



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

# Diagnostik och stödtjänster, Plan för egenkontroll

## Allmän information

### Enhet

Diagnostiikka Ja Tukitoiminnot

### Rapporteringsdag

2025-02-28

### Verksamhetschef

Birgitta Ivars

# Bilaga 1. Utvecklingsplan för egenkontroll

## Innehållsförteckning

### Bilaga 1. Utvecklingsplan för egenkontroll

## Bilaga 1. Utvecklingsplan för egenkontroll

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

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

Uppdaterad  
27.2.2025

### Sammandrag av verksamhetsenhetens/resultatenhetens utvecklingsplan

| Utvecklingsobjekt/<br>korrigerande åtgärd                                 | Mål                                                         | Tidtabell/fördelning av<br>ansvar/läge |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| NPS, personal                                                             | 20                                                          | 30.4.2025                              |
| NPS, kunder                                                               | 80                                                          | 30.4.2025                              |
| Feedback förfrågan av<br>beställande kunder, DIAG +<br>STÖD, svarsprocent | 60                                                          | 31.12.2025                             |
| Feedback förfrågan av<br>beställande kunder, DIAG +<br>STÖD               | förverkligas<br>undersökningstiderna enligt<br>målsättning? | 31.12.2025                             |

# 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

#### **Verksamhetsområdesdirektörens namn**

Christian Palmberg

#### **Telefonnummer**

0405796181

#### **Tjänsteenhetens namn**

Diagnostik och stödtjänster

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

Reijo Autio, ledande läkare

telefonnummer: 040 670 3418

Birgitta Ivars, överskötare

Telefonnummer: 044 3232270

#### **Servicepunkt som hör till tjänsteenhet och ansvarspersoner**

Radiologiska enheten

Avdelningsskötare Margaretha Ståhl, 0406746050

Adress: Sandviksgatan 2-4, 65130 Vasa

Radiologiska enheten

Kållbyvägen 7

68600 Jakobstad

Radiologiska enheten, Korsholm

Gamla Karperövägen 17

65610 Korsholm

Radiologiska enheten Närpes

Kyrkovägen 6

64200 Närpes

Radiologiska enheten Kristinestad

Lappfjärdsvägen 10

64100 Kristinestad

Diagnostisk fysiologi och isotopenhet

Sandviksgatan 2-4

65100 Vasa

Avdelningsskötare Anna-Carin Rösgren, 0401871376

Instrumentvård

Servicechef Tytti Alho, 0406264761

Sjukhusapoteket

Sjukhusapotekare Jussi-Pekka Rauha, 06 2132440

**Resultatenhetens/verksamhetsenhetens uppgifter**

Se tidigare uppgifter

## **1.2 Tjänster som köps av underleverantörer**

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

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

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

| Köpt tjänst                                  | Tjänsteproducent                                                       |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Radiologiska distansutlåtanden               | Terveystalo                                                            |
| Radiologiska konsulttjänster                 | el. Timo Nurmela, Timo Salmen, Veikko Tervo                            |
| Klinisk fysiologi och Isotoputlåtanden       | Varha, PET keskus, Pirha, iRad oy , konsulttipalvelut Antti Tikkakoski |
| Klinisk neurofysiologi läkartjänster         | Neurotest oy                                                           |
| Kosthåll, städning, transporter              | Alerte, TeeSe eller StödBotnia                                         |
| It-tjänster, logistik, service och apparatur | 2m-it                                                                  |
| Arbetsplatshälsovård                         | TTBotnia, TyöPlus, Wellmedic                                           |
| Väktartjänster                               | Securitas mfl                                                          |

### 1.3 Verksamhetsidé, värderingar och verksamhetsprinciper

#### ENHETSBESKRIVNING

Diagnostiska undersökningar görs för att kunna fastställa en diagnos. På basen av diagnosen kan vi ge patienten den vård hen behöver. Våra värderingar är rättvis och jämlik verksamhet, från människa till människa samt att vi ser framåt och tar ansvar.

Serviceenheternas service och verksamhet som omfattas av egen kontroll planen är:

Röntgenundersökningar

Klinisk fysiologi undersökningar

Isotopundersökningar

Klinisk fysiologi undersökningar

Undersökningarna görs på undersökningsenheterna eller på bäddavdelningarna. Utlåtanden görs även på distans.

Till stödtjänsterna hör även instrumentvård och sjukhusapoteket.

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

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

Planerna för egenkontroll och övriga planer är en del av Österbottens välfärdsområdes program för egenkontroll. Programmet för egenkontroll styr tjänsteenheterna i genomförandet av egenkontroll. En handbok för egenkontroll och kvalitetssäkring stöder tjänsteenheterna 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**

Reijo Autio, ledande läkare , 0406703418

Birgitta Ivars, överskötare , 0443232270

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

Reijo Autio, ledande läkare , 0406703418

Birgitta Ivars, överskötare , 0443232270

## ENHETSBESKRIVNING

Se enheternas egen kontroll plan

## 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

För att egenkontrollen ska kunna genomföras och vara effektiv i klient- och patientvården är det viktigt att hela personalen på serviceenheten är engagerad i egenkontrollen och att de förstår egenkontrollens betydelse, syften och mål. Planen för egenkontroll styr personalens dagliga arbete och serviceenhetens verksamhet.

De planer för egenkontroll som serviceenheterna har utarbetat finns på webbplatsen för Österbottens välfärdsområde. En utskrift av planen för egenkontroll finns tillgänglig på enheten så att patienter, anhöriga och andra som är intresserade av egenkontroll kan ta del av den. Den centrala ledningen för vårdenheterna ansvarar för att uppdatera egenkontrollplanen regelbundet, minst en gång per år och vid förändringar i riktlinjer, verksamhet och lagstiftning. Planen för egenkontroll ska också ändras vid byte av ansvars person. Den centrala ledningen ansvarar för att personalen känner till egenkontrollplanen och följer den. Planen och dess uppdateringar godkänns i det elektroniska arkivet Dynasty. De uppdaterade versionerna av planen för egenkontroll publiceras på organisationens webbplats och i enheten på det sätt som beskrivs ovan. Mellanledningen informerar personalen om uppdateringar av planen. Om ändringarna leder till ändringar i rutinerna ska mellanledningen se till att personalen har tillräcklig information för att kunna tillämpa rutinerna i sitt dagliga arbete.

Personalen uppdaterar regelbundet sina kunskaper om läkemedelshantering och avlägger de prov som organisationen kräver samt känner till avdelningens läkemedelshanteringsplan. All personal deltar i säkerhetsutbildning och brandövningar vart femte år och övar evakuering av patienter i händelse av brand vart tredje år. Personalen är förberedda på olika nödsituationer på avdelningen och har en beredskaps- och säkerhetsplan för detta ändamål. All personal är skyldig att upprätthålla sin yrkeskompetens i enlighet med organisationens riktlinjer. All utbildning följs upp på individnivå och närcheferna övervakar och möjliggör för all personal att upprätthålla 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

Kvalitetsstandarderna och kvalitetshanteringsmetoderna vid tjänsteleverantörens serviceenhet är centrala faktorer för att säkerställa tjänsternas kvalitet och kundnöjdheten.

Alla diagnostiska tjänster ska garantera patientsäkerheten i alla situationer. Undersökningarna måste vara patientcentrerade och uppfylla kunders behov och förväntningar. Personalen måste ha adekvat utbildning och kompetens. Tjänsterna måste följa gällande lagar och förordningar. Processer som rör servicekvalitet måste utvecklas och kontinuerligt förbättras.

Kvalitetshanteringen genomförs genom självutvärderingar, auditeringar, både interna och

externa, kundfeedback och utbildning.

Verktyg och indikatorer för kvalitetsstyrning inkluderar kundnöjdhetsundersökningar, Roidu, svarstider för konsultationer, servicens användningsgrad, tillgänglighet, köstatus för olika undersökningar och övervakning av fel och avvikelser, HaiPro. Vi strävar till att utföra intern kundnöjdhetsförfrågan till våra interna kunder regelbundet.

Rapporteringsverktyg är kvalitetsövervakningsrapporter, som inkluderar resultaten av självutvärderingar och auditeringar, samt benchmarking, jämförelser med bästa praxis inom sektorn och med andra tjänsteleverantörer.

Det är viktigt att säkerställa säkerheten och kvaliteten för digitala tjänster och distanstjänster, särskilt inom social- och hälsovårdstjänster. Diagnostiska tjänster använder alltid krypterade anslutningar för att säkerställa att data överförs på ett säkert sätt. Vi utbildar personalen i användningen av digitala tjänster, säkerhet och dataskydd. När digitala tjänster utvecklas inom diagnostiska tjänster kan vi involvera användarna i utvecklingen och testningen av tjänsterna i ett tidigt skede. I händelse av en incident har organisationen en plan för att kommunicera till kunder och intressenter om incidenten.

Systematiska åtgärder och rutiner behövs för att säkerställa kund- och patientsäkerheten inom serviceenheten. Regelbundna riskbedömningar genomförs för att identifiera potentiella faror och luckor i serviceprocesserna. Vi utvecklar handlingsplaner för att hantera och minska riskerna.

Vi erbjuder all personal utbildning i kund- och patientsäkerhet, inklusive hantering av nödsituationer och dataskydd. Vi etablerar och implementerar tydliga operativa processer och riktlinjer för att säkerställa ett säkert beteende i alla situationer. Vi utvecklar tydliga arbetsrutiner för olika klientsituationer och behov, inklusive undersökningsprotokoll.

Regelbundna arbetsplatsmöten ordnas där personalen uppmuntras att dela med sig av sin oro och sina synpunkter på säkerhetsfrågor utan rädsla för konsekvenser. Incidenter och säkerhetsfrågor ska hänvisas till närchefen. Alla rapporterade klagomål och relaterade åtgärder dokumenteras på ett korrekt sätt. Personalen skall föregå med gott exempel och visa att säkerhet är en prioritet. Vi uppmuntrar medarbetarna att delta i utvecklingen av säkerheten och i beslutsfattandet.

### 3.2 Ansvar för tjänsternas kvalitet

Ansaret 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

Närcheferna ansvarar för enheternas övergripande verksamhet och för att genomföra egenkontrollen. De upprättar och följer upp handlingsplaner och utvecklingsåtgärder. De ansvarar för att nödvändiga resurser (personal, finansiering, lokaler) finns tillgängliga och används.

Varje medarbetare är ansvarig för sitt eget arbete och för ett klientorienterat förhållningssätt. Personalen måste rapportera eventuella brister eller felaktigheter som de upptäcker så att de kan åtgärdas.

Ledningsgruppen för den diagnostiska serviceenheten ansvarar för strategisk planering och beslutsfattande inom organisationen, inklusive riktlinjerna för egenkontroll. Ledningsgruppen definierar långsiktiga mål och utvecklingsplaner.

Detaljerade handlingsplaner upprättas av närcheferna på enheterna, som omfattar genomförande, övervakning och utvärdering av egenkontrollen.

Enligt 10 § 4 mom. i tillsynslagen ska den eller de personer som ansvarar för enheten leda och övervaka verksamheten så att tjänsterna uppfyller de villkor som ställts för dem.

De ansvariga personerna upprättar tydliga handlingsplaner som innehåller mål, processer och resurser för tillhandahållandet av tjänster. De säkerställer att alla aktiviteter är i linje med organisationens strategiska mål och kraven i lagstiftningen. De ser till att personalen får introduktion och fortlöpande utbildning så att alla medarbetare är medvetna om sina roller och sitt ansvar.

De ansvariga personerna definierar tydliga kvalitetskriterier och indikatorer för att övervaka tjänsternas kvalitet och säkerhet. De genomför regelbundna kontroller och utvärderingar för att säkerställa att tjänsterna uppfyller de villkor som anges i lagstiftning och interna krav.

De ansvariga personerna övervakar och dokumenterar alla brister som de identifierar och ser till att de hanteras på lämpligt sätt. De utvecklar, tillsammans med personalen, och genomför korrigerande åtgärder för att hantera identifierade brister och förbättra säkerheten.

De samlar regelbundet in kundfeedback och använder den för att förbättra tjänsterna. De främjar kontinuerlig förbättring av serviceprocesser och praxis, med beaktande av kundperspektivet.

### 3.3 Klientens ställning och rättigheter

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

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

#### 3.3.1 Tillgång till tjänster och vård

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

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

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

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

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

### ENHETSBESKRIVNING

Patienterna vårdas på medicinska grunder vilka är samma för alla patienter. Vård och undersökningar görs på medicinska grunder och enligt organisationens direktiv.

#### 3.3.2 Bedömning av servicebehov/vårdbehov

### ENHETSBESKRIVNING

All undersökning som görs på en patient skall vara lämplig för deras behov och den skall ta hänsyn till eventuella förändringar, detta är viktiga delar av en högkvalitativ hälso- och sjukvård. Patientens egna åsikter och känslor är centrala. Patientcentrering innebär att man tar patientens erfarenheter på allvar och tar hänsyn till dem i vårdplaneringen. Det är viktigt att identifiera riskfaktorer som kan påverka hur vården lyckas eller patientens totala situation.

#### 3.3.3 Planering och genomförande av tjänsten/vården

### ENHETSBESKRIVNING

Vid genomförandet av social- och hälsovård ska klientens/patientens självbestämmanderätt respekteras. Klienten/patienten har rätt att delta i och påverka planeringen och genomförandet av sin service/vård. Om en myndig klient inte kan delta i och påverka planeringen och genomförandet av sin service/behandling, ska klientens vilja utredas i samarbete med hans eller hennes lagliga företrädare, släkting eller annan närstående person. Den minderåriga klientens åsikt ska beaktas i enlighet med hans/hennes ålder och utvecklingsnivå.

Patienten har rätt att bli informerad om sin behandlingsplan och att få de undersökningar som hör till den. Om patienten inte kan uttrycka sin åsikt är samarbete med anhöriga av yttersta vikt.

#### 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://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

Personalen inom social- och hälsovårdstjänsterna i välfärdsområdet har till uppgift att respektera och stärka klientens och patientens självbestämmanderätt och att stödja deras deltagande i planeringen och genomförandet av vården och tjänsterna.

Klienten/patienten får service på sitt modersmål. Om personen inte talar det språk som används av tjänsteleverantören, tillhandahålls tolkning. Detta gäller t.ex. invandrare, som har rätt att få tjänsterna i en begriplig form av översättning eller tolkning. Personer som använder teckenspråk har rätt att använda sitt eget språk, och tjänsteleverantörerna måste se till att teckenspråkstolkning tillhandahålls vid behov.

Organisationen har en behörighetstadga som fastställer språkraven för varje yrkesgrupp. Österbottens välfärdsområde är tvåspråkig, så vi ser till att vår personal är kunniga i både finska och svenska. Språkrav har ställts i rekryteringsprocessen. Personalens språkkunskaper kan stödjas genom utbildning. Klarspråk kan användas när en kund eller patient har svårt att förstå ett komplicerat språk.

Kunden eller patienten erbjuds att välja språk i början av kontakten, till exempel i samband med tidsbeställningen eller på servicestället. Alla officiella dokument och all information finns på både finska och svenska. Tolkning erbjuds om patienten eller klienten inte behärskar finska eller svenska tillräckligt bra. Tolkning kan behövas särskilt i kritiska situationer inom hälso- och sjukvården, till exempel vid undersökningar. Patientanvisningar och informationsbroschyrer översätts vid behov till klientens eller patientens modersmål.

Serviceenhetens webbplats och elektroniska tjänster finns tillgängliga på flera språk, bland annat finska, svenska och vissa anvisningar på engelska. I patientdatasystem och andra elektroniska tjänster ska det vara möjligt att välja språk och få tillgång till information och kommunikation på det språket.

Om en kund eller patient anser att hans eller hennes språkliga rättigheter har kränkts, kan han eller hon lämna in ett klagomål till exempel till regionförvaltningsverket eller patientombudsmannen. Patientombudsmannen kan hjälpa patienten att förstå sina rättigheter och ge stöd vid kränkningar av de språkliga rättigheterna.

Alla ska bemötas på ett icke-diskriminerande och respektfullt sätt. Patientens rätt till säker och lämplig vård skyddas också. Om olämplig behandling upptäcks kommer den att bemötas på ett lämpligt och rättvist sätt. Alla klienter och patienter erbjuds samma tjänster, oberoende av deras personliga bakgrund. Om en klient eller patient utsätts för osakligt bemötande ska situationen omedelbart åtgärdas.

Den olämpliga behandlingen ska omedelbart rapporteras till närmaste chef, som ansvarar för att utreda situationen. Organisationer har tydliga riktlinjer för hantering av olämplig behandling, där det anges hur situationer ska hanteras och hur man ska reagera.

Du kan kontakta en patientombudsman om du anser att du har behandlats olämpligt eller om du inte är nöjd med den vård du har fått. Patientombudsmannen kan hjälpa dig att lämna in ett klagomål eller ge feedback till behandlingsteamet. De kan också ge patienterna råd om deras rättigheter och hjälpa till vid tvister.

Patienter har rätt att lämna in ett skriftligt klagomål till vårdinrättningen om de anser att de har behandlats på ett felaktigt sätt. Patienten eller klienten kan också lämna in ett klagomål till regionförvaltningsverket (AVI) eller till social- och hälsovårdsverket (Valvira). Dessa myndigheter är skyldiga att utreda försummelser i vården, olämpligt bemötande eller andra problem som gäller patientens rättigheter. Om behandlingen har samband med diskriminering kan patienten kontakta jämställdhetsombudsmannen, som övervakar tillämpningen av antidiskrimineringslagstiftningen.

Fall av olämpligt bemötande hanteras noggrant inom organisationen. Regelbunden övervakning, insamling av feedback och utvärdering av organisationens processer förhindrar att olämpliga situationer uppstår på nytt. Undersökningar av patientnöjdhet och revisioner av tillsynsorganisationer hjälper till att identifiera problem.

Personal och närchefer är nyckeln till att snabbt och effektivt ta itu med dåligt beteende. De bör inleda en omedelbar utredning och se till att nödvändiga åtgärder vidtas snabbt, till exempel diskussioner med de berörda parterna eller korrigerande åtgärder.

När en klient upplever olämplig behandling, en incident eller en osäker situation är det viktigt att hantera frågan så öppet och respektfullt som möjligt, både med klienten och, vid behov, med hans eller hennes familj eller vänner. Om en klient eller anhörig rapporterar en incident av misshandel eller skada ska personalen reagera snabbt och lugnt. Ansträngningar ska göras för att lugna situationen och för att visa klienten att deras oro tas på allvar. Klientens upplevelse ska lyssnas på och bemötas empatiskt och utan försvar. Det är viktigt att klienten ges möjlighet att uttrycka sina åsikter och känslor.

## **Självbestämmanderätt**

### **ENHETSBESKRIVNING**

Förverkligandet av klienters och patienters rätt till självbestämmande är en viktig del av vård och service av hög kvalitet. Klienter och patienter får information om sitt medicinska tillstånd, behandlingsalternativ och möjliga konsekvenser på ett tydligt och begripligt sätt. Informationen ges på ett sätt som är anpassat till klientens språk- och förståelsenivå. Klienten ges tillräckligt

med tid för att reflektera och överväga sina beslut

### 3.3.5 Anmärkning, klagomål och anmälan om patientskada

#### Anmärkning

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

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

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

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

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

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

#### Klagomål

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

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

#### Patientskadeanmälan

Patientförsäkringscentralen (PFC) handlägger alla patientskadeanmälningar som gäller hälso- och sjukvården i Finland. En patientskada ska anmälas till Patientförsäkringscentralen. Ett formulär för skadeanmälan och tilläggsuppgifter fås av patientombudsmannen, på välfärdsområdets webbplats: [Missnöjd med vården samt på Patientförsäkringscentralens webbplats: <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 hens chef vid den verksamhetsenhet där du skött ett ärende eller fått vård. Om ärendet inte kan utredas genom diskussion, har en klient som är missnöjd med kvaliteten på socialvården eller med behandling inom socialvården rätt att göra en anmärkning till ansvarspersonen för verksamhetsenheten inom socialvården eller till den ledande tjänstemannen för socialvården (socialvårdslag 812/2000, 23 §).

En patient som är missnöjd med hälso- och sjukvården eller med bemötandet har rätt att göra en anmärkning till den ansvariga direktören för hälso- och sjukvården inom verksamhetsenheten 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 berörda anställda 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. 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**

Reijo Autio, ledande läkare, 0406703418

Birgitta Ivars, överskötare, 044 3232270

### 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: potilasasiavastaava@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](#)

## [velfärdsområde \(osterbottensvalfard.fi\)](https://osterbottensvalfard.fi)

### 3.3.7 Klienternas/patienternas delaktighet

Klienter inom Österbottens velfärdsområde 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 velfärdsområde utgör ramen för utveckling av delaktighetsarbetet. [Delaktighetsplanen](#) finns på velfärdsområdets webbplats.

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

### ENHETSBESKRIVNING

Genom delaktighet har kunder och patienter möjlighet att påverka beslut och tjänster som påverkar dem. Kunderna får tydlig, begriplig och aktuell information om alla frågor som påverkar dem, till exempel behandlingsalternativ, tillhandahållande av tjänster och beslut. Detta säkerställer att kunden kan fatta välgrundade beslut. Tjänsten har ett återkopplingssystem som gör det möjligt för kunder och patienter att ge återkoppling på tjänster och sina egna erfarenheter. Återkopplingen kan samlas in skriftligt, elektroniskt eller muntligt. Det kommer att säkerställas att det är lätt att ge feedback och att klienterna ges möjlighet att uttrycka sina åsikter anonymt om de så önskar. Återkoppling från kunder och patienter används för att förbättra tjänsten. Återkoppling åtgärdas snabbt och används för att göra ändringar i tjänster och policyer vid behov.

Samråd med och deltagande av lokalbefolkningen i utvecklingen av beskrivningar av servicekedjor, planer och riktlinjer för klienter och patienter är viktigt för att säkerställa att tjänsterna uppfyller invånarnas verkliga behov och förväntningar. Deltagandet syftar till att göra tjänsterna mer kundorienterade och att främja ett lokalt baserat beslutsfattande.

En kundundersökning skickas ut till interna kunder för att samla in deras åsikter och erfarenheter av nuvarande tjänster samt önskemål och idéer om förbättringar. Kundråd har inrättats i området med representanter från olika befolkningsgrupper. Sammansättningen av råden syftar till att säkerställa att olika befolkningsgrupper är representerade för att maximera mångfalden i utvecklingen av tjänsterna. Rådets roll är att fungera som en kontinuerlig kanal mellan tjänsteanvändare och tjänsteleverantörer. De kan t.ex. utvärdera befintliga tjänster, föreslå förbättringar eller bedöma hur väl servicekedjorna fungerar. De fungerar som rådgivande organ och deras feedback används aktivt i beslutsfattandet.

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

Inom Österbottens velfärdsområde 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://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

När tjänsteproducenten utarbetar, uppdaterar och utvecklar planen för egenkontroll ska tjänsteproducenten beakta den respons som regelbundet samlas in från klienter och/eller patienter, deras anhöriga/grannar och tjänsteenhetens personal (Tillsynslagen 741/2023, 27 §).

Att beakta responsen och erfarenheterna från klienter/patienter i olika åldrar och deras anhöriga/grannar är en viktig och väsentlig del av utvecklingen av innehållet, kvaliteten, säkerheten och egenkontrollen av tjänsterna inom välfärdsområdet. Eftersom servicekvalitet kan betyda olika saker för personalen och klienterna är det viktigt att använda den feedback som samlas in regelbundet på olika sätt för att förbättra servicen.

I serviceenheterna är det viktigt att samla in respons från klienterna, deras anhöriga, personalen och studerandena för att utveckla verksamheten och säkerställa servicens kvalitet. Den kontinuerliga insamlingen av feedback hjälper till att identifiera områden som kan förbättras och att säkerställa att tjänsterna uppfyller användarnas behov. Serviceenheterna använder webbaserade feedbackformulär och QR-koder som enkelt kan fyllas i av kunden eller deras anhöriga, oavsett tid och plats. Alla enheter samlar också in CLES-återkoppling från studenter och NPS-enkäter för personalen

## 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. [Behörighetsstadgan](#) finns på välfärdsområdets webbplats.

### 3.5.1 Mängden och strukturen för personal

#### ENHETSBESKRIVNING

Formella kvalifikationer för välfärdstjänster och verksamheter, till exempel yrkeskvalifikationer och språkrav, beskrivs i behörighetsstadgan. Behörighetsstadgan finns tillgänglig på välfärdstjänsternas webbplats.

Personalen ska ha den utbildning, yrkeskunskap och kompetens som behövs med hänsyn till de tjänster som tillhandahålls och de klienter och patienter som använder tjänsterna.

Tjänsteleverantören ska se till att social- och hälsovårdspersonal som anställs eller köps från en underleverantör också uppfyller de krav som fastställs i lagarna om social- och hälsovårdspersonal i enlighet med nämnda lagar. Personalens antal och struktur definieras i enhetsplanerna.

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

#### ENHETSBESKRIVNING

Ifall det inte finns personal tillräckligt på plats försöker man använda sig av rotation mellan olika arbetspunkter. 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.

Vi behov skjuts patienternas undersökningar upp till ett senare skede då det finns tillräckligt med personal på plats. Närchefen tar beslut om dessa åtgärder, utanför tjänstetid en utsedd ansvarsperson

Vid anställning kontrolleras samtliga yrkespersoners behörighet via myndighetsregistret JulkiTerhikki. Det är närchefens ansvar att säkerställa att arbetstagaren är lämplig och innehar tillräckligt kunnande för sina arbetsuppgifter. denna utvärdering baserar sig på många faktorer, skolning, arbetserfarenhet, behörighet och att de uppfyller de lagliga kraven. Närchefen skall även säkerställa att arbetstagaren har den rätta kompetensen och läkemedelsrättigheter. Närchefen skall även kontrollera att personen uppfyller smittskyddslagen 48§.

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. Principerna

för hur vikarie skaffas i olika situationer beskrivs i de enhetsspecifika planerna.

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

### **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**

Enheterna har enhetsspecifika introduktionsprogram för nya arbetstagare och för studeranden. För varje yrkesgrupp gör man ett eget introduktionsprogram där man går igenom enhetens verksamhet, målsättningar och ansvar. Arbetssäkerhets introduktion är mycket viktig inom diagnostiken, bla strålsäkerhet och användningen och lagring av radioaktiva ämnen, Organisationen har ett introduktionsprogram på laatuportti. Studeranden har alltid en eller två utnämnda 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 gås igenom varje år vid ett utvecklingssamtal. Arbetstagarna har skyldighet att upprätthålla sitt eget yrkesmässiga kunnande och arbetsgivaren har skyldighet att ge personalen möjlighet att delta i fortbildning. (Social- och hälsovårdsministeriets förordning om fortbildning för social- och hälsovårdspersonal 57/2024).

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

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

### ENHETSBESKRIVNING

Välfärdsområdet/serviceproducenten ska systematiskt följa upp och utvärdera genomförandet av fortbildningen och fortbildningsplanerna för social- och hälsovårdspersonalen. Övervakningen av fortbildningen ska åtminstone omfatta en bedömning av utbildningens tillräcklighet, deltagandet i utbildningen, utbildningens innehåll, kvalitet och effektivitet samt kostnaderna för utbildningen. Innehållet i fortbildningen ska ta hänsyn till personalens grundutbildning, arbetets krävande karaktär och innehållet i arbetsuppgifterna. Uppföljning sker av enhetschefen, rapportering sker i Alma och Kvalitetsrapport.

Utvecklingssamtal är ett viktigt verktyg för att följa upp medarbetarnas kompetens och genomförs en gång per år med uppföljning i Alma. Varje år görs en inventering av utbildningsbehovet för nästkommande år.

Obligatoriska utbildningar (första hjälpen, återupplivning, säkerhet, informationssäkerhet) anordnas av organisationen. Enhetsspecifik utbildning organiseras på enheterna. Kompetenserna kommer att

### 3.5.4 Arbetshälsa och arbetarsäkerhet

#### ENHETSBESKRIVNING

Patientsäkerhet kräver en välfungerande personalstyrka. Utmaningar i fråga om personalens prestationer påverkar arbetets kvalitet och personalens attityder, vilket i sin tur påverkar patientsäkerheten.

Det är viktigt att närchefen övervakar att de anställda följer arbetstiderna för att säkerställa att arbetstiderna är i linje med regler och avtal och att de anställda inte är överbelastade. Nästan alla diagnostiska enheter använder elektroniska tidrapporteringssystem som automatiskt övervakar de anställdas arbetstider. Närchefen kan kontrollera att arbetstiderna följer lagstiftning, kollektivavtal och organisationens egna regler.

Vid utvecklingssamtal går närchefen och medarbetaren igenom medarbetarens prestationer. Närchefen ger feedback på den anställdes prestationer och bedömer om målen har uppnåtts. De kan också komma överens om nya mål och utvecklingsåtgärder.

Närchefen följer upp personalens prestationer i det dagliga arbetet. Hen ger feedback om arbetets kvalitet, effektivitet och professionalism och vägleder vid behov medarbetaren att förbättra sina färdigheter eller arbetsmetoder.

Personalens välbefinnande följs upp genom sjukfrånvarostatistik, en trivselenkät och en NPS-enkät om hur medarbetarna trivs på sin arbetsplats. För personalen kan en TYKY-morgon/eftermiddag, Epassi och en cykelförmån anordnas. Ledarskapsutbildning erbjuds för organisationens närchefer. Organisationens har riktlinjer för hur man kan stödja personalens välbefinnande i arbetet.

Det är tjänsteleverantörens eller närchefens ansvar att se till att arbetslagstiftningen och

arbetsgivarens säkerhetsskyldigheter enligt arbetarskyddslagen (738/2002) följs. Enligt arbetarskyddslagen är arbetsgivaren skyldig att sörja för arbetstagarnas säkerhet och hälsa på arbetsplatsen, vilket förutsätter systematiska åtgärder, riskhantering och kontinuerlig uppföljning.

Arbetsgivaren måste identifiera och bedöma faror och risker på arbetsplatsen. Arbetsgivaren ska se till att regelbundna riskbedömningar genomförs på arbetsplatsen, som omfattar fysiska, psykiska och sociala riskfaktorer. Riskbedömningen ska dokumenteras och göras tillgänglig för arbetstagarna.

Utifrån de risker som identifierats ska arbetsgivaren vidta åtgärder för att eliminera eller minimera farorna och skadorna. Det kan t.ex. handla om att förbättra arbetsmiljön, underhålla arbetsutrustning eller tillhandahålla skyddsutrustning.

Det är närchefens ansvar att se till att arbetsmiljön är säker och hälsosam. Det innebär att arbetsplatsens lokaler, utrustning och verktyg måste underhållas och att de faror som är förknippade med dem identifieras och skyddas mot.

Säkra och godkända arbetsmetoder måste användas på arbetsplatsen. Arbetsledaren måste se till att arbetstagarna känner till säkra arbetsmetoder och att de följs i praktiken.

Arbetsledaren organiserar regelbundna inspektioner av arbetsområden och utrustning och ser till att verktygen är i gott skick och säkra att använda.

### **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 stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre 980/2012, 20 §).

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

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

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

### **ENHETSBESKRIVNING**

Serviceenheterna ska ha tillräckligt med mångprofessionell personal och kompetens för att säkerställa kvaliteten och säkerheten i servicen/vården. Den eller de personer som ansvarar för

serviceenheten är ansvariga för att personalstyrkan är tillräcklig. Övervakningen och säkerställandet av bemanningsnivåerna måste omfatta alla tjänster som tillhandahålls av serviceenheten.

Planen för egenkontroll ska ta hänsyn till de krav på bemanning och resurser som följer av den särskilda lagstiftning som styr den tjänst som tillhandahålls.

Riskområden identifieras i samband med att handlingsplanen utarbetas och när större förändringar sker. Organisationens beredskapsplan innehåller en plan för att hantera specifika situationer.

### 3.7 Sektorsövergripande samarbete och samordning av tjänster

#### ENHETSBESKRIVNING

Samarbete och informationsflöde med andra leverantörer av social- och hälsovårdstjänster och leverantörer i patientens eller klientens vård- och behandlingssystem är en viktig del av kvaliteten på vård och service. Ett gott samarbete och informationsflöde säkerställer att patienterna får integrerade, effektiva och säkra vård- och socialtjänster.

År 2025 kommer vi att ha ett integrerat patientinformationssystem som underlättar informationsflödet mellan olika tjänster och yrkesgrupper. För en klient eller patient upprättas ofta en gemensam vård- eller serviceplan, som styr de olika tjänsteleverantörernas verksamhet. Planen innehåller information om klientens mål för vården, tjänsterna och tidpunkterna för dessa. Närchefen ansvarar för att planen uppdateras vid behov och att alla parter är medvetna om dess innehåll.

Informationen delas med andra tjänsteleverantörer på ett säkert sätt, till exempel via säkra elektroniska kommunikationskanaler. Patientsäkerhet och dataskydd är viktiga faktorer, och därför måste vårdgivaren se till att kommunikationen sker i enlighet med lagstiftningen och dataskyddsbestämmelserna. Information får endast delas med patientens samtycke, och detta samtycke måste dokumenteras på ett korrekt sätt. Den primära vårdgivaren är ansvarig för att säkerställa att allt utlämnande av patient- eller klientinformation följer lagen och att samtyckena är giltiga.

### 3.8 Lokaler och utrustning

#### ENHETSBESKRIVNING

Välfärdsområdets lokaler ska vara ändamålsenliga och tillräckliga för verksamheten. Lokalerna beskrivs närmare i enheternas egna planer för egenkontroll. Lokalerna och miljön ska vara lämpliga och säkra med avseende på hälsa och andra förhållanden för den service, vård och forskning som ges till klienten/patienten. Utformning och användning av lokaler och miljöer ska ske med hänsyn till tillgänglighet. Lokalernas lämplighet ska också ta hänsyn till eventuella andra krav som följer av tjänstespecifik lagstiftning.

En särskild säkerhetssida kommer att finnas tillgänglig för alla tjänster inom välfärdsområdet i det webbaserade kvalitets- och riskhanteringsprogrammet Quality Report. Enhetens säkerhetssida kommer att innehålla en säkerhetsplan, utrymningssäkerhet och allmänna svars kort för incidenter.

Lokalägaren ansvarar för lokalens skick och eventuella reparationer. Sjukhusteknikern ansvarar

för den medicinska utrustningen.

Organisationens säkerhetsenhet leder säkerhetsarbetet. Anläggningen har en säkerhetsplan. Varje enhet har en säkerhetssida i kvalitetsrapporten och åtgärdskort för olika risker är under utarbetande. En utrymningsplan har upprättats för samtliga byggnader. Applikationen Secapp används som larmkanal vid en eventuell incident.

Städning, avfallshantering och omhändertagande av farligt avfall utförs av ett internt företag.

### 3.9 Medicintekniska produkter, informationssystem och användning av teknik

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

Fimea övervakar att medicintekniska produkter motsvarar kraven och aktörerna i branschen i Finland. Övervakningen av att produkterna motsvarar kraven gäller medicintekniska produkter som släppts ut på marknaden och deras yrkesmässiga användning och underhåll. Om tillbud som social- och hälsovårdens medicintekniska produkter förorsakar och som har lett till eller kunde ha lett till äventyrande av klients, användares eller annan persons hälsa ska alltid avläggas en anmälan om tillbud till Fimea (Fimea: Bestämmelse och anvisning 16.05.2023, Dnr FIMEA/2021/007734).

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

Chef för sjukhusteknik, telefonnummer 044 323 1181

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

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

Om enheterna använder kameraövervakning ska personen informeras om det med kameraövervakningsmärke före han eller hon kommer in på övervakat område/ in i övervakad byggnad. som välfärdsområdet utarbetat. I fråga om kameraövervakning handlar man på välfärdsområdet i enlighet med anvisningar som välfärdsområdet har utarbetat och som upphittas på intra-nätverket. Dessa baserar sig på Regionförvaltningsverkets styrningsbrev för

kameraövervakning i verksamhetsenheter inom socialvården utfärdat 2.2.2024 (LSSAVI/677/2024). Registerbeskrivningen av kameraövervakning finns på välfärdsområdet webbsida: <https://osterbottensvalfard.fi/om-oss/organisation-och-beslutsfattande/var-dataskyddspraxis/>

## Medicintekniska produkter

### ENHETSBESKRIVNING

Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet (Fimea) har gett ut en föreskrift om anmälan av en incident som gäller en medicinteknisk produkt av en yrkesmässig användare och en anvisning om hantering av en medicinteknisk produkt som har varit i en nödsituation (Fimea 1/2023). Dessutom har STM publicerat en guide om säker användning av medicintekniska produkter för att säkerställa enhetens kompetens (STM-publikationer 2024:3).

Via rapporteringskanalen HaiPro kan man anmäla fel som gäller medicintekniska produkter. Anmälan är kopplad till Fimea, som är tillsynsmyndighet för medicintekniska produkter.

Alla produkter kontrolleras före och regelbundet efter att de tagits i bruk. Detta görs av sjukhustekniker. Det finns också utrustningsansvariga på enheterna.

Personalen har fått introduktion och utbildning i hur utrustningen ska användas och måste regelbundet visa sin kompetens. Kompetens och utbildning registreras i kvalitetsrapporten. Upphandlingsenheten ansvarar tillsammans med avdelningarna för upphandlings- och eventuella anbudsförfaranden.

Ansvarig person för medicintekniska produkter finns i enheternas egna tillsynsplaner.

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

Se enheternas egna kontroll planer

## Informationssystem och informationssäkerhet

### ENHETSBESKRIVNING

Informationssäkerhetsplanen finns på organisationens intranät. Planen går igenom på arbetsplatsmöten och under introduktionen för nyanställda. Personalen uppdaterar regelbundet sin kompetens genom webbskolningar. Utbildningar registreras i Alma. I rekryteringssituationer informeras personalen om organisationens regler för informationssäkerhet.

Personuppgifter behandlas inom det Österbottens välfärdsområde i enlighet med dataskyddslagstiftningen. En offentlig dataskyddsbeskrivning av alla patientjournaler och vem som ansvarar för vad finns tillgänglig på organisationens webbplats. På webbplatsen finns också information om dataskyddsombuden. Dataskyddsmyndigheterna kommer vid behov att ge ytterligare information om hur personuppgifter hanteras inom välfärdsområdet. Du kan också vända dig till dem med klagomål om behandlingen av personuppgifter.

Den registrerade har rätt att få veta för vilka ändamål och på vilket sätt personuppgifterna behandlas. Den registrerade har också rätt att få veta om personuppgifter som rör honom eller henne behandlas. Om personuppgifter behandlas har den registrerade rätt att få en kopia av denna information, såvida det inte finns ett legitimt skäl för att vägra utöva denna rättighet.

Säkerhetsplanen för dataskydd finns på organisationens intranät. Den kommer att diskuteras med personalen och användas i introduktionsutbildningen. Personalen uppdaterar regelbundet sina kunskaper om dataskydd genom webbutbildning.

Organisationen har utsedda tjänstemän som övervakar köptjänster och de inhouse företagens säkerhetsplaner för dataskydd.

För att säkerställa personalens kompetens krävs omfattande introduktion, kontinuerlig utbildning, tydliga riktlinjer och policyer samt regelbunden övervakning. Främjande av säkerhetsmedvetenhet och samarbete med andra aktörer är också viktiga inslag. Målet är att skapa en säker miljö där personalen kan agera ansvarsfullt och kompetent i säkerhetsfrågor.

Vid upprättande av köptjänstavtal och underleverantörsavtal tas hänsyn till registreringsansvar och skyldigheter. Organisationen har separata personer som ansvarar för att kontrollera köptjänst och underleverantörskontrakt.

## Användande av teknologi

### ENHETSBESKRIVNING

Patientens individuella behov och autonomi respekteras också i normal praxis när teknik används för att leverera tjänster. De aktuella registerbeskrivningarna finns på organisationens webbplats. Personuppgifter som inhämtas kommer endast att behandlas för det angivna ändamålet. Det finns särskilda handlingsplaner för att hantera tekniska fel och väntetider för tjänster. Större tekniska risker återspeglas i riskbedömningar som genomförs i olika sammanhang, i syfte att förebygga oönskade händelser och upprätta en beredskapsplan för störningar om sådana skulle uppstå.

Organisationen har införskaffat de säkerhets- och bevakningstjänster som krävs för att garantera personalens och patienternas säkerhet. Av enheternas egenkontrollplaner framgår vilka tekniska lösningar som används för att garantera enhetens säkerhet. De larmsystem som används på enheterna kontrolleras regelbundet för att säkerställa att de fungerar korrekt.

**Namn på och kontaktuppgifter till person som ansvarar för person-/klient-/patientsäkerhetsutrustningars och/eller trygghetstelefoners se enheternas egen kontroll planer**

## 3.10 Läkemedelsbehandling

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

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

Arbetsenheternas läkemedelsplaner grundar sig på SHM:s handbok om säker

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

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

## ENHETSBESKRIVNING

På enheten ska det finnas en läkare som ansvarar för den medicinska vården på enheten. Den behandlande läkaren ansvarar för den övergripande hanteringen av klientens/patientens medicinering. En sjuksköterska/radiograf måste utses på arbetsenheten för att ansvara för den övergripande hanteringen av medicineringen. Den sjukskötare/radiograf som ansvarar för den övergripande läkemedelshanteringen bör arbeta på arbetsenheten på ett sådant sätt att han eller hon kan ingripa om brister upptäcks (Säker läkemedelshantering 2021: 6; Fimea).

Läkemedel administreras i enlighet med enhetens godkända läkemedelsbehandlingsplan. Läkemedelsplanen uppdateras av avdelningsföreståndaren och biträdande avdelningsföreståndaren en gång per år eller om det sker förändringar i enhetens verksamhet. Den medicinska behandlingsplanen är godkänd av överläkaren. Enhetens omvårdnadspersonal läser igenom planen och signerar som läst.

Vårdpersonalen ska ha en giltig kompetens i läkemedelshantering, LOVE. Kompetenserna uppdateras vart femte år

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

Se enheternas egen kontroll plan

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

Se enheternas egen kontroll plan

## 3.12 Hygien, förebyggande och bekämpning av infektioner

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

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

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

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

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

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

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

Österbottens välfärdsområdets intrasidor: Hygien och bekämpning av infektioner

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

### **ENHETSBESKRIVNING**

Enligt lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016, 17 §) ska verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården och socialvården systematiskt förebygga vårdrelaterade infektioner. Närchefen ska följa upp förekomsten av smittsamma sjukdomar och höggradigt resistenta mikrober samt säkerställa vårdhygien. Enheten ska se till att klienter, patienter, personal, studenter och praktikanter skyddas och inkvarteras på lämpligt sätt och att antimikrobiella medel används på lämpligt sätt. Närchefen ska biträdas av hälso- och sjukvårdspersonal med sakkunskap om bekämpning av smittsamma sjukdomar och samordna sin verksamhet med välfärdsregionens verksamhet och med nationella program för bekämpning av vårdrelaterade infektioner (1149/2022).

Personalen måste följa de riktlinjer för hygien och infektionskontroll som utfärdats. Ansvaret för hygien och smittskydd ligger på enheten. Hygienteamet ger stöd. Enheten bör ha en utsedd hygienansvarig som fungerar som en länk mellan hygienteamet och enheten.

Mer information om övervakning och rapportering av allvarliga vårdrelaterade infektioner finns på THL:s webbplats.

Närchefen ska se till att personalen har tillräcklig kunskap om gällande hygienriktlinjer. Genom att följa gällande hygienriktlinjer säkerställs att smittsamma sjukdomar och infektioner inte sprids inom enheten. Organisationen anordnar också särskilda utbildningsdagar om hygien med aktuell information för enheterna. Hygienisterna följer aktivt upp vårdrelaterade infektioner, agerar experter och kontakter berörda enheter vid behov. Personalen erbjuds vaccination mot säsongsinfluensa och i början av anställningsförhållandet görs en genomgång av personalens vaccination mot smittsamma sjukdomar.

För städ- och hygienutrymmen finns särskilda planer som upprättas i samarbete med personalen på de inhousebolagen som utför städning och sanering.

Första hjälpen- och återupplivningskunskaper för medarbetare som arbetar inom de olika serviceenheterna upprätthålls i enlighet med riktlinjerna för välfärdsområdet.

## Namn på och kontaktuppgifter till hygienansvarig

Se enheternas egen kontroll plan

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

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

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

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

#### ENHETSBESKRIVNING

Det är varje anställds ansvar att registrera klient-/patientinformation. Skyldigheten att dokumentera börjar när tjänsteleverantören får information om personens behov av service/vård eller börjar tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänsten. Dokumentering ska ske utan dröjsmål efter det att patientärendet har handlagts/behandlats.

Personalen ska använda sina egna användar-ID och sina egna inloggningsuppgifter till organisationens datorer och patientinformationssystem i enlighet med välfärdsområdets dataskyddsplan.

Personalens kompetens säkerställs genom regelbunden utbildning i dataskyddets ABC och personlig underskrift på avtalet om tillgång till och sekretess för data och informationssystem.

Patientinformationssystemet Lifecare, som kommer att implementeras av organisationen i början av 2025, kommer att göra det möjligt att spåra vem som är inloggad i en patients elektroniska patientjournal. Tillgång till patientuppgifter kommer att beviljas utifrån yrkesroll och vårdenhets. Enligt introduktionsplanen ska ny personal utbildas i dokumentering. Eleverna dokumenterar tillsammans med handledaren.

När patientjournaler behöver skickas utanför organisationen används säker post/säker e-post med lösenordsskydd.

Utskrivna dokument från journalsystemet förvaras i pappersjournalen eller kasseras i en

dokumentförstörare.

De ansvariga personernas dataskyddsbeskrivningar och kontaktpersonerna för kund- och patientregistret finns på välfärdsområdets webbplats: vår dataskyddsbeskrivning **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, Dammbrunnsvägen 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. Förfaringssätt i riskhanteringsprocessen och i riskhanteringspraxis har beskrivits i handboken i riskhantering (intra/materialbanken) avsedd för intern användning i organisationen.

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

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

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

## ENHETSBESKRIVNING

Ledningen för välfärdsområdet, de ansvariga för serviceenheterna och närchefen ansvarar för att egenkontrollen implementeras och att de anställda får tillräcklig information om säkerhetsfrågor. Ledningen, de ansvariga och närchefen ansvarar för att tillräckliga resurser avsätts för att trygga säkerheten i verksamheten. Närchefen ansvarar för att personalen får tillräcklig information om riskerna för klient- och patientsäkerheten. Hen har även det primära ansvaret för att skapa en positiv miljö för att hantera klagomål och säkerhetsfrågor.

Riskhantering kännetecknas av att jobbet aldrig är klart. Riskhantering kräver aktiva insatser från all personal. Engagemang, förmåga att lära sig av misstag och förmåga att leva med förändringar krävs av all personal inom välfärdsområdet/serviceenheterna för att kunna tillhandahålla säkra och kvalitativa tjänster. De olika yrkesgruppernas expertis kan utnyttjas genom att personalen involveras i bedömningen av säkerhetsnivåer och risker, utarbetandet av planer för egenkontroll samt utformning, genomförande och utveckling av åtgärder för att förbättra säkerheten.

Genom att aktivt samla in information om hoten mot säkerheten är målet att identifiera de risker som är förknippade med dem och de riskhanteringsåtgärder som krävs för att förhindra att potentiella incidenter inträffar överhuvudtaget. Nyckeln till riskhantering är att varje verksamhets- och arbetsenhet identifierar de risker som är förknippade med den egna verksamheten, bedömer riskernas allvarlighetsgrad och sannolikheten för att de ska inträffa samt tar ansvar för och vid behov genomför olika hanteringsåtgärder för att minimera riskerna.

Organisationens högsta ledning ansvarar för den strategiska inriktningen av riskhanteringen i tjänsteenheten och säkerställer att riskhanteringen är integrerad i organisationens operativa processer. Riskhanteringsenheten samordnar och övervakar riskhanteringsaktiviteterna. Deras roll är att säkerställa att riskhanteringen genomförs systematiskt. Den centrala ledningen ansvarar för riskhanteringen tillsammans med ledningen för enheterna. Det finns utsedda säkerhets- och kvalitetsansvariga på enheterna.

Chefer och närchefer ansvarar för det praktiska genomförandet av riskhanteringen på sina enheter. De ska identifiera och bedöma de risker som är förknippade med enhetens verksamhet och se till att riskhanteringsåtgärder genomförs.

Internrevisionen övervakar att riskhanteringsåtgärderna efterlevs och är tillräckliga. De bedömer hur effektiv riskhanteringsprocessen är och ger rekommendationer för hur den kan förbättras.

Regelbundna säkerhetsronder, där medarbetare och ledning tillsammans går igenom potentiella faror och risker i arbetsmiljön, bidrar till att identifiera områden som kan förbättras.

## 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. Välfärdsområdets personal bedömer kontinuerligt den egna verksamheten, hör klienter/patienter och gör observationer i

frågor som gäller verksamheten, kvaliteten och klient-/patientsäkerheten samt beaktar klientresponser 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 resultatenheternas 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

Riskhantering innebär planerade och ansvarsfulla åtgärder för att eliminera eller minimera avvikelser och identifierade risker, samt att registrera, analysera, rapportera och genomföra korrigerande åtgärder och bedöma deras effektivitet och lämplighet.

Riskerna för enheterna bör beaktas på ett övergripande sätt ur olika perspektiv. Riskhanteringen förbättrar kvaliteten och kund- och patientsäkerheten genom att i förväg identifiera kritiska arbetsfaser där uppfyllandet av verksamhetens krav och mål kan vara i fara. Ofta är risker summan av många felaktiga aktiviteter. Risker kan t.ex. uppstå på grund av otillräcklig bemanning eller en kultur som inte i tillräcklig utsträckning stöder en öppen säkerhetskultur. Risker kan också vara relaterade till sociala faktorer (brist på interaktion, andra klienter och personal), psykologiska faktorer (behandling, atmosfär), den fysiska miljön (lokaler, möbler och utrustning), informationsflödet eller praxis, såsom omotiverade begränsningar av klientens/ patientens självbestämmande, genomförande av medicinering eller dokumentering. I riskhanteringsprocessen kommer man överens om förfaranden för att identifiera risker och kritiska steg.

Inom organisationen förebygger och kontrollerar vi risker för verksamheten och patientsäkerheten genom tydliga handlingsplaner, till exempel för läkemedelshantering,

förflyttning av patienter och krissituationer. Personalen får utbildning och information om säkerhetsriktlinjer. Patientsäkerhet är ett återkommande tema i introduktionen av ny personal och studerande.

En Haipro-rapport upprättas för varje negativ händelse. Organisationen strävar efter att rapportera fler tillbud än faktiska incidenter för att betona vikten av förebyggande patientsäkerhetsarbete. Varje rapport analyseras och besvaras. Dessa incidenter diskuteras också på avdelningsmöten med personalen och hur en liknande situation hade kunnat förhindras. Regler uppdateras om det visar sig att de inte är tillräckliga för att förhindra en allvarlig situation.

Uppföljning av Haipron sker på både enhets- och organisationsnivå. Dessa granskas också i samband med revisioner och inspektioner.

Begäran om utredning från tillsynsmyndigheterna är en del av det löpande arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Alla förfrågningar om utredningar dokumenteras i ett elektroniskt arkiv på Dynasty. Detta säkerställer att förfrågningar följs upp och besvaras i rätt tid. Om tillsynsmyndigheten kräver förändringar eller förbättringar kommer en plan att upprättas för hur dessa förändringar ska beaktas. Planen ska alltid ha en ansvarig person som övervakar och ser till att förändringarna genomförs enligt tidsplanen. Det kan handla om att utvärdera befintliga processer, utbilda personal eller uppdatera IT-system. Förändringarnas effektivitet bör övervakas och vid behov rapporteras till den anmälade myndigheten.

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

| Risk                                                                                                  | Vilka metoder används för att hantera dem                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tillräcklig och kompetent personal                                                                    | Regelbunden utbildning av personalen och säkerställande av deras kompetens. Tillräcklig bemanning och arbetsorganisation för att anpassa resurserna till arbetsbelastningen. Tydliga riktlinjer och rutiner. |
| Avbrott och fel i informationskommunikationen                                                         | Tydliga system för kommunikation och informationshantering. Systematisk och effektiv informationsöverföring mellan vårdteamet och andra enheter.                                                             |
| Störningar i teknisk utrustning eller informationssystem kan äventyra patientsäkerheten.              | Regelbundet underhåll och inspektion av utrustning. Uppdatering av informationssystem och säkerställande av säkerhet. Backup och säkerhetskopior för kritisk utrustning.                                     |
| Felaktig dosering eller administrering av fel läkemedel kan leda till att patientens hälsa försämras. | Noggrann och tydlig registrering av medicineringen. Dubbelkontroll av doser och distribution av läkemedel. Automatisering av                                                                                 |

| Risk                                                                                                          | Vilka metoder används för att hantera dem                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Miljöfaktorer, såsom tillgänglighet eller bristfälliga säkerhetsåtgärder, kan orsaka olyckor eller incidenter | läkemedelshantering och kontrollering.<br><br>Regelbundna säkerhetsinspektioner av lokaler. Korrekt placering och användning av utrustning och anläggningar. Planering av säkerhetsåtgärder, t.ex. brand- och utrymningsvägar samt övningar. |

#### 4.2.1 Tjänsteproducentens och personalens anmälningsskyldighet

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

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

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

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

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

Elektroniska anmälningssystem som personalen har tillgång till är:

- HaiPro-systemet (klient- och patientsäkerhetsanmälan, arbetssäkerhetsanmälan, dataskydds-/personuppgiftsanmälan)

- SPro-systemet (anmälan om observerade missförhållanden eller risker för missförhållanden i verkställandet i socialvården).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **ENHETSBESKRIVNING**

Hantering av tillbud och incidenter innebär att de registreras, analyseras och rapporteras. Ansvar för att använda den information som erhålls i riskhanteringen för utveckling ligger hos utföraren, men det är medarbetarnas skyldighet och ansvar att göra informationen tillgänglig för ledningen. I hanteringen av negativa händelser ingår också att diskutera dem med personal, kund och i förekommande fall anhörig. Vid en allvarlig negativ händelse med ersättningsgilla konsekvenser kommer klienten eller den anhörige att informeras om möjligheten att begära ersättning.

Anmälningsskyldigheten och -rätten enligt artikel 29 i lagen om tillsyn över tjänsteleverantörer och personal (den s.k. lagen om tillsyn över social- och hälsovård) gäller situationer där personalen måste rapportera missförhållanden eller hot om missförhållanden som kan äventyra klientens säkerhet eller tjänstens kvalitet. Detta gäller i synnerhet situationer där tjänsteleverantörens verksamhet inte uppfyller rättsliga skyldigheter eller yrkesmässiga normer.

Personalen på enheten måste få utbildning så att de känner till innebörden av skyldigheten och rätten att underrätta och kan identifiera situationer där underrättelse är nödvändig. Det måste också finnas tydliga skriftliga instruktioner om anmälningsförfarandet. Enheten bör ha effektiva och konfidentiella rapporteringskanaler genom vilka personalen kan rapportera om administrativa missförhållanden. Det kan röra sig om elektroniska rapporteringsformulär, telefonnummer eller utsedda personer till vilka rapporter görs.

Alla rapporter bör hanteras snabbt och på lämpligt sätt. Enheten utser en person eller ett team som ansvarar för att ta emot och hantera rapporter. Anmälningar ska hanteras rättvist, konfidentiellt och på ett sätt som skyddar personalens integritet. Nödvändiga korrigerande åtgärder ska vidtas med anledning av rapporterna. Det kan till exempel handla om att se över serviceprocesser, ytterligare utbildning för personalen eller andra åtgärder för att förbättra kundsäkerheten och servicekvaliteten.

Att informera personalen om deras rapporteringsskyldigheter och rättigheter är viktigt för att säkerställa att de förstår sina skyldigheter och rättigheter, till exempel när det gäller säkerhet, missbruk och juridiska skyldigheter.

Rutiner för rapportering av faror och negativa händelser, incidenter och händelser är viktiga processer för att säkerställa säkerhet och kvalitet i organisationer och samhälle.

När en person blir medveten om en fara, skada eller avvikelse ska han eller hon rapportera det omedelbart. Vår organisation använder HaiPro-systemet där alla incidenter och händelser rapporteras. Om situationen kräver omedelbar respons kan rapporten göras direkt till en närchef.

Anonymiteten och säkerheten för visselblåsare måste garanteras så att de vågar rapportera problem utan att vara rädda för repressalier. I till exempel Finland spelar rutiner för visselblåsning en viktig roll, särskilt i organisationer där det finns risk för korruption eller oegentligheter.

Vägledning och påminnelser om skyldigheter och rättigheter i samband med visselblåsning finns på organisationens intranät.

#### 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

I händelse av kvalitetsavvikelser, tillbud och negativa händelser definierar enheterna korrigerande åtgärder för att förhindra att de upprepas i framtiden. Sådana åtgärder inkluderar att identifiera grundorsakerna till incidenter och, baserat på dessa, ändra policyer och rutiner för att göra dem säkrare.

Utredningen av en intern allvarlig incident genomförs i situationer där det finns utrymme för förbättringar ur ett processperspektiv. Beslutet att inleda en sådan utredning fattas av resursledningen.

Serviceenhetsspecifik information om behovet av att förbättra servicekvaliteten och klientsäkerheten erhålls från en rad olika källor som till exempel klienter/patienter, anhöriga/närstående, personal, samarbetspartners, kvalitetsarbete, riskhantering eller arbetsledare/övervakning.

Den allmänna styrningen, planeringen, utvecklingen och övervakningen av verksamheten enligt tillsynslagen (741/2023, § 32) hör till social- och hälsovårdsministeriets ansvarsområde. Regionförvaltningsverket i Västra och Inre Finland utövar tillsyn över och ger vägledning om lagenligheten i ordnandet och produktionen av social- och hälsovårdstjänster inom Österbottens välfärdsområde.

För den planerade och reaktiva (anmälningsbaserade) tillsynen över ordnandet av egen och privat serviceproduktion i välfärdsområdet ansvarar de myndigheter som ansvarar för kvalitets- och tillsynsenhetens tillsynsarbete.

Österbottens välfärdsområde och tillsynsmyndigheten (AVI/Valvira) ska utan hinder av sekretessbestämmelserna sända varandra inspektionsrapporter om verksamheten hos en tjänsteproducent eller en underleverantör som producerar tjänster för tjänsteproducenten.

### Plan för utveckling av egenkontrollen

Information om behovet av att förbättra servicekvaliteten och klientsäkerheten kommer från många olika källor. Processen för att genomföra egenkontroll (riskhanteringsprocessen) tar upp alla risker för klientsäkerheten, incidentrapporter och identifierade behov av förbättringar. En plan för korrigerande åtgärder fastställs beroende på hur allvarlig risken är,

Enheternas egenkontroll identifierar brister i servicekvaliteten och klient-/patientsäkerheten, och de identifierade förbättringsbehoven och de korrigerande åtgärderna för att åtgärda dem registreras i förbättringsplanen för egenkontrollen. I planen anges också vem som är ansvarig för varje förbättringsåtgärd och tidsramen för genomförandet.

Funktionsstörningar, olyckor, tillbud och andra brister i verksamheten som äventyrar klient- och patientsäkerheten hanteras systematiskt inom vård- och omsorgstjänsterna. Medarbetarna uppmuntras att identifiera och rapportera incidenter, olyckor och funktionsstörningar. Detta görs elektroniskt via vårt Haipro-system. När ett tillbud eller en skada upptäcks rapporteras det omedelbart till den ansvariga personen eller säkerhetsansvarig.

Efter ett tillbud eller en skada kan brådskande ändringar i verksamheten göras för att rätta till situationen. Dessa åtgärder används för att planera permanenta förändringar, som kan gälla riktlinjer, arbetsprocesser, utbildning eller resursfördelning.

Patienter och kunder kan ge återkoppling om säkerheten i vården och tjänsterna, och denna återkoppling kommer att beaktas som en del av riskhanteringsprocessen.

Den information som genereras av brukarnas rapporter om incidenter och olyckor kan användas systematiskt för att förbättra säkerheten och kvaliteten på flera olika sätt. Sådana rapporter ger viktig information om var och när säkerhets- eller kvalitetsavvikelser inträffar och kan bidra till att identifiera latent risker som annars skulle kunna gå obemärkta förbi.

### 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

Välfärdsområdena ska på grundval av sitt organiseringsansvar fortlöpande styra och övervaka de privata tjänsteproducenterna och deras underleverantörer när tjänster produceras (tillsynslag 741/2023, 24 §, lag om välfärdsområden 611/2021, 10 §). Som ordnare och beställare av tjänst säkerställer Österbottens välfärdsområde i konkurrensutsättningsskedet 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

Tjänsteleverantören kan åläggas att lämna regelbundna rapporter om egenkontrollen och genomförandet av riskhanteringen. Dessa rapporter kan innehålla information om till exempel tjänstens kvalitet, eventuella avvikelser och de åtgärder som vidtagits för att rätta till dem.

Den upphandlande myndigheten får anordna kontrollbesök i tjänsteleverantörens lokaler för att kontrollera hur egenkontrollen genomförs i praktiken. Detta kan t.ex. omfatta kontroll av patient- och klientsäkerhet och personalens kompetens.

Tjänsteleverantören ska förse den upphandlande myndigheten med nödvändig information om personalens kvalifikationer och utbildning. Den upphandlande myndigheten kan t.ex. begära in handlingar som rör yrkeskvalifikationer och licensiering. Tjänsteleverantören måste ha en plan för att upprätthålla och utveckla personalens kompetens och den upphandlande myndigheten bör informeras om detta.

Tjänsteleverantören ska visa hur klient- och patientsäkerheten säkerställs som en del av egenkontrollprogrammet. Detta kan omfatta planer för att förhindra medicinska fel, säkerställa läkemedelssäkerhet och infektionsförebyggande åtgärder.

Tjänsteleverantören ska informera beställaren om eventuella betydande säkerhetsavvikelser och om de åtgärder som vidtagits för att korrigera och förebygga dem i framtiden.

Tjänsteleverantören bör samla in och behandla kundåterkoppling, och abonnenten bör få regelbundna rapporter om återkopplingen och de åtgärder som vidtagits med anledning av den. Den upphandlande myndigheten kan definiera tydliga kvalitetskriterier och övervaka att de uppfylls antingen genom rapporter, revisioner eller kundfeedback.

Tjänsteleverantören ansvarar för att den tjänst som tillhandahålls av underleverantören uppfyller alla kvalitetskrav och garanterar kund- och patientsäkerheten.

Tjänsteleverantören måste ingå ett tydligt avtal med underleverantören, där kvalitetskriterier, säkerhetskrav och ansvarsområden fastställs. Avtalet kan också innehålla sanktioner vid bristande efterlevnad.

Tjänsteleverantören måste regelbundet övervaka underleverantörens verksamhet och genomföra revisioner för att säkerställa att underleverantören följer överenskomna rutiner och standarder. Detta kan till exempel innebära revision av tjänsteprocesser och kontroll av dokumentation.

Tjänsteleverantören ska identifiera och hantera de risker som är förknippade med tillhandahållandet av tjänsten, särskilt med avseende på patientsäkerheten. Detta innebär bland annat att bedöma risker och planera förebyggande åtgärder.

Tjänsteleverantören ska kontinuerligt övervaka kvaliteten på den tjänst som underleverantören tillhandahåller, inklusive kundfeedback, klagomål och eventuella avvikelser. Kvalitetsövervakningssystem hjälper till att upptäcka problem i tid.

Det är viktigt att underleverantörens personal har de färdigheter och kvalifikationer som krävs, särskilt när det gäller hälso- och sjukvård eller sociala tjänster. Tjänsteleverantören kan anordna utbildningar eller se till att underleverantören ser till att personalen är kvalificerad.

Tjänsteleverantören har det yttersta ansvaret för klient- och patientsäkerheten, även om tjänsten utförs av en underleverantör. Det innebär att om det uppstår brister eller fel i underleverantörens verksamhet är det tjänsteleverantören som ansvarar för eventuella konsekvenser för kunder och patienter.

Genom dessa rutiner säkerställer tjänsteleverantören att den tjänst som underleverantören tillhandahåller är av hög kvalitet och säker för både kunder och patienter.

Övervakning av kvaliteten och säkerheten i de tjänster som upphandlas och tillhandahålls enligt kontraktet är en viktig del av samarbetet mellan beställaren och tjänsteleverantören.

Beställaren och tjänsteleverantören träffas regelbundet för att granska tjänsternas kvalitet, kundnöjdhet och möjliga förbättringsområden. Tjänsteleverantören ska lämna regelbundna rapporter till abonnenten. Dessa rapporter kan innehålla indikatorer såsom servicenivåindikatorer, antal tillhandahållna tjänster, klagomål och avvikelser.

Den upphandlande myndigheten kan utföra egna kontroller eller revisioner för att säkerställa kvaliteten på tjänsteleverantörens processer och tjänster. Använda oberoende organ för att kontrollera att tjänsterna uppfyller kvalitets- och säkerhetskraven i kontraktet, till exempel i enlighet med ISO-standarder.

En tydlig klagomålsprocess där uppdragsgivaren eller slutkunden kan rapportera eventuella brister eller problem med tjänsterna. Tjänsteleverantören är skyldig att vidta åtgärder som svar på klagomål och den upphandlande myndigheten övervakar genomförandet av dessa åtgärder.

Beställaren samlar regelbundet in feedback från kunder och patienter, som används för att

förbättra tjänsterna. Kundåterkopplingen analyseras systematiskt och åtgärder planeras utifrån denna återkoppling.

Tjänsteleverantören har en riskhanteringsplan som omfattar potentiella risker för klient- och patientsäkerheten. Eventuella avvikelser registreras, utreds och rapporteras till kunden. Nödvändiga korrigerande åtgärder vidtas.

Det är tjänsteleverantörens eller den upphandlande myndighetens ansvar att åtgärda identifierade avvikelser när de upptäcks. Denna process kan variera från organisation till organisation, men allmän praxis omfattar vägledning, klagomål och kontrollåtgärder.

Tjänsteleverantören kan vägledas, t.ex. genom utbildning eller rådgivning, för att undvika felbehandling. Om avvikelser upptäcks under operationen kan kunden eller tjänsteleverantören ge omedelbar feedback och instruktioner för att korrigera dem. Situationen kommer att övervakas aktivt och tjänsteleverantören kommer att få instruktioner om att åtgärda det problem som identifierats.

Kunden (eller tjänsteanvändaren) identifierar problemet och registrerar det för att säkerställa dokumentationen. Den upphandlande myndigheten lämnar in ett formellt klagomål till tjänsteleverantören, där de brister som konstaterats anges och, i förekommande fall, en tidsfrist för att rätta till dem fastställs. Det är tjänsteleverantörens ansvar att besvara klagomålet, vidta korrigerande åtgärder och rapportera till abonnenten om hur ärendet har hanterats.

#### 4.4 Beredskaps- och kontinuitetshantering

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

I fråga om välfärdsområdets tjänsteproduktion ansvarar verksamhetsområdesdirektörerna för beredskapen och planeringen av beredskapen (Förvaltningsstadgan, § 104). Uppgiften för personerna som ansvarar för resultatområdena är att utveckla viktiga processer inom sitt ansvarsområde tillsammans med verksamhetsområdesdirektören och resursdirektörerna (Förvaltningsstadgan § 43). Hit hör också beredskap och planering av beredskap varför ansvarig för resultatområdet 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 strålningssolyckor 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

Riskhanteringen inleds med en bedömning av affärsmässiga och operativa risker. Tjänsteleverantören identifierar och bedömer risker som kan äventyra tjänsternas kontinuitet, t.ex. tekniska fel, personalbrist, avbrott i leveranskedjan eller naturkatastrofer. Denna analys ska genomföras regelbundet och ska omfatta alla risker som är förknippade med externa tjänsteleverantörer.

De olika aktörernas ansvar och skyldigheter grundar sig i sin helhet på lagstiftning, såsom beredskapslagen, räddningslagen, polislagen och lagen om försvarsmaktens uppgifter. Beredskapsplanen beskriver i detalj hur dessa lagbestämmelser ska tillämpas i händelse av olyckor och nödsituationer.

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

Reijo Autio, ledande läkare  
Birgitta Ivars, överskötare

## 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 genomförs innan beslut fattas om större förändringar på enheterna.

Alla enheter har genomfört en omfattande riskbedömning som omfattar patientsäkerhet, informationssäkerhet, dataskydd, hälsa och säkerhet, personlig säkerhet, brandsäkerhet, brotts- och lokalsäkerhet, beredskapsplaner, miljö- och kemikaliesäkerhet. Riskbedömningarna arkiveras i kvalitetsrapporten och uppdateras i enlighet med riktlinjerna. Vid revisioner och egenkontrollbesök efterfrågas riskbedömningar och granskning av uppföljningen av dessa.

Riskerna beaktas också i verksamhetsplaneringen och uppföljningen. Det finns ett särskilt avsnitt i Opiferus-programmet där enheten lyfter fram relevanta risker och hur de hanteras. Personalens kompetens inom riskhantering säkerställs genom introduktionsutbildning,

fortbildning och separat uppföljning av obligatorisk utbildning på individnivå.

Haipro är den huvudsakliga kanalen för övervakning av risker, allvarliga händelser och tillbud. När så är lämpligt vidarebefordras anmälningar till högre ledningsnivåer. Allvarliga olyckor och defekter i medicintekniska produkter rapporteras till organisationens kvalitets- och kontrollenhet och, enligt instruktioner till Valvira och / eller AVI.

## 5.2 Uppföljning och rapportering av hur egenkontroll genomförs

Ansvariga personen i tjänsteenheten/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.

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

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

### ENHETSBESKRIVNING

Ansaret för att följa upp egenkontrollen och genomföra planen för egenkontroll ligger hos de ansvariga för de operativa enheterna (resultatenheterna). Om det är fråga om en serviceenhet (resultatområde) ligger ansvaret hos de personer som ansvarar för serviceenheten. Eventuella brister som identifieras under uppföljningen dokumenteras. Eventuella åtgärder som ska vidtas med anledning av bristerna dokumenteras och diskuteras med personalen, och en tidsram för åtgärder fastställs av de ansvariga personerna. Rapportering sker regelbundet i enlighet med årsklockan.

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

Plan för egenkontroll är utarbetad/uppdaterad, version nummer  
28.2.2025, version 1

### Ansvarspersonens underskrift och godkännande

Reijo Autio, ledande läkare  
Birgitta Ivars, överskötare