



Avdelning för förlossningar och gynekologi

Plan för egenkontroll

Österbottens välfärdsområde

Verksamhetsområdets/ tjänstenhetens/ verksamhetsenhetens/ resultatenhetens namn	Avdelning för förlossningar och gynekologi
Utarbetad Uppdaterad Utarbetad av	27.6.2025, version 1.0 Datum, version Underskrift av ansvarspersonen för verksamhetsområden/tjänstenheten/verksamhetsenheten/ resultatenheten, namnförtydligande, titel Jennica Kööpikkä, Överläkare Madeleine Isuls, Avdelningsskötare Anette Söderqvist, Biträdande avdelningsskötare Jaana Ekebohm, Biträdande avdelningsskötare
Godkänd Underskrift	Vasa, 4.7.2025 Underskrift av ansvarspersonen för verksamhetsområden/tjänstenheten/verksamhetsenheten/ resultatenheten, namnförtydligande, titel Jennica Kööpikkä, Överläkare Madeleine Isuls, Avdelningsskötare Anette Söderqvist, Biträdande avdelningsskötare Jaana Ekebohm, Biträdande avdelningsskötare
Planen för egenkontroll är framlagd	www.osterbottensvalfard.fi

Innehåll

1.	UPPGIFTER OM TJÄNSTEPRODUCENTEN, TJÄNSTEENHETEN OCH VERKSAMHETEN	4
1.1	Tjänsteproducentens och tjänsteenhetens uppgifter	4
1.2	Tjänster som köps av underleverantörer	5
1.3	Verksamhetsidé, värderingar och verksamhetsprinciper	5
2.	UTARBETANDE AV EN PLAN FÖR EGENKONTROLL, VERKSTÄLLANDE OCH UPPFÖLJNING	7
2.1	Utarbetande av en plan för egenkontroll	7
2.2	Genomförande av en plan för egenkontroll, publicering och uppdatering	8
3.	KLIENT- OCH PATIENTSÄKERHET	9
3.1	Kvalitetsmässiga krav på tjänsten	9
3.2	Ansvar för tjänsternas kvalitet	11
3.3	Klientens ställning och rättigheter	13
3.3.1	Tillgång till tjänster och vård	13
3.3.2	Bedömning av servicebehov/vårdbehov	14
3.3.3	Planering och genomförande av tjänsten/vården	14
3.3.4	Bemötande av klient/patient och rättigheter	15
3.3.5	Anmärkning, klagomål och anmälan om patientskada	16
3.3.6	Social- och patientombudens tjänster	18
3.3.7	Klienternas/patienternas delaktighet	19
3.4	Beaktande av regelbundet insamlad respons och övrig respons	20
3.5	Personal	21
3.5.1	Mängden och strukturen för personal	Error! Bookmark not defined.
3.5.2	Principer för användning av vikarier och för rekrytering	22
3.5.3	Introduktion, fortbildning och säkerställande av kunskaper	23
3.5.4	Arbetshälsa och arbets säkerhet	26
3.6	Uppföljning av tillräckligheten för den personal som deltar i klient- och patientarbetet	26
3.7	Sektorsövergripande samarbete och samordning av tjänster	28
3.8	Lokaler och utrustning	28
3.9	Medicintekniska produkter, informationssystem och användning av teknik	30
3.10	Läkemedelsbehandling	33
3.11	Näring	34
3.12	Hygien, förebyggande och bekämpning av infektioner	35
3.13	Hälso- och sjukvård	36
3.14	Främjande av välbefinnande, rehabilitering och utveckling	37
3.15	Behandling av klient- och patientuppgifter och dataskydd	37
4.	EGENKONTROLLENS RISKHANTERING	39
4.1	Ansvar för riskhantering, identifiering och bedömning av risker	39



4.2	Riskhantering, behandling av missförhållanden och brister som framkommer i verksamheten	40
4.2.1	Tjänsteproducentens och personalens anmälningsskyldighet	44
4.2.2	Anmälningsskanaler för klient/patient och extern tjänsteproducent	47
4.2.3	Behandling av farliga situationer, brister, missförhållanden och korrigerande åtgärder	47
4.3	Köptjänster och underleverans	48
4.4	Beredskaps- och kontinuitetshantering	48
5.	UPPFÖLJNING AV EGENKONTROLL OCH RAPPORTERING	50
5.1	Uppföljning av kvalitet, riskhantering och rapportering	50
5.2	Uppföljning och rapportering av hur egenkontroll genomförs	51
BILAGOR		53
Bilaga 1. Utvecklingsplan för egenkontroll		53
Bilaga 2. Uppföljningsrapport om genomförandet av egenkontroll		Error! Bookmark not defined.
Bilaga 3. Anvisningar och andra planer som stöder egenkontroll		53

1. UPPGIFTER OM TJÄNSTEPRODUCENTEN, TJÄNSTEENHETEN OCH VERKSAMHETEN

1.1 Tjänsteproducentens och tjänstenhetens uppgifter

Tjänsteproducent

Österbottens välfärdsområde, FO-nummer: 3221324-6

Adress: Sandviksgatan 2–4, 65130 Vasa

Växel: 06 218 1111

Registratur: registrator@ovph.fi

Socialservicens registratur: socialvard.registratur@ovph.fi

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

Tjänstenhetens namn

Avdelning för förlossningar och gynekologi

Form av tjänst

Förlossningssal samt vårdavdelning

Adress

Sandviksgatan 2-4, 65130 Vasa

Telefonnummer

06 2132032 (Förlossningssal, B4) 06 2132072 (Vårdavdelning, A4)

Ansvarsperson(er) för tjänstenheten eller tjänsteområdena och kontaktuppgifter

Jennica Kööpikkä, överläkare inom gynekologi och förlossningar

Telefonnummer: 062136039, 040 5125718

Madeleine Isuls, avdelningsskötare

Telefonnummer: 040 4828573

Anette Söderqvist, biträdande avdelningsskötare, Förlossningssalen

Telefonnummer: 040 5097951

Jaana Ekebohm, biträdande avdelningsskötare, Vårdavdelningen

Telefonnummer: 040 5419180

Servicepunkter som hör till tjänstenhet

Avdelning för förlossningar och gynekologi

Sandviksgatan 2-4, 65130 Vasa, B4 (Förlossningssal), A4 (Vårdavdelning)

1.2 Tjänster som köps av underleverantörer

Österbottens välfärdsområde ska säkerställa att andra tjänsteproducenter som producerar tjänster som omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar har tillräckliga professionella, verksamhetsmässiga och ekonomiska förutsättningar för att sörja för produktionen av tjänsterna. Välfärdsområdet ska styra och övervaka den tjänsteproduktion som omfattas av dess organiseringsansvar. (10 § i lag om välfärdsområden, 611/2021).

Tjänst som köps av underleverantör, och tjänsteproducenten för denna

Köpt tjänst	Tjänsteproducent
Kosthåll, städning	Teese
Laboratorietjänster	Fimlab
It-tjänster, service, apparatur	2m-it
Arbetsplatshälsovård	TT Botnia
Tolktjänster	Mico Botnia

1.3 Verksamhetsidé, värderingar och verksamhetsprinciper

ENHETSBESKRIVNING

Avdelningen för förlossningar och gynekologi består både av förlossningssal och av vårdavdelning. Förlossningssalen (B4) är en åtgärdsenhet med jourmässig verksamhet dygnet runt. Utöver förlossningar sköts planerliga induktioner, dvs igångsättningar av förlossningar samt planerade besök hos barnmorska (t.ex. fadderbarnmorskebesök och besök pga förlossningsrädsla). I förlossningssalen sköts också gravida jourpatienter (>20 graviditetsveckor) samt jourmässiga kontroller upptill 2 veckor efter förlossningen. Jourtid kommer dessutom offer utsatta för sexuellt våld inom ramen för Seristödcacentrets verksamhet till förlossningssalen.

På vårdavdelningen (A4) vårdas gravida, nyförlösta, nyfödda och gynekologiska patienter. Gynekologiska patienter är bl.a. patienter med gynekologisk cancer, patienter som kommer för planerade eller akuta gynekologiska operationer eller -åtgärder, patienter med problem i början av graviditeten samt patienter som kommer för avbrytande av graviditeter. Jourtid kommer dessutom gynekologiska jourpatienter till avdelningen. Både förlossningssalens och avdelningens tjänster sker fysiskt på plats i förlossningssalen B4 eller på avdelningen A4.

Verksamhetsidén är att alla kvinnor inom Österbottens välfärdsområde ska få den obstetriska och gynekologiska vården de behöver dygnet runt på vår enhet. Vi eftersträvar att erbjuda en familjecentrerad, kvalitativ vård baserad på varje patients/familjs individuella behov. Vi erbjuder genom våra tjänster trygghet, funktionsförmåga och välmående till våra patienter/familjer på båda inhemska språken. Vid behov kommunicerar vi på engelska samt anlitar tolkhjälp. BB-verksamheten bygger på principer för babyvänligt sjukhus och målet är att stärka föräldrar i sin nya roll, främja amning samt anknytning mellan

förälder och den nyfödda babyn. Våra värderingar är att agera jämlikt och jämställt, arbeta från människa till människa samt att se framåt och arbeta ansvarsfullt.

I förlossningssalen finns 5 förlossningsrum och 2 observationsrum och på vårdavdelningen 22 patientplatser. På avdelningen används de patientrum som är ämnade för två patienter som familjerum alltid då det är möjligt. Genom familjerum har den nyförlöstas partner/stödperson möjlighet att aktivt delta i babyvården dygnet runt.

De flesta patienter är unga friska kvinnor, men på avdelningen vårdas också äldre kvinnor med olika typer av gynekologiska besvär samt efter olika gynekologiska operationer. En betydande andel speciellt av föderskorna har utländsk bakgrund och kommunicerar på engelska, alternativt delar inget gemensamt språk med personalen.

Centrala lagar för vår verksamhet är Hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010), lagen om tillsynen över social- och hälsovården, (741/2023), lag om patientens ställning och rättigheter (785/1992), lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994), lag om behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården (703/2023)

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 Valvira (Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården) föreskrift 1/24 (Valvira 8.5.24, Dnr V/42106/2023) om innehållet i samt utarbetandet och uppföljningen av den tjänstenhetsspecifika planen för egenkontroll för tjänsteproducenter inom social- och hälsovården.

Planerna för egenkontroll och övriga planer är en del av Österbottens välfärdsområdes program för egenkontroll. Programmet för egenkontroll styr tjänstenheterna i genomförandet av egenkontroll. En handbok för egenkontroll och kvalitetssäkring stöder tjänstenheterna i det praktiska arbetet att utarbeta en plan för egenkontroll och genomföra olika delområden av egenkontroll.

Varje tjänstenhet ansvarar för att utarbeta en egen plan för egenkontroll. Planerna utarbetas i samarbete med personalen med hjälp av välfärdsområdets enhetliga mall för en plan för egenkontroll.

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

Ansvarspersoner för utarbetande av planen för egenkontroll och uppföljning av genomförandet och uppdateringen samt kontaktuppgifter

Jennica Kööpikkä, Överläkare Gynekologi och förlossningar, 062136039, 040 512 5718

Madeleine Isuls, Avdelningsskötare, 040 482 8573

Anette Söderqvist, Biträdande avdelningsskötare, 040 509 7951

Jaana Ekebohm, Biträdande avdelningsskötare, 040 541 9180

Ansvarsperson för godkännande av planen för egenkontroll samt kontaktuppgifter

Se ovan

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.

De planer för egenkontroll som utarbetas av tjänstenheterna finns på Österbottens välfärdsområdes webbplats. En utskrift av planen för egenkontroll läggs fram i enheten så att patienter, anhöriga och de som är intresserade av egenkontroll kan läsa den. Ansvarspersonerna för enheten ansvarar för att planen för egenkontroll uppdateras regelbundet, minst en gång per år och alltid vid ändringar av anvisningar, verksamhet och lagstiftning. Planen för egenkontroll ska ändras också då ansvarspersoner byts ut. Ansvarspersonerna för enheten ansvarar för att personalen känner till egenkontrollplanen och följer den. Godkännande av planen och dess uppdateringar sker i det elektroniska arkivet Dynasty. Uppdaterade versioner av egenkontrollplanen införs på organisationens webbplats och på enheten enligt ovan. Ansvarspersonerna informerar personalen om gjorda uppdateringar i planen. Om ändringarna föranleder förändrade verksamhetsrutiner, säkerställer de att personalen har tillräcklig information för att kunna tillämpa handlings sättet i den dagliga verksamheten.

3. KLIENT- OCH PATIENTSÄKERHET

3.1 Kvalitetsmässiga krav på tjänsten

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

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

ENHETSBESKRIVNING

På enheten prioriteras patientsäkerhet och kvalitet. Vi arbetar kontinuerligt med att stärka och utveckla personalens kunnskap. Enligt våra löften till patienterna säkerställer vi kvaliteten i arbetet 24/7, vi finns till hands när vi behövs och patienten kommer först. Vi hjälper patienten att upprätthålla välmående och stöder även anhöriga vid behov. Vi arbetar för att vårdkedjorna och processerna kring dem skall vara så fungerande som möjligt.

SHQS kvalitetscertifikatet förutsätter att verksamheten auditeras regelbundet via interna och externa auditeringar. Organisationens egen tillsynsenhet gör också systematiska egenkontrollbesök på avdelningarna. Enheten deltar i dessa tillfällen och utvecklar de områden som framkommer enligt uppgjord plan.

Enheten har även erhållit certifikat för Babyvänligt sjukhus år 2013, 2018 samt senast 2023. Programmet för Babyvänligt sjukhus (Vauvamyönteisyysohjelma) bygger på WHO:s Baby Friendly Hospital Initiative. I Finland har Institutet för hälsa och välfärd (THL) hand om att efter anhållan auditera förlossningssjukhus. Ett beviljat certifikatet är ikraft 5 år. Certifikatet berättar att sjukhusets verksamhetsprinciper främjar amning. I tillägg till de externa auditeringarna var 5:e år, genomför enheten regelbundet självutvärdering av sin verksamhet enligt programmets krav. I programmet ingår t.ex. krav på utbildning av personal, på att vårdanvisningar och vårdprocesser stöder amning och anknytning mellan mor och baby samt krav på uppföljning och utveckling av verksamheten. Enhetens ansvarspersoner följer upp att alla barnmorskor och barnskötare har erhållit 20-timmars amningshandledningsutbildning samt regelbundet deltar i 4-timmars amningsfortbildningar minst vart 5:e år. Övrig personal deltar 2-timmarsutbildningar minst var 5:e år. Enhetens amningskoordinator följer

även varje månad med relevant statistik såsom omedelbar och ostörd hudkontakt, första amningen, helamning, orsaker för tillskottsmatning etc. Statistiken genomgås med personalen och tillsammans reflekterar vi över vad den berättar, hur vi arbetar och hur vi stöder såväl varandra som föräldrarna.

Tillsynsmyndigheterna förrättar även granskningar av vår verksamhet. Arbetarskyddet och kan vid behov ge utvecklingsförslag och anvisningar om ändringsbehov.

Laatuportti är en online-plattform som används för kvalitetsledningen. I Laatuportti finns riskbedömningar, auditeringsrapporter för intern och extern auditering enligt SHQS, rapporter från tillsynsbesök, enhetens Säkerhetsplan och utrymningsplan, uppföljning av personalens kompetenser, övrigt kvalitetsrelaterat material.

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

Via Roidus digitala responssystem får patienter och anhöriga ge positiv och negativ respons. Responsen kan ges via web-sidan och OR-koder som dirigerar vidare till Roiduprogrammet. Responsen kan ges anonymt eller med uppgivande av kontaktuppgifter. All inkommen respons beaktas i verksamhetsutvecklingen och går igenom med personalen på avdelningsmöten.

Vårdintensiteten på vårdavdelningen följs med via Rafaela, som bedömer patienternas vårdintensitet i relation till den dagliga personalmängden. Vårdintensiteten ska vara inom ett visst optimalt område för att personalen ska ha förutsättningar för att kunna ge god och säker vård och omsorg. Varje månad gör enhetens Rafaela-ansvarsperson upp rapporter för hur månaden sett ut gällande vårdintensitet.

Enheten samlar internt in statistik via patientdataprogrammet över förlossningsverksamheten och sammanfattar samt följer med centrala nyckeltal varje månad. Varje år delges även förlossningens verksamhetsstatistik till Institutet för hälsa och välfärd som sammanställer förlossningssjukhusens uppgifter om förlossningar och födda barn i det så kallade Syntymärekisteri. Övriga nyckeltal finns att följa upp i lednings- och rapporteringssystemet Exreport. Här följer vi upp centrala nyckeltal gällande personal, patienter och ekonomi. Dessa går igenom med personalen på personalmöten 6 gånger per år. Var tredje månad rapporterar avdelningssköterskan vidare centrala nyckeltal till mellanledningen.

Enheten gör årligen verksamhetsplan i ett för organisationen gemensamt program Opiferus, samt utvärderar verksamheten i detsamma. Verksamhetsplanerna innehåller mål, centrala mätare av måluppfyllelsen, aktiviteter och risker för att uppnå målen. Egenkontrollrapporter sammanställs kvartalsvis och publiceras på organisationens hemsida.

Informationsmöten ordnas för såväl närledningen som enheternas personal. Personalen deltar aktivt i utvecklingsprocesserna och är också själva ansvariga för att upprätthålla sin yrkesmässiga kompetens

i enlighet med organisationens anvisningar. Personalen uppdaterar regelbundet sina kunskaper i läkemedelshantering och avlägger tender enligt organisationens krav och känner till avdelningens läkemedelsplan. All fortbildning följs upp på personnivå och närcheferna följer med och möjliggör att all personal kan uppehålla sin kompetens. Personalen eftersträvar likabehandling och likvärdig kvalitet för alla välfärdsområdets patienter på avdelningen. Patienterna vårdas på båda de inhemska språken. Med en betydande del av patienterna kommunicerar personalen på engelska.

3.2 Ansvar för tjänsternas kvalitet

Ansvaret och ledningen av egenkontrollen inom Österbottens välfärdsområde samt säkerställande av kvaliteten och säkerheten beskrivs i välfärdsområdets förvaltnings- och verksamhetsstadga, i programmet för egenkontroll samt på praktisk nivå i handboken för egenkontroll och kvalitetskontroll.

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

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

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

Mellanledningen består av resultatområdesansvariga. Resultatområdesansvariga leder inom sin egen linje och för egen del resultatområdets servicehelhet. Resultatområdesansvariga ansvarar på basis av linjedragningarna i strategin samt verksamhets- och ekonomiplanen för att servicen finns tillgänglig men även för servicekvaliteten, klient- och patientsäkerheten och verkningsfullheten i servicen samt för patientorienteringen. Resultatområdesansvariga utvecklar de centrala processerna inom sitt ansvarsområde i samarbete med verksamhetsområdesdirektören och resursdirektörerna. För vårdavdelningarna finns en ledningsgrupp för resultatområdet som sammankommer regelbundet.

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

ENHETSBEKRIVNING

På enheten leds verksamheten av en avdelningsskötare och två biträdande avdelningsskötare samt en överläkare. Dessa ansvarar för att verksamheten fungerar och följer upp samt utvecklar den. Personalens uppgift är att genomföra patientcentrerad vård och service, samt att följa och utveckla denna.

Enhetens kvalitets- och säkerhetsansvariga deltar i främjandet av kvalitet och säkerhet genom att upprätthålla och utveckla enhetens datainsamlings-, uppföljnings- och riskhanteringsprocesser samt enhetens säkerhetsföreskrifter. All personal deltar vart femte år i säkerhetsutbildningar och släckningsövningar. Enhetens kvalitets- och säkerhetsansvariga håller dessutom säkerhetspromenader med alla i personalen en gång per år. Säkerhetspromenaden ger konkreta mallar och information om grunder i säkerheten och ökar säkerhetsmedvetandet samt det gemensamma ansvaret. Vid säkerhetspromenaden går t.ex. igenom säkerhetsplan, utrymningssäkerhet, handlingssätt vid brand samt agerande i nöd, hot eller våldssituationer. För kvalitets- och säkerhetsansvariga ordnas utbildning och träffar några gånger under året i organisationen.

De som ansvarar för läkemedelsbehandling ansvarar för planeringen av läkemedelsbehandlingen inom arbetsenheten. De utvärderar och utvecklar läkemedelsbehandlingen inom enheten och ansvarar för att underhålla enhetens läkemedelsbehandlingsplan i samarbete med enhetens ledning och ansvariga läkare. De fungerar som kontaktpersoner för frågor om läkemedelsbehandling och läkemedelssäkerhet och har en skyldighet att informera enhetens personal om aktuella frågor rörande läkemedelsbehandling och dess säkerhet, samt deltar i implementeringen av nya arbetsmetoder. Dessutom är de huvudsakligen ansvariga för att följa upp användningen av läkemedelsrum och medicinskåp eller motsvarande förvaringsutrymmen. För läkemedelsansvariga ordnas utbildning och träffar några gånger under året i organisationen.

Den som ansvarar för enhetens apparatsäkerhet fungerar som stöd för avdelningsskötaren i arbetet med att främja apparatsäkerhet och vid introduktion av ny personal i hantering av apparater. Hen ansvarar för koordinering av regelbundet underhåll av utrustning tillsammans med teknikavdelningen och uppdaterar enhetens utrustningsdokumentation. För dem som ansvarar för apparater/utrustning arrangeras utbildning och träffar några gånger under året i organisationen.

De som ansvarar för hygien fungerar som kontaktpersoner gällande frågor om hygien och infektioner i sina arbetsenheter. Hygienansvariga deltar regelbundet i utbildningar eller informationsmöten några gånger under året. De hygienansvariga vidarebefordrar nya hygienföreskrifter eller aktuell hygieninformation till sin enhet, främjar god hygienpraxis, fungerar som förebilder för goda hygienrutiner och följer upp enhetens hygienrutiner samt infektionstillstånd.

De som ansvarar för återupplivning har ansvar för att inom enheten se till att återupplivningsutrustningen hålls uppdaterad samt för att hålla återupplivningsövningar med sina kollegor överlag samt specifikt med alla nyanställda och vikarier. På enheten finns separata ansvarspersoner för vuxenåterupplivning respektive för återupplivning av nyfödda. Inom organisationen anordnas årligen utbildning för

ansvarspersoner för vuxenåterupplivning. Dessutom arrangeras i organisationen MET-utbildningar som alla anställda borde delta i med 2 års mellanrum. Simuleringsövningar inriktade på återupplivning av nyfödda arrangeras gemensamt med barnavdelningen samt anestesiläkare.

3.3 Klientens ställning och rättigheter

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

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

3.3.1 Tillgång till tjänster och vård

Information om tillgång till tjänster 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 \(stm.fi\)](#)

ENHETSBESKRIVNING

Vården i förlossningssalen är jourverksamhet och det innebär att alla patienter som behöver vår vård tas emot omedelbart då vårdbehovet konstateras. Patienten kan själv vända sig till förlossningssalen eller remitteras från rådgivningen för jourmässig bedömning. Patienter från mödrapolikliniken kan planeras in till förlossningssalen för induktion av förlossningen enligt mödrapoliklinikens läkares bedömning. Jourtid tas också gynekologiska jourpatienter emot i förlossningssalen. Då behövs jourremiss av läkare. Remisserna godkänns i samband med att patienten kommer eller i efterhand. Offer som utsatts för sexuellt våld kommer även jourmässigt till förlossningssalen. De kan ha ringt själva på förhand, men kan även bara dyka upp eller komma i sällskap av polisen, dvs. ingen remiss behövs.

Till avdelning A4 tas föderskor in efter förlossning. Gravida som behöver observation tas in via förlossningssalen eller mödrapolikliniken. Gynekologiska patienter tas in jourmässigt eller planenligt efter en operation eller för avbrytande av graviditet om graviditeten varat över 10 veckor. Enhetens verksamhet är med andra ord till största del jourverksamhet och därmed finns inte väntetider.

3.3.2 Bedömning av servicebehov/vårdbehov

I kapitel 6 i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) beskrivs patientens rätt att få vård inom hälso- och sjukvårdstjänster. Patienterna vårdas på basen av en medicinsk vårdbedömning som är likvärdig för alla patienter. Vården verkställs i enlighet med medicinsk praxis och organisationens anvisningar. Förändringar i vårdbehovet följs kontinuerligt upp under vårdperioden. Vårdens genomförande planeras alltid i samråd med patienten, vid behov i samråd med anhörig.

3.3.3 Planering och genomförande av tjänsten/vården

Inom hälsovården ska patientens självbestämmanderätt respekteras. Patienten har rätt att delta och påverka i planering och genomförande av vård. Om en myndig patient inte kan delta och påverka i planeringen och genomförandet av vården, ska patientens vilja utredas i samarbete med hens lagliga företrädare, anhöriga eller annan närstående. En minderårig patients åsikt ska beaktas enligt ålder och utvecklingsnivå.

ENHETSBESKRIVNING

Då en föderska anländer till förlossningssalen gör barnmorskan upp vårdplan i samarbete med patienten. Eventuellt tidigare medicinska ordinationer beaktas t.ex. via GYN-texter från mödrapolikliniken liksom patientens önskemål. Patientens önskemål kan framkomma förutom i muntlig kommunikation med patienten även via patientens egna elektroniskt förhandsifyllda önskemål eller i HOI-texter från fadderbarnmorskebesök eller besök hos barnmorska på polikliniken för förlossningsrädsla. I förlossningssalen följs patientspecifika vårdplaner upp av barnmorskor och vid behov av ansvarig läkare och eventuella specialmedarbetare.

Vid ankomst till avdelningen gör vårdpersonalen en plan för vårdarbetet för nyförlösta och nyfödda med beaktande av enhetens vårdanvisningar, eventuella läkarordinationer och familjens önskemål. Vårdplanen följs upp varje skifte och uppdateras enligt behov. Personalen läser och dokumenterar uppgifter om vården i varje arbetsskifte.

För gynekologiska jourpatienter och vid behov för obstetriska jourpatienter gör gynekologen ankomststatus och medicinsk vårdplan. Vid behov tas patienterna in till avdelningen. Gynekologiska avdelningspatienter rondas vanligen dagligen av gynekolog och vid behov uppdateras vårdplan.

Ändringar i vårdplanen diskuteras med patienten och vid behov med anhöriga. Om patienten av någon orsak inte kan framföra egna önskemål är samarbetet med anhöriga speciellt viktigt. Tolkhjälp anlitas alltid då behov föreligger.

Efter avdelningsvård syns vårdpersonalens vårdsammandrag och läkarens vårdepikris för patienten i OmaKanta. I dessa ingår anvisningar om fortsatt vård och uppföljning. Gällande gravida, förlösta och nyfödda går även vårdsammandrag till rådgivningen. All patientrelaterad dokumentation sker i den

elektroniska patientjournalen, förutom för Seri-patienters vars dokumentation delvis sker elektroniskt i vy med begränsad tillgång samt delvis i pappersform i Seri-arkivet.

3.3.4 Bemötande av patient och rättigheter

Patienten har rätt till gott bemötande, det vill säga hens människovärde, övertygelse och integritet ska respekteras. 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 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 \(osterbottensvalfard.fi\)](#). En patient eller anhörig kan även ge muntlig respons. Anmälningskanaler för personalen (HaiPro) 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 patient och patientens rättigheter

Anställda som jobbar inom hälsovården ska respektera och stärka patientens självbestämmanderätt och stöda patientens delaktighet i planering och genomförande av vård och tjänster. Saklig och likvärdig behandling garanteras för varje patient och personalen följer organisationens direktiv för gott bemötande av patienter. Gott bemötande av patienter ingår i vårdpersonalens grundskolning. Organisationen har

instruktioner för hur anställda, patienter och anhöriga skall agera om de noterar osakligt bemötande och anmälningskanal för detta finns via intra och webbplatsen. Om man observerar osakligt bemötande ska man ingripa och meddela detta åt personens närchef. Personalen kan också göra HaiPro-anmälan. Alla fall av upplevt dåligt bemötande behandlas när feedback fås muntligen, som HaiPro eller som påminnelse via patientombudsman eller myndighet. Den som gjort anmälan får respons om att feedbacken har behandlats. Eventuella incidenser/anmälningar går igenom med de inblandade och diskuteras generellt på personalmöten.

Patientens språkliga rättigheter tryggas genom organisationens språkrav. Största delen av enhetens personal talar både finska och svenska och därmed kan patienten få vård på sitt modersmål. Bland föderskorna har vi en betydande del med utländsk bakgrund. Ibland kommunicerar vi på engelska om både personal och patient behärskar och känner sig bekväma med det. Om patienten har ett annat modersmål än svenska eller finska, anlitar vi alltid tolk då det behövs. Personalen använder dessutom ett språkbruk, som patienten förstår.

Självbestämmanderätt

Patientens självbestämmanderätt är en central del av en kvalitativ vård. Personalen samarbetar kontinuerligt med patienten och vid behov med anhöriga och beaktar i mån av möjlighet deras önskemål om vård och omsorg. Patienten deltar aktivt i vården, patientens önskemål och behov beaktas och dokumenteras.

Alla patienter informeras om möjligheten till att ge anonym eller icke-anonym feedback och alla patienter ges även skriftligen kontaktuppgifter till organisationens patientombud. Därtill finns patientombudens informationsblad uppsatta på enhetens anslagstavlor.

På enheten finns inte behov av restriktioner som begränsar rörligheten. Enhetens ytterdörrar hålls dock låsta nattetid.

3.3.5 Anmärkning, klagomål och anmälan om patientskada

Anmärkning

Inom hälsovården är en bra tjänst och god vård ett resultat av samarbete mellan patienten, anhöriga och professionella. Om du är missnöjd med den tjänst/vård som du fått, ta genast upp det med den person som gett vården eller fattat beslutet eller med hans chef vid den verksamhetsenhet där du skött ett ärende eller fått vård. Om ärendet inte kan utredas genom diskussion, har en patient som är missnöjd med hälso- och sjukvården eller med bemötandet 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 patientombud hjälp och vägledning för att utreda saken eller göra en

anmärkning.

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

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://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 (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: [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/>

Anmärkningar, klagomål 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.

ENHETSBESKRIVNING

Till vår enhet kommer anmärkningar, klagomål och patientskadeanmälningar via ledande läkare till överläkare eller via överskötare till avdelningsskötare beroende på ärende. Överläkare eller den läkare som haft hand om vården och avdelningsskötare utreder och ger utlåtanden till ledande läkare respektive överskötare som på basen av dessa utlåtanden skriver ett svar och sänder svaret till patienten eller efterfrågande instans. Regionförvaltningsverkets, Valviras och Patientförsäkringscentralens beslut fås till kännedom.

Personalen informeras om anmärkningarnas, klagomålens och patientskadeanmälningarnas innehåll. Förändringar görs i verksamheten så att liknande missförhållanden inte skall ske på nytt.

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

Tanja Skuthälla, ledande läkare kirurgi 040 585 4552

Birgitta Ivars, överskötare 044 323 2270

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 §).

Österbottens välfärdsområde har ett socialombud och tre patientombud.

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: Katarina Norrgård

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

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

Besöksadress: Korsholmsplanaden 44, 65100 Vasa

Patientombudens kontaktuppgifter:

Patientombud: Hannele Flöjt, Marjut Meltoranta och Sari Mäkinen

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

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

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

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

3.3.7 Klienternas/patienternas delaktighet

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

Välfärdsområdet har följande påverkansorgan: ungdomsfullmäktige, äldrerådet och handikapprådet. Välfärdsområdet har dessutom klientråd för olika grupper.

Delaktigheten för välfärdsområdets klienter stöds även bland annat genom partnerdiskussioner mellan välfärdsområdets sektorer samt organisationer och föreningar samt genom koordinerad organisations- och frivilligverksamhet (OLKA). OLKA-verksamheten genomförs som ett samarbete mellan Österbottens Föreningar r.f. och Österbottens välfärdsområde.

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

ENHETSBESKRIVNING

Patientens och anhörigas delaktighet betyder att deras syn och önskemål beaktas i alla situationer i anknytning till vård och vid utveckling av verksamheten. Det viktigaste gällande patienters delaktighet är att varje patient har möjlighet att delta i planering, genomförande och utvärdering av vård och tjänster som gäller hen. Detta sker kontinuerligt i samråd med professionella i enskilda situationer som gäller patientens vård.

Tjänsteutveckling i samarbete med patienter görs i syfte att producera bättre tjänster för alla patienter. Våra patienter har möjlighet att ge oss feedback via ovan nämnda kanaler samt genom direkt dialog med personalen. I vissa ärenden använder vi även enhetens konto på sociala medier för att samla in åsikter och idéer.

Förlossningsenheten samarbetar med välfärdsområdets enheter för familjearbete och med olika aktörer inom tredje sektorn. Även genom dessa fås information och idéer för utvecklingen av verksamheten och dess processer.

3.4 Beaktande av regelbundet insamlad respons och övrig respons

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

Respons av patienter

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

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.

Patientupplevelse och patientnöjdhet

Välfärdsområdet mäter patientupplevelsen och patientnöjdheten med hjälp av nettorekommendationsindex, det vill säga NPS-mätare (Net Promoter Score) via Roidu. 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 samlas av studerande

Välfärdsområdet samlar 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 samlas 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.

Då tjänsteenhetens plan för egenkontroll utarbetas, ändras och vid tjänsteutveckling ska tjänsteproducenten ta hänsyn till respons som regelbundet samlas in från de patienter som tillhandahåller tjänster vid enheten, deras anhöriga och närstående samt från tjänsteenhetens personal. (Tillsynslagen 741/2023, 27 §).

ENHETSBESKRIVNING

Respons och erfarenheter från patienter i olika åldrar och deras familj/närstående är en viktig och väsentlig del av utvecklingen av välfärdsområdets tjänster med avseende på innehållet, kvaliteten, klientsäkerheten och egenkontrollen. Eftersom god kvalitet på en tjänst kan betyda olika saker för personalen och patienterna, är respons som regelbundet samlas på olika sätt en viktig del av utvecklingen av enheten.

Vår enhet använder organisationens kanaler för att samla in respons av patienter, studerande och personal. Samtliga patienter uppmuntras att ge respons, QR-koder finns tillgängliga i avdelningens alla patientrum och ges även i pappersform åt alla patienter innan utskrivning från avdelningen. Därtill följs enligt nationella rekommendationer med föderskornas vitsord för sin förlossningsupplevelse enligt VAS-skala. Respons kommer även direkt till ansvarspersoners epost. Enhetens ansvarspersoner går genom responsen i samtliga kanaler enligt organisationens föreskrifter. Feedbacken går även igenom på avdelningstimmar så att den når de anställda. Statistik för dessa publiceras i verksamhetsområdets egenkontrollrapport kvartalsvis.

3.5 Personal

Tjänstenheterna 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 samt 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. Personalen ska ha den utbildning som behövs för verksamheten, tillräckligt yrkeskunnande och färdigheter, med hänsyn till de tjänster som tillhandahålls och de klienter/patienter som använder tjänsterna.

3.5.1 Mängden och strukturen för personal

På enheten arbetar olika yrkesgrupper enligt följande:

Avdelningsskötare: 1 avdelningsskötare, 2 biträdande avdelningsskötare

Läkare: 9 specialläkare samt 2-3 specialiserande läkare. Dessa läkare är placerade också på gynekologiska polikliniken, mödrapolikliniken samt i operationssalen.

Barnmorskor: 34 barnmorskor (32 egna vakanser, 2 semestervikarier via resurshanteringstjänsterna)

Barnskötare: 4 barnskötare (1 egen vakans, 3 semestervikarier via resurshanteringstjänsterna)

Personalens fördelning under olika arbetsskift:

Avdelningsskötare: Avdelningsskötaren arbetar dagtid under vardagar i administrativa uppgifter och deltar inte planerat i kliniskt patientarbete. Biträdande avdelningsskötare arbetar ca 50% i administrativa uppgifter och ca 50% i kliniskt patientarbete.

Läkare: Dagtid är oftast två läkare placerade i förlossningssalen - en specialiserande läkare samt en specialist. Dessa rondar också obstetriska patienter på avdelningen. Gynekologiska patienter rondas

av den specialläkare som är placerad i operationssalen. Torsdagar och fredagar är ingen gynekolog placerad i operationssalen och då rondar förlossningssalens läkare alla patienter på avdelningen.

Kvällar, nätter och veckoslut ansvarar en jourhavande gynekolog för förlossningssalen och avdelningen. Om den jourhavande är specialiserande läkare, är en specialist läkare bakjour. Bakjouren är hemma, men kommer till sjukhuset vid behov.

Vårdpersonal i planerat patientarbete (biträdande avdelningsskötare, barnmorskor, barnskötare):

I förlossningssalen arbetar i varje skifte tre barnmorskor, dvs. morgon, kväll och natt och oberoende om det är vardag eller veckoslut.

På avdelningen arbetar i regel 5 på morgonen, 4 på kvällen och 2 på natten, även veckoslut. På fredagar sker planerade kejsarsnitt och då jobbar en extra på morgon och en extra på natten. Gynekologiska operationer sker i regel varannan vecka på måndag och tisdag samt varannan vecka enbart på tisdag. Dessa dagar arbetar en extra på avdelningen på natten.

3.5.2 Principer för användning av vikarier och för rekrytering

ENHETSBESKRIVNING

Vårdpersonal: Vikarier används i den mån som patientsäkerheten förutsätter och budgeten tillåter. Vikariat sköts i första hand av barnmorskor via resurshanteringstjänsterna. Via resurshanteringstjänsterna finns några barnmorskor som fungerar som nollbudgetare och som sköter längre vikariat pga den ordinarie personalens frånvaron som föräldraledigheter och studieledigheter. Via resurshanteringstjänsterna finns även några barnmorskor som fungerar som snabbvikarier och som kan bokas för kortare behov.

Om vikariebehov finns som inte kan fyllas av ovanstående, kan enheten vid behov söka vikarier via Sotender. Timanställdas avtal arrangeras av resurshanteringstjänsterna, övriga vikariat av enheten eller resurshanteringstjänsterna, långa vikariat på > 5 månader söks via KuntaRekry.

Anställda för fast anställning rekryteras via KuntaRekry.

Läkare: Snabba vikarier för läkare finns ej att fås. Verksamheten på poliklinikerna eller operationsverksamheten anpassas vid behov för att få läkare till enheten. Vid plötslig frånvaro på jourtid hoppar någon av de andra läkarna på enheten in.

Läkare rekryteras via Kuntarekry. En läkare har nyligen rekryterats via företaget Medipörssi. Under semestertider används tidvis utomstående läkare vid jourtid. Dessa är kända läkare som tidigare jobbat på enheten.

Organisationens behörighets- och språkstadga fastställer behörighetskraven för enskilda yrkesgrupper.

Överläkare/Avdelningsöverläkare/Biträdande överläkare/Specialläkare:

- Lämplig specialistläkareexamen
- God förmåga att i tal och skrift använda landets två nationalspråk

Avdelningsskötare:

- Legitimerad yrkesutbildad person enligt lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994) samt lämplig tilläggsutbildning för ledarskapsuppgifter motsvarande 60 studiepoäng
- God förmåga att i tal och skrift använda landets två nationalspråk

Biträdande avdelningsskötare:

- Legitimerad yrkesutbildad person enligt lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994) samt lämplig tilläggsutbildning för ledarskapsuppgifter motsvarande 30 studiepoäng.
- God förmåga att i tal och skrift använda landets två nationalspråk.

Barnmorska:

- Legitimerad barnmorska enligt lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994)
- God förmåga att i tal och nöjaktig förmåga att i skrift använda landets två nationalspråk.

Personalens behörighet kontrolleras av ansvarspersonen (överläkare/avdelningsskötare) och HR. Vid anställning kontrolleras samtliga yrkespersoners behörighet via myndighetsregistret JulkiTerhikki och dokumenteras i arbetsavtalet. Kunnande om läkemedelsbehandling säkerställs genom att vårdpersonalen regelbundet minst var 5:te år genomför teoretiska tenter, räknetenter samt avlägger praktiska prestationer genom Love. Dessa dokumenteras i Laatuportti.

Vårdpersonalen bör i och med att de arbetar med nyfödda även ha vaccinationsskydd i enlighet med lagen om smittsamma sjukdomar (48 §, 1227/2016). Arbetshälsovården bedömer om arbetstagare är lämpliga. Studerandes rätt att tillfälligt jobba som yrkesperson inom hälso- och sjukvården bestäms av den totala mängden studiepoäng. Studerande handleds och övervakas under praktik/vikariat.

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 matriser 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.

ENHETSBEKRIVNING

Då arbetstagare introduceras till nya arbetsuppgifter har de 1-2 utsedda mentorer. Introduktionslängden beror på arbetstagarens bakgrundskunskap samt om introduktionen gäller till förlossningssalen eller till avdelningen. Vid introduktion till arbetet i förlossningssalen används ett introduktionsmaterial i form av checklista. Checklistan säkerställer att arbetstagaren fått introduktion till utrymmen, apparatur, dataprogram, vårdanvisningar samt deltagit i vården av olika typer av patientfall. Introduktionen till arbetet i förlossningssalen är ca fyra veckor.

Till arbetet på avdelningen hålls en kortare introduktionsperiod. Introduktionsperiodens längd beror på arbetstagarens kompetens och tidigare arbetserfarenheter av avdelningen. Arbetstagaren får introduktion till utrymmen, apparatur, dataprogram, vårdanvisningar samt deltagit i vården av olika typer av patientfall. Dessutom introduceras arbetstagaren till babyvänligt arbetssätt genom en tvåtimmars amningsutbildning.

På enheten finns två studerandeansvariga. Som mentorer för studerande kan samtliga arbetstagare fungera. Vi strävar efter att ha två utnämnda mentorer per studerande. Studerandeansvariga tillsammans med mentorerna ansvarar för att studerande introduceras och handleds. Under praktikperioden hålls utvärdering tillsammans med skolans representant.

Studerandeansvariga är barnmorskorna Pia Berg och Ellen Dahl 06 2132032 / 06 2132072

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.

Välfärdsområdet/tjänsteproducenten följer systematiskt upp och utvärderar social- och hälsovårdspersonalens fortbildning samt genomförandet av de planer som gäller fortbildning. Vid uppföljningen av fortbildning utvärderas åtminstone huruvida mängden fortbildning är tillräcklig, deltagande i utbildning, innehåll i utbildning, kvalitet och effekter samt kostnader för utbildning. Innehållet i fortbildningen ska beakta personalens grundutbildning, kraven och innehållet i arbetet. Uppföljningen sker på enhetsnivå av närchefen, rapportering sker internt i Alma och på Laatuportti.

ENHETSBESKRIVNING

Obligatoriska utbildningar (återupplivning, medical emergency team, första hjälp, säkerhet, datasäkerhet) ordnas av organisationen. Utbildningar specifika för enheten ordnar enheten enligt det behov som finns. Kunnandet följs upp enhetsvis, eventuella brister och missförhållanden följs upp via HaiPro. Därtill görs årligen en fortbildningsförfrågan på basen av vilken nästa utbildningsplan fastställs. Samtliga anställda har även ett eget ansvar att utveckla det egna kunnandet.

Utvecklingssamtal ordnas årligen, uppföljning internt i personaladministrativa programmet Alma. Överläkaren håller utvecklingssamtal med läkarna och avdelningsskötaren med barnmorskor och barnskötare. För personal med närchef från resurshanteringstjänsterna eftersträvas att i utvecklingssamtalet deltar både närchefen och vår enhets avdelningsskötare.

På enheten finns bland både barnmorskor och läkare simuleringsansvariga som gått EuSim-handledarutbildning. Dessa håller regelbundet simuleringsövningar och workshops med personalen. Simuleringsövningar hålls även tillsammans med andra samarbetspartners såsom operationsavdelningen och barnavdelningen.

Minst vart femte år uppdaterar vårdpersonalen sin amningshandledarkompetens med en fyra timmar lång fortbildning. Fortbildningen ordnas antingen internt eller externt (t.ex. via Suomen

vauvamyönteisyyskouluttajat ry). Även läkare uppdateras i amningsrelaterade frågor minst var femte år genom internutbildning.

Deltagande i kostnadsfria skolningar på t.ex. Oppiportti uppmuntras och både läkare och barnmorskor har genomfört CTG-skolning på Oppiportti. Därtill har flera barnmorskor och alla läkare deltagit i Neoventas CTG masterclass. Interna asfyxi-möten ordnas där läkare och barnmorskor går igenom svåra patientfall genom att analysera CTG-kurvor.

Övriga utbildningar anordnas och deltas i enligt behov och möjlighet. År 2024-2025 har personalen tillgång till Gynzone – en plattform med evidensbaserat material om framförallt suturering av förlossningsskador. Deltagande i Barnmorskeförbundets utbildningar uppmuntras.

Läkarna deltar i ca 10 skolningsdagar per läkare per år inom given budget. Läkarna deltar i föreläsning från universitetssjukhus varje vecka samt har egen skolning med föreläsningar eller referat från skolning varje vecka. Alla som är på jobb deltar i dessa.

3.5.4 Arbetshälsa och arbets säkerhet

ENHETS BESKRIVNING

God arbetshälsa är en förutsättning för verksamhet som är säker för klienterna. Utmaningar med personalens ork påverkar kvaliteten på arbetet samt arbetstagarens inställning och därmed klienternas säkerhet. Personalens arbetshälsa följs upp genom statistik på sjukfrånvaro, en välmåendeundersökning som görs årligen samt NPS-kartläggning av huruvida de anställda rekommenderar sin arbetsplats. Personalens välmående och ork stöds bland annat genom TYKY, E-passi, förmånsbaserade cyklar, pausrörelser via Break Pro samt en ledarskapsutbildning för organisationens närchefer. Alla anställda omfattas av arbetsplatshälsovård. Varje anställd har även ett eget ansvar för den egna arbetshälsan. Som organisation jobbar vi förebyggande kring detta. Det finns interna föreskrifter och planer för hur vi stöder de anställda.

Arbetsplatsens säkerhet säkerställs genom att noggrant observera arbetsmiljön, identifiera och bedöma risker samt vidta nödvändiga åtgärder. Avdelningskötaren har huvudansvaret för arbetsmiljön, men alla medarbetare på avdelningen har också ett ansvar för att säkerställa sin egen och sina kollegors säkerhet.

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

Österbottens välfärdsområdes personalplan grundar sig på välfärdsområdets strategi, personalpolicy och målen i personalprogrammet. Välfärdsområdet ska som tjänsteproducent följa upp att det finns

tillräckligt med personal för tillhandahållandet av tjänsterna både inom den egna tjänsteproduktionen samt inom köpta tjänster (tillsynslag 741/2023, 23 §). Uppföljningen ska beakta de krav som finns i speciallagstiftningen gällande personaldimensioneringen och resurstilldelningen, såsom till exempel vårdardimensioneringen (lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre 980/2012, 20 §).

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

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

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

ENHETSBESKRIVNING

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

Förlossningssalen och vårdavdelningen samarbetar flexibelt och personal är där det mest behövs för stunden. På vårdavdelningen A4 följs upp att personalresurserna är tillräcklig t.ex. genom Rafaela-rapporter som gäller patienternas vårdbehov. Genom rapporterna fås information om arbetsbelastning (patienternas vårdbehov) och om personalresursfördelningen. På avdelningen är en betydande del av arbetet med speciellt nyblivna föräldrar handledning (handledning i babyvård, amningshandledning) vilket är tidskrävande. I förlossningssalen är verksamheten varierande och svår att förutse, dvs. snabba förändringar gällande patientmängder och akuta situationer kan uppkomma när som helst. Därför är grundbemanning viktig i förlossningssalen och avvikelser från denna kräver övervägande i varje enskilt fall. Det är inte möjligt att dra ner på verksamheten eller temporärt stänga.

Personalantalet följs upp av när- och mellanledning. Respons av patienter och personalrespons samt anmälningar som gäller arbetarsäkerhet och incidenter följs med samt vidare rapporteras för att kunna utnyttjas vid bedömning av personalmängden. För avvikande situationer finns instruktioner för enheten. Riskfaktorer definieras i samband med verksamhetens planering och vid större förändringar. Organisationens drag- och hållkraft satsas på. I situationer där det inte finns tillräckligt med personal eller tillräckligt med kunnig personal samarbetar vi inom och viss mån över enhetsgränserna och med resurshanteringstjänsterna. Vid exceptionella situationer fattas beslut på verksamhetsområdesnivå eller av välfärdsområdets ledningsgrupp. I undantagstillstånd följs organisationens beredskapsplan.

3.7 Sektorsövergripande samarbete och samordning av tjänster

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

Enligt bestämmelsen i 41 § socialvårdslagen (1301/2014) ska för att bedöma servicebehovet, fatta beslut och tillhandahålla socialvård den myndighet inom socialvården som ansvarar för åtgärden se till att tillräcklig sakkunskap och kompetens med hänsyn till en persons individuella behov finns att tillgå.

ENHETSBESKRIVNING

Vi samarbetar med olika yrkesgrupper inom organisationen (läkare, vårdpersonal, terapijänster, socialvården, laboratorieteknik, bilddiagnostik, teknisk personal etc.) via muntlig informationsgång och olika datatekniska lösningar.

Genom övergången till ett gemensamt patientjournalssystem 2025 har alla enheter inom välfärdsområdet tillgång till all patientdata. För vår enhets verksamhet är det av speciellt stor betydelse att uppföljningen av den gravida vid rådgivningen, mödrapolikliniken och förlossningen dokumenteras i samma patientjournalssystem. Dock har hälso- och socialvården skilda system. För de enheter som inte har gemensamt patientdatasystem fungerar informationsgången muntligt, skriftligt genom att dokument över patientdata sänds via intern eller extern postgång, information hämtas från Kanta-databas och arkiv-system som finns inom organisationen, dessutom används Turvaposti där patientdata sänds via säkert e-postmeddelande.

På enheten hålls regelbundna möten/träffar/fortbildningar med övriga samarbetspartners inom och utanför organisationen, vilka säkerställer gemensamma riktlinjer i arbetet. Förutom via öppen dialog finns möjlighet att göra HaiPro-patientsäkerhetsanmälningar vid olika nära på- eller skedda incidenter. Därtill kan patienter och anhöriga ge respons direkt på olika enheter muntligt eller genom responskanalen Roidu. Dylka anmälningar utreds och kommuniceras mellan berörda enheter.

3.8 Lokaler och utrustning

Välfärdsområdet ska ha ändamålsenliga och tillräckliga lokaler för verksamheten. Lokalerna och verksamhetsmiljön ska till sanitära och övriga förhållanden vara lämpliga och säkra för den tjänst, vård,

undersökning, fostran och övriga omsorg som tillhandahålls klienten/patienten. Lokalerna ska stödja klienternas och patienternas allmänna välbefinnande och sociala interaktion. Vid planeringen och användningen av lokaler, verksamhetsmiljö och anordningar ska tillgängligheten samt klienternas och patienternas individuella behov och integritetsskydd beaktas (Tillsynslag 741/2023, 8 §; socialvårdslagen 1301/2014, 30 §). I fråga om lokalernas ändamålsenlighet ska beaktas även övriga krav i lagstiftningen som gäller tjänstesektorn.

Hälsoskyddslagen (763/1994, 2 §) innehåller krav på egenkontroll. I enlighet med kraven ska den som utövar verksamhet identifiera de risker i verksamheten som orsakar sanitär olägenhet och följa upp de faktorer som påverkar dem. Risker som påverkar verksamheten (till exempel temperatur i inomhusluften, buller, ventilation, strålning och belysning) ska identifieras, allvarlighetsgraden i riskerna bedömas och metoder för riskkontroll planeras. I tillämpningsområdet för bestämmelsen anknyter riskerna i verksamheten särskilt till de sanitära förhållandena i lokaler som används av patienter/klienter, och om detta föreskrivs i social- och hälsovårdsministeriets förordning om sanitära förhållanden i bostäder och andra vistelseutrymmen samt om kompetenskrav för utomstående sakkunniga (545/2015).

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

ENHETS BESKRIVNING

Välfärdsområdet ska ha ändamålsenliga och tillräckliga lokaler för verksamheten. Fastighetsägaren ansvarar för fastigheterna och eventuella reparationer. Elektroniskt via interna hemsidor kan man lämna in felanmälan samt begäran om ändringar i verksamhetsutrymmen. Sjukhustekniken ansvarar för medicinsk apparatur.

Organisationens säkerhetsenhet har ansvaret för ledningen av säkerhetsarbetet. På resultatområdesnivå finns säkerhetsplan. Enheten har två säkerhetssidor i Laatuportti – en för avdelningen A4 och en för förlossningssalen B4. Därmed finns även separata säkerhetsplaner samt utrymningsplaner för dessa. Personalen har tagit del av säkerhetssidornas innehåll. Målet är att personalen årligen går säkerhetsvandring på båda ställena med enhetens säkerhetsansvariga samt vart 5:e år deltar i organisationens Säkerhetsdag. Riskkartläggningar görs regelbundet och när verksamheten förändras. Secapp-plattformen används som anmälningssystem vid störningssituationer och finns installerat på kristelefonerna som uppbevaras i respektive kansli. Passerkontroll finns och bland annat båda läkemedelsrummen är låsta.

Förlossningssalen finns i B-husets 4:de våning och består av 5 förlossningssalar, 2 observationsrum, 1 badutrymme med bastu, mottagningsrum, undersökningsrum, läkemedelsrum, 3 sköljrum,

utdelningskök, städutrymmen, lagerutrymmen, kontorsrum samt sociala utrymmen för personalen. En av förlossningssalarna är isoleringssal med sluss.

Vårdavdelningen för förlossningar och kvinnosjukdomar finns i A-husets 4:de våning och består av 14 patientrum varav 9 rum är 2-personersrum och 5 rum är 1-personersrum. Ett av rummen är isoleringsrum med sluss. 2-personerspatientrum används i mån av möjlighet och enligt behov som familjerum. De flesta patientrum på avdelningen saknar egen wc/dusch och i stället finns gemensamma toaletter samt duschar för patienterna. En separat wc/dusch finns för män. Toaletterna är i regel små och trånga. Dessutom finns på avdelningen undersökningsrum, läkemedelsrum, 2 sköljrum, dagsal, utdelningskök, städutrymmen, lagerutrymmen, kontorsrum samt sociala utrymmen för personalen. Vi strävar efter att värna om patienternas integritetsskydd i våra utrymmen så gott det går.

I både A4 och B4 förekommer problem med inomhusluft, vilket både rapporterats av personal och patienter. Utredningar har gjorts och ventilation samt mellantak städats på B4. Till hjälp finns även några luftrenare. Enheten ska år 2027 flytta till utrymmen i T-huset (T2 samt T3) som ska renoveras för vårt ändamål och målet är att få hälsosamma, ändamålsenliga utrymmen för att bedriva familjecentrerad vård.

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

3.9 Medicintekniska produkter, informationssystem och användning av teknik

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

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

Kontaktuppgifter till ansvarig för yrkesmässig användning av produkter i hälsovården

Chef för sjukhusteknik: Telefonnummer 044 3231181.

Österbottens välfärdsområde säkerställer tillsammans med 2M-IT experter att datasystem som motsvarar kraven i kunduppgiftslagen (703/2023) används inom välfärdsområdet/tjänstenheten och att datasystems användningssyfte motsvarar tjänsteproducentens verksamhet och att uppgifterna om tjänsteproducenten finns i Valviras register över informationssystem.

Informationssäkerhetsplan för internt bruk i organisationen (intra) har utarbetats för välfärdsområdet 2024. Informationssäkerhetsplanen uppfyller kraven som finns föreskrivna i 77 § i kunduppgiftslagen (703/2024) och i THL:s bestämmelse 3/2024. IT-direktörerna är ansvariga för informationssäkerhetsplanen och dess uppdatering.

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

Om enheterna använder kameraövervakning ska personen informeras om det med kameraövervakningsmärke före han eller hon kommer in på övervakat område/ in i övervakad byggnad, som välfärdsområdet utarbetat. I fråga om kameraövervakning handlar man på välfärdsområdet i enlighet med anvisningar som välfärdsområdet har utarbetat och som upphittas på intra-nätverket. Dessa baserar sig på Regionförvaltningsverkets styrningsbrev för kameraövervakning i verksamhetsenheter inom socialvården utfärdat 2.2.2024 (LSSAVI/677/2024).

Registerbeskrivningen av kameraövervakning finns på välfärdsområdets webbsida: <https://osterbottensvalfard.fi/om-oss/organisation-och-beslutsfattande/var-dataskyddspraxis/>

Medicintekniska produkter

ENHETSBESKRIVNING

Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet (Fimea) har utfärdat bestämmelsen: Yrkesmässiga användares rapportering om tillbud gällande medicinteknisk produkt och anvisningen: Hantering av medicinteknisk produkt som varit inblandad i tillbud (Fimea 1/2023). För att garantera produktkunnande har SHM vidare publicerat handboken, Säker användning av medicintekniska produkter - Handbook för att säkerställa den medicintekniska kompetensen (SHM:s publikationer 2024: 3). Enheten handlar i enlighet med dessa.

All utrustning granskas innan den tas i bruk och med regelbundna intervaller av medicinsktekniskt kunnig personal. Enheten har även apparatansvarig för medicinskteknisk apparatur som behöver kontrolleras med regelbundna intervaller.

Personalen har genomgått introduktion och utbildning och uppvisat kunnande i användandet av medicinskteknisk utrustning på enheten. Personalens individuella kunnande och utbildning dokumenteras på Apparatpass i pappersform, en del av apparaturen finns även i databasen Laatuportti och för dessa dokumenteras kunnandet i Laatuportti. Anskaffning av medicinskteknisk apparatur sker via Välfärdsområdets inköpsenhet.

Via HaiPro anmälan kan personalen göra felanmälan på medicinsktekniska produkter. Personalen och närchefen känner till detta och ansvarar för att anmälan görs då det är aktuellt. Anmälan länkas till Fimea, som är ett övervakande organ över medicinsktekniska produkter.

Namn på och kontaktuppgifter till namngiven ansvarig för medicintekniska produkter på enheten:

Jaana Ekebohm, biträdande avdelningsskötare, A4, 040 5419180

Informationssystem och informationssäkerhet

ENHETSBESKRIVNING

Informationssäkerhetsplanen finns tillgänglig för personalen på intra-sidorna och går genom med personalen på avdelningstimmar och vid introduktion av ny personal. Personalen uppdaterar regelbundet sina kunskaper om dataskydd och datasäkerhet via en web-utbildning (Grundläggande informationssäkerhet - Österbottens välfärdsområde via Laatuportti samt Dataskyddets ABC). Närchefen följer upp att alla personal gått utbildningen. Vid anställning informeras personalen om organisationens datasäkerhetsbestämmelser och undertecknar ett formulär som bekräftar att de har fått informationen och tagit del av den.

Användande av teknologi

ENHETSBESKRIVNING

Teknologins lämplighet och säkerhet säkerställs på följande sätt: De produkter som används underhålls regelbundet och används på avsett sätt. I enheten är kritiska produkter anslutna till eluttag som kopplas till reservström vid strömbrott (blåttag). Dessutom hålls batterier laddade. För perioder med lång försening av underhåll strävar vi efter att få en ersättande produkt eller lånar inom eller utanför enheten (samarbetar speciellt med barnavdelningen). Vi använder teknologiska produkter i enlighet med patientens tillstånd och behov. Vi använder inte produkter som samlar in information om patienten eller produkter som kräver separat godkännande från patienten/föräldrar. Vid användning av nappflaska kan vi diskutera och komma överens med föräldrarna.

På avdelning A4 finns demenslarm som vid behov används för dementa gynekologiska patienters säkerhet för att undvika att de i misstag avlägsnar sig från avdelningen. På avdelningen finns ingen videoövervakning av patienter eller i offentliga utrymmen. Enda videoövervakningen som finns i enheten är i läkemedelsrummet på avdelning A4.

För vårdpersonalens säkerhet på enheten finns i alla Dect-telefoner en alarmknapp med vilken personalen vid behov larmar sjukhusvaktare. Det finns Dect-telefoner för samtliga vårdare i ett arbetsskift.

Namn på och kontaktuppgifter till person som ansvarar för person-/patientsäkerhetsutrustningars funktionssäkerhet

Madeleine Isuls, avdelningsskötare, 040 4828573

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. Ansvaret 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 välfärdsområdes 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

Den vårdande läkaren bär ansvaret för patientens läkemedelsbehandling i sin helhet. På arbetsenheten finns tre läkemedelsansvariga barnmorskor som ansvarar för anvisningar och information relaterade till läkemedelsbehandling samt för att uppdatera läkemedelsplanen. De läkemedelsansvariga arbetar både i förlossningssalen och på avdelningen och kan således ingripa i missförhållanden när hen lägger märke till dem.

Läkemedelsbehandling utförs regelbundet på enheten i enlighet med enhetens godkända läkemedelsplan. Läkemedelsplanen uppdateras årligen samt vid behov. Uppdateringar förses med

datum. Överläkaren läser igenom och godkänner planen i sin helhet. Läkemedelsplanen är senast godkänd 24.1.2024 och uppdatering är förtillfället på gång.

Enhetens vårdpersonal som deltar i vårdarbetet och läkemedelsbehandlingen läser igenom läkemedelsplanen och kvitterar att de läst igenom med läskvitto. Avdelningsskötaren ansvarar över enhetens läkemedelsbehandling och säkerställer att den utförs patientsäkert och i enlighet med gällande riktlinjer.

Vårdpersonalen ska ha ett ikraftvarande intyg över sitt kunnande inom läkemedelsbehandling. Detta säkerställs genom att vårdpersonalen (barnmorskor, barnskötare) var femte år läser, skriver tentamen och uppvisar praktiskt kunnande i läkemedelsbehandling som krävs på enheten, LOVE.

Namn på läkare som ansvarar för läkemedelsbehandlingshelheten i enheten och kontaktuppgifter

Jennica Kööpikkä, överläkare, 040 5125718

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

Barnmorskorna Linnéa Rynéus, Sara Jansson och Janina Söderman, barnmorska, 06 2132032 / 06 2132072

3.11 Näring

ENHETSBESKRIVNING

I ombesörjningen av patienternas näring inom Österbottens välfärdsområdes tjänstenheter beaktas Livsmedelsverkets gällande närings- och intagsrekommendationer för befolkningen och olika åldersgrupper. Vid ordnandet av måltiderna tas patienternas önskemål, specialdieter (relaterade till sjukdomar, matallergier, matöverkänsligheter och intoleranser) samt olika kostkombinationer i beaktande, så att alla kan få näring utan onödiga hälsorisker. Kost enligt religiösa eller etiska övertygelser är en del av kulturell mångfald och beaktas och respekteras vid genomförande av tjänster/vård.

Måltider och livsmedel för patienterna beställs via ett externt inhouse-företag, och beställningarna hanteras av enhetens personal genom det digitala beställningssystemet, Aromi. Eventuella allergier och kostbehov säkerställs genom att vårdpersonalen kontrollerar patientens önskemål och behov när patienten ankommer till avdelningen. Måltidsbeställningarna är individuella för varje patient. Inhouse-företaget publicerar menyerna på sina webbplatser och för enheten. Enheterna har fastställda tidsramar för måltider, och det finns vid behov möjlighet att värma upp måltider eller få mellanmål mellan måltiderna. På enheten serveras frukost, lunch, eftermiddagskaffe/te, middag och kvällsmål.

Frukost, lunch och middag levereras på patientspecifika brickor från inhouse-företaget, medan eftermiddagskaffe och kvällsmål dukas fram av sjukhusbiträden på avdelning A4. Patienter i förlossningssalen får hämta kvällsmål från A4. Vanligen hämtar patienten eller en anhörig matbrickan och så äts den i patientrummet. På A4 finns även en mindre dagsal att äta i. För patienter som inte själv hämtar sin mat, delar vårdpersonalen ut den. I förlossningssalen serveras föräldrarna födelsedagsbricka efter att babyn fötts.

I Aromi beställs mat åt alla nyblivna mammorna med tillägget "ammande mamma", vilket innebär en större och mer energirik portion mat. Om partnern eller stödpersonen stannar på avdelningen i ett familjerum, beställs mat åt denne via Aromi. I övriga fall kan anhöriga hämta med egen mat om de önskar, kylskåp och mikro finns för detta ändamål både i förlossningssalen och på avdelningen.

3.12 Hygien, förebyggande och bekämpning av infektioner

I Österbottens välfärdsområde följs lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) och Institutet för hälsa och välfärd (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.

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

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

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/>

Mer information om hygienpraxis och bekämpning av infektioner:

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

Österbottens välfärdsområdets intrasidor: Hygien och bekämpning av infektioner

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

ENHETSBESKRIVNING

Enligt lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016, 17 §) ska verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården och socialvården systematiskt bekämpa vårdrelaterade infektioner. I enheten följs de gemensamma hygienriktlinjerna som har utarbetats för välfärdsområdet. Riktlinjerna är tillgängliga för personalen på de interna webbplatserna. Ansvariga personer säkerställer att personalen har tillräcklig kunskap om gällande hygienriktlinjer. För patienter med smittosamma sjukdomar eller multiresistenta mikrober beaktas detta gällande såväl patientens placering och medicinering som vårdpersonalens skyddsutrustning.

Handsprit finns tillgängligt i alla lokaler. Det finns särskilda instruktioner för rengöring av medicintekniska utrustningar, som följs noggrant. Genom att följa de angivna hygienriktlinjerna säkerställs att smittsamma sjukdomar och infektioner inte sprids på arbetsplatsen.

Organisationen anordnar också särskilda hygienutbildningsdagar med aktuell information för enheterna. I välfärdsområdet används ett smittregister (SAI). Hygienansvariga följer aktivt infektioner relaterade till vård, fungerar som experter och tar vid behov kontakt med berörda enheter. Personalen erbjuds influensavaccinationer säsongvis, och vid anställningens början kontrolleras personalens skydd mot smittsamma sjukdomar.

För städning och hygien finns särskilda planer som utarbetas i samarbete med in-houseföretagens anställda, som utför städning och rengöring. Tvättjänster har upphandlats.

Namn på och kontaktuppgifter till hygienansvarig

Barnmorskorna Emma Ekblom och Jennifer Klemets, 06 2312032 / 062132072

3.13 Hälso- och sjukvård

ENHETSBESKRIVNING

Personal uppdaterar regelbundet sina första hjälpen-kunskaper och deltar i återupplivningsutbildning och simulationsövningar enligt organisationens riktlinjer. Närchefen följer upp att detta genomförs. Kunskaper i återupplivning av såväl nyfödda som vuxna är aktuellt på enheten. Ansvarspersoner finns för båda patientgrupperna. Personalen har grundläggande kunskaper i palliativ vård och enheten har skriftliga anvisningar för hur man agerar vid dödsfall.

Namn på och kontaktuppgifter till återupplivningsansvariga

Nyföddas återupplivning: Barnmorskorna Anna Stenström och Linda Smedman, 062132032 / 062132072

Vuxnas återupplivning: Barnmorskorna Hanna Elovuoma och Linda von Essen, 06 2132032 / 062132072

3.14 Främjande av välbefinnande, rehabilitering och utveckling

ENHETSBESKRIVNING

Vid multiprofessionella vårdplaneringsmöten planeras fortsatt vård för patienter som behöver ytterligare stöd innan utskrivning. Vid behov kan socialskötare, psykiatisk sjukskötare eller sjukhuspräster kontaktas under eller efter sjukhusvistelsen. På avdelningen finns möjligheter till tredje sektorns stödtjänster, bl.a. Olka stödtjänst och palliativa stödpersoner via cancerföreningen.

3.15 Behandling av klient- och patientuppgifter och dataskydd

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

Tillvägagångssätt i fråga om välfärdsområdets dataskyddspraxis och behandling av personuppgifter har beskrivits på Österbottens välfärdsområdets webbsidor: [Vår dataskyddspraxis](#) och för personalen i intra, på webbplats: [Vår dataskyddspraxis](#). På samma webbplats finns även anvisningar för personalen om hur de ska handla enligt artikel 34 i dataskyddsförordningen (679/2016) i samband med personuppgiftsincidenter (<https://intra.pohjanmaanhyvinvointi.fi/fi/aineisto/ilmoitus-tietoturvaloukkauksesta/anmälän-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 Intranet: [Dataskydd och informationssäkerhet](#).

Plan för informationssäkerhet som upprättats för intern användning i Österbottens välfärdsområde finns i välfärdsområdets intra.

ENHETSBESKRIVNING

Alla anställda ansvarar för registrering av patientinformation. Registreringsskyldigheten börjar när tjänsteleverantören har fått information om en persons behov av vård eller när hälso- och sjukvårdstjänsten har påbörjats. Registreringarna ska göras genast efter att patientens ärende har omsköts.

Personalen använder sina egna användarnamn och inloggningsuppgifter på organisationens datorer och i patientjournalssystemet enligt välfärdsområdets dataskyddsplan. Personalens kompetens säkerställs genom regelbunden utbildning i Dataskyddets ABC samt personligt undertecknande av avtal

om användnings- och sekretessförbindelse gällande uppgifter och datasystem. I patientjournalssystemet Lifecare, som organisationen inför under våren 2025, är det möjligt att följa vem som har loggat in i en patients elektroniska journal. Rätt till patientinformation beviljas baserat på yrke och vårdenhets. Standardvårdsplaner för strukturerad dokumentation av patientvård finns tillgängliga, samt gemensamma fraser för dokumentation i Lifecare-systemet. Ny personal får introduktion i registrering av patientinformation. Studerande dokumenterar tillsammans med en handledare. Om patientinformation sänds utanför organisationen, används säker e-post eller krypterad e-post som är lösenordsskyddad.

Dokument som skrivs ut från patientjournalssystemet förvaras i patientmappar eller förstörs med dokumentförstörare.

Dataskyddsbeskrivningar för ansvariga och kontaktpersoner för klient- och patientregistret finns på välfärdsområdets webbsida: [Vår dataskyddspraxis](#)

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, Sandviksgatan 2-4, 65130 Vasa Dataskyddsombud: Tuija Viitala, 06 2131840, e-post: tietosuojavastaava@ovph.fi

eller

Österbottens välfärdsområde, Dataskyddsombud, Dammbrunnsvägen 4, 1. våningen, 65100 Vasa Dataskyddsombud: Anne Korpi, 040 183221, 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.

Riskprocessen indelas i tre delar: operativa risker, 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

Ledare, serviceenheter, ansvariga och närchefer har som uppgift inom välfärdsområdet att ge riktlinjer och ordna självreglering samt säkerställa att personalen har tillräcklig kunskap om säkerhetsfrågor. Ledningen, de ansvariga och cheferna är ansvariga för att tillräckliga resurser har tilldelats för att säkerställa verksamhetens säkerhet. Närchefer ansvarar för att personalen får tillräcklig introduktion i risker relaterade till kund- och patientsäkerhet. Närcheferna har det primära ansvaret för att skapa en positiv attityd till hantering av brister och säkerhetsfrågor.

Alla välfärdsområdets anställda förväntas vara engagerade, ha förmågan att lära sig av misstag och kunna hantera övergångsperioder för att kunna erbjuda högkvalitativa och säkra tjänster.

Expertkunskap från olika yrkesgrupper kan utnyttjas genom att involvera personalen i bedömning av säkerhetssituationer och -risker, i utarbetandet av självregleringsplaner samt i planering, genomförande och utveckling av åtgärder som syftar till att förbättra säkerheten.

Genom att aktivt samla information om hotfaktorer som påverkar säkerheten strävar man efter att identifiera de risker som är kopplade till dessa och de åtgärder som krävs för riskhantering, så att allvarliga incidenter kan förebyggas. Vid riskhantering är det viktigt att varje verksamhets- och arbetsenhet identifierar de risker som förekommer i sin egen verksamhet, bedömer allvaret och sannolikheten för att de inträffar, samt utser ansvariga och vid behov implementerar olika styrstrategier för att minimera riskerna.

I enheterna finns utsedda säkerhets- och kvalitetsansvariga. Om det finns säkerhetsrelaterade anmärkningar eller utvecklingsförslag, har både utomstående och personalen möjlighet att göra en HaiPro-anmälan om ärendet. Detta behandlas inom enheten och vid behov i en större arbetsgrupp inom välfärdsområdet.

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

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

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

- Österbottens välfärdsområdesstrategi
- Förvaltnings- och verksamhetsstadgan
- Programmet för egenkontroll
- Hur mår Österbotten
- Handbok för egenkontroll och kvalitetshantering
- Handbok för riskhantering
- Allmänna delen i välfärdsområdets beredskapsplan, beredskapsplanerna för verksamhets- och resultatområden och 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 omfattar planerad verksamhet där en ansvarig person har definierats. Denna person ansvarar för att åtgärda eller minimera brister och identifierade risker, samt för registrering, analys, rapportering av incidenter, genomförande av korrigerande åtgärder och bedömning av deras effekter och tillräcklighet.

På enheten har tre centrala risker identifierats och kartlagts. Samtliga risker har utvecklats i en riktning mot att bli större, mer sannolika och ha större följder. En aktiv risk är personalens erfarenhets-/kunskapsstruktur. Vi har en stor andel personal som utexaminerats inom de senaste åren till följd av att personal slutat vid t.ex. pensioneringar samt av att vi har väldigt många föräldraledigheter. Ny personal är ivrig att lära sig, men att utveckla yrkesskicklighet kräver praktisk arbetserfarenhet. Speciellt arbetet i förlossningssalen kräver en mer omfattande introduktion och att i varje arbetsskift finns en kombination av barnmorskor med olika mängd erfarenhet, dvs. för många nya kan inte arbeta i samma skift i förlossningssalen. De begränsade ekonomiska realiteterna som uppkommit genom förändringen till välfärdsområde och minskade finansieringen, försvårar utmaningen med att introducera ny personal till förlossningssalsarbete i tillräcklig grad, eftersom det kräver en längre introduktion då personen är utanför bemanning. Det gör att tillgången till barnmorskor med förlossningssalserfarenhet är knapp

speciellt under semesterperioder. Vi försöker dock fortsätta introducera barnmorskor till förlossningssalsarbete i den takt som verksamheten och patientsäkerheten tillåter.

Den andra aktuella risken är därmed de stora ekonomiska utmaningar som uppkommit som en följd av organisationsförändringen till välfärdsområde. Förutom inverkan på personalresurser och med det möjligheterna till inskolning och fortbildning av personal, medför dessa ekonomiska utmaningar genom köpstopp och nedskärningar i budgeten att utrustning som används inte kan förnyas i tid, utan krånglar ofta, tillfälliga reparationer görs och förnyelse kan ske först då behovet är mycket akut. De nya ekonomiska realiteterna belastar på många sätt både närchefer och vårdpersonal med en ständig balansgång mellan resurser och patientsäkerhet. Medför även att oproportionerligt mycket arbete går åt till att släcka bränder, medan annat viktigt, men inte lika akut skjuts upp.

Den tredje aktuella risken är den dåliga inomhusluften i såväl förlossningssalen (B4) som vårdavdelningen (A4). Den egna personalen, studerande och patienter reagerar på inomhusluften vilket påverkar enhetens rykte. Problem med inomhusluften är allvarig och har medfört att personal sökt sig bort från enheten för att arbeta annanstans som en följd av att de inte kunnat vara kvar av hälsomässiga skäl eller inte ytterligare vill riskera sin hälsa. Nya skador i fastigheten uppkommer kontinuerligt och utrymmen är ofta ur bruk för reparationer. På båda enheterna saknas dragskåp för blandning av läkemedel och kan inte förverkligas i existerande utrymmen. Tacksamt är att processen är igång med renovering av andra utrymmen för vår verksamhet och flytt till dessa är aktuellt i början av år 2027. I de nya utrymmena planeras och förverkligas lösningar för trygg arbetsmiljö.

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

Risk	Vilka metoder används för att hantera dem
Personalresursbrist, tillräcklig kompetens	Regelbunden systematisk personalintroduktion och utbildning. Tillräcklig bemanning av vårdpersonal. Organisering av arbetsuppgifter och fördelning av personalresurser mellan förlossningssal och vårdavdelning där behovet är störst för stunden.
Ändamålsenliga lokaler	Planering igång och snart även renovering av nya utrymmen för både förlossningssal och vårdavdelningen. I dessa beaktas problem och brister som funnits i nuvarande lokaler. Fram tills flytt rapporteras och åtgärdas nya akuta problem som uppkommer. Regelbundna säkerhetspromenader.
Teknisk utrustning ur funktion	I flyttbudget anhållits om medel för att kunna förnya teknisk apparatur som är föråldrad och som inte längre omfattas av serviceavtal och som inte längre finns reservdelar för. Fram tills flytten utförs underhåll av utrustning enligt plan och enligt behov. I fortsättningen vore det relevant att genom regelbunden service, underhåll och även medel för förutseende i förnyelsen av utrustning kunna ha fungerade apparatur utan att hamna i kontinuerliga akuta situationer.
Övergången till nytt patientdatasystem	Risk finns för brister i dokumentation. Opålitlig statistik, gör att det är svårare att följa upp verksamheten ur kvalitetssynvinkel.
Kritiska informationssystem är antingen helt eller delvis ur funktion	Regelbundna planerade uppdateringar av informationssystem som informeras enheterna om i tid. Säkerhetskopior och reservsystem för kritiska funktioner.
Informationsflöde och informationshantering	Systematiskt och fungerande rapporteringssystem mellan vårdare och vårdenheter. Användning av checklistor.
Läkemedelsbehandling	Noggrann dokumentation av läkemedelsordinationer. Dubbelkontroll vid läkemedelsutdelning. Regelbunden uppdatering och efterföljning av läkemedelsplanen.

4.2.1 Tjänsteproducentens och personalens anmälningsskyldighet

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

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

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

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

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

Elektroniska anmälningssystem som personalen har tillgång till är:

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

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

I övriga lagar stiftade anmälningsskyldigheter som gäller personalen.

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

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

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

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

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

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

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

Om farliga situationer som skett inom social- och hälsovårdsbranschen och som är förknippade med medicintekniska produkter och som har lett eller kunde ha lett till att patients, användares eller annan

persons hälsa äventyrats ska alltid skrivas en rapport om tillbud till Fimea (lag om medicintekniska produkter, 35 §). Tillbudsanmälan till Fimea ska göras utan dröjsmål och den kan göras direkt elektroniskt samtidigt med HaiPro-anmälan. När du anmäler ett tillbud direkt genom HaiPro sparas uppgifterna om tillbudet i det elektroniska systemet. Anvisningar om hur du gör anmälan i HaiPro-systemet finns i välfärdsområdets intra (produktsäkerhet).

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

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

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

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

Anmälan om oegentligheter i organisationen (EU:s whistleblowing-direktiv, 2019/1937; Lagen om skydd för rapporterande 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

Personal får redan under introduktionsfasen information om skyldigheten att rapportera oklara situationer eller risker för att något kan inträffa. På organisationens webbplats och intra finns tydlig skriftlig information om hur man ska agera. Det är också ledarens ansvar att ta upp detta regelbundet på gemensamma arbetsplatsmöten. Organisationen använder HaiPro-rapporteringssystemet. En HaiPro-anmälan om möjliga farosituationer eller anmärkningar skickas via e-post till enhetens närmaste chef, som behandlar rapporten så snabbt som möjligt. Beroende på innehållet eller karaktären av rapporten behandlas den inom enheten och vid behov tas den upp i relevanta arbetsgrupper inom organisationen. Enheterna genomför sin egen riskbedömning årligen, och i samband med detta görs åtgärdsförslag. Interna auditeringar utförs årligen, och auditeringsrapporten med eventuella förbättrings-/ändringsförslag lagras i Laatuportti. Både interna och externa auditeringar genomförs regelbundet. Från auditeringarna tas även rapporter fram med eventuella åtgärdsförslag. Genom lättillgänglig information på intranätet informerar vi personalen om rapporteringsskyldigheter och -rättigheter samt hur de ska användas. Vid behov kan personalen kontakta övervakningsenheten för att få ytterligare hjälp. Personer/patienter/anhöriga kan göra en HaiPro-anmälan elektroniskt via webbplatsen/intranätet. Till hanteringen av incidenter hör också att man resonerar igenom dem med arbetstagarna, klienten och vid behov anhöriga. Om det sker en allvarlig incident med följder som ska ersättas underrättas klienten eller anhöriga om hur de ska ansöka om ersättning.

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.

Anmälningsblanketten finns på Österbottens 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.

Anmälningsblanketten finns på Österbottens välfärdsområdets webbsidor:

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

Privat tjänsteproducents egenkontrollanmälan

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

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

ENHETSBESKRIVNING

Oegentligheter som äventyrar kund- och patientsäkerheten samt skador, farosituationer och andra brister och oegentligheter som uppstår i verksamheten inklusive de hot de medför, behandlas i enheten omedelbart när de uppstår. Nödvändiga korrigerande åtgärder eller förändringar i verksamheten vidtas. Information om detta ges på avdelningsmöte och/eller via e-post. Om en kritisk situation inträffar på avdelningen försöker vi ordna en debriefing så snabbt som möjligt. De berörda kan delta, och beroende på situation involveras krisarbetare. Händelseförloppet går igenom och alla får berätta sin del. Man får också precisera sina egna uppgifter om händelserna och ställa frågor om det finns några otydligheter. Debriefingar kan beroende på situation involvera enbart enhetens personal eller bestå av deltagare från olika avdelningar främst då barnavdelningen och operationsavdelningen. Avsikten är inte att identifiera

skyldiga, utan att lära utav det skedda. Lärdomar lyfts sedan upp inom enheten på ett allmänt plan så att övrig personal påminns om vådrutiner eller får information om utvecklade vådrutiner och tillvägagångssätt för att kunna agera på sätt som förhindrar liknade incidenser i framtiden. Hantering av allvarliga olyckstillbud följer husets riktlinjer (finns på intranätet).

Utvecklingsplan för egenkontroll

Brister i kvaliteten på tjänsten och patientsäkerheten som man upptäckt i 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 tidtabell 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

I kraven på egenkontroll och köptjänstavtal ska man ta med regelbunden uppföljning och rapportering om kvaliteten på tjänsten/vården, klientrespons, klientsäkerhet, arbetssäkerhet, välbefinnande på arbetsplatsen, arbetsförhållanden samt personalens tillräcklighet. Välfärdsområdet har valt köptjänst- och underleverantörsproducenter för organisationen. Om det uppstår oegentligheter, kontaktas den berörda parten från enheten, ärendet framförs och de reagerar sedan på det från sin sida.

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 strålningsolyckor och nedfall samt evakueringsplan för flyttning av befolkning i en region. Resultatenheternas säkerhetsplaner och handlingskort för störningssituationer kompletterar planeringen av beredskapen.

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

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

ENHETSBESKRIVNING

Enheten har utsedda kvalitets- och säkerhetskontaktpersoner. Dessa ska, i samarbete med enhetens avdelningsskötare och säkerhetsenheten, genomföra säkerhetspromenader i enheten årligen. Hela personalen är skyldig att delta i säkerhetspromenaderna, inklusive nya medarbetare och vikarier. Välfärdsområdet erbjuder säkerhetsutbildning, bland annat säkerhetsdagar (som ska genomföras vart femte år) för personalen. Säkerhetsutbildare kan också kallas till enhetens möten. Deltagande i säkerhetsdagarna sker via utbildningskalendern, vilket gör att deltagandet kan följas upp.

Sjukhusfastighetens säkerhets- och räddningsplan i Sandviken har utarbetats i oktober 2023 av säkerhetsenheten. För förlossningssalen B4 samt Avdelningen för förlossningar och kvinnosjukdomar (A4) finns separata Säkerhetsplaner samt Evakueringsplaner. Dessa uppdateras årligen eller om det sker förändringar i enheten eller dess verksamhet. Planerna har senast uppdaterats i januari 2025 och finns både på enhetens säkerhetssidor på Laatuportti samt i pappersversion i en gul beredskapsmapp som i förlossningssalen B4 förvaras i personalens kafferum och på vårdavdelning A4 i kansliet. Var och en som arbetar på enheten ska ha bekantat sig med dessa dokument och i de gula mapparna finns en kvitteringslista.

Namnet på personen som ansvarar för tjänsteenhets beredskaps- och kontinuitetshantering och beredskaps- och kontinuitetsplan

Madeleine Isuls, avdelningsskötare, 040 4828573

Enhetens kvalitets- och säkerhetskontaktpersoner:

Anette Söderqvist, biträdande avdelningsskötare, 040 5097951

Jaana Ekebohm, biträdande avdelningsskötare, 040 5419180

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

Riskbedömning görs innan beslut fattas om stora förändringar i enheten. Risker beaktas även vid planering och uppföljning av verksamheten. I Opiferus-programmets handlingsplan finns ett särskilt avsnitt där enheten har lyft fram de väsentliga riskerna och deras hantering. Dessa risker genomgås och uppdateras årligen samt alltid vid behov. Personalens kompetens i riskhantering säkerställs genom introduktion på arbetsplatsen, kontinuerlig vidareutbildning samt särskild uppföljningsutbildning på individnivå. HaiPro-rapporter används som huvudsaklig kanal för uppföljning av risker, allvarliga incidenser och nära på situationer. Enheten initierar själv utredningar då behov uppkommer.

Rapporteringen vidarebefordras vid behov till högre ledning. Allvariga olyckor och brister i medicinteknisk utrustning rapporteras till organisationens kvalitets- och tillsynsenhet samt, enligt riktlinjer, till Valvira.

5.2 Uppföljning och rapportering av hur egenkontroll genomförs

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

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

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

ENHETSBESKRIVNING

Ansvar för uppföljning av egenkontroll och genomförandet av egenkontrollplanen ligger hos enhetens avdelningsskötare. Brister som upptäcks vid uppföljningen dokumenteras. Eventuella åtgärder på grund av bristerna dokumenteras och behandlas med personalen, och samtidigt upprättar ansvarspersonerna en tidsplan för åtgärderna. Rapportering sker regelbundet enligt årshjulet.

6. Uppgifter för utarbetande och godkännande av plan för egenkontroll

Plan för egenkontroll är utarbetad/uppdaterad, version nummer

27.6.2025, version 1.0

Ansvarspersonernas underskrift och godkännande

Jennica Kööpikkä, överläkare, 27.6.2025

Madeleine Isuls, avdelningsskötare, 27.6.2025



Österbottens välfärdsområde
Pohjanmaan hyvinvointialue

Anette Söderqvist, biträdande avdelningsskötare, 27.6.2025

Jaana Ekebohm, biträdande avdelningsskötare, 27.6.2025

BILAGOR

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

27.6.2025

Sammandrag av enhetens utvecklingsplan

Utvecklingsobjekt/ korrigerande åtgärd	Mål	Tidtabell/fördelning av ansvar/läge
Nya utrymmen för förlossningssalen och vårdavdelningen	Ändamålsenliga, trygga och hälsosamma utrymmen för personal och patienter	Val av arkitekt: December 2024 Planering: December 2024 -> Budgetering: Enhetens budget inlämnad 11.6.2025 Val av byggnadsentreprenör 25.6.2026 Renovering: Augusti 2025 -> Flytt: Januari 2027 Från enheten deltar i huvudsak Anette Söderqvist, Jaana Ekebohm, Madeleine Isuls, Jennica Kööpikkä och Marika Smeds i planeringen. Övriga enligt aktuellt ansvarsområde.
Tillträde till läkemedelsrum, uppföljning av läkemedelsförbrukning	Fungerande övervakning i och korrekt tillträde till läkemedelsrum samt förbrukningsuppföljning av kritiska läkemedel för att undvika oegentligheter.	Fungerande kameraövervakning i läkemedelsrum på A4, Tekniska enheten 7.5.2025 Genomförande av utvecklings- åtgärder i uppföljning av förbrukning 2.6.2025 Uppdatering av läkemedelsplan, läkemedelsansvariga sommaren 2025

Bilaga 2. Anvisningar och andra planer som stöder egenkontroll

Läkemedelsplan

Säkerhetsplan

Utredning om utrymningssäkerheten