med sjukdomar, matöverkänsligheter, -allergier och -intoleranser) och olika matsammansättningar, så att alla kan inta näring utan onödiga hälsorisker. Kost som hör samman med religion eller etisk övertygelse är en del av den kulturella mångfalden, vilket också beaktas och respekteras när tjänster/vård verkställs.

Måltider och livsmedel till patienter beställs via extern inhousebolag, Alerte, beställningar görs regelbundet av vårdpersonal via digitalt beställningsprogram, Aromi.

Eventuella allergier eller dieter säkerställs genom att vårdpersonalen vid patientens ankomst till avdelningen kollar upp patientens önskemål och behov och beställningen görs individuellt på patientens eget namn. Matlistan finns tillgänglig via Alertes hemsidor och via enheten.

Frukost serveras kl. 8, lunch kl. 11:30-12, middag kl. 16 och kvällsmål kl. 19. Däremellan finns möjlighet till uppvärmd måltid eller mellanmål. Maten tillreds via så kallad cook and chill metod och levereras i värmevagnar till enheten varifrån anstaltsvårdarna serverar måltiden åt patienten. Måltiderna som tillreds följer de finska näringsrekommendationerna, man använder sig av närproducerade råvaror.

### **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

välårsdsområds intras och på [webbsidorna](#).

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

Enheten ska ha egen namngiven hygienansvarig. Hygienansvarigas roll i arbetsenheterna och deras uppgiftsbeskrivning finns i intras 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 vaccinerings: <https://thl.fi/sv/teman/infektionssjukdomar-och-vaccinationer>

Österbottens välfärdsområds intrasidor: Hygien och bekämpning av infektioner

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

### **ENHETSBEKRIVNING**

Enligt lagen om smittosamma sjukdomar (1227/2016, 17 §) ska verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården och socialvården systematiskt bekämpa vårdrelaterade infektioner. Den som är chef för verksamhetsenheten/den ansvariga ska följa upp förekomsten av smittosamma sjukdomar och mikrober som är synnerligen resistenta mot läkemedel och sköta smittbekämpningen. Verksamhetsenheten ska svara för ändamålsenligt skydd för och placering av patienterna och de anställda samt studerande och praktikanter och se till att antimikrobiella läkemedel används som sig bör. Enhetschefen/den ansvariga ska biträdas av sådana yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som är insatta i bekämpningen av smittosamma sjukdomar och samordna sin verksamhet med de åtgärder som välfärdsområdet genomför samt med riksomfattande program för infektionsbekämpning som anknyter till vården. (1149/2022).

Personalen följer givna anvisningar om hygien och bekämpning av infektioner. Enheten bär ansvaret för hygien och infektionsbekämpningen, hygiensteamet fungerar som stöd. Enheten ska ha namngiven hygienansvarig som fungerar som länk mellan hygiensteamet och enheten. Ytterligare information om kontroll av allvarliga vårdrelaterade infektioner och anmälningspraxis finns på Institutet för hälsa och välfärds (THL) sidor.

Avdelningen följer de hygienanvisningar som gemensamt uppgjorts inom välfärdsområdet. Anvisningar finns tillgängliga via interna nätsidor för personalen.

Desinfektionsmedel för handdesinfektion finns tillgängligt i alla utrymmen inom enheten.

Vi har anvisningar och rutiner för rengöring av medicinteknisk utrustning, denna utförs enligt produkttillverkarens anvisning.

Tvätteritjänsterna har upphandlats och beställs och tillhandahålls som hyrestextilier från inhouse bolaget Provina.

Den hygienansvariga på enheten samt enhetens avdelningsskötare säkerställer att personalen har tillräckliga kunskaper i hygienanvisningar.

Vi följer hygienanvisningar som finns för att säkerställa oss om att smittosamma sjukdomar och infektioner inte sprids inom enheten. Vi använder oss av ett infektionsregister (SAI) samt prevalensuppföljning som görs ett antal gånger per år för att följa upp ev. infektioner och smittosamma sjukdomar. Personalen och även patienter med längre vårdperioder erbjuds vaccinering av säsonginfluensa. Vid anställning kontrolleras och kompletteras personalens

smittskydd i samarbete med företagshälsovården.

Säkerställande av personalens kunskap: Regelbundna hygienavdelningstimmar hålls på enheten, deltagande i större regionala utbildningar som ordnas.

Det finns en uppgjord plan för städning och hygien på enheten, utarbetad i samarbete med anställda från inhouse-bolagen, som utför städning och renhållning.

Hygienskötaren följer aktivt med olika vårdrelaterade infektioner, fungerar som sakkunniga och kontaktar berörda enheter vid behov.

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

Saija Nyström, enhetens hygienansvariga, sjukskötare

### **3.13 Hälso- och sjukvård**

#### **ENHETSBESKRIVNING**

För att säkerställa klienters hälso- och sjukvård ska personalen upprätthålla och utveckla sitt yrkeskunnande. Kunnandet i första hjälpen ska motsvara patientstrukturen i enheten. Kunnandet i första hjälpen och återupplivning hos arbetstagare som arbetar i olika tjänsteenheter upprätthålls enligt anvisning som upprättats för välfärdsområdet.

Med tanke på klientens hälsa ska enheten ha upprättade anvisningar åtminstone om brådskande sjukvård, icke brådskande hälso- och sjukvård, munhälsovård.

På enheten finns vårdpersonal tillgänglig dygnet runt, patienterna rondas av läkare + vårdare varje dag dagtid, årets alla dagar. Möjligheter finns också till fysisk konsultation eller konsultation via telefon med läkare kvälls- och nattetid. Vardagar kl. 7-15 finns åtminstone 3 rondande sjukskötare på plats, helger och helgdagar åtminstone 2 sjukskötare på enheten dessutom finns vardagar kl. 7-15 4 närvårdare och helger och helgdagar 3 närvårdare. Kvällstid finns på plats en ansvarig sjukskötare + 1 sjukskötare samt 2 närvårdare, nattetid 1 sjukskötare + 1 närvårdare.

Personalen har gått palliativ nätutbildning som uppföljs via avdelningsskötaren, dessutom finns på enheten sådan personal som gått en tilläggsutbildning inom palliativ vård. Det finns skriftliga anvisningar för hur man agerar vid dödsfall på enheten.

Personalen går regelbundet en gång/år på återupplivningsutbildning, detta följs upp av avdelningsskötaren via dokument samt via HR-verktyg, plattformen Alma.

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

#### **ENHETSBESKRIVNING**

I patienters vårdplaner skrivs in mål om bland annat patientens dagliga motion och upprätthållande av funktionsförmågan, att vara ute och röra på sig, socialt umgänge, rehabilitering och rehabiliterande verksamhet. Om ordnande av verksamhet som stöder klienters välbefinnande, delaktighet och utveckling regleras bland annat i Lagen om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012) och Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000; 758/1992), samt Lagen om välfärdsområden 5 kapitlet, 29 §

På avdelningen används aktiverande arbetssätt enligt uppgjord vårdplan. Terapipersonal deltar i aktiveringen som sakkunniga enligt behov. Avdelningen har besökstider och anhöriga får utöver besökstider komma överens med vårdpersonal om besök.

De patienter som orkar, får sitta uppe i dagsalen till måltider och för umgänge med andra. Sommartid möjliggörs utevistelser tillsammans med vårdpersonal om möjlighet finns, eller

tillsammans med anhöriga.

Patienternas välbefinnande och funktionsförmåga uppföljs genom daglig utvärdering av vårdplanen.

Finns möjlighet till kontakt med sjukhuspräst/sjukhussjälavård. På enheten ordnas varannan tisdag andakt, varannan tisdag hålls andakten på närliggande enhet var patienten kan delta om önskar.

I samband med regelbundna multiprofessionella vårdplaneringsmöten planeras den fortsatta vården för patienter med behov av ökat stöd och service inför utskrivning. Servicehandledningen bedömer patienternas funktionsförmåga i samarbete med vårdpersonal, läkare och terapipersonal. Servicehandledningen/medlemmar från SAS-gruppen beslutar om och ansvarar för placering av patienter till olika boendeformer där detta blir aktuellt.

Via avdelningen så finns möjligheter till tredje sektorns stödtjänster, bl.a. Olka stödtjänst och palliativa stödpersoner via Österbottens cancerföreningen

### 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/tjänsteenheten ska se till att tjänsteenheten 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

Alla arbetstagare svarar för registreringen av patientuppgifter. Registreringsskyldigheten börjar när tillhandahållaren av tjänsterna har underrättats om persons behov av vård eller hen har börjat verkställa hälsotjänsten. Registreringarna ska göras utan dröjsmål då klientens/patientens ärende har behandlats/uträttats.

Personalen använder egna användarnamn och egna inloggningsnamn till organisationens datorer och patientdatasystemet enligt välfärdsområdets dataskyddsplan.

Personalens kunnande säkerställs med att utbildning i dataskyddets ABC och personligt undertecknande av användnings och sekretessförbindelse gällande uppgifter och datasystem.

I det patientdatasystem, Lifecare, som organisationen håller på att ta i bruk i början av år 2025, är det möjligt att följa upp vem som gått in i patientens elektroniska journal. Rättigheter till journaluppgifter ges enligt yrkesroll och vårdande enhet.

Modellvårdplan finns för allmänmedicinska avdelningar samt gemensamma fraser för dokumentering.

Enligt introduktionsplanen får ny personalintroduktion i registrerandet av patientuppgifter. Studerande dokumenterar tillsammans med handledare.

När behov uppkommer att sända patientuppgifter utanför organisationen används turva-posti/säker e-post, som är lösenordskyddat. Utprintade dokument från patientdatasystemet förvaras i pappersjournalen eller förstörs i dokumentförstörare.

Dataskyddsbeskrivningar för ansvariga och kontaktpersoner för klient- och patientregistret finns på välfärdsområdets webbsida: Vår dataskyddspraxis

**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.**

Malin Forsbacka-Granbäck, närchef/avdelningsskötare, tel: 050 4385913

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

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

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

Dataskyddsombud: Tuija Viitala

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

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

Vasa Dataskyddsombud: Anne Korpi

Telefonnummer: 040 183 2211, e-post: dataskyddsombud@ovph.fi

## 4. EGENKONTROLLENS RISKHANTERING

### 4.1 Ansvar för riskhantering, identifiering och bedömning av risker

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

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

Riskbedömningen görs på enhetsnivå i dagligt arbete och som en del av ledningens beslutsprocess. Förutseende riskbedömning är en del av kontinuerligt utvecklande av verksamheten både på enhetsnivå och regional nivå samt på organisationsnivå. Ledningen och/

eller chefen i enheten svarar för att fastställa vilka risker är acceptabla och vilka åtgärder behövs för att sänka riskerna till acceptabel nivå.

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

## ENHETSBESKRIVNING

Ledningens, tjänstenheternas, ansvarigas och chefernas uppgift i välfärdsområdet är att se till att ge anvisningar för och ordna egenkontrollen samt se till att arbetstagarna har tillräckligt med information om säkerhetsfrågor. Ledningen, ansvariga och cheferna ansvarar för att tillräckligt med resurser har anvisats för att säkerställa säkerheten i verksamheten. Cheferna ansvarar för att säkerställa att personalen har tillräcklig inskolning om riskerna som riktas mot klient- och patientsäkerheten. Cheferna har huvudansvaret för att skapa positiv inställning för behandling av missförhållanden och säkerhetsfrågor.

Att arbetet aldrig är klart är utmärkande för riskhanteringen som kräver aktiva åtgärder av hela personalen. Av alla arbetstagare i välfärdsområdet krävs engagemang, förmåga att lära sig av felen samt leva i övergången så att det är möjligt att erbjuda säkra tjänster av hög kvalitet. Olika yrkesgruppers sakkunskap kan utnyttjas genom att ta med personalen i bedömningen av säkerhetsstatus och -risker, upprättandet av planen för egenkontroll och i planerandet, genomförandet och utvecklandet av åtgärder som förbättrar säkerheten.

Genom att aktivt samla information om hotfaktorer som påverkar säkerheten strävar man efter att fastställa risker i samband med dem och åtgärder som krävs för riskhanteringen så att eventuella allvarliga incidenter kan förebyggas på förhand. I riskhanteringen är det viktigt att varje verksamhets- och arbetsenhet identifierar riskerna i egen verksamhet, bedömer hur allvarliga de är och hur sannolikt det är att de förverkligas samt ålägga ansvar och vid behov ta i bruk olika hanteringsstrategier för att minimera riskerna.

Inom enheten ansvarar närchefen tillsammans med mellanledningen för riskhantering. På enheten finns utsedda säkerhets och kvalitetsansvariga. Enhetens närchef uppgör en riskkartläggning årligen tillsammans med personalen. På enheten deltar all personal i säkerhetsutbildningar var 5:e år och säkerhetsvandringar årligen.

Finns det anmärkningar eller utvecklingsförslag på säkerheten så har utomstående och personalen möjlighet att göra HaiPro-anmälan kring saken, denna behandlas på enheten och vid behov inom större arbetsgrupp inom välfärdsområdet.

## 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 och handlingskort för störningar
- Enhetens säkerhetssida som innehåller säkerhetsplan, utredning om utrymningssäkerhet (24/7 enheterna) och handlingskort, säkerhetsinstruktioner
- Informationssäkerhetsplan
- Tillsynsplan
- Delaktighetsplan
- Anvisningar om personalens anmälningsskyldighet
- Välfärdsområdets plan för läkemedelsbehandling, planer för läkemedelsbehandling för enskilda verksamhets- och arbetsenheter
- LOVE-handbok
- Etiska riktlinjer
- Verksamhetsprogram för arbetarskyddet
- Personal- och utbildningsplan
- Introduktionsprogram (delarna 1–3)
- Anvisningar om apparatsäkerhet
- Anvisningar om hygien och förebyggande av infektioner
- Anvisningar om begränsande åtgärder
- Anvisning om identifiering av klient

## **ENHETSBESKRIVNING**

Till riskhanteringen hör planmässig verksamhet med tilldelat ansvar för att undanröja eller minimera missförhållanden och konstaterade risker samt registrering, analysering, rapportering av förverkligade farliga situationer, verkställande av korrigerande åtgärder samt bedömning av effekten och tillräckligheten av dessa.

Risker i enheten ska undersökas på ett heltäckande sätt från olika synvinklar. Vid riskhantering förbättras klient- och patientsäkerheten genom att redan på förhand identifiera de kritiska arbetsmoment där genomförandet av uppställda krav och mål för verksamheten kan riskeras eller riskeras. Ofta är riskerna summan av många fel. Riskerna kan förorsakas till exempel av otillräcklig personaldimensionering eller en verksamhetskultur där öppen säkerhetskultur inte stöds tillräckligt. Riskerna kan vara förknippade även med sociala faktorer (avsaknad av interaktion, andra klienter och personalen), psykiska faktorer (bemötande, klimat), den fysiska

arbetsmiljön (utrymmen, inredning och utrustningar), informationsflöde eller arbetssätt, till exempel ogrundat begränsande av klients/patients självbestämmanderätt, förverkligande av läkemedelsbehandling eller registrering. I riskhanteringsprocessen kommer man överens om tillvägagångssätt genom vilka riskerna och de kritiska arbetsmomenten identifieras.

Vid riskhantering ska man beakta även arbetsgivarens förpliktelser enligt arbetarskyddslagen (738/2002) som kan påverka klient- och patientsäkerheten vid tjänsteenheten, samt skyldigheten att identifiera risker som förorsakar hälsoproblem i egen verksamhet och följa faktorer som påverkar dessa enligt hälsoskyddslagen (763/1994).

Inom organisationen förebygger och kontrollerar vi risker som riktar sig mot verksamheten och patientsäkerheten genom att ha klara handlingsplaner för till exempel läkemedelsbehandling, förflyttning av patienter och vid krissituationer. Personalen får utbildning och information om olika säkerhetsanvisningar. Patientsäkerheten är ett återkommande tema i introduktionen av ny personal och studeranden.

För varje avvikande händelse görs en Hairpo anmälan. Organisationens mål är att vi anmäler flera nära på händelser än faktiska händelser för att betona vikten av förebyggande patientsäkerhetsarbete. Varje anmälan analyseras och svaras på. Händelserna tas även upp på avdelningstimmor med personalen och där diskuteras även hur man skulle ha kunnat undvika en dylik situation. Föreskrifter uppdateras ifall det märks att de inte är tillräckliga för att förhindra en allvarlig situation.

Uppföljning av Hairpo anmälningar görs både på enhets- och organisationsnivå. Dessa synas även under auditeringar och inspektioner.

Övervakande myndigheter begäran om utredningar är en del av det ständiga arbetet för en bättre patientsäkerhet. All begäran om utredning dokumenteras i det elektroniska arkivet Dynasty.

Ifall övervakande myndighet kräver förändringar eller förbättringar görs en plan för hur dessa förändringar tas i beaktande. För planen finns alltid en ansvarsperson som övervakar och ser att förändringarna görs enligt tidtabell. Effektiviteten av förändringarna bör följas upp och vid behov även rapportera till anmälande myndighet.

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

Risk	Vilka metoder används för att hantera dem
Fallolyckor	Handlingsprogram för fallolyckor
Informationsflöde och informationshantering	Systematiskt och fungerande rapporteringssystem inom vårdteamet och mellan olika vårdenheter.
Läkemedelsbehandling	Nogrann dokumentering av

Risk	Vilka metoder används för att hantera dem
Personalresurseringen bristfällig	läkemedelsordinationer. Dubbelkontroll vid medicinutdelning
Kritiska informationssystem helt eller delvist ur bruk	Regelbunden fortbildning av personal. Introduktion av ny personal. Tillräcklig vårdresursering och uppföljning av vårdintensitet i Rafaela-mätaren. Organisering av arbetsuppgifter, klara anvisningar och handlingsplaner på enheterna.
Teknisk apparatur ur funktion	Regelbundna uppdateringar av informationssystem, säkerhetskopior och handlingsplaner samt reservsystem för kritiska funktioner.
Teknisk apparatur ur funktion	Regelbunden service och underhåll av apparatur. Apparaturförnyelse enligt behov.

#### 4.2.1 Tjänsteproducentens och personalens anmälningsskyldighet

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

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

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

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

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

Elektroniska anmälningssystem som personalen har tillgång till är:

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

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

**I övriga lagar stiftade anmälningsskyldigheter som gäller personalen.**

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

Arbetstagare som uppges i barnskyddslagen (25 §) har skyldighet att göra barnskyddsanmälan om de i sitt arbete har fått veta om ett barn vars behov av vård och omsorg, förhållanden som äventyrar utvecklingen eller eget beteende kräver utredning av eventuellt behov av barnskydd. Närmare anvisningar om hur du gör barnskyddsanmälan och anmälan om brott som riktas mot barnet finns på Österbottens välfärdsområdets webbsidor: <https://osterbottensvalfard.fi/vara-tjanster/socialvardstjanster/socialvardstjanster-for-barn-unga-och-familjer/barnskydd/barnskyddsanmalan/>

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

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

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

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

**Anmälan om farliga situationer förknippade med produkter (lag om medicintekniska produkter**

719/2021, 35 §)

Om farliga situationer som skett inom social- och hälsovårdsbranschen och som är förknippade med medicintekniska produkter och som har lett eller kunde ha lett till att patients, användares eller annan persons hälsa äventyrats ska alltid skrivas en rapport om tillbud till Fimea (lag om medicintekniska produkter, 35 §). Tillbudsansökan till Fimea ska göras utan dröjsmål och den kan göras direkt elektroniskt samtidigt med HaiPro-ansökan. När du anmäler ett tillbud direkt genom HaiPro sparas uppgifterna om tillbudet i det elektroniska systemet. Anvisningar om hur du gör ansökan 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 (ansökan 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 ansökan 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 rapportörer 1171/2022)**

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

#### **ENHETSBESKRIVNING**

I hanteringen av situationer med tillbud och avvikelser ingår att de registreras, analyseras och rapporteras. Tjänsteproducenten ansvarar för att information som erhållits i riskhanteringen utnyttjas i utvecklingsarbetet men det är arbetstagarnas skyldighet och ansvar att se till att ledningen får informationen. Till hanteringen av incidenter hör också att man resonerar igenom dem med arbetstagarna, klienten och vid behov anhöriga. Om det sker en allvarlig incident med följder som ska ersättas underrättas klienten eller anhöriga om hur de ska ansöka om ersättning.

Personalen får redan under introduktionsskedet information om skyldigheten att rapportera om missförhållanden eller risk för att något skall ske. På organisationens hemsida finns tydlig skriftlig information om hur man går tillväga. Det är även på närchefens ansvar att regelbundet ta upp ärendet på gemensamma arbetsplatsmöten. Organisationen använder sig av HaiPro rapporteringssystem.

HaiPro ansökan kring eventuella tillbud eller anmärkningar kommer som e-mail åt enhetens närchef som hanterar ansökan så snart som möjligt men senast inom en månad. Beroende på ansökanens innehåll behandlas ansökan på enheten samt behandlas vid behov inom behövliga arbetsgrupper inom organisationen.

Avdelningen gör sin egen riskkartläggning årligen och i samband med den görs åtgärdsförslag.

Intern inspektion utförs årligen och en inspektionsberättelse med eventuell förbättrings/ förändrings åtgärder sparas i Laatuportti. Interna och externa auditeringar utförs med jämna intervaller. Vid auditeringar erhålls också rapport och eventuella åtgärdsförslag.

Genom lätt tillgänglig information på intra underrättar vi personalen om anmälningsskyldigheterna och -rättigheterna och hur dessa används. Vid behov får personalen kontakta tillsynsenhet för ytterligare hjälp. Personer/patienter/anhöriga har fri tillgång att göra Haipro anmälan elektroniskt via hemsidan/intra. Anmälningar kan också göras anonymt.

#### 4.2.2 Anmälningsskanaler 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. Anmälningssblanketten finns på välfärdsområdets webbsidor:

<https://osterbottensvalfard.fi/sa-har-fungerar-vi/ge-respons/>

##### Extern tjänsteproducents/samarbetspartners anmälan om farlig händelse eller missförhållande

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

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

##### Privat tjänsteproducents egenkontrollanmälan

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

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

##### ENHETSBESKRIVNING

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

Utredningen av interna allvarliga incidenter görs i situationer där det finns något att utveckla i processen. Beslutet om att inleda utredningen fattas av resursledningen. Information om behoven att utveckla kvalitets- och klientsäkerheten i enskilda tjänsteenheter fås från flera olika källor som till exempel genom patienter, anhöriga/närstående, personalen, samarbetspartners, kvalitetsarbetet, riskhanteringen eller tillsynsmyndigheten/tillsynen.

Den allmänna styrningen, planeringen och utvecklingen samt tillsynen av verksamhet som grundar sig på tillsynslagen (741/2023, 32§) ankommer på social- och hälsovårdsministeriet. Regionförvaltningsverket i västra och inre Finland övervakar lagenligheten i ordnandet och producerandet av social- och hälsovårdstjänsterna i Österbottens välfärdsområde och ger instruktioner om det.

Myndigheter som utför tillsyn i enheten för kvalitet och tillsyn ansvarar för tillsynen (grundar sig på anmälan) av planerlig och reaktiv egen och privat tjänsteproduktion som hör till

välfrdsområdets organiseringsansvar. Österbottens välfrdsområde och tillsynsmyndigheten (RFV/Valvira) ska skicka till varandra utan att sekretessbestämmelserna hindrar det de inspektionsrapporter som de skrivit och som gäller verksamhet hos tjänsteproducent eller hns underleverantör som producerar tjänster för tjänsteanordnaren.

Beroende på situationens karaktär behandlas ärendet enligt färdigt uppgjorda hanteringskort/hanteringsmodeller för enheten. Eventuella större missförhållande, olyckshändelser, situationer kan anmälas till hela organisationen via Secapp (intern anmälningsapplikation inom organisationen), ärenden kan också hanteras via avdelningsmöten på enheten.

I Laatuportti registreras korrigerande och utvecklande åtgärder i egenkontroll (med den skyndsamhet som risken förutsätter), tidtabell för genomförande och ansvarsfördelning, uppföljandet och bedömningen av genomförandet

Vi underrättar personalen, patienterna, anhöriga/närstående, medarbetare och intressenter om utvecklingsåtgärder och överenskomna förbättringar i arbetet samt andra korrigerande åtgärder genom att ge respons på behövlig anmälan åt klienter/patienter, anhöriga/närstående, intressenter. Personalen på enheten tillsammans med närchefen kommer gemensamt fram till utvecklingsåtgärder och personalen på enheten samt eventuellt övriga enheter underrättas om sådana av enhetens närchef. Från introduktionsprogrammet påbörjas inlärningsförfarande för farliga händelser och fortsätter med säkerhetsutbildningar och årliga säkerhetsvandringar.

Utredningsprocessen för allvarliga farliga händelser finns på Intra. Där beskrivs även allvarligare händelser så kallade never event. Kulturen för anmälningsförfarandet är icke skuldbeläggande och personalen kan få stöd vid eventuella utrednings- och undersökningssituationer av präst arbetshandledare och med debriefing.

#### **Utvecklingsplan för egenkontroll**

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

### **4.3 Köptjänster och underleverans**

Välfrdsområdena 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 välfrdsområden 611/2021, 10 §). Som ordnare och beställare av tjänst säkerställer Österbottens välfrdsområde i konkurrensutsättningskedet innehållet i, kvaliteten på samt klient- och patientsäkerheten i tjänster som produceras som underleverans/köptjänst eller i servicesedelproducenternas godkännandeprocess eller i tjänster som skaffas som direktupphandling när avtal ingås. Beställaren svarar för att kontrollera att tjänsteproducenten uppfyller kraven enligt beställaransvarslagen samt uppfyller kraven på innehåll, kvalitet och klientsäkerhet.

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

reklamationer finns i välfärdsområdets intra.

## ENHETSBESKRIVNING

I kraven på egenkontroll och köptjänstavtal ska man ta med regelbunden uppföljning och rapportering om kvaliteten på vården, klientrespons, clientsäkerhet, arbets säkerhet, välbefinnande på arbetsplatsen, arbetsförhållanden samt personalens tillräcklighet.

I Konsument säkerhetslagen (920/2011, 7–8 §) stadgas om tjänsteproducentens skyldighet att anmäla farlig trygghets telefonservice eller annan motsvarande konsumenttjänst och -produkt till Säkerhets- och kemikalieverket samt om skyldigheten att skriva säkerhetsdokument. Säkerhetsdokumentet ska innehålla plan för att identifiera faror och kontrollera risker. Enligt 2 momentet i 7§ kan säkerhetsdokumentet ersättas med saker som beaktats i egenkontrollplanen. Förverkligandet av ovan nämnda saker ska kontrolleras i samband med att avtal om köptjänster ingås och i underleverantörsförfaranden. Skriftliga anvisningar om anmälning av farliga händelser till välfärdsområdet finns.

Avdelningsledningen har regelbundna uppföljningsmöten med tillhandahållaren av städ-, köks- och laboratorietjänster. Se kap. 1.2.

### 4.4 Beredskaps- och kontinuitets hantering

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 kontinuitets hanteringen säkerställs klient- och patientsäkerheten även i eventuella störningssituationer och undantagsförhållanden (Statsrådets förordning om välfärdsområdenas beredskap för störningssituationer inom social- och hälsovården 308/2023; räddningslag 379/2011; beredskapslag 1552/2011).

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

Genom beredskapsplanering och utgående från riksomfattande och regional riskbedömning samt från välfärdsområdets riskbedömning skapas en hanteringsmodell för störningssituationer genom vilken man säkerställer ledningssystemet och strategimodellen för att säkerställa kontinuiteten i tjänsterna. Välfärdsområdets beredskapsplan består av en allmän del, beredskapsplaner för verksamhets- och resultatområden samt av tilläggsplaner som bland annat katastrofplan, pandemiplan, beredskapsplan för jodtabletter vid strålningsolyckor och nedfall samt evakueringsplan för flyttning av befolkning i en region. Resultatenheternas säkerhetsplaner och handlingskort för störningssituationer kompletterar planeringen av beredskapen.

I välfärdsområdet utarbetar varje enhet egen säkerhetssida. Säkerhetssidan innehåller enhetens säkerhetsplan, utredning om utrymningssäkerhet (de enheter som har lagstadgad skyldighet till

det), räddningsplan för fastigheten (fastighetsägaren utarbetar), handlingskort och andra säkerhetsanvisningar som behövs i enheten. Särskild räddningsplan finns inte i enheterna. Uppgifterna på säkerhetssidan uppdateras alltid när ändringar sker i verksamheten/utrymmena.

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

## ENHETSBESKRIVNING

Organisationen och verksamhetsområdena ska i sin beredskap samarbeta intensivt med de övriga välfärdsområdena i Västra Finlands samarbetsområde, områdets kommuner, In-House-bolag samt med övriga aktörer i samhället. Kritiska avtalsparter är laboratorie-, blod- och patologi-tjänster, sjukhusapotek, städ-, tvätt-, varutransport- och mattjänster, IT-tjänster samt transporter av patienter. Likaså är vi beroende av fastighetsunderhåll, logistik-tjänster, lokalsäkerhet samt bevakningstjänster som även det grundar sej på avtal.

Genom att samordna verksamheten med den externa verksamhetsmiljön kan man förebygga störningssituationer och dämpa effekterna av dem på serviceproduktionen. Om tjänster eller en del av dem skaffas av ett in-housebolag eller en privat tjänsteproducent, ska man komma överens om kontinuitetshantering och beredskap genom avtalstekniska arrangemang. Kraven skrivs in detaljerat och entydigt i avtal som ingås med privata tjänsteproducenten.

Ansvarsrollerna gällande beredskapen har definierats i välfärdsområdets beredskapsplan, I beredskapsläge kan den planerade verksamheten minimeras för att trygga akut verksamhet. Enligt behov kan en del av enheterna sammanslås. Externa aktörers beredskap och kontinuitetshantering är avtalsbundna.

Vid en störningssituation rapporterar avdelningens personal i arbetsskiftet eller avdelningsskötaren om hen är på plats till resultatområdet ledning, som rapporterar till verksamhetsområdesdirektören och resursdirektörerna.

Avdelningen följer ledningens instruktioner gällande personalresurser och patientstyrning i exceptionella situationer. Beroende på nivån av beredskap anpassas användningen av den egna personalen inom resultatområdet. Vid behov kan personal allokeras till eller från andra enheter inom sjukhusservicen, eller ytterligare från andra verksamhetsområden. Utöver allokering av personal, kan även verksamheten koncentreras eller avdelningar sammanslås.

Avdelningen har i början av år 2025 utarbetat handlingskort för respektive avvikande händelse eller risksituation. Personalen har varit delaktig i utformandet av handlingskorten och implementeringen på enheterna har gjorts på så sätt att personalen kan agera på lika sätt händelse t.ex. av olycka eller störningshändelse. Handlingskorten uppdateras regelbundet. Utöver detta kompletterar personalen kunnandet i den allmänna beredskapsplanen genom utbildningspaketet via Laatuportti-inlärningsportalen.

Avdelningsskötaren följer upp på personnivå att personalen deltar i säkerhetspromenaden en gång om året (dokumentering av deltagande i utbildningen), samt deltar i utbildningsdagen om säkerhet vart 5. år (utbildningen innehåller första släckningsinsatsövning, dokumentering av deltagande i utbildningen) samt övriga till säkerhet hörande fortbildning.

Säkerhet- och räddningsplanen för Malmska fastigheter är uppdaterad 10/2019. Brandsyn utförs av brandmyndigheter med tre års mellanrum. Arbetsplatsbesök från företagshälsovården görs med 5 års intervall.

Miljöhälsovården granskar nya utrymmen och tar regelbundna bakteriekultur-prover från ytor samt gör granskningar vid epidemier.

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

Malin Forsbacka-Granbäck, tel: 050-4385913

## 5. UPPFÖLJNING AV EGENKONTROLL OCH RAPPORTERING

### 5.1 Uppföljning av kvalitet, riskhantering och rapportering

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

#### ENHETSBESKRIVNING

Riskkartläggning görs inför större förändringar på avdelningen.

Avdelningen har uppgjort en omfattande riskbedömning som berör patientsäkerhet, datasäkerhet, dataskydd, arbetarskydd, personsäkerhet, brandsäkerhet, brott- och utrymmessäkerhet, beredskap, miljö- och kemikaliesäkerhet. Riskbedömningarna arkiveras i Laatuportti och uppdateras enligt anvisning. Vid auditeringar och egenkontrollbesök efterfrågas riskbedömningarna och uppföljningen av dessa.

Riskerna beaktas även i verksamhetsplaneringen och uppföljning av densamma. Verksamhetsplanen har en särskild del där enheten ska lyfta fram de väsentliga riskerna och hanteringen av dessa. Personalens kunskande i riskhantering säkerställs via introduktion i arbetet, kontinuerlig fortbildning och uppföljning av obligatorisk utbildning på individnivå.

Haipro används som huvudsaklig kanal för uppföljning av risker, allvarliga och nära på händelser. Anmälningarna överförs vid behov till högre ledningsnivå. Allvarliga tillbud och brister i medicinsk apparatur anmäls till organisationens kvalitets- och tillsynsenheten och vid behov och enligt anvisning till Valvira.

### 5.2 Uppföljning och rapportering av hur egenkontroll genomförs

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

Tjänstenheten (resultatområdet) utarbetar med fyra månaders intervaller (perioderna 1.1.-31.4, 1.5.-31.8, 1.9.-31.12) en **uppföljningsrapport** om hur planen för egenkontroll och egenkontrollen genomförs och korrigerande åtgärder som förutsätts i den. Uppföljningsrapporten publiceras på

välårsområdet 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.

#### **ENHETSBEKRIVNING**

Avdelningsskötaren ansvarar för att egenkontrollen följs upp och verkställs. Brister som upptäcks vid egenkontroll dokumenteras och går genom med personalen. Vid behov görs en åtgärdsplan och tidsplan för åtgärder.

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

**Plan för egenkontroll är utarbetad/uppdaterad, version nummer**  
10.2.2025, version 1

**Ansvarspersonens underskrift och godkännande**  
Malin Forsbacka-Granbäck

# 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

20.2.2025

## Sammandrag av verksamhetsenhetens/resultatenhetens utvecklingsplan

Utvecklingsobjekt/ korrigerande åtgärd	Mål	Tidtabell/fördelning av ansvar/läge
NPS för personalen	50	hösten 2025, avdelningsskötaren
HaiPro-anmälningar/personal	3	januari 2026, avdelningsskötaren
Medelvårdtid/patient	6,0	januari 2026, avdelningsskötaren
Patienter som väntar på avdelningen till fortsatt boendeplats	1	varje månad, avdelningsskötaren
Patienter som väntar i kö till fortsatt vård med hemvård (dagar/månad)	10	varje månad, avdelningsskötaren