



Österbottens välfärdsområde
Pohjanmaan hyvinvointialue

Intensivvårds- och övervakningsavdelningens Plan för egenkontroll 2026

Ansvarig person

Anna Cederholm

Plan för egenkontroll

Innehållsförteckning

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

3.15 Behandling av klient- och patientuppgifter och dataskydd

4. EGENKONTROLLENS RISKHANTERING

4.1 Ansvar för riskhantering, identifiering och bedömning av risker

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

4.2.1 Tjänsteproducentens och personalens anmälningsskyldighet

4.2.2 Anmälningsskanaler för klient/patient och extern tjänsteproducent

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

4.3 Köptjänster och underleverans

4.4 Beredskaps- och kontinuitetshantering

5. UPPFÖLJNING AV EGENKONTROLL OCH RAPPORTERING

5.1 Uppföljning av kvalitet, riskhantering och rapportering

5.2 Uppföljning och rapportering av hur egenkontroll genomförs

6. Uppgifter för utarbetande och godkännande av plan för egenkontroll

Bilaga 1. Uppföljnings- och utvecklingsplan för egenkontroll

1. UPPGIFTER OM TJÄNSTEPRODUCENTEN, TJÄNSTEENHETEN OCH VERKSAMHETEN

1.1 Tjänsteproducentens och tjänsteenhetens uppgifter

Tjänsteproducent

Österbottens välfärdsområde, FO-nummer: 3221324-6

Adress: Sandviksgatan 2–4, 65130 Vasa

Växel: 06 218 1111

Registratur: registrator@ovph.fi

Socialservicens registratur: socialvard.registratur@ovph.fi

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

Verksamhetsområdets namn

Sjukhuservice

Verksamhetsområdesdirektörens namn

Christian Palmberg

Telefonnummer

040 579 6181

Tjänsteenhetens namn

Intensivvårds- och övervakningsavdelningen

Form av tjänst

Intensivvård, Övervakningsvård

Adress

Sandviksgatan 2-4, F0, 65130 Vasa

Telefonnummer

(06)2138001

Ansvarsperson(er) för tjänsteenheten eller tjänsteområdena och kontaktuppgifter

Simo-Pekka Koivisto, överläkare, anesthesiologi och intensivvård, tel. (06) 213 5440

Raku Hautamäki, bitr. överläkare, anesthesiologi och intensivvård, tel. (06) 213 5418

Leena Huhti, bitr. överläkare, kardiologi, tel. (06) 213 6604

Jukka Saarinen, överläkare, neurologi, tel. 040 483 9097

Anna Cederholm, avdelningsskötare, tel. 040 183 6698

Catharina Alanko, bitr. avdelningsskötare, (06) 213 4451

epost: fornamn.efternamn@ovph.fi

Resultatenhetens/verksamhetsenhetens uppgifter

Intensivvårds- och övervakningsavdelningen, Vasa Centralsjukhus, F0

Sandviksgatan 2-4, 65130 Vasa

telefon (06) 213 8001

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
Laboratorietjänster	FIMLAB Ab
Kost- och rengöringstjänster	TeeSe Botnia
Benchmarking	Tietoevry Oy
Informationstekniktjänster	2M-IT
Företagshälsovård	TT Botnia
Textilier	Provina
Telefoner och -abonnemang	Telia
Tolktjänster	Mico Botnia

1.3 Tjänster, verksamhetsidé, värderingar och verksamhetsprinciper

ENHETSBESKRIVNING

Intensivvårds- och övervakningsavdelningen vid Vasa Centralsjukhus vårdar patienter från Österbottens välfärdsområde, vilka löper risk för eller har störningar i de vitala kroppsfunktionerna och i behov av intensifierad övervakning eller intensivvård. Enheten vårdar patienter i alla åldrar, både barn och vuxna. Enhetens verksamhet fortgår 24/7.

Intensivvårds- och övervakningsavdelningen tillhandahåller också ett Medical Emergency Team (MET) vid Vasa Centralsjukhus. MET-teamet består av en anestesiläkare tillsammans med en intensivvårdskunnig sjukskötare. MET-teamet tillhandahåller ambulerande akutvård inom Vasa Centralsjukhus och bistår vid återupplivningar. Teamet kan alarmeras på plats av vem som helst inom personalen enligt vissa kriterier. Målet med verksamheten är att identifiera och snabbt påbörja vården hos patienter med störningar i de vitala kroppsfunktionerna eller hot där om, och på så sätt förbättra möjligheten för tillfrisknande.

Intensivvårds- och övervakningsavdelningen har 13 patientplatser, vilka fördelas mellan intensivvård och övervakningsvård utgående från aktuellt vårdbehov.

Tjänstenheten har i medeltal 1000 vårdperioder årligen. 40 % av dem är intensivvårdspatienter. Vårdtiden för intensivvårdspatienter är i medeltal 4 dygn, övervakningspatienternas vårdtid knappt 1,5 dygn. Av övervakningspatienterna finns både inremedicinska och neurologiska patienter.

Tjänstenhetens personal består av två anestesiloger, en kardiolog, en avdelningsskötare, en biträdande avdelningsskötare, en närvårdare, två sekreterare och 42 sjukskötare (årsverken). Anestesilogerna ansvarar för intensivvården 24/7, medan kardiolog och neurolog ansvarar för övervakningspatienterna under tjänstetid. Inremedicinska jouren har vårdansvaret för övervakningspatienterna under jourtid. Neurolog rundar neurologiska patienter under veckoslutet. Vid behov överförs vårdansvaret inom enheten. Verksamheten på tjänstenheten innefattar ett tätt samarbete med många andra tjänsteproducenter och -enheter; fysioterapi, ergoterapi, röntgen, laboratoriet, hjärtangiografi, operationsavdelningen, första vård, universitetssjukhus och transplantationsbyrån.

Efter en längre intensivvårdsperiod kallas patienter i arbetsför ålder till ett återbesök efter 6-12 månader. På återbesöket diskuteras vårdperioden, nuvarande mående och eventuella kvarstående funktionsnedsättningar.

Centrala direktiv och lagstiftning:

*Statsrådets förordning om grunderna för brådskande vård och förutsättningarna för jour inom olika medicinska verksamhetsområden (583/2017)

*Hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010)

*Lag om gränsöverskridande hälso- och sjukvård (1201/2013)

*Intensivvårdens etiska principer (Suomen tehohoitoyhdistys r.y.)

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 tjänstenheter 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. De offentliga tjänsteproducenterna (välfärdsområdena) registrerar sig i registret över tjänsteproducenter Soteri före utgången av år 2027. Från och med den 1.1.2028 kommer välfärdsområdets resultatområden registreringstekniskt att motsvara tjänstenheter.

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

som lyder under statens centralförvaltning, har inlett sin verksamhet den 1.1.2026. Tillstånds- och tillsynsverket sköter tillstånds-, tillsyns-, registrerings-, verkställighets- och styrningsuppgifter samt övervakning av det allmänna intresset. Myndigheten sköter framöver de uppgifter som tidigare hanterades av Valvira, de sex regionförvaltningsverken och de 15 NTM-centralerna.

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

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

Anna Cederholm, avdelningsskötare, 040 183 6698

Catharina Alanko, bitr. avdelningsskötare. (06) 213 4451

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

Simo-Pekka Koivisto, överläkare, (06) 213 5440

Anna Cederholm, avdelningsskötare, 040 183 6698

ENHETSBESKRIVNING

Planen för egenkontroll granskas och uppdateras en gång varje år, samt alltid vid behov, t ex vid förändringar. Patienters och anhörigas feedback, anmälningar om negativa händelser (Haipro), beaktas vid uppgörandet och utvärderingen av planen.

2.2 Genomförande av en plan för egenkontroll, publicering och uppdatering

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

ENHETSBESKRIVNING

Intensivvårds- och övervakningsavdelningens plan för egenkontroll finns tillgänglig på välfärdsområdets webbplats, i enhetens väntrum för anhöriga samt i enhetens digitala anvisningsportal. På så sätt säkerställs att både personal, patienter och anhöriga vid behov har tillgång till aktuell information om egenkontrollen.

Ansvarspersonen för tjänstenheten och avdelningsskötaren ansvarar för att personalen har tillräckliga kunskaper om egenkontroll, patientsäkerhet och kvalitetssystemets verksamhetsprinciper. Introduktion av ny personal omfattar genomgång av planen för egenkontroll samt de anvisningar och rutiner som hör till enhetens säkerhetsarbete.

Kompetensen upprätthålls genom fortlöpande utbildning, arbetsplatsgenomgångar, teammöten och praktisk handledning i det dagliga arbetet.

För att säkerställa personalens kännedom om och förbindelse till planen för egenkontroll genomgår samtliga medarbetare planen minst en gång per år och kvitterar digitalt att den har tagits del av. Ansvarspersonen och närcheferna följer upp att anvisningarna efterlevs och att egenkontrollen genomförs i det dagliga arbetet.

Planen för egenkontroll granskas och uppdateras minst en gång per år samt alltid vid behov,

exempelvis vid förändringar i verksamheten, lagstiftningen, organisationen eller identifierade risker i klient- och patientsäkerheten. Genomförda uppdateringar dateras och dokumenteras i början av planen för att säkerställa spårbarhet och transparens. Ändringar publiceras utan onödigt dröjsmål på de plattformar där planen finns tillgänglig.

Vid uppdatering av planen beaktas förändringar i tjänsternas innehåll, kvalitet och säkerhet samt erfarenheter från den dagliga verksamheten. Underlaget för utveckling av egenkontrollen består bland annat av patienters och anhörigas respons, avvikelserapporter (HaiPro), myndighetsanvisningar, interna uppföljningsuppgifter samt resultaten från nationell benchmarking inom intensiv- och övervakningsvård (Tietoevry Oy). Även resultat från andra kvalitets- och säkerhetsmätare används för att identifiera utvecklingsområden och förbättringsbehov.

Personalen informeras om ändringar i planen genom den digitala anvisningsportalen, arbetsplatsmöten och ledningens informationskanaler. Vid behov informeras även patienter, anhöriga och närstående genom den publicerade planen samt via enhetens normala informationskanaler.

För att säkerställa att uppdateringar omsätts i praktiken följer ansvarspersonen och närcheferna regelbundet upp verksamheten genom observationer, diskussioner, introduktion, kompetenssäkring och behandling av avvikelser. Nya eller ändrade rutiner integreras i det dagliga arbetet genom handledning, utbildning och uppföljning, så att egenkontrollens mål genomförs på ett ändamålsenligt sätt i den praktiska vårdverksamheten.

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 2026 ett SHQS-kvalitetscertifikat som omfattar välfärdsområdets alla tjänster. Välfärdsområdet fick sin första gemensamma SHQS-kvalitetserkännandet i 2023. Erkännandet har nu förnyats och gäller till och med 26.1.2029. 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 samt räddningstjänsten, och om verktyget tillämpats med framgång beviljas organisationen ett certifikat som erkännande.

ENHETSBESKRIVNING

Intensivvårds- och övervakningsavdelningen producerar specialiserad vård enligt nationella vårdrekommendationer, gällande lagstiftning samt välfärdsområdets kvalitets- och patientsäkerhetskrav. Målet är att säkerställa en jämlik, säker, evidensbaserad och högkvalitativ intensiv- och övervakningsvård för alla patienter.

Kvaliteten följs upp och utvärderas kontinuerligt genom flera olika kvalitetskontrollmetoder och mätare. Enheten deltar i en omfattande nationell benchmarking av intensiv- och övervakningsvården via Tietoevry Oy. Resultaten fungerar som ett centralt verktyg för

egenkontroll och jämförelse med motsvarande enheter nationellt. Eventuella avvikelser från förväntade resultat analyseras systematiskt och leder vid behov till korrigerande åtgärder. Delar av materialet rapporteras till Institutet för hälsa och välfärds (THL) nationella kvalitetsregister för intensivvård, vilket möjliggör nationell uppföljning av vårdkvaliteten.

För att säkerställa en likvärdig kvalitet på tjänsterna används gemensamma vårdprocesser, nationella och regionala anvisningar samt evidensbaserade vårdmetoder. Enheten uppdaterar kontinuerligt sina verksamhetssätt enligt aktuell forskning och nationella rekommendationer. Personalens kompetens säkerställs genom strukturerad introduktion, arbetsplatsutbildning, fortbildning och kontinuerlig kompetensutveckling. Vid personalplaneringen säkerställs att varje arbetsskift innehåller tillräcklig erfarenhet och kompetens för att upprätthålla en trygg vård.

Ny vårdpersonal genomgår en cirka tre veckor lång introduktionsperiod enligt ett fastställt introduktionsprogram. Även läkare introduceras enligt enhetens introduktionsrutiner. Deltagande i externa utbildningar uppmuntras och utbildningsdagar följs upp årligen. Avdelningsskötarens ansvarar för att personalens kompetens motsvarar verksamhetens krav och att enheten har tillräckliga resurser för att ge säker och högkvalitativ vård.

Digitala system används för dokumentation, uppföljning, kommunikation och kvalitetssäkring. Informationssäkerheten säkerställs genom organisationens dataskydds- och informationssäkerhetsanvisningar, användarrättigheter, utbildning samt kontinuerlig uppföljning. Dataskyddsavvikelser rapporteras via HaiPro-systemet och behandlas enligt organisationens rutiner. Vid störningar i telefon- och datakommunikation finns enhetsspecifika beredskapsanvisningar som är tillgängliga för personalen i Laatuportti, den digitala anvisningsportalen samt i pappersformat på enheten.

Klient- och patientsäkerheten säkerställs genom systematiska riskhanteringsåtgärder, säkerhetsrutiner och kontinuerlig uppföljning. Enheten genomför årligen en riskbedömning där identifierade risker analyseras, klassificeras och åtgärdas enligt riskernas allvarlighetsgrad. Personalen genomför dessutom säkerhetspromenad minst en gång per år för att identifiera och förebygga säkerhetsrisker i verksamhetsmiljön.

Organisationen använder HaiPro-systemet för rapportering och uppföljning av avvikelser, tillbud och utvecklingsförslag. Anmälningar kan göras av personal, patienter och anhöriga. Samtliga anmälningar behandlas enligt samma principer oberoende av vem som gjort anmälan. Händelser analyseras, klassificeras och leder vid behov till korrigerande och förebyggande åtgärder. Avvikelser och lärdomar från dessa delas med personalen för att främja lärande och verksamhetsutveckling.

Förebyggande av vårdrelaterade infektioner utgör en central del av patientsäkerhetsarbetet. Enheten har en utsedd hygienperson och följer användningen av antibiotika och förekomsten av vårdrelaterade infektioner genom SAI-programmet. Handhygien följs genom registrering av handdesinfektionsmedelsförbrukning i E-desi samt genom regelbundna observationer av handhygienrutiner i E-huuhde. Resultaten används aktivt för att planera och genomföra förbättringsåtgärder.

Risken för trycksår bedöms systematiskt med Braden-mätaren. Enheten deltar också i nationell benchmarking via Hoiverke för uppföljning och utveckling av trycksårsförebyggande arbete.

Läkemedelssäkerheten säkerställs genom en årligen uppdaterad läkemedelsplan. Enheten har tre utsedda läkemedelsansvariga som tillsammans med tjänsteenhetens ansvarsperson ansvarar för planens innehåll och uppdatering. Samtliga medarbetare som hanterar läkemedel ska ha ett giltigt läkemedelstillstånd (LOVe), vilket förnyas vart femte år. All intravenös läkemedelsbehandling dubbelkontrolleras av två sjukskötare före administrering, med undantag för akuta nödsituationer.

Tjänsteenhetens ansvarsperson och avdelningsskötare arbetar aktivt för att upprätthålla en öppen och lärande säkerhetskultur. Personalen uppmuntras att identifiera, rapportera och diskutera risker, avvikelser och utvecklingsbehov utan rädsla för skuldbeläggning. Risker och brister kan rapporteras via HaiPro-systemet eller tas upp direkt med närchef genom öppen dialog. Avvikelser behandlas fortlöpande och information om händelser och förbättringsåtgärder delas med personalen via enhetens kommunikationskanaler. Målet är att skapa en verksamhetskultur där säkerhetsfrågor ses som en naturlig del av det dagliga förbättringsarbetet och där hela personalen aktivt deltar i utvecklingen av vårdens kvalitet och patientsäkerhet.

3.2 Ansvar för tjänsternas kvalitet

Ansaret och ledningen av egenkontrollen inom Österbottens välfärdsområde samt säkerställande av kvaliteten och säkerheten beskrivs i välfärdsområdets förvaltningsstadga och i programmet för egenkontroll samt på praktisk nivå i handboken för egenkontroll och kvalitetskontroll.

ENHETSBESKRIVNING

Intensivvårds- och övervakningsavdelningen leds av tjänsteenhetens ansvarsperson, överläkaren för intensivvård, som ansvarar för verksamheten, den medicinska vården, patientsäkerheten och vårdens kvalitet i enlighet med gällande lagstiftning. Vid överläkarens frånvaro fungerar enhetens biträdande överläkare för intensivvård som ställföreträdande ansvarsperson.

Till tjänsteenhetens ansvarspersons uppgifter hör att:

- säkerställa och övervaka patienternas medicinska vård,
- handlägga anmärkningar, klagomål och myndighetsärenden,
- behandla avvikelserapporter och tillsammans med vårdarbetets närchef planera, genomföra och följa upp utvecklingsåtgärder,
- säkerställa tillgången till apparatur, vårdtillbehör och läkemedel som behövs för patientvården,
- samordna samarbetet med övriga tjänsteenheter som deltar i patientens vårdprocess, tillsammans med vårdlinjens närchef och säkerhetschefen ansvara för arbetarskydd och patientsäkerhet.

Avdelningsskötaren ansvarar för ledningen av vårdarbetet, vårdkvaliteten, personalresurserna och den dagliga egenkontrollen. Hen säkerställer att verksamheten bedrivs enligt gällande anvisningar, kvalitetskrav och säkerhetsprinciper samt ansvarar för uppföljning och utveckling av verksamheten. I uppdraget ingår att främja en öppen säkerhetskultur, uppmuntra rapportering av risker och avvikelser samt stödja en verksamhetsmiljö fri från skuldbeläggning. Avdelningsskötaren samarbetar nära med enhetens biträdande avdelningsskötare.

Anstaltsvårdarna är anställda av TeeSe och leds av sin egen närchef. Avdelningssekreterarna har en egen närchef utanför enheten. Samarbetet mellan dessa funktioner och enhetens ledning säkerställer att stödfunktionerna stöder en säker och högkvalitativ vård.

Tjänsteenhetens ansvarsperson leder verksamheten genom kontinuerlig uppföljning av vårdens

kvalitet, patientsäkerhet, verksamhetsresultat och resursanvändning. Ledningen sker i nära samarbete med avdelningsskötaren, den biträdande överläkaren, den biträdande avdelningsskötaren och övriga nyckelpersoner inom verksamheten.

För att säkerställa att tjänsterna uppfyller lagstiftningens och organisationens krav under hela verksamhetstiden följs verksamheten regelbundet upp genom:

- behandling och analys av avvikelserapporter, anmärkningar och klagomål,
- uppföljning av kvalitets- och patientsäkerhetsindikatorer,
- granskning av vårdintensitet, platsbeläggning och verksamhetsvolym,
- uppföljning av personalens kompetens och utbildningsnivå,
- systematisk riskhantering och genomförande av utvecklingsåtgärder,
- nationell benchmarking och jämförelse med motsvarande enheter.

Vid utvärderingen av verksamhetens kvalitet används information från olika system, såsom avvikelserapporter, utbildningsvolym, vårdintensitet och platsbeläggning, i kombination med närchefsuppföljning och benchmarking. Genom dessa bedöms personalens kompetens, rekryteringsbehov, samarbete samt verksamhetens resultat i jämförelse med motsvarande enheter.

Utifrån resultaten identifieras utvecklingsområden och nödvändiga förbättringsåtgärder planeras, genomförs och följs upp. På detta sätt säkerställs att verksamheten fortlöpande utvecklas och att patienterna får en säker, högkvalitativ och ändamålsenlig vård.

3.3 Klientens och patientens ställning och rättigheter

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

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

3.3.1 Tillgång till tjänster och vård

ENHETSBESKRIVNING

Intensivvårds- och övervakningsavdelningen tillhandahåller akut specialiserad sjukvård för patienter med hotande eller konstaterad svikt i en eller flera vitala funktioner. Vården ges utifrån medicinskt behov och patienterna tas emot oberoende av kön, ålder, språk, bostadsort, social ställning eller annan personlig egenskap. På detta sätt säkerställs att patienterna har likvärdig tillgång till vård utifrån enhetliga medicinska kriterier.

Patienterna kommer till enheten via jourpolikliniken, hjärtstationen, operationsavdelningen, andra sjukhus eller från vårdavdelningar. Vid behov föregås överföringen från vårdavdelningarna av ett MET-uppdrag. När operationsavdelningens uppvakningsenhet är stängd kan patienter även vårdas på enheten för postoperativ uppvakning. Alla vårdplatser är utrustade enligt samma

standard och används flexibelt för intensivvård eller övervakningsvård enligt patienternas vårdbehov.

Enheten ger vård omedelbart när behov uppstår. Intagning till intensivvårds- och övervakningsavdelningen kräver ingen remiss och något kösystem används inte. Intensivvårdsläkaren bedömer patientens behov av intensivvård eller övervakningsvård och fattar beslut om intagning utifrån medicinska grunder.

Eftersom enheten tillhandahåller akut vård finns inga lagstadgade eller lokalt fastställda maximala väntetider för intagning. Bedömningen av vårdbehovet sker omedelbart i samband med att patientens tillstånd identifieras och vården inleds utan dröjsmål utifrån patientens medicinska behov och tillgängliga resurser.

Tillgången till vård och vårdplatser följs kontinuerligt genom uppföljning av belägningsgrad, vårdintensitet, patientflöden och resursanvändning. Särskild uppmärksamhet riktas mot fördröjningar vid utskrivning från intensivvårds- och övervakningsavdelningen till vårdavdelningar eller andra vårdenheter. Dessa fördröjningar registreras, följs upp och rapporteras inom ramen för den nationella benchmarkingverksamheten (Tietoevry Oy).

Ansaret för uppföljningen av vårdplatstillgång, patientflöden och verksamhetens tillgänglighet ligger hos tjänstenhetens ansvarsperson och avdelningsskötare. Uppföljningen sker fortlöpande som en del av enhetens lednings- och egenkontrollarbete.

Om avvikelser i tillgången till vård eller andra betydande verksamhetsrelaterade avvikelser identifieras analyseras orsakerna och vid behov planeras och genomförs korrigerande åtgärder. Uppgifter om avvikelser, uppföljningsresultat och genomförda utvecklingsåtgärder behandlas inom enhetens ledning och beaktas i uppföljningsrapporteringen för egenkontrollen. Därigenom säkerställs att eventuella problem identifieras tidigt och att åtgärder vidtas för att trygga patienternas tillgång till säker och ändamålsenlig vård.

3.3.2 Bedömning av servicebehov/vårdbehov

ENHETSBESKRIVNING

Bedömning av service- och vårdbehov samt säkerställande av att vården motsvarar patientens behov

På Intensivvårds- och övervakningsavdelningen säkerställs att vården motsvarar patientens aktuella behov genom kontinuerlig medicinsk och omvårdnadsmässig bedömning. Behovet av intensiv- och övervakningsvård bedöms fortlöpande av enhetens läkare, genom läkarkonsultationer, patientbedömningar och MET-besök (Medical Emergency Team). Patientens tillstånd följs dygnet runt genom klinisk observation, kontinuerlig monitorering av vitalparametrar samt multiprofessionell bedömning.

Förändringar i patientens vårdbehov identifieras utan dröjsmål. Om patientens tillstånd förbättras eller försämras omvärderas vårdnivån och vårdåtgärderna omedelbart. Vid behov konsulteras ansvarig läkare eller anestesilog och patientens vårdplan samt vårdnivå anpassas enligt det aktuella vårdbehovet.

På vårdavdelningarna används NEWS-mätaren (National Early Warning Score) för att bedöma patientens kliniska tillstånd och identifiera försämringar som kan kräva anestesilogisk konsultation eller överföring till intensiv- eller övervakningsvård.

På Intensivvårds- och övervakningsavdelningen utgör kontinuerlig monitorering av vitalfunktioner, laboratorieuppföljning och professionell klinisk bedömning grunden för bedömningen av patientens vårdbehov. Bedömningen omfattar bland annat patientens cirkulation, andning, medvetandegrad och övriga vitala funktioner. Resultaten används för beslut om vårdnivå, vårdåtgärder och eventuell överflyttning till annan vårdenhets.

Under vårdtiden utses för varje arbetsskift en ansvarig sjukskötare som fungerar som patientens huvudsakliga kontaktperson. Den ansvariga sjukskötaren ansvarar för den dagliga vården, informationsförmedlingen inom vårdteamet samt kontakten med patientens anhöriga och närstående. Genom denna modell säkerställs kontinuitet i vården och att patientens och de närståendes informationsbehov tillgodoses.

Eftersom intensiv- och övervakningsavdelningen är en specialiserad sjukvårdsenhet med huvudsakligen kortvariga vårdperioder tillämpas inte bestämmelsen om egen kontaktperson enligt socialvårdslagen som sådan. Den ansvariga sjukskötaren fyller dock i praktiken motsvarande funktion under vårdtiden.

Intensivvårds- och övervakningsavdelningen har tillgång till en utsedd socialarbetare som kan kontaktas när personalen bedömer att patienten eller de anhöriga har behov av socialt stöd eller när patienten eller de anhöriga själva önskar kontakt med socialarbetare. Utanför ordinarie tjänstetid kan socialjouren kontaktas vid behov. Socialarbetaren deltar vid behov i vårdplaneringen och stöder patienten och de närstående i frågor som gäller social trygghet, servicebehov, rehabilitering och planeringen av den fortsatta vårdkedjan. Bestämmelser om ansvarig socialarbetare enligt barnskyddslagen tillämpas inte inom Intensivvårds- och övervakningsavdelningens verksamhet. Om en patient omfattas av barnskyddets tjänster eller andra socialvårdstjänster sker samarbetet med den ansvariga socialarbetaren i enlighet med gällande lagstiftning och patientens individuella behov.

3.3.3 Planering och genomförande av tjänsten/vården

ENHETSBESKRIVNING

Alla patienter som vårdas på Intensivvårds- och övervakningsavdelningen har en individuell vårdplan som dokumenteras i patientdatasystemet Clinisoft. Vårdplanen utarbetas och uppdateras multiprofessionellt av den ansvariga läkaren och vårdpersonalen utifrån patientens aktuella tillstånd, vårdbehov och behandlingsmål. Vårdplanen granskas och uppdateras dagligen i samband med läkarronden. Vid akuta förändringar i patientens tillstånd justeras vårdplanen omedelbart för att motsvara det aktuella vårdbehovet.

Den medicinska vårdplaneringen dokumenteras mer utförligt av läkare i patientdatasystemet Lifecare i form av ankomstanteckningar, dagliga bedömningar, mellanutvärderingar och slutanteckningar. Vid utskrivning från Intensivvårds- och övervakningsavdelningen överförs automatiskt en sammanfattning av vårdperioden till Lifecare för att säkerställa kontinuiteten i den fortsatta vården.

Ansvarig läkare ansvarar för de medicinska besluten och den medicinska vårdplanen. Vårdpersonalen ansvarar för genomförandet av planen, kontinuerlig uppföljning av patientens tillstånd samt rapportering av förändringar till ansvarig läkare. Vårdplanens genomförande följs upp fortlöpande genom dagliga ronder, klinisk observation, monitorering och multiprofessionellt samarbete.

För att säkerställa att personalen arbetar enligt den upprättade vårdplanen dokumenteras vårdens mål, åtgärder och uppföljning i de elektroniska patientdatasystemen. Planen behandlas regelbundet vid rapportering mellan arbetsskiften samt under läkarronder och multiprofessionella diskussioner. Personalen är skyldig att följa gällande vårdplan och rapportera eventuella avvikelser eller förändringar i patientens tillstånd utan dröjsmål.

Patientens rätt till information, delaktighet och självbestämmande beaktas i all vårdplanering. Om patientens tillstånd tillåter får patienten information om sitt hälsotillstånd, vårdalternativ och planerade åtgärder samt möjlighet att delta i beslut som gäller den egna vården. Patienten uppmuntras att framföra sina önskemål och synpunkter, vilka beaktas i vårdplaneringen i den mån det är medicinskt möjligt.

Patientens anhöriga och närstående inkluderas aktivt i vården och informeras om vårdplanen samt förändringar i den, förutsatt att patienten har gett sitt samtycke eller att informationsgivningen sker i enlighet med gällande lagstiftning. Anhörigas observationer och synpunkter beaktas vid behov i vårdplaneringen, särskilt när patienten själv inte kan uttrycka sin vilja eller delta i beslutsfattandet. Genom ett nära samarbete mellan patient, närstående och vårdpersonal eftersträvas en helhetsmässig och individuellt anpassad vård.

3.3.4 Bemötande av klient/patient och rättigheter

Klienten/patienten har rätt till god vård, god service, gott bemötande, självbestämmanderätt, en vård- och serviceplan, rättsskydd och att få information på ett sätt som respekterar hans eller hennes människovärde, övertygelse och integritet. Klientens/patientens önskemål, åsikt, intresse och individuella behov samt modersmål och kulturbakgrund ska beaktas i tjänsterna/vården. Kravet på gott bemötande gäller såväl både tjänster som välfärdsområdet själv producerar och de tjänster som välfärdsområdet köper.

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

Anmälningskanaler för klienter, patienter och personer utanför organisationen finns på välfärdsområdets webbplats: [Ge respons](#). En klient, patient eller anhörig kan även ge muntlig respons. Anmälningskanaler för personalen (HaiPro och SPro) finns på intra.

Vid genomförandet av social- och hälsovård ska klientens och patientens självbestämmanderätt respekteras. 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. Patienten och klienten har rätt att delta i och påverka planeringen och genomförandet av sin vård och sina tjänster. Om en myndig kund inte förmår delta i och påverka planeringen och genomförandet av sina tjänster, ska kundens vilja utredas i samarbete med hans eller hennes lagliga företrädare, anhörig eller någon annan närstående person.

En minderårig kunds åsikt ska beaktas enligt hans eller hennes ålder och utvecklingsnivå. Vård ges i samförstånd med patienten. För att inleda vården inhämtas alltid, när det är möjligt, patientens eller dennes lagliga företrädare, närståendes eller annan nära persons samtycke. En minderårig patients åsikt om en vårdåtgärd ska beaktas när den minderåriga är tillräckligt utvecklad för att uttrycka den. Bedömningen av den minderårigas utvecklingsnivå görs av en läkare eller annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. En minderårigs vårdnadshavare har inte rätt att förbjuda vård som behövs för att avvärja en fara som hotar den minderårigas liv eller hälsa.

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.

Patienten/klienten har rätt till avgiftsfria tjänster och rådgivning av social- och patientombudensamt rätt att lämna in en anmärkning om eventuella brister i vården eller tjänsten.

Behandling av en klient/patient och rättigheter

ENHETSBESKRIVNING

Patienten har rätt till ett gott bemötande och en vård som respekterar människovärdet, integriteten, övertygelsen och den personliga friheten. På Intensivvårds- och övervakningsavdelningen beaktas patientens individuella behov, önskemål, åsikter, modersmål och kulturella bakgrund i planeringen och genomförandet av vården.

Intensivvårds- och övervakningsavdelningen tillhandahåller vård på svenska, finska och engelska. Den fastanställda personalen har dokumenterade kunskaper i det andra inhemska språket. Om patienten använder ett annat språk ordnas tolkning vid behov genom tolkcentralen Mico Botnia, med hjälp av personal med lämpliga språkkunskaper eller i vissa situationer med stöd av anhöriga. Dessutom kan AI-baserade tolktjänster användas som stöd i kommunikationen när detta är ändamålsenligt och förenligt med organisationens anvisningar om informationssäkerhet och dataskydd. AI-tolkning används som ett komplement för att underlätta kommunikationen och förbättra patientens möjligheter att få information och delta i vården på ett språk som hen förstår. Vid behov används professionell tolkning via Mico Botnia för att säkerställa korrekt och tillförlitlig kommunikation i vårdrelaterade frågor. Målet är att säkerställa att patienten får information och kan delta i vården på ett språk som hen förstår.

Alla patienter behandlas jämlikt och med respekt oberoende av kön, ålder, språk, nationalitet, religion, funktionsförmåga, social ställning eller annan personlig egenskap. Vård och behandling grundar sig på patientens individuella vårdbehov och medicinska bedömning. Om osakligt bemötande, diskriminering eller annan oacceptabel behandling observeras ska detta omedelbart tas upp med närchef eller ansvarsperson. Händelsen utreds utan dröjsmål och nödvändiga åtgärder vidtas. Personalen informeras om sitt ansvar genom introduktion, interna anvisningar och fortlöpande utbildning. Vid behov används HaiPro-systemet för rapportering av händelser som påverkar patientens säkerhet eller rättigheter.

Personalen säkerställer att patientens självbestämmanderätt respekteras i enlighet med patientens hälsotillstånd och beslutsförmåga. Patienten får information om sitt hälsotillstånd, vårdens innehåll, behandlingsalternativ och eventuella risker på ett begripligt sätt. Om patientens tillstånd tillåter ges hen möjlighet att delta i beslut som gäller den egna vården. När patienten inte själv kan uttrycka sin vilja beaktas tidigare uttryckta önskemål samt information från närstående och lagliga företrädare i enlighet med gällande lagstiftning.

Intensivvårds- och övervakningsavdelningen är inte en barnskyddsanstalt och har därför ingen lagstadgad skyldighet att upprätta en plan för god behandling enligt barnskyddslagstiftningen. För minderåriga patienter beaktas barnets ålder och utvecklingsnivå i vården, och vårdnadshavarna involveras i enlighet med lagstiftningen och barnets bästa.

Om patienten eller de anhöriga upplever osakligt bemötande, en incident eller en farosituation, behandlas ärendet i första hand genom öppen diskussion med patienten och vid behov med närstående. Det inträffade går igenom, orsakerna utreds och information ges om vilka åtgärder som har vidtagits för att förhindra att situationen upprepas. Vid behov deltar ansvarig läkare, avdelningsskötare eller annan ansvarsperson i behandlingen av ärendet.

Patienter och anhöriga informeras om möjligheten att lämna respons, göra en anmärkning, kontakta patientombudspersonen eller lämna en HaiPro-anmälan om farliga situationer. Kontaktuppgifter till patientombudspersonerna finns på enhetens webbsidor, i anhörigas väntrum samt i informationsmaterial som delas ut till patienter och anhöriga. Elektronisk responsblankett och länk till HaiPro-anmälan finns tillgängliga på enhetens webbsidor.

Personalen agerar enligt välfärdsområdets anvisningar när det gäller patienter som omfattas av intressebevakning eller där behov av intressebevakning identifieras. Vid behov konsulteras socialarbetare eller andra sakkunniga. Om det uppstår oro för patientens förmåga att sköta sina egna angelägenheter informeras ansvarig läkare och socialarbetare, som vid behov kan initiera fortsatt utredning enligt gällande lagstiftning.

Patientens medhavda egendom dokumenteras noggrant i patientdatasystemet Clinisoft vid ankomsten till avdelningen. Tillhörigheterna förvaras därefter i låst skåp på enheten. Patientdatasystemet påminner vid utskrivning om att patientens egendom ska överlämnas och kvitteras ut. Genom dokumenterade rutiner säkerställs att patientens egendom förvaras tryggt och att överlämnandet kan följas upp.

Dataskyddsbeskrivningar har upprättats för patientdatasystemet Clinisoft samt för den patientdagbok som används för vissa intensivvårdspatienter. Behandling av patientuppgifter sker i enlighet med gällande dataskydds- och sekretessbestämmelser.

Självbestämmanderätt

ENHETSBESKRIVNING

Självbestämmanderätten är en grundläggande rättighet som omfattar rätten till personlig frihet, integritet, likabehandling och säkerhet. På Intensivvårds- och övervakningsavdelningen respekteras patientens självbestämmanderätt i all vård och behandling. Patienten ges möjlighet att delta i beslut som gäller den egna vården i den utsträckning som hens hälsotillstånd och beslutsförmåga möjliggör. Patientens önskemål, värderingar, individuella behov, språk och kulturella bakgrund beaktas vid planering och genomförande av vården.

Självbestämmanderätten stärks genom att patienten får tillräcklig information om sitt hälsotillstånd, vårdens innehåll, behandlingsalternativ och planerade åtgärder. Om patienten inte kan delta i beslutsfattandet på grund av sitt tillstånd involveras närstående och lagliga företrädare i enlighet med gällande lagstiftning. Vårdpersonalen strävar efter att alltid använda de minst begränsande metoderna för att säkerställa patientens säkerhet och välbefinnande.

Tjänster och vård genomförs i regel utan att begränsa patientens självbestämmanderätt. Begränsningsåtgärder får endast användas när de är nödvändiga för att trygga patientens egen eller andras säkerhet eller för att säkerställa genomförandet av livsnödvändig vård. Åtgärderna ska alltid vara individuellt bedömda, medicinskt motiverade och proportionerliga i förhållande till situationen. Den minst begränsande åtgärden väljs alltid.

På Intensivvårds- och övervakningsavdelningen kan säkerhetsredskap såsom skyddshandskar eller säkerhetsremmar användas när det är nödvändigt för att förhindra att patienten skadar sig själv, avlägsnar livsviktig utrustning eller äventyrar vårdens genomförande. Användningen förutsätter ett individuellt beslut av läkare. Beslutet dokumenteras i patientdatasystemet Clinisoft och antecknas i patientens vårdplan. Beslutet och dess grunder diskuteras med patienten och/eller de anhöriga när situationen tillåter.

Enheten följer välfärdsområdets anvisningar, lagstiftning samt nationella rekommendationer för användning av begränsningsåtgärder. Målet är att förebygga behovet av begränsningar genom god planering av vården, tillräckliga personalresurser, adekvat behandling av smärta, oro och förvirringstillstånd samt genom kontinuerlig observation av patientens tillstånd.

Tjänsteenhetens ansvarsperson och avdelningsskötare ansvarar för att verksamheten stöder patienternas självbestämmanderätt och att begränsningsåtgärder används lagenligt och endast när det är nödvändigt. Självbestämmanderätten främjas genom en patientcentrerad vårdkultur, kontinuerlig kompetensutveckling och regelbunden uppföljning av vårdpraxis. Personalen får introduktion och fortlöpande utbildning i patientsäkerhet, etiska principer, patienträttigheter och användning av begränsningsåtgärder. Kompetensen säkerställs genom introduktion, arbetsplatsutbildning, handledning och kontinuerlig uppföljning av verksamheten.

3.3.5 Anmärkning, klagomål och anmälan om patientskada

Anmärkning

Inom social- och hälsovården är en god service och god vård ett resultat av samarbete mellan klienten/patienten, anhöriga och professionella. Om du är missnöjd med den tjänst/vård som du fått, ta genast upp det med den person som tillhandahållit tjänsten/gett vården eller fattat beslutet eller med hens chef vid den verksamhetsenhet där du skött ett ärende eller fått vård. Om ärendet inte kan redas ut genom diskussion, har en klient som är missnöjd med kvaliteten på socialvården eller med behandling inom socialvården rätt att göra en anmärkning till ansvarspersonen för verksamhetsenheten inom socialvården eller till den ledande tjänstemannen för socialvården (lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 812/2000, 23 §). En patient som är missnöjd med hälso- och sjukvården eller med bemötandet har rätt att göra en anmärkning till den ansvariga direktören för hälso- och sjukvården inom verksamhetsenheten i fråga (lag om patientens ställning och rättigheter 785/1992, 10 §). Om du vill ger socialombudet eller patientombudet hjälp och vägledning för att göra en anmärkning. En skriftlig anmärkning kan lämnas med den digitala blankett som finns på välfärdsområdets webbplats, eller genom att fylla i en utskrivbar blankett eller genom att skriva en fritt formulerad

text där alla uppgifter som efterfrågas i anmärkningsblanketten framgår. På en anmärkning ges ett svar inom skälig tid.

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

Formulär för anmärkning som gäller verksamhet inom hälso- och sjukvården och anvisningar för ifyllandet finns på vår webbplats: [Missnöjd med vården](#).

Klagomål

Om den som gjort en anmärkning inte är nöjd med svaret på anmärkningen, kan hen lämna ett klagomål (lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 812/2000, 23 a §; lag om patientens ställning och rättigheter 785/1882, 10 a §) till Tillstånds- och tillsynsverket. Formulär och anvisningar för att lämna ett klagomål finns på Tillstånd- och tillsynsverkets webbplats:

[Klagomål till Tillstånds- och tillsynsverket](#) Anvisningar för ett klagomål finns även på välfärdsområdets webbplats: [Klientens rättigheter inom socialvården](#).

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

Patientskadeanmälan

I patientskadlagen (948/2019) föreskrivs om ersättning ur patientförsäkringen för personskador som har orsakats en patient i samband med hälso- och sjukvård.

Patientförsäkringscentralen (PFC) handlägger alla patientskadeanmälningar som gäller hälso- och sjukvården i Finland. En patientskada ska anmälas till Patientförsäkringscentralen. Närmare information finns att få av patientombudet och på välfärdsområdets webbplats under avsnittet, [Missnöjd med vården](#). Blanketter finns att få på Patientförsäkringscentralens webbplats: [Patientförsäkringscentralen](#)

ENHETSBESKRIVNING

Tjänsteproducenten Österbottens välfärdsområde använder HaiPro-systemet för rapportering och behandling av avvikelser, riskhändelser och utvecklingsförslag. Både personal, patienter och anhöriga kan göra en HaiPro-anmälan. Alla anmälningar behandlas enligt samma principer oberoende av vem som gjort anmälan. Anmälningarna tas till behandling utan dröjsmål efter att de inkommit. Händelserna analyseras, klassificeras och leder vid behov till korrigerande och förebyggande åtgärder med målet att förhindra att motsvarande situation uppstår på nytt.

Tjänsteenhetens ansvarsperson och avdelningsskötare ansvarar för att anmärkningar, avvikelser och övriga patientrelaterade ärenden behandlas på ett sakligt, opartiskt och lagenligt sätt. Vid behov involveras även andra sakkunniga eller ledningsnivåer i behandlingen. Om en anmälan berör verksamhet utanför den egna enheten vidarebefordras ärendet till rätt tjänstenhet eller högre beslutsnivå för fortsatt handläggning.

Patienter och anhöriga som önskar återkoppling kontaktas personligen när deras HaiPro-anmälan har behandlats. Anmälningsblanketten innehåller en särskild möjlighet att lämna kontaktuppgifter för detta ändamål. Genom återkopplingen säkerställs att patienten eller den anhöriga får information om att ärendet har tagits om hand och behandlats.

Om patienten eller de anhöriga är missnöjda med vården kan de även göra en anmärkning eller kontakta patientombudspersonen. Patientombudspersonen behandlar inkomna ärenden opartiskt, ger råd om patientens rättigheter och bistår vid behov med fortsatt handläggning, exempelvis i samband med patientskadeanmälningar till Patientförsäkringscentralen.

Patientombudspersonens kontaktuppgifter finns tillgängliga i anhörigas väntrum och på välfärdsområdets webbplats.

Patientskadeärenden och patientskadeanmälningar behandlas enligt gällande lagstiftning och välfärdsområdets anvisningar. När en möjlig patientskada identifieras informeras patienten eller dennes närstående om möjligheten att göra en patientskadeanmälan. Enheten bistår vid behov med information och vägledning. Händelsen utreds också internt för att identifiera bakomliggande orsaker och eventuella utvecklingsbehov.

De missförhållanden, risker och utvecklingsområden som framkommer genom HaiPro-anmälningar, anmärkningar, klagomål och patientskadeärenden används aktivt i enhetens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Resultat, lärdomar och genomförda förbättringsåtgärder behandlas tillsammans med verksamhetsansvariga och personalen. Information om inkomna avvikelser och genomförda åtgärder delas regelbundet med personalen via Teams samt vid möten och andra interna forum.

Genom systematisk uppföljning, öppen behandling av avvikelser och aktivt lärande säkerställer enheten att erfarenheter från anmärkningar, klagomål och patientskadeärenden omsätts i konkreta förbättringsåtgärder som stärker vårdens kvalitet, patientsäkerheten och patienternas förtroende för verksamheten.

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

Simo-Pekka Koivisto, överläkare för Intensivvårds- och övervakningsavdelningen, (06) 213 5440, E-post: fornamn.efternamn@ovph.fi

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

Socialombud: Katarina Norrgård

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

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

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 patientombuds- och socialombudsverksamhet. Patientombudens och socialombudens uppgifter grundar sig på lagen om patientombud och socialombud (739/2023, 1–2 §, 8 §). Österbottens välfärdsområdets social- och patientombud tillhandahåller social- och patientombudstjänster till alla offentliga och privata tjänsteproducenter som är verksamma inom Österbottens område.

Social- 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 kontakterna med klienter/patienter och följa upp klienternas/patienternas rättigheter och ställning.
- Utöver nämnda uppgifter bidra till att klienternas/patienternas rättigheter främjas och förverkligas.

Socialombudets kontaktuppgifter

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

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

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

Patientombudens kontaktuppgifter:

Patientombud, telefonnummer: 06 218 1080, telefontid måndag–torsdag kl. 09.00–11.00 och 12.00–13.00

E-postadress: patientombud@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](#).

ENHETENS BESKRIVNING

Enheten säkerställer att kontaktuppgifterna till social- och patientombuden är aktuella genom att de granskas i samband med den årliga uppdateringen av egenkontrollplanen samt alltid när information om ändringar erhålls från välfärdsområdet. Ansvarspersonen för enheten ansvarar för att uppgifterna hålls uppdaterade.

De aktuella kontaktuppgifterna finns lätt tillgängliga för patienter, anhöriga och personal i enhetens väntrum, på enhetens anslagstavlor samt via välfärdsområdets webbplats. Vid behov informerar personalen patienter och anhöriga om möjligheten att kontakta social- eller patientombudet samt hur kontakt kan tas.

3.3.7 Klienternas/patienternas delaktighet

Kunder inom Österbottens välfärdsområde har möjlighet att delta i utvecklandet av servicen genom att delta i invånarpanel, påverkansorgan eller andra forum för kunddelaktighet. En del kunder 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 råd för personer med funktionsnedsättning. Invånarnas delaktighet i välfärdsområdet stöds genom att främja samarbetet mellan välfärdsområdet och organisationsaktörerna samt genom den koordinerade organisations- och volontärverksamheten (OLKA). OLKA-verksamheten genomförs i samarbete mellan Föreningar i Österbotten rf och Österbottens välfärdsområde.

Kunder inom Österbottens välfärdsområde har möjlighet att delta i utvecklandet av servicen genom att delta i invånarpanel, påverkansorgan eller andra forum för kunddelaktighet. En del kunder 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 råd för personer med funktionsnedsättning. Invånarnas delaktighet i välfärdsområdet stöds genom att främja samarbetet mellan välfärdsområdet och organisationsaktörerna samt genom den koordinerade organisations- och volontärverksamheten (OLKA). OLKA-verksamheten genomförs i samarbete mellan Föreningar i Österbotten rf och Österbottens välfärdsområde.

ENHETSBESKRIVNING

Intensivvårds- och övervakningsavdelningen strävar efter att stärka patienternas delaktighet genom att ge dem möjlighet att, i enlighet med sitt hälsotillstånd och sin funktionsförmåga, delta i planeringen och beslutsfattandet kring den egna vården. Patienten får information om sitt hälsotillstånd, vårdens mål, vårdplanen och planerade åtgärder på ett begripligt sätt. Patientens önskemål, åsikter och individuella behov beaktas vid planeringen och genomförandet av vården. Om patientens tillstånd tillåter ges hen möjlighet att delta i beslut gällande den egna vården. Patientens anhöriga inkluderas aktivt i vården och informeras regelbundet om patientens mående, vårdplanen och eventuella förändringar i denna, förutsatt att patienten har gett sitt samtycke eller att informationsgivningen sker i enlighet med gällande lagstiftning. Anhörigas synpunkter och observationer beaktas vid behov som en del av vårdplaneringen.

Vid utveckling av verksamheten beaktas patienters och anhörigas respons som samlas in genom responskanaler, HaiPro-anmälningar, patientombudspersonens rapporter samt direkta kontakter med patienter och närstående. Den information som samlas in används för att identifiera utvecklingsområden och förbättra vårdens kvalitet, patientsäkerheten och patientupplevelsen.

Intensivvårds- och övervakningsavdelningen samarbetar vid behov med olika organisationer, patientföreningar samt andra aktörer som stöder patienternas och de anhörigas välbefinnande. Vid behov kan patienter och anhöriga hänvisas till relevanta patient- eller stödorganisationer för ytterligare stöd, information och kamratstöd. Erfarenheter från patienter och närstående beaktas i utvecklingen av verksamheten som en del av enhetens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

3.4 Beaktande av regelbundet insamlad respons och övrig respons

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

Respons av kunder

Våra kanaler för respons från kunder finns på välfärdsområdets webbplats: [Ge respons](#). 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 kundresponsapparater vid enheterna samt via QR-koder. På vissa enheter kan man även ge respons via en länk som finns i textmeddelande.

Kundupplevelse och kundnöjdhet

Välfärdsområdet mäter kundupplevelsen och kundnöjdheten med hjälp av nettorekommendationsindex, det vill säga NPS-mätare (Net Promoter Score). NPS-mätaren anger hur stor del av kunderna som kan rekommendera de tjänster som Österbottens

välfrädsområde tillhandahåller. NPS-talet ligger mellan -100 och 100. Vanligen anses 50 som ett bra resultat. Ju högre tal, desto fler kunder kan rekommendera välfrädsområdets tjänster.

Respons som insamlas av studerande

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

Respons av personalen

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

ENHETSBESKRIVNING

Intensivvårds- och övervakningsavdelningen samlar regelbundet in respons från patienter, anhöriga, personal och studerande genom flera olika kanaler. På enhetens webbsida och i anhörigas väntrum finns en länk till en elektronisk responsblankett som kan användas av patienter och anhöriga. Inkommen respons behandlas utan dröjsmål på enheten.

Som en del av verksamhetens kvalitetsuppföljning skickas en livskvalitetsenkät per post till patienterna 12 månader efter utskrivning från intensivvårds- och övervakningsavdelningen. Enkäten innehåller även möjlighet att lämna skriftliga kommentarer och utvecklingsförslag. Patienter som kallas till enhetens uppföljningspoliklinik ombeds dessutom fylla i RAND-36-enkäten, som används för att bedöma patienternas hälsorelaterade livskvalitet efter intensivvård.

Studerande ger respons om sin praktikperiod genom CLES-mätaren. Resultaten presenteras för personalen två gånger per år, på våren och hösten. Vid behov planerar och genomför de studerandeansvariga utvecklingsåtgärder utifrån resultaten.

Personalens upplevelser av arbetsplatsen och arbetsmiljön följs upp med hjälp av NPS-rekommendationsmätaren flera gånger per år. Resultaten behandlas tillsammans med personalen på arbetsplatsmöten och används som underlag för utveckling av arbetsmiljö, ledarskap och verksamhet.

Ansvarspersonen för tjänsteenheten och avdelningssköterskan ansvarar för att responsen behandlas och analyseras tillsammans med personalen. Respons från patienter, anhöriga, personal och studerande behandlas vid behov på arbetsplatsmöten, ledningsmöten och i samband med verksamhetsutveckling. Målet är att identifiera styrkor, utvecklingsområden och eventuella brister i verksamheten.

Den respons som samlas in används som en del av enhetens egenkontroll, kvalitetsutveckling och patientsäkerhetsarbete. Resultaten jämförs vid behov med andra kvalitetsindikatorer, avvikelserapporter och nationella jämförelsedata. Enheten deltar dessutom i nationell benchmarking inom intensivvården, där intensivvårdsavdelningar från hela Finland regelbundet jämför och utvärderar sina resultat. En kontinuerlig nationell resultatjämförelse finns tillgänglig elektroniskt och används som stöd för verksamhetsutvecklingen.

I uppföljningsrapporten för omavaltvontasuunnitelman sammanställs vid behov centrala observationer från patient-, anhörig-, personal- och studeranderesponsen. Rapporten beskriver återkommande teman, genomförda utvecklingsåtgärder samt hur identifierade brister har åtgärdats och följts upp. På detta sätt säkerställs att responsen leder till konkret utveckling av verksamhetens kvalitet, patientsäkerhet och arbetsmiljö.

3.5 Personal

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

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

3.5.1 Mängden och strukturen för personal

ENHETSBESKRIVNING

Intensivvårds- och övervakningsavdelningens personal består av följande yrkesgrupper:

- 2 anestesiloger
- 1 kardiolog
- 1 avdelningsskötare
- 1 biträdande avdelningsskötare
- 1 närvårdare
- 2 avdelningssekreterare
- 42 sjukskötare (årsverken)

Därutöver arbetar 4,75 sjukskötare från resursenhet 3 på enheten. De fungerar huvudsakligen som ordinarie semestervikarier.

Anestesiologerna ansvarar för intensivvården dygnet runt. Under jourtid delas resurserna från två jourhavande anestesiloger mellan operationsavdelningen och Intensivvårds- och övervakningsavdelningen. Kardiolog och neurolog ansvarar under tjänstetid för patienter inom övervakningsvården. Under jourtid ansvarar den jourhavande internmedicinaren för övervakningspatienternas vård. Vid behov kan vårdansvaret överföras mellan olika specialiteter inom enheten.

Utöver den ordinarie personalen anlitas vid behov sakkunniga från andra specialområden, såsom fysioterapeuter, ergoterapeuter, talterapeuter och andra yrkesgrupper.

Intensivvårds- och övervakningsavdelningen ansvarar även för MET-verksamheten (Medical Emergency Team) vid Vasa centralsjukhus. I varje arbetsskift fungerar en sjukskötare som MET-skötare och deltar tillsammans med anestesilog i MET-uppdrag inom sjukhuset.

Bemanning under olika arbetsskift

*Vardagar under tjänstetid

2 anestesiloger
 1 kardiolog
 10 sjukskötare, varav 1 fungerar som koordinerande sjukskötare
 1 närvårdare
 2 avdelningssekreterare
 2 anstaltsvårdare
 Neurolog deltar i rondverksamheten för egna patienter

Vid behov konsulteras andra specialister och sakkunniga.

*Vardagar utanför tjänstetid samt veckoslut

Jourhavande anestesiloger (framjour och bakjour)
 Jourhavande internmedicinare (framjour och bakjour)
 Morgonskift: 9 sjukskötare
 Kvällsskift: 8 sjukskötare
 Nattskift: 7 sjukskötare

I varje skift fungerar en sjukskötare som koordinerande sjukskötare och ansvarsperson för skiftet.

Under kvällar och veckoslut arbetar en anstaltsvårdare på enheten. Under natten delas anstaltsvårdarens arbetsinsats mellan flera verksamhetsenheter.

Enhetens närvårdare arbetar även kvällar och veckoslut, men resursen täcker inte samtliga arbetsskift. När närvårdare inte finns på plats utförs de aktuella arbetsuppgifterna av sjukskötarna.

Jourhavande neurolog rondar sina patienter under veckoslut. I övrigt sköts neurologiska patienters jourrelaterade medicinska frågor i samråd med den internmedicinska jouren.

Bemanningen anpassas kontinuerligt enligt patienternas vårdbehov och vårdintensitet. Personaldimensioneringen varierar mellan cirka 1:1 och 1:3, vilket innebär att en vårdare ansvarar för en till tre patienter beroende på patienternas tillstånd och behov av intensiv övervakning.

Den koordinerande sjukskötaren i föregående arbetsskift ansvarar för planeringen av bemanningen i nästa skift. Planeringen baseras på patientmaterialet, patienternas vårdintensitet, personalens kompetens och eventuella introduktions- eller handledningsbehov för att säkerställa en säker och högkvalitativ vård dygnet runt.

3.5.2 Principer för användning av vikarier och för rekrytering

Inom Österbottens välfärdsområde baserar sig rekryteringen på befintliga tjänster och det uppkomna personalbehovet. Alla rekryteringar följer behörighetsstadgan, där de

uppgiftsspecifika examens- och språkkunskapskraven är fastställda.

Den rekryterande närchefen säkerställer vid arbetsintervjun den sökandes formella behörighet, det vill säga utbildning, språkkunskaper samt vid behov yrkesrättigheter inom social- och hälsovården via registren JulkiSuosikki och JulkiTerhikki. Närchefen bedömer dessutom den sökandes lämplighet för uppgiften utgående från arbetserfarenhet, kompetens och vid behov läkemedelsbevis. Vaccinationsskydd enligt lagen om smittsamma sjukdomar samt straffregisterutdrag kontrolleras i de uppgifter där det krävs.

Vid behov av vikarier utnyttjas i första hand den egna personalen, och externa vikarier anlitas vid behov. För anskaffning av kortvariga vikarier används Sotender-applikationen både under tjänstetid och utanför den, även vid plötsliga frånvaron. Inhyrd arbetskraft eller underleverantörstjänster används endast i begränsad omfattning för att komplettera den egna personalen. Om ett vikariat behövs i 5 månader eller längre, tillsätts tjänsten genom ett offentligt ansökningsförfarande i Kuntarekry.

Studerandes rätt att arbeta säkerställs genom examensintyg från utbildningsanordnarna, och deras handledning och tillsyn sköts av en utsedd handledare i enheten.

Internationella arbetstagares arbetstillstånd och uppehållstillstånd kontrolleras genom handlingar eller via Migrationsverkets tjänster. Närchefen skickar en kopia av uppehållstillståndet och arbetstillståndet till HR-enheten via servicebeställningssystemet.

ENHETSBESKRIVNING

Intensivvårds- och övervakningsavdelningen rekryterar personal i enlighet med Österbottens välfärdsområdes rekryteringsprinciper och behörighetskrav. Vid rekrytering säkerställs att den sökande har den utbildning, kompetens och yrkeserfarenhet som arbetsuppgiften förutsätter.

Enheten samarbetar nära med Resursenhet 3, vars vikariepool omfattar sex sjukskötare med kompetens inom intensiv- och övervakningsvård. Dessa kan anlitas vid plötsliga personalbehov. Vikariepoolens medarbetare arbetar huvudsakligen morgon- och kvällsskift. Om ingen vikarie finns tillgänglig erbjuds arbetsskiftet till enhetens ordinarie personal genom frivilliga ändringar i arbetsskiftsförteckningen. Vid fortsatt behov skickas meddelande till enhetens personal samt till personer med kompetens inom intensiv- och övervakningsvård som har samtyckt till detta. Om vikariebehovet fortfarande kvarstår kartläggs möjligheten att omfördela personal från andra enheter i samråd med koordinerande sjukskötare och operationsenheten. Om personalbristen inte kan lösas genom dessa åtgärder görs en bedömning av patientplatser och vårdkapacitet tillsammans med ansvarig anesthesiolog. Enheten använder inte inhyrd arbetskraft från externa bemanningsföretag.

Resursenhet 3 ansvarar för rekryteringen av sommarvikarier i samarbete med tjänsteenhetens avdelningsskötare.

Arbete inom intensiv- och övervakningsvård förutsätter enhetsspecifik introduktion och inskolning. Personer som inte genomgått erforderlig introduktion används inte som korttidsvikarier på enheten. Som vikarier används i första hand personer som tidigare arbetat på enheten under en längre period eller som genomfört en omfattande praktikperiod på enheten under sin utbildning.

Yrkesrättigheter för yrkespersoner inom hälso- och sjukvården kontrolleras i JulkiTerhikki innan arbetsavtal ingås. Kontrollen dokumenteras i samband med anställningsprocessen. För studerande som arbetar tillfälligt i yrkesutbildade uppgifter kontrolleras rätten att utöva yrket enligt gällande bestämmelser före anställningens början. Studerande arbetar under handledning och tillsyn av legitimerad yrkesutbildad personal. Handledningen omfattar introduktion, kontinuerlig uppföljning och regelbundna bedömningar av kompetensen. Ett giltigt

läkemedelstillstånd (LOVe) är en önskvärd kompetens även för vikarier. Personer som saknar giltigt läkemedelstillstånd får inte självständigt administrera läkemedel. Giltiga läkemedelstillstånd verifieras via Laatuportti eller genom uppvisande av giltigt intyg.

Enheten tillhandahåller vård på svenska, finska och engelska. För tillsvidareanställning krävs språkkunskaper enligt organisationens behörighetsstadga. Eventuella begränsningar i språkkunskaper dokumenteras i arbetsavtalet. Personal som uppfyller språkraven enligt behörighetsstadgan har rätt till språktillägg enligt gällande bestämmelser.

Den närmaste chefen ansvarar för att bedöma arbetstagarens lämplighet för arbetsuppgiften. Vid bedömningen beaktas utbildning, arbetserfarenhet, yrkeskompetens, introduktionsnivå, läkemedelskompetens samt övriga kunskaper som krävs för arbetsuppgiften. Personalen ska ha vaccinationsskydd i enlighet med lagen om smittsamma sjukdomar. Vid behov begärs utlåtande från företagshälsovården om arbetstagarens lämplighet att arbeta på enheten.

Om internationella arbetstagare anställs säkerställs deras giltiga uppehållstillstånd och rätt att arbeta innan anställningen inleds. Kontrollen görs utifrån de handlingar som arbetstagaren uppvisar och vid behov via Migrationsverkets tjänster. Uppgifterna dokumenteras som en del av rekryteringsprocessen och personaladministrationen.

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

ENHETSBESKRIVNING

Intensivvårds- och övervakningsavdelningen vårdar huvudsakligen vuxna patienter. Antalet barnpatienter är litet och uppgår årligen till färre än 20 patienter. Eftersom arbete med barn inte utgör en väsentlig och regelbunden del av personalens arbetsuppgifter krävs inget straffregisterutdrag enligt lagen om kontroll av brottslig bakgrund hos personer som arbetar med barn (504/2002).

Enhetens verksamhet omfattar inte heller sådana arbetsuppgifter inom äldre- eller funktionshinderservice där kontroll av straffregisterutdrag enligt tillsynslagen förutsätts. Därför begärs inga straffregisterutdrag av personal som rekryteras till enheten.

Vid rekrytering säkerställs dock alltid arbetstagarens lämplighet och tillförlitlighet genom granskning av utbildning, arbetserfarenhet, yrkesrättigheter, referenser samt övriga behörighetskrav som gäller arbetsuppgiften. Yrkesrättigheterna kontrolleras i JulkiTerhikki före anställningens början.

Lämpligheten för arbete inom intensiv- och övervakningsvård bedöms av rekryterande chef utifrån utbildning, yrkeskompetens, tidigare arbetserfarenhet, samarbetsförmåga, språkkunskaper samt förmåga att arbeta i en krävande och patientsäkerhetskritisk verksamhetsmiljö. Vid behov kan även företagshälsovården konsulteras för att bedöma arbetstagarens lämplighet för arbetsuppgiften.

3.5.3 Introduktion, fortbildning och säkerställande av kunnande

Introduktion för personalen

Introduktionen är en strategisk process för vår organisation och säkerställer att en ny arbetstagare så effektivt som möjligt tillägnar sig de kunskaper och färdigheter som är centrala för arbetet. Kraven i arbetsavtalslagen och arbetarskyddslagen styr introduktionens

grundläggande innehåll, men på grund av välfärdsområdets särskilda förutsättningar betonas dessutom branschens säkerhetsfrågor samt tryggheten av klient- och patientsäkerheten. Vår organisations introduktionsprogram består av en allmän, webbaserad e-introduktion. Ett uppföljningssystem möjliggör realtidsuppföljning av genomförd introduktion. Den 1.1.2025 infördes e-introduktionsmaterial för studerande, vilket de får ta del av redan innan praktikperiodens början. Utöver den allmänna introduktionen pågår det tekniska uppbyggandet av ett enhetsspecifikt introduktionsprogram som ska säkerställa att nya arbetstagare behärskar de särskilda krav som gäller inom deras eget ansvarsområde. Enheterna fyller själva i uppgifterna i sitt enhetsspecifika introduktionsprogram, och målet är att programmet ska vara färdigt för hela organisationen under år 2026. I slutet av det enhetsspecifika introduktionsprogrammet ingår dessutom en responsenkät om hur tillräcklig introduktionen har varit. Introduktionsprogrammen finns i Laatuportti-programmet.

ENHETSBESKRIVNING

Intensivvårds- och övervakningsavdelningen säkerställer att all ny personal får en tillräcklig och strukturerad introduktion innan självständigt arbete påbörjas. Introduktionen omfattar både Österbottens välfärdsområdes gemensamma introduktionsmaterial och enhetsspecifik introduktion som är anpassad till intensiv- och övervakningsvårdens särskilda krav.

För vårdpersonal inleds introduktionen med en cirka tre veckor lång inskolningsperiod tillsammans med en erfaren arbetstagare. Som stöd för introduktionen används checklistor, digitalt introduktionsmaterial och enhetsspecifika anvisningar. Introduktionen omfattar bland annat patientsäkerhet, läkemedelsbehandling, medicinteknisk apparatur, dokumentation, verksamhetsrutiner, egenkontroll och enhetens säkerhetsanvisningar. Efter den inledande introduktionsperioden arbetar medarbetaren som en del av ordinarie personalstyrka, men kompetensnivån beaktas fortsättningsvis vid resursplanering och fördelning av arbetsuppgifter. Medarbetaren får vid behov fortsatt stöd, handledning och rådgivning av mer erfarna kollegor. Introduktionsprocessen följs upp genom praktisk handledning, observation och fortlöpande bedömning av kunskaper och färdigheter. Vid planeringen av arbetsskiftet beaktas personalens kompetensnivå (novis, mellannivå eller expert). I varje arbetsskift säkerställs att det finns tillräcklig kompetens inom intensivvård, dialysvård och MET-verksamhet. Som intensivvårdsexpert betraktas en sjukskötare med minst fem års erfarenhet av intensivvård. Personalens praktiska kunnande och utveckling bedöms fortlöpande vid patientens sida under och efter introduktionsperioden.

Samtliga sjukskötare ska ha ett giltigt läkemedelstillstånd (LOVe). Läkemedelstillstånden dokumenteras i Laatuportti. Utan giltigt läkemedelstillstånd får arbetstagaren inte självständigt genomföra läkemedelsbehandling. Enheten använder dessutom ett stort antal medicintekniska apparater. Personalens apparatkompetens säkerställs genom ett apparatpass som omfattar cirka 100 olika apparater. Alla medarbetare ska ha ett giltigt apparatpass för de apparater som används i arbetsuppgifterna.

Läkares introduktion genomförs enligt läkarlinjens introduktionsprogram och ansvariga överläkare säkerställer att introduktionen genomförs samt att läkaren får tillräcklig handledning och stöd i arbetet.

Enheten har sex praktikplatser för sjukskötarstuderande i slutskedet av sina studier. Praktikplatserna bokas via systemet Jobiili. Praktikperiodens minimilängd är fyra veckor för att säkerställa tillräcklig introduktion och måluppfyllelse. Varje studerande tilldelas en namngiven mentor som ansvarar för introduktion, målsättning, handledning och utvärdering under

praktikperioden. Tillsammans med studeranden går mentorn igenom praktikens mål, lärandebehov och bedömningskriterier. Den koordinerande sjukskötaren utser den dagliga handledaren för varje arbetsskift. Studerande arbetar under handledning och tillsyn av legitimerad sjukskötare och får successivt ökande ansvar i takt med att deras kompetens utvecklas. Handledningen omfattar kontinuerlig återkoppling, stöd i kliniska situationer samt mellan- och slututvärdering av praktikperioden.

Om en studerande anställs som vikarie kontrolleras före anställningen att kraven enligt gällande lagstiftning uppfylls. Den studerande ska uppvisa intyg från läroanstalten över genomförda och registrerade studiepoäng. Studeranden arbetar alltid inom ramen för sina rättigheter, sin kompetens och under den handledning och tillsyn som lagstiftningen förutsätter.

Fortbildning och säkerställande av kunnande

Fortbildning är en väsentlig del av vår organisations kompetensutveckling. Social- och hälsovårdsministeriets förordning om fortbildning för personalen inom social- och hälsovården (57/2024) förutsätter att fortbildningen ska baseras på en plan och stödja personalens yrkesmässiga utveckling så att den motsvarar både individuella och yrkesgruppsspecifika kompetensbehov. Denna planmässighet säkerställer att fortbildningen stärker personalens förmåga att erbjuda klient- och patientsäkra tjänster som främjar befolkningens hälsa och välfärd.

Målet med fortbildningen är att fördjupa och rikta den professionella kompetensen så att den motsvarar verksamhetens faktiska behov och strategiska tyngdpunkter. Personalens kompetensbehov identifieras på alla nivåer i organisationen, och ansvaret för kompetensutvecklingen delas mellan professionsledningen, verksamhetsområden och resultatområden, närchefer samt personalen själv.

Fortbildningsbehoven kartläggs genom en årlig utbildningsbehovsenkät som riktas till närcheferna. I kartläggningen beaktas även individuella kompetensbehov som framkommer till exempel vid utvecklingssamtal. Sammanställningen av utbildningsbehov lyfts fram i den årliga planen för säkerställande av personalens kompetens, som även innehåller utbildningsplanen. Resultaten från den årliga utbildningskartläggningen fungerar dessutom som underlag för följande års utbildningar. Akuta utbildningsbehov som uppstår under verksamhetsåret beaktas skyndsamt i utbildningsplaneringen. Sådana akuta behov kan grunda sig på bristande kunskap om ny information eller nya arbetsmetoder, processförändringar (till exempel HaiPro- och SPro-anmälningar, anmärkningar, klagomål, klient- och patientskador) eller utvecklingsförslag från externa aktörer (till exempel Tillstånds- och tillsynsverket, SHQS, auditeringar).

Principerna för fortbildning i vår organisation omfattar regelbunden uppföljning av utbildningarnas mängd, kvalitet och genomslag. Vi samlar in information om utbildningarnas kvalitet och effekt genom utbildningsspecifika responsenkäter. Organisationen använder CGI:s HRM-system som ett personalledningsverktyg, vilket även används i utbildningsuppföljningen. Detta möjliggör en bedömning av hur fortbildningen stöder de uppställda målen och motsvarar personalens och verksamhetens behov, baserat på utbildningskalenderns deltagaruppgifter och de utbildningsansökningar som godkänts av närcheferna i personaladministrationssystemet Alma. På vår utbildningsplattform Laatuportti finns dessutom ett stort utbud av webbutbildningar tillgängliga för personalen. De statistiska utbildningsuppgifterna används för uppföljning av verksamhetsmål, personalrapportering och statistikföring.

Personalens deltagande i fortbildning följs upp per yrkesgrupp och verksamhetsområde.

Personalens utbildningsdagar rapporteras i personalrapporten och verksamhetsberättelsen. Större satsningar på kompetensutveckling följs på styrelsenivå. Organisationen och cheferna följer personalens lagstadgade, myndighetskrävda och övriga kompetens huvudsakligen genom Almas utbildningsregister, utvecklingssamtal och kvalitetsarbete. Närchefer och medarbetare får genom ett elektroniskt larmssystem (Laatuportti) en avisering när giltighetstiden för tidsbegränsade behörigheter håller på att löpa ut. Omfattningen och kostnaderna för den yrkesinriktade fortbildningen rapporteras till Kommunarbetsmarknadsverket.

ENHETSBESKRIVNING

Vårdarbetet inom intensiv- och övervakningsvården är mycket kunskapskrävande och ställer särskilda kompetenskrav som skiljer sig från många andra vårdenheter. En betydande del av kompetensen utvecklas genom praktisk erfarenhet och kontinuerligt lärande i det dagliga arbetet. Enligt lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården är personalen skyldig att upprätthålla och utveckla sitt yrkeskunnande. Arbetsgivaren stöder detta genom att tillhandahålla tillgång till evidensbaserade informationskällor, såsom medicinska bibliotekets databaser, aktuell forskning samt Terveysportti.

Personalen förväntas aktivt utveckla sitt kunnande både genom deltagande i utbildningar och genom självständiga studier. Som en del av kompetenssäkringen används ett apparatpass som omfattar cirka 100 medicintekniska apparater. Kompetensen verifieras genom att medarbetaren praktiskt demonstrerar för en kollega att utrustningen kan användas på ett säkert och korrekt sätt.

På enheten ordnas regelbundet arbetsplatsutbildningar som omfattar både vårdrelaterade och tekniska ämnesområden. Personalen deltar även i Österbottens välfärdsområdes gemensamma utbildningar samt i utbildningar som arrangeras av externa aktörer. Representanter för leverantörer av medicinteknisk utrustning håller regelbundet informationstillfällen och användarutbildningar på enheten.

Bland enhetens personal finns fyra simuleringsutbildade medarbetare som ansvarar för att planera och genomföra simuleringsutbildningar. Simulering används som en viktig metod för att upprätthålla och utveckla personalens kliniska färdigheter, teamarbete och patientsäkerhet. Samtliga medarbetare deltar årligen i återupplivningssimuleringar.

Utöver närutbildningar deltar personalen regelbundet i digitala utbildningar via exempelvis Duodecim och andra elektroniska lärplattformar. Många av de digitala kurserna avslutas med ett kunskapstest eller slutprov för att säkerställa att deltagarna har tillägnat sig utbildningens innehåll. Godkänt resultat dokumenteras genom kurs- eller deltagarintyg. Enhetens läkemedelsplan, egenkontrollplan och beredskapsplan genomgås regelbundet av personalen. Genomgången dokumenteras genom digital kvittering, vilket säkerställer att personalen har tagit del av innehållet och de aktuella anvisningarna.

Deltagande i utbildningar registreras av enhetens närchef i Alma Arbetsbord. Obligatoriska utbildningar och egenstudier dokumenteras genom deltagarregistrering eller underskrift. Antalet utbildningsdagar per person och år följs upp statistiskt och rapporteras regelbundet till ledningen som en del av verksamhetens kompetensuppföljning och kvalitetsarbete.

Avikelser och farliga situationer i verksamheten anmäls via Haipro-systemet. Enhetens personal gör årligen drygt 100 anmälningar. Anmälan kan gälla skedda avvikelser eller nära-på situationer. Inkomna anmälningar behandlas omgående, och behövliga korrigeringsåtgärder vidtas så snart som möjligt.

Arbetstagarna erbjuds kontinuerligt utvecklingssamtal. Arbetstagaren kan själv boka en tid som passar. Utvecklingssamtalen dokumenteras i det digitala HR arbetsbordet Alma. I mån av möjlighet ordnas också utvecklingssamtal i grupp.

3.5.4 Arbetshälsa och arbetarsäkerhet

ENHETSBESKRIVNING

Personalens arbetstidsplanering förverkligas i Titania programmet. Efter genomlevd arbetstidsperiod (tre veckor) görs förverkligandet. Programmet erbjuder bra verktyg för att följa upp arbetstid och skillnader mellan planerat och utfört arbete. Personalen gör övertid då utomstående vikarier inte finns att tillgå. Ersättare vid plötslig frånvaro är ofta egen personal och orsakar ofta övertid. Mängden övertid följs med och rapporteras till ledningen.

Personalen planerar sina egna arbetslistor inom ramarna för verksamheten, arbetstidslagen och kollektivavtalet.

Personalens sjukfrånvaro och orsak därtill följs med via Exreport-programmet. Närcheferna får en automatiserad rapport varje vecka. Sjukfrånvaro rapporteras till arbetshälsovården enligt organisationens föreskrifter.

Vid nedsatt arbetshälsa uppmanas arbetstagaren kontakta arbetshälsovården. Vid behov kan arbetsgivaren också be arbetshälsovården om en utvärdering av arbetstagarens arbetsförmåga. Organisationen tillhandahåller ett program för tidigt stöd. Arbetstagarna erbjuds arbetsplatshandledning och vid plötsliga omtumlande händelser ordnas defusings- och debriefingstillfällen, antingen av utomstående aktörer eller tillsammans med enhetens egen personal.

Organisationen erbjuder arbetstagarna förmåner för upprätthållande av arbetsförmågan (epassi, tyky-verksamhet). Via personalföreningen har personalen tillgång till gym, olika förmåner till lokala tjänster (butiker, bio o dyl) och möjlighet att hyra stugor på flera ställen i Finland.

Alla sjukskötare har ett trygghetsalarm på telefonen de bär med sig under arbetsskiftet. Vid ett alarm lokaliserar alarmeraren på rumsnivå. Alarmet går till alla telefoner på enheten, samt till vakten. Alarmfunktionen testas månatligen.

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. Närcheferna får stöd i rekryteringen och i uppgiften att

skaffa vikarier av de resursenheter inom välfärdsområdet som ansvarar för personalrekrytering. Verksamhets- och resultatombudets beredskapsplan ska innehålla en plan för personalfördelning i allvarliga störningssituationer och undantagstillstånd. Tjänsteeheterna (resultatombuden) ska rapportera och publicera i uppföljningsrapporten för egenkontroll sådana avvikelser som gäller ett tillräckligt personalantal och vilka korrigerande åtgärder som vidtagits.

ENHETSBESKRIVNING

Intensiv- och övervakningsvård är en del av akutvården, där behovet snabbt kan ändras. Arbetstidsförteckningen planeras enligt grundbehovet, vid ökat behov kallas extra personal in (främst egen personal som gör övertid). Verksamheten kräver förhandskunskaper inom intensiv- och övervakningsvård, vilket begränsar vikarieutbudet. Vikariebankens sex sjukskötare är inskolade och kan förstärka personalen. Operationsenhetens personal kan också fungera inom intensiv- och övervakningsvården, såvida deras egen verksamhet tillåter. Inom intensivvården är patient-vårdarförhållandet 1:1 medan det inom övervakningsvården är 1:1-1:3. Den medicinska vårdtyngden utvärderas med TISS28 mätaren och patienternas vårdintensitet följs med hjälp av RAFAELA®s HOIq mätare. Enhetens optimala vårdintensitet kalibreras vart annat år (jämma år). Intensivvårds- och övervakningsavdelningen mäter vårdintensiteten skilt för dagar och nätter. Via benchmarkingtjänsten (Tietoevry Oy) kan enhetens resursanvändning jämföras med andra intensivvårds- och övervakningsenheter i Finland.

Inskolningen inom intensivvården är lång och utan inskolning kan en ny arbetstagare inte fungera självständigt i patientarbetet. Arbetstagarna behöver också kontinuerligt upprätthålla redan erhållna kunskaper. Efter Covid-19 pandemin har STM gjort upp en strategi för att upprätthålla tillräcklig kapacitet inom intensiv- och intensifierad övervakningsvården

I fall tillräckliga personalresurser inte finns, måste tillfälliga lösningar användas; överflyttning av övervakningsvården till bäddavdelningsplatser, minskande av antalet intensivvårds- och övervakningsplatser eller remitterande av patienter till andra tjänsteproducenter.

Personalen upprätthåller och utvecklar kontinuerligt sitt kunnande. Enheten har ett avsatt utrymme för övning och simulering.

3.7 Sektorsövergripande samarbete och samordning av tjänster

ENHETSBESKRIVNING

Intensivvårds- och övervakningsavdelningen dokumenterar vården i patientdatasystemet Clinisoft, speciellt framtaget för intensivvården. Vid utskrivning från enheten genereras ett sammandrag som elektroniskt överflyttas till Lifecare, patientdatasystemet de flesta andra tjänsteeheter inom organisationen använder sig av. Personalen skriver också ett vårdssammandrag som överförs till MittKanta.

Clinisoft är ett licensbaserat program och licenser finns bara på operationssalen utöver Intensivvårds- och övervakningsavdelningen. En webbversion finns tillgänglig för alla hos tjänsteproducenten, förutsatt att personen har användarrättigheter till programmet. Användarrättigheterna distribueras av tjänsteehetens IT-ansvariga. Patientdatasystemet förnyas 2026-2027.

På enheten används resursplaneringssystemet CCL Anywherium, Där via fördelas resurserna på enheten och mellan olika enheter, konsulteras andra tjänsteproducenter, överflyttas viktig information inom och mellan enheterna.

Vid överflyttning av patient till annan tjänsteproducent överförs behövlig informationen till MittKanta, därifrån mottagande tjänsteproducent sedan hämtar information.

Efter utskrivning från enheten kontrollerar sekreterarna att all behövlig information (rapporter, remisser, svar, konsultationer osv) når rätt mottagare.

3.8 Lokaler och utrustning

ENHETSBESKRIVNING

Intensivvårds- och övervakningsavdelningen flyttade in i nyrenoverade utrymmen i F0 vid Vasa Centralsjukhus år 2019. Avdelningen har 12 patientrum, alla lika utrustade. Alla rum har egen/delad WC och dusch. Glasväggarna är dimningsbara. De fyra tvåpersonersrummen avdelas av gardiner och har ljudabsorberingsfunktion. Ljudpåverkan på patienter och personal har minimerats med automatavstängning av alarm vid närvaro i rummet, styrning av alarmen till personalens mobiler och en persons rum. Dagsljuset når patienterna via fönstren och rummens glasväggar. Ljuset i lokalerna efterliknar ljusets dygnsvariationer, och kan justeras vid behov. Patienterna kan om de vill besöka enhetens utomhusterrass i rullstol eller säng. Anhöriga kan hänga sina kläder i låsta skåp utanför enhetens ytterdörr. Besökare ringer på dörrklockan för att komma in till väntrummet. Vid behov kan anhöriga utnyttja enhetens vilorum, som har bäddsoffa med sängkläder, wc, dusch, kylskåp och kaffekokare. Kantin finns en våning upp och vid behov kan anhöriga köpa matbiljetter och beställa mat från köket.

Störningar och brister i enhetens utrymmen och kommunikationstekniken rapporteras fastighetsservicen via Medusa-programmet. Informationstekniken tillhandahålls enheten av 2M-IT. Via Medusa programmet görs också servicebegäran till medicinsk teknik, som underhåller och servar enhetens apparatur. All medicinsk apparatur granskas och registreras där innan i bruk tagning på enheten. Fastighetsservicen tar hand om faciliteternas servicebehov.

Arbetshälsovården har granskat tjänsteenhetens utrymmen år 2023.

Enhetens säkerhetssidor finns i Laatuportti på svenska och finska, inklusive enhetens beredskaps- och utrymningsplan, elsäkerhet, störningar i vatten- och gasförsörjningen, störningar i informations- och kommunikationstekniken. Personalen gör en säkerhetspromenad årligen. Det digitala säkerhetsmaterialet finns utprintat i en beredskapspärm, som förvaras på given plats på enheten.

Apotekets personal kontrollerar regelbundet laminarskåpets mikrobörekomst. Läkemedelsrummet och enhetens ytterdörrar har passagekontroll.

Det dagliga omhändertagandet av enhetens faciliteter samt utdelningen av patient mat sköts av TeeSes personal. Avfallshanteringen sköts enligt tjänsteproducentens anvisningar. Enheten har ett eget kylt avfallsrum. I patientrummen finns en avfallsvagn vid varje patientplats med sorteringsmöjligheter. Läkemedelsavfall deponeras enligt apotekets föreskrifter.

3.9 Medicintekniska produkter, informationssystem och användning av teknik

Medicintekniska produkter

Utrustningar och produkter som används i välfärdsområdets tjänsteenhet ska uppfylla kraven och vara säkra. Tjänsteproducenten ska svara för förpliktelser enligt lag som getts om

medicintekniska produkter (719/2021). Yrkesmässig användare ska ha namngiven ansvarig person som ansvarar för att lagen om medicintekniska produkter (719/2021, 32–33 §) följs i användarens verksamhet.

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

Petri Luoma, chef för sjukhusteknik, telefonnummer 044 323 1181

I enheterna ska man identifiera [vilka apparater som är medicintekniska produkter](#) och säkerställa att endast CE-märkta och för professionellt bruk avsedda apparater används i vården. 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).

Informationssystem

Österbottens välfärdsområde säkerställer tillsammans med 2M-IT experter att datasystem som motsvarar kraven i kunduppgiftslagen (703/2023) används inom välfärdsområdet/ tjänsteenheten och att datasystems användningssyfte motsvarar tjänsteproducentens verksamhet och att uppgifterna om tjänsteproducenten finns i Tillstånd- och tillsynsverkets register över informationssystem. Informationssäkerhetsplan för internt bruk i organisationen har utarbetats för välfärdsområdet. 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.

Informationssäkerhetsplan

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 sakkunniga i 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.

Kameraövervakning

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 inom välfärdsområdet i enlighet med anvisningar som välfärdsområdet har utarbetat och som upphittas på intra-nätverket. Dessa baserar sig på Regionförvaltningsverkets styrningsbrev för kameraövervakning i verksamhetsenheter inom socialvården utfärdat 2.2.2024 (LSSAVI/677/2024). Registerbeskrivningen av kameraövervakning finns på välfärdsområdet webbsida: [Vår dataskyddspraxis](#).

Medicintekniska produkter

ENHETSBESKRIVNING

Intensivvårds- och övervakningsavdelningen har 100-tals medicinska apparater. Alla finns

registrerade i Medusa-systemet. Produkterna är CE märkta. Vid införskaffning av ny apparatur konsulteras medicinsk teknik och då apparaten är införskaffad granskas och registreras den av medicinsk teknik innan i bruk tagning. Vid ibruktagandet skolas personalen i apparaten av importören. Under apparatens livscykel hålls regelbundna skolningstillfällen i apparatens användning. Servicen av apparaten sköts antingen av medicinsk teknik eller genom serviceavtal med importören. Alla i personalen ska ha ett ikraftvarande apparatpass. Personalens kompetenser gällande apparater bokförs för närvarande i en exceltabell. Enhetens lånar inte hem apparatur åt patienterna.

Vid störningar i apparaturen meddelas medicinsk teknik om störningen via Medusa. Störningen kartläggs och åtgärdas antingen av medicinsk teknik eller tillverkaren. Ifall störningen orsakar fara för patienten görs Haipro anmälan inklusive Fimea anmälan. På enhetens arbetar en närvårdare, som gör en stor del av grundunderhållet på apparaterna, samt ser till att apparaterna är i användningsdugligt skick. Närvårdaren ansvarar också för materialanskaffning och samarbetar tätt med medicinsk teknik.

Namn på namngiven ansvarig för medicintekniska produkter (enhetens apparatansvariga)

Petri Luoma, chef för sjukhusteknik, 06 218 8100

Juulia Valkola, närvårdare, (06) 213 5459

Catharina Alanko, bitr. avd. skötare, (06) 213 4451

epost fornamn.efternamn@ovph.fi

Informationssystem och informationssäkerhet

ENHETSBESKRIVNING

Vid intensivvårds- och övervakningsavdelningen används GEs patientinformationssystem Centricity Critical Care (CCC), "Clinisoft", speciellt framtaget för intensivvården. Systemet har använts sedan år 2007 och skall förnyas 2026-2027. Programmet är licensbaserat och finns bara på datorerna på Intensivvårds- och övervakningsavdelningen samt på två datorer på operationsenheten (för anestesiläkarbruk). Webb-version (bara läs möjlighet) finns att tillgå för alla med användarrättigheter vid tjänsteproducenten Till Clinisoft har byggts integrationer från FIMLABs laboratoriesystem och Lifecare programmet. Utvalda data överförs från Clinisoft till Lifecare. Säkerhetskopior tas regelbundet. Dataskyddsbeskrivning gällande Clinisoft finns uppgjord.

Ansaret för användningen och inskolningen i programmet har huvudanvändarna (tre stycken av enhetens sjukskötare). 2M-IT ansvarar för driftsäkerheten tillsammans med GE och Ascom. På enheten finns två reservdatorer färdiginstallerade, vilka kan ersätta en patientplatsdator med funktionsstörningar. Patientens läkemedelslistor finns säkerhetskopierade. Enheten har också beredskap för att fungera utan datanät. Dokumentationen sker då manuellt på pappersblanketter.

Alla användare loggar in med egna användarnamn i CCC och på patientplatserna är det möjligt att öppna bara just den platsens patients uppgifter. Vid behov kan användarloggar kontrolleras.

Intensivvårds- och övervakningsavdelningen deltar i nationell benchmarkning av sin verksamhet. För ändamålet sänds omfattande data gällande vårdperioderna till TietoEvry Oy. THLs kvalitetsregister för intensivvård bygger på denna data.

Parallellt med CCC används patientdatasystemet Lifecare som används på alla andra

specialvårdsenheter vid Vasa Centralsjukhus. Loggar över tillträdd data kan fås vid behov.

På intensivvårds- och övervakningsavdelningen används gemensamma användarkonton för inloggning på enhetens datorer. Detta möjliggör centraliserad hantering av systeminställningar, funktioner och programbehörigheter samt säkerställer att alla arbetsstationer har en enhetlig konfiguration. Enhetliga arbetsmiljöer minskar risken för fel och bidrar till ett effektivt och säkert arbetssätt, vilket är särskilt viktigt inom akut- och intensivvård där vårdpersonalen snabbt behöver få tillgång till nödvändig information och kritiska funktioner.

Patientuppgifter hanteras dock alltid i patientdatasystemen med personliga användaridentiteter, vilket möjliggör spårbarhet och uppföljning av användningen genom systemens logguppgifter.

Användande av teknologi

ENHETSBESKRIVNING

Tjänsteenheten är en tekniktät enhet, med många moderna tekniska utrymmeslösningar samt ett hundratal olika medicinska apparater. Alla i personalen skall ha ett ikraftvarande apparatpass. Enhetens närvårdare ansvarar för det regelbundna underhållet av apparaterna, medan medicinsk teknik ansvarar för service och reparationer. Representanterna för apparaterna ombeds utbilda personalen i användningen med jämna mellanrum.

Grundläggande utrustning som behövs för intensiv- och övervakningsvård finns flera uppsättningar. Apparaterna ansluts till datanätet och skickar data direkt till patientinformationssystemet Clinisoft.

Patientrummen är utrustade med belysning med dynsvariationer, opaliserande väggar, ljudabsorbenter och automatiska dörrar. Temperaturen i rummen är justerbar.

På enheten finns kameraövervakning i läkemedelsrummet, i anhörigas väntrum och i korridoren utanför enheten. Kameraövervakningen i anhörigas väntrum gör det möjligt för personalen att se vem som kommer och går.

Enhetens elsystem är kopplat till reservkraften. Alla platser har några uttag med UPS och många apparater har ett inbyggt extra batteri.

Enheten har system med reservgas, samt ett stort utbud extra gasflaskor. Gasalarm finns i alla patientrum.

På enheten finns en display för F-byggnadens automatbrandalarm. Enheten har sprinklersystem. Personal, patienter och anhöriga kan också aktivera brandalarmet genom att manuellt trycka på någon av alarmknapparna på enheten.

I alla rum finns Telligence patientalarm. Patienten själv kan kalla på hjälp av skötaren, men också skötaren kan använda systemet till att alarmera för tilläggshjälp eller hjälp vid akuta situationer (röda alarm). Alarm med hög prioritet syns på korridordisplayerna på enheten.

Alla telefoner på enheten har en trygghetsalarmknapp. Alarm går till alla andra telefoner på enheten, samt till väktaren. Alarmet från MYCO telefonerna lokaliseras noggrant vid alarm, DECT telefonernas lokalisering är mindre noggrann. Test av alarmfunktionen görs regelbundet, 1 ggr/mån och upptäckta brister vidareförmedlas och åtgärdas av enheten för kommunikationsteknik..

Avdelningen för medicinsk teknik handhar service och reparation av enhetens medicinska apparatur. Medicinsk teknik handhar sjukhusets apparatregister, Medusa, där all medicinsk apparatur finns registrerad. Vid anskaffningar av ny apparatur konsulteras medicinsk teknik för sak utlåtande och alla apparater registreras och kontrolleras av medicinsk teknik innan i bruk tagning.

Namn på person som ansvarar för enhetens person-/klient-/patientsäkerhetsutrustningars och/eller trygghetstelefoners funktionssäkerhet

Petri Luoma, chef för sjukhusteknik, (06) 218 8100

Anna Cederholm, avdelningsskötare, 0401836698

epost fornamn.efternamn@ovph.fi

3.10 Läkemedelsbehandling

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

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

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

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

ENHETSBESKRIVNING

Intensivvårds- och övervakningsavdelningens patienter har ofta en omfattande läkemedelsbehandling. Enheten har tre läkemedelsansvariga sjukskötare. De har tillsammans med närchefen och enhetens överläkare gjort upp enhetens läkemedelsplan, senast uppdaterad 2025. Personalen kvitterar planen läst digitalt.

Alla sjukskötare skall ha ett ikraftvarande läkemedleslov (LOVe). Läkemedelsloven finns

registerade i Laatuportti och förnyas där via.

Nya arbetstagare introduceras i enhetens läkemedelsbehandling i samband med introduktionen. Läkemedelsansvariga håller sedan ett introduktionstillfälle, där mer praktiska saker går igenom.

Läkemedelsrummet har passagekontroll och kameraövervakning. I läkemedelsrummet finns passernyckel till dejourapoteket. I läkemedelsrummet finns ett laminarskåp, ett kylskåp och ett värmeskåp.

På enheten dubbelkontrolleras alla intravenösa och subkutana läkemedelsdoser av en andra sjukskötare. Undantag mediciner som används vid akuta situationer.

Enheten har ingen farmaceut. En sjukskötare gör medicinbeställningarna innan kvällsskiftet (inte tisdag, fredag och lördag).

Namn på läkare som ansvarar för läkemedelsbehandlingshelheten i enheten

Simo-Pekka Koivisto, överläkare, (06) 2135440
epost fornamn.efternamn@ovph.fi

Namn på sjukskötare som ansvarar för verkställandet av läkemedelsbehandlingshelheten i enheten

sj.sk. Tuija Långnabba, sj.sk. Camilla Vehkoja, sj.sk. Vivan Öling, (06) 213 8001
epost fornamn.efternamn@ovph.fi

3.11 Näring

ENHETSBESKRIVNING

Näringstillförseln är viktig för kritiskt sjuka patienter. Många kan pga sitt sjukdomstillstånd inte äta på normalt sätt. Näringstillförseln säkerställs då intravenöst och/eller via näringssond. Anestesiläkarna utvärderar det aktuella näringsbehovet och ordinerar näringsbehandlingen.

Till patienter som kan äta på normalt sätt beställs kosten från sjukhusköket, som drivs av TeeSe Botnia. Patienterna bjuds morgonmål, lunch, middag och kvällsmål, samt mellanmål vid behov. Enheten har en liten mängd frysta matportioner, som kan tinas upp ifall matbehovet uppstår snabbt eller överraskande. På enheten finns också smörgåsar, sura mejeriprodukter, näringsdrinkar, saftoppor o dyl att bjuda på. Patienterna beställs önskekost från sjukhusköket vid behov. Eventuella dieter och/eller konsistensönskemål meddelas sjukhusköket. Patienterna på intensivvårds- och övervakningsavdelningen har ofta noggrann uppföljning av vätskebalansen och mängden intagen vätska dokumenteras i patientdatasystemet Clinisoft.

3.12 Hygien, förebyggande och bekämpning av infektioner

I Österbottens välfärdsområde följs lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) och Institutet för hälsa och välfärds (THL) anvisningar och rekommendationer. Utgående från dessa har egna anvisningar om hygien och bekämpning av infektioner utarbetats. Dessa anvisningar finns för personalen och tjänsteproducenterna i välfärdsområdets intra och Sharepoint. Under år 2026 överförs anvisningarna på Sharepoint-webbplatsen till välfärdsområdets webbplats under kategorin, För professionella och serviceproducenter.

Hygienskötarna arbetar tillsammans med välfärdsområdets infektionsläkare som sakkunniga i bekämpning av infektioner i social- och hälsovårdens enheter. Kontaktuppgifterna till

hygienskötare som arbetar i välfärdsområdet och deras ansvarsområden finns i välfärdsområdets intra och på webbsidor: [Hygienskötare](#)

Enheten ska ha egen namngiven hygienansvarig. Hygienansvarigas roll i arbetsenheterna och deras uppgiftsbeskrivning finns i intra och för privata tjänsteproducenter i välfärdsområdets webbplats: [För professionella och serviceproducenter](#)

Infektionsskötare arbetar i social- och hälsocentralerna och ansvarar tillsammans med infektionsläkare för rådgivning för medborgare, skolor och daghem och för utredningsarbetet i samband med smittosamma sjukdomar: [Hygien och förebyggande av infektioner](#)

Mer information om hygienpraxis och bekämpning av infektioner:

Institutet för hälsa och välfärd (THL). Anvisningar för förebyggande och bekämpning av infektioner: [Anvisningar för förebyggande och bekämpning av infektioner](#)

Österbottens välfärdsområdets intrasidor: Hygien och bekämpning av infektioner

Österbottens välfärdsområdets webbsidor: [För professionella och serviceproducenter](#)

ENHETSBESKRIVNING

Sjukhushygien med förebyggande och bekämpning av infektioner har en central plats inom intensiv- och övervakningsvården. Orsaken till patientens vårdperiod på enheten är ofta en infektion och de många invasiva vårdtillbehören är en infektionsrisk.

På varje patientplats finns flera flaskor handsprit strategiskt utplacerad. Sprit för desinficering av injektionsportar och ampuller och lagenulor finns lättillgängligt på alla patientplatser. Injektionsporten för vid behov mediciner är försedd med en spritkork och på så sätt alltid färdig att användas. Desinfektionsdukar för desinfektion av patientens närmiljö och medicinsk teknik finns tillgängliga på alla patientplatser. För skiftesbytet finns en digital checklista, där desinfektion av patientplatsen ingår. Gällande invasiva vårdtillbehör påminner patientdatasystemet om kontroll av insticksställen och förbandsbyten dagligen.

Personalens användning av handsprit följs med både kvantitativt och kvalitativt. Den kvantitativa uppföljningen rapporterar mängden använd handsprit, den kvalitativa uppföljningen rapporterar användning av handsprit vid rätt tillfälle och med rätt teknik.

Vid användning av antibiotika registreras orsak och behandlingstid. Eventuella positiva odlingssvar registreras också. Detta ger möjlighet att följa upp förekomsten av sjukhusinfektioner. Vårdrelaterade infektioner identifieras genom klinisk bedömning, mikrobiologiska odlingar, laboratorieuppföljning samt registrering av infektioner som uppkommer under vårdtiden. Resultaten följs upp i samarbete med infektionsläkare och hygienskötare.

Enheten har ett luftisoleringsrum med sluss. Andra isoleringar kan förverkligas i en eller två personers rum. Isolerings behovet märks upp i verksamhetskoordinationsprogrammet Anywherium. Vid isoleringar efterföljs organisationens rumstavlör gällande isolerings klass och åtgärder.

Som ett led i att förebygga infektioner fästs särskild vikt vid patienternas hygien. Patienterna är ofta sängbundna och behöver hjälp med grundhygien. Förebyggandet av hudinfektioner och trycksår är av största vikt. Sängkläder byts minst 1 ggr/ dag. Enheten deltar i den nationella benchmarkingen av trycksår via Hoiverke nätverket. Uppkomsten av trycksår rapporteras också

till intensivvårdens benchmarking via Tietoevry.

Infektionssjukdomar med anmälningsplikt rapporteras av läkarna.

Enheten samarbetar tätt med organisationens hygienkötare och infektionsläkaren rondar enheten alla vardagar.

Namn på hygienansvarig

Monica Westman. sj.sk., hygienkontaktperson (06) 213 8001

Hygienkötare Marja Leppälä, 040 157 9499

epost fornamn.efternamn@ovph.fi

3.13 Hälso- och sjukvård

ENHETSBESKRIVNING

På intensivvårds- och övervakningsavdelningen finns sjukskötare med specialkompetens inom intensivvård dygnet runt. Patienternas vård leds av intensivvårdsläkare och jourhavande läkare som är tillgängliga dygnet runt. Vid behov konsulteras andra medicinska specialiteter.

Tjänsteenhets ger patienterna akutsjukvård. Då måendet inte mer kräver intensiv- eller övervakningsvård fortsätter vården på en bäddavdelning, eller i sällsynta fall hemma. Patientens fortsatta vård och ev. hemförlovning planeras från bäddavdelningen.

Ifall patientens tillstånd konstateras irreversibelt och det inte finns möjligheter till tillfrisknande tar läkaren beslut om att avsluta vården. Beslutet tas i samförstånd med patienten och/ eller hans anhöriga, men det slutliga medicinska ansvaret ligger hos läkaren. Vården koncentreras efter det på att ge patienten bästa möjliga livskvalitet, utan smärtor och lidande. Vid behov kan den palliativa polikliniken konsulteras gällande patientens vård. Direktiv gällande förfarande vid patientens död finns att läsa i enhetens digitala metodbok.

Personalen på intensivvårds- och övervakningsavdelningen ger akut sjukvård. Akuta situationer är en del av vardagen. Återupplivning och andra akuta situationer övas genom simulering. Alla i personalen simulerar hjärt-lungräddning årligen.

Patienternas munhälsa beaktas som en del av den dagliga omvårdnaden. Munvård utförs enligt patientens behov och dokumenteras i patientjournalen. För intuberade och kritiskt sjuka patienter följs särskilda riktlinjer för munvård för att minska risken för vårdrelaterade infektioner.

3.14 Främjande av välbefinnande, rehabilitering och utveckling

Att ordna verksamhet som stödjer klienternas välbefinnande, delaktighet och utveckling regleras bland annat i äldreomsorgslagen (980/2012), lagen om klientens/patientens ställning och rättigheter (812/2000; 758/1992), barnskyddslagen (417/2007), kvalitetsrekommendationen för barnskyddet (SHM 2019:8) samt i lagen om välfärdsområdet (611/2021).

I lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021, lagen om ordnande av social- och hälsovård) definieras främjande av välfärd och hälsa som en del av det social- och hälsovårdsansvar som åligger välfärdsområdet. Exempelvis det förebyggande rusmedelsarbetet är en del av främjande av välfärd och hälsa och omfattas av särskild lagstiftning (lagen om ordnande av förebyggande rusmedelsarbete 523/2015). Den årliga välfärdsberättelsen (Hur mår Österbotten? -rapporten) beskriver arbetet med att främja välfärd och hälsa i området, och målen

i välfärdsplanen samt verksamheten i området riktas mot vardagsstöd och främjande och förebyggande åtgärder för hälsa och välbefinnande.

Välfärdsområdet har ansvar för att främja välfärd och hälsa i sina tjänster. Främjande av välfärd och hälsa omfattar åtgärder som riktas till individer, familjer, gemenskaper, befolkningen, levnadsförhållanden och livsmiljöer samt till organiseringen av tjänsterna, med syftet att förbättra befolkningens välfärd och hälsa samt minska välfärds- och hälsoskillnader mellan olika befolkningsgrupper. Inom välfärdsområdet samordnas arbetet med hälsofrämjande av enheten för delaktighet och gränssnitt. Målet med arbetet för att främja välfärd och hälsa är att förebygga sjukdomar, olycksfall och marginalisering samt att stödja arbets-, studie- och funktionsförmågan samt att stärka känslan av gemenskap, delaktighet och trygghet.

Välfärdsområdets yrkesutbildade personer ska i sina olika uppgifter kunna identifiera klientens behov och vid behov hänvisa dem till olika tjänster för levnadsvanevägledning som en del av hälso- och livsstilsrådgivningen. Vid kartläggningen av klientens situation bedöms vid behov till exempel sömn, näring, motionsvanor och andra faktorer. Målet är att vägleda klienten till hälsosamma levnadsvanor, för att stärka deras välbefinnande och förebygga sjukdomars uppkomst. Klienter hänvisas aktivt, till exempel med hjälp av välfärdsguiden, till tjänster som produceras av kommuner och organisationer.

I klienternas/patienternas service- och vårdplaner antecknas mål som bland annat gäller den dagliga rörelsen och upprätthållandet av funktionsförmågan, utevistelse, socialt umgänge, rehabilitering och rehabiliterande verksamhet.

ENHETSBESKRIVNING

Funktionsförmåga och rehabilitering

Intensivvårds- och övervakningsavdelningen arbetar enligt ett rehabiliterande arbetssätt. Patienternas rehabiliteringsnivå bedöms och dokumenteras enligt Akuttihoito-opas rekommendationer för rehabiliteringsnivå inom intensiv- och övervakningsvård. Målet är att påbörja rehabilitering och mobilisering så tidigt som patientens tillstånd tillåter. En fysioterapeut deltar i vården på vardagar och vägleder både patienter och personal i rehabiliteringsprocessen. Personalen använder kinestetik i det dagliga arbetet för att stödja patienternas funktionsförmåga och självständighet.

Kognitiv och psykisk funktionsförmåga

Patienternas kognitiva funktion och eventuella delirium följs upp med hjälp av bedömningsinstrumentet CAM-ICU. Bedömningen används som stöd för att identifiera patienter som behöver särskilda åtgärder för att främja orientering, kommunikation och återhämtning. Patienternas psykiska välbefinnande stöds genom närvaro, information, delaktighet i vården samt möjlighet till kontakt med närstående.

Uppföljning av hälsa och livskvalitet

Enheten deltar i nationell benchmarking av intensivvård. Som en del av den långsiktiga uppföljningen används EQ-5D för att utvärdera patienternas upplevda hälsa, livskvalitet och funktionsförmåga efter intensivvårdsperioden.

Delaktighet och anhöriga

Patienterna deltar i planeringen av vården i den mån deras hälsotillstånd medger det. Anhöriga involveras i vården och informationsutbytet enligt patientens önskemål och situation. Anhöriga kan besöka patienten alla dagar mellan kl. 15–19 eller enligt separat överenskommelse.

Aktivering och välbefinnande

Patienterna har tillgång till television, radio och musik. Sommartid kan patienter, när hälsotillståndet tillåter, hjälpas ut på terrassen för att främja välbefinnande och återhämtning.

Dokumentation och uppföljning

Rehabiliteringsmål, funktionsförmåga, patienthandledning och genomförda rehabiliterande åtgärder dokumenteras i patientdatasystemet. Måluppfyllelsen följs kontinuerligt av det multiprofessionella teamet och beaktas vid planeringen av den fortsatta vården.

3.15 Behandling av klient- och patientuppgifter och dataskydd

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

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

Alla välfärdsområdets arbetstagare, studerande och övriga personer som behandlar sekretessbelagda uppgifter i organisationen undertecknar sekretessförbindelse om användning av uppgifter och informationssystem. Tystnadsplikten gäller arbetstagare under och efter anställnings- eller uppdragsförhållandet. Av arbetstagarna förutsätts vidare att de slutför dataskydds- och informationssäkerhetsutbildning. Utbildningarna i informationssäkerhet och dataskydd finns i Laatuportti via Intra.

ENHETSBESKRIVNING

Enheten följer EU:s dataskyddsförordning (EU 679/2016), kunduppgiftslagen (703/2023) samt Österbottens välfärdsområdes anvisningar för behandling av klient- och patientuppgifter. Personuppgifter behandlas endast för arbetsuppgifter som hör till den egna yrkesrollen och enligt principen om minsta möjliga åtkomst. Från alla program är det möjligt att hämta användarloggar. Patienterna kan själva be om logguppgifter enligt organisationens direktiv.

Patientuppgifter dokumenteras i de informationssystem som används inom Österbottens välfärdsområde, bland annat Clinisoft, Lifecare, Anywherium och WebFIMLAB. Uppgifterna arkiveras elektroniskt enligt nationella krav och välfärdsområdets anvisningar via Kanta-tjänsterna och övriga godkända informationssystem.

Personalen har personliga inloggningsuppgifter till alla program. Enhetens datorer är inloggade på enhetens gemensamma användarnamn. Personalen rekommenderas använda sitt SOTE-kort för inloggning. Studerande ges inga egna användarrättigheter utan dokumenterar i samråd med handledaren för dagen. Printerinställningarna är förhandsvalda, kan ändras vid behov.

Enheten följer välfärdsområdets skriftliga anvisningar och planer för dokumentation av klient-

och patientuppgifter, vilka finns tillgängliga via intranätet.

Alla arbetstagare, samt studerande har undertecknat datasekretessavtalet. Nu dokumenteras avtalen i dokumenthanteringssystemet Dynasty. Avtal gjorda vid VSHP fås från HR.

Nya arbetstagar introduceras i dokumenteringssystemen i samband med inskolningen. Checklistor för vissa kritiska punkter finns att tillgå. IT-ansvariga ger vid behov personlig vägledning. All patientdata valideras efter patientens utskrivning och brister i dokumenteringen upptäcks där igenom. Vid återkommande brister sätts behövliga åtgärder in.

Registerbeskrivning över enhetens egna patientdatasystem finns att tillgå.

Misstänkta eller konstaterade dataskydds- och informationssäkerhetsavvikelser rapporteras utan dröjsmål via HaiPro-systemet och behandlas enligt välfärdsområdets anvisningar. Vid behov görs de lagstadgade anmälningar som förutsätts enligt kunduppgiftslagen. Personalen introduceras i förfarandet vid personuppgiftsincidenter och känner till skyldigheten att omedelbart rapportera misstänkta dataskydds- eller datasäkerhetsincidenter enligt organisationens anvisningar.

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

Anna Cederholm, avdelningsskötare, 040183 6698

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 / G4, Sandviksgatan 2-4, 65130 Vasa

Dataskyddsombud: Tuija Viitala

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

eller

Österbottens välfärdsområde, Dataskyddsombud, arkiven för socialvård, Tvärgränd 7, 65100 Vasa

Dataskyddsombud: Anne Korpi

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

4. EGENKONTROLLENS RISKHANTERING

4.1 Ansvar för riskhantering, identifiering och bedömning av risker

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 är indelad i tre delar: operativa, strategiska och förändringsrisker. Operativa, det vill säga funktionella, risker bedöms kontinuerligt i det dagliga arbetet. Identifieringen av risker stöds av anmälningar om farliga händelser och nära ögat situationer. Utgångspunkten för verksamheten är dock en proaktiv riskhantering, vars mål är att förebygga uppkomsten av farliga händelser innan de inträffar. De strategiska riskerna bedöms en gång per år. Strategiska risker hotar genomförandet av verksamhetsplanens mål. 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. Åtgärderna inom riskhanteringen vidtas i första hand i den egna enheten tillsammans med personalen.

ENHETSBESKRIVNING

Enhetens avdelningsskötare ansvarar för samordningen av riskhanteringen och för att riskbedömningar genomförs, följs upp och dokumenteras i Laatuportti. Hela personalen ansvarar för att identifiera, rapportera och förebygga risker i det dagliga arbetet.

Enheten genomför en årlig riskbedömning som dokumenteras i Laatuportti. Utöver den årliga riskbedömningen identifieras risker genom HaiPro-anmälningar, patient- och anhörigfeedback, personalens observationer, egenkontroll samt i samband med förändringar i verksamheten. Vid betydande förändringar görs separata riskbedömningar.

Riskernas sannolikhet och konsekvenser bedöms enligt Laatuporttis utvärderingsmodell. Bedömningen omfattar bland annat patientsäkerhet, personalsäkerhet, verksamhetens kontinuitet, kvalitet, informationssäkerhet och klienternas rättigheter. För identifierade risker planeras, dokumenteras och följs korrigerande och förebyggande åtgärder upp i Laatuportti.

Enheten främjar en öppen och god säkerhetskultur där personalen uppmuntras att rapportera tillbud, risker och avvikelser utan rädsla för skuld eller bestraffning. Händelser och lärdomar behandlas regelbundet tillsammans med personalen för att utveckla verksamheten.

Personalen hålls kontinuerligt uppdaterad i säkerhetsfrågor genom introduktion, utbildningar, arbetsplatsträffar och genomgång av aktuella avvikelser och risker. För olika störnings- och undantagssituationer finns verksamhetskort uppgjorda. Personalen deltar aktivt i riskbedömningar samt i planering och genomförande av åtgärder som förbättrar säkerheten.

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

Egenkontrollen baserar sig på riskhantering där risker och eventuella missförhållanden i tjänsten eller serviceprocesserna först identifieras och därefter regelbundet bedöms ur ett mångsidigt perspektiv av klient- och patientsäkerhet samt den service 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. Valfärdsområdets 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
- Förvaltningsstadgan
- Beslutsdelegeringstabell för socialvården
- 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
- Personalprogram
- Plan för säkerställande av kompetens
- Introduktionsprogram (delarna 1–3)
- Anvisningar om apparatsäkerhet
- Anvisningar om hygien och förebyggande av infektioner
- Anvisningar om begränsande åtgärder
- Anvisning om identifiering av klient

ENHETSBESKRIVNING

Enheten omfattas av organisationens kvalitetssäkringsprogram SHQS. Resultat från interna och externa auditeringar, riskbedömningar, HaiPro-anmälningar, patient- och anhörigfeedback samt myndighetsgranskningar används för att identifiera utvecklingsområden och förbättra verksamheten. Identifierade risker bedöms, dokumenteras och följs upp i Laatuportti. Risker minskas genom förebyggande åtgärder, även om de inte alltid helt kan elimineras.

Klient- och patientsäkerheten främjas genom standardiserade vårdprocesser, digitala checklistor, systematisk introduktion, dubbelkontroller av läkemedel enligt gällande anvisningar, förebyggande arbete mot vårdrelaterade infektioner, regelbundna kontroller av medicinteknisk utrustning samt kontinuerlig utbildning och simuleringsträning för personalen. Risker identifieras fortlöpande genom egenkontroll och rapporteras via HaiPro-systemet.

Riskhanteringsmetodernas funktion och tillräcklighet utvärderas genom den årliga riskbedömningen, uppföljning av kvalitetsindikatorer, interna och externa auditeringar samt analys av avvikelser och tillbud. Resultaten används för att utveckla verksamheten och uppdatera arbetsrutiner vid behov.

Identifierade missförhållanden och brister behandlas utan dröjsmål. Korrigerande åtgärder

planeras, ansvarsperson utses och genomförandet följs upp. Vid behov uppdateras anvisningar, genomförs riktad utbildning eller förändras arbetsprocesser för att förhindra att motsvarande händelser upprepas.

Enheten bistår myndigheter vid begäran om utredningar och inspektioner. Myndigheternas anvisningar, rekommendationer och beslut behandlas av enhetens ledning och personal. Eventuella utvecklingsåtgärder dokumenteras, genomförs och följs upp inom ramen för egenkontrollen.

Enheten förbereder sig för dessa risker genom systematisk introduktion, kompetensutveckling, simuleringsträning, kontinuerlig fortbildning, bemanningsplanering, reservrutiner för störningar, förebyggande underhåll av utrustning samt regelbundna riskbedömningar. För olika störnings- och undantagssituationer finns verksamhetskort och handlingsanvisningar tillgängliga för personalen. Målet är att upprätthålla en öppen säkerhetskultur där risker, tillbud och avvikelser rapporteras, behandlas och används för att utveckla verksamheten.

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

Risk	Vilka metoder används för att hantera dem
brist på kompetent personal	Arbetsplatsskolning, välmående i arbetet
hög vårdtyngd	Övertidsarbete, resursbankens personal
vårdrelaterade infektioner	uppföljning och vid behov punktinsatser
läkemedelsavvikelser	dubbelkontroll
störningar i informationssystem	aktionskort för problemsituationer, tätt samarbete med 2M-It
fel eller störningar i medicinteknisk utrustning	ersättande produkt tillgänglig, personalen medveten om tillfälliga lösningar
Personalen utsätts för hot eller våld	förutseende, tekniska lösningar,

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 tjänstenhetens 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

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

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

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

Elektroniska anmälningssystem som personalen har tillgång till är:

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

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

I övriga lagar stiftade anmälningsskyldigheter som gäller personalen:

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

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

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

Om en sådan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som avses i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994), eller annan person som nämns i 35 § i socialvårdslagen, i sitt arbete har fått kännedom om en person vars behov av socialvård är uppenbart, ska hen styra personen till att söka socialtjänsten eller om personen samtycker till det kontakta den myndighet som ansvarar för välfärdsområdets socialvård, så att stödbehovet kan bedömas. Om samtycke inte kan fås och personen är uppenbart oförmögen att svara för sin

omsorg, hälsa eller säkerhet, eller om ett barns bästa absolut kräver det, ska yrkespersonen utan dröjsmål göra en anmälan om behovet av socialvård trots sekretessbestämmelserna. Anvisning och anmälningsblankett för bedömning av stödbehov hos person som kommit till socialvården finns på välfärdsområdets webbsidor: [Socialarbete för äldre](#).

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

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

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

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

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

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

Anmälan av epidemier och allvarliga infektioner i samband med vård

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

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

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

ENHETSBESKRIVNING

Personalen informeras om sin anmälningsskyldighet och anmälningsrätt enligt tillsynslagen i samband med introduktion, arbetsplatsträffar och via välfärdsområdets intranät. Gällande anvisningar och handlingsmodeller finns tillgängliga på Intra och personalen förutsätts ta del av uppdateringar i dessa.

Personalen är skyldig att utan dröjsmål anmäla observerade missförhållanden, risker för missförhållanden, lagstridigheter eller andra omständigheter som kan äventyra patient- eller klientsäkerheten. Anmälningar görs i första hand till närmaste chef och dokumenteras enligt organisationens anvisningar. Vid behov används HaiPro-systemet för rapportering av avvikelser, tillbud, arbetssäkerhetsrisker, dataskyddsincidenter och andra händelser som påverkar

säkerheten.

Alla HaiPro-anmälningar behandlas av ansvariga personer inom fastställd tid. Risker bedöms, korrigerande åtgärder planeras och genomförs samt följs upp. Resultat och lärdomar återförs till personalen för att främja patientsäkerhet och kontinuerlig utveckling av verksamheten.

Personalen känner till övriga lagstadgade anmälningsskyldigheter, såsom barnskyddsanmälan, anmälan om behov av socialvård, anmälan om farliga situationer med medicintekniska produkter, dataskyddsincidenter, epidemier och vårdrelaterade infektioner samt anmälningar gällande brand- och olycksrisker. Personalen kan dessutom göra en orosanmälan till social- och krisjouren när det finns oro för patientens eller närståendes välbefinnande eller behov av stöd. Enhetschef följer regelbundet upp inkomna anmälningar, behandlingstider och genomförda förbättringsåtgärder som en del av enhetens egenkontroll, kvalitetsarbete och riskhantering. Målet är att upprätthålla en öppen säkerhetskultur där rapportering av avvikelser och missförhållanden ses som en viktig del av utvecklingen av en säker vård.

4.2.2 Anmälningsskanaler för klient/patient och extern tjänsteproducent

Klients, patients eller anhörigs anmälan om negativ händelse

Om fel, missförhållande eller tillbud skett i klients/patients eller anhörigs vård eller tjänst kan klienten/patienten göra anmälan om tillbud på elektronisk blankett på Österbottens välfärdsområdets webbsidor. Anmälningssblanketten finns på välfärdsområdets webbsidor: [Ge respons](#).

Extern tjänsteproducents/samarbetspartners anmälan om farlig händelse eller missförhållande

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

Anmälningssblanketten finns på Österbottens välfärdsområdets webbsidor: [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

Till kännedom komma farliga situationer, avvikelser, brister och missförhållanden hanteras och åtgärdas utan onödigt dröjsmål utifrån riskens allvarlighetsgrad. Händelser kommer främst till kännedom genom HaiPro-anmälningar, personalens observationer, patient- och anhörigfeedback, myndighetsgranskningar samt öppna diskussioner i arbetsgemenskapen.

Alla anmälningar behandlas av ansvarsperson enligt gällande process. Händelserna utreds tillsammans med berörda parter för att identifiera bakomliggande orsaker och behov av korrigerande eller förebyggande åtgärder. Åtgärder, ansvarspersoner och tidtabeller dokumenteras i HaiPro och vid behov i Laatuportti. Genomförandet följs upp och åtgärdernas effekt utvärderas regelbundet. Risker, utvecklingsåtgärder och uppföljning dokumenteras i

Laatuportti som en del av enhetens egenkontroll.

Vid tillbud som berör medicintekniska produkter görs även anmälan till Fimea enligt gällande anvisningar. Arbetsolycksfall rapporteras enligt organisationens rutiner till försäkringsbolaget och behandlas även ur ett arbetssäkerhetsperspektiv.

Information om identifierade risker, korrigerande åtgärder och utvecklingsarbete förmedlas till personalen via Teams-kanalen och på arbetsplatsmöten. Vid behov informeras patienter, närstående och andra berörda aktörer om händelser och åtgärder enligt organisationens anvisningar.

Enheten utnyttjar systematiskt information från HaiPro-anmälningar för att utveckla patientsäkerheten och verksamhetens kvalitet. Genom regelbundna sammanställningar och trendanalyser identifieras återkommande riskområden, varefter riktade förbättringsåtgärder planeras och genomförs. Samtliga HaiPro-anmälningar som gäller den egna verksamheten publiceras i enhetens Teams-kanal tillsammans med planerade eller genomförda åtgärder, vilket möjliggör gemensamt lärande.

Allvarliga farliga händelser identifieras genom händelsens konsekvenser eller potentiella konsekvenser för patient-, klient- eller personalsäkerheten. Vid misstanke om en allvarlig händelse informeras avdelningsskötare och ansvarig läkare omedelbart. Händelsen utreds enligt välfärdsområdets anvisningar för allvarliga avvikelser och patientsäkerheshändelser. Vid behov genomförs en fördjupad händelseanalys i multiprofessionellt samarbete.

Enheten strävar efter en öppen, rättvis och icke skuldbeläggande säkerhetskultur där fokus ligger på lärande och utveckling av system och arbetsprocesser. Personal som varit involverad i allvarliga händelser erbjuds stöd av chef, arbetsgemenskap och företagshälsovård. Vid behov används debriefing och andra stödåtgärder. Erfarenheter och lärdomar från genomförda utredningar används aktivt i utvecklingen av verksamheten, utbildning av personalen samt uppdatering av anvisningar och arbetsrutiner.

Uppföljnings- och utvecklingsplan för egenkontroll

De brister i tjänsternas kvalitet och klient-/patientsäkerhet samt de utvecklingsbehov som framkommer vid uppföljningen av tjänsteenhetens/enhetens egenkontroll, liksom de genomförda och planerade korrigerande åtgärderna, ansvarspersonerna för genomförandet och tidtabellen för åtgärderna, antecknas i uppföljnings- och utvecklingsplanen för egenkontrollen. Uppföljnings- och utvecklingsplanen för egenkontrollens genomförande finns i slutet av egenkontrollplanen, i bilaga 1.

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

Tjänstenheten använder flera stödtjänster som upphandlas och avtalas på välfärdsområdesnivå, bland annat TeeSe, Mico Botnia, Fimlab och 2M-IT. Enhetens enda egna avtal gäller Tietoevry Oy:s tjänst för intensivvårdens benchmarking. Avtalet påverkar inte direkt patientvården eller enhetens tjänsteutbud.

Välfärdsområdet ansvarar för att leverantörer och underleverantörer uppfyller lagstadgade krav samt de krav som ställs i upphandlings- och serviceavtal. I samband med upphandlingar säkerställs att tjänsteproducenterna har erforderliga tillstånd, kvalitetssystem, egenkontroll samt tillräcklig kompetens och resurser för att producera tjänsterna på ett säkert sätt.

Enheten följer fortlöpande kvaliteten, tillgängligheten och funktionaliteten hos de köpta tjänster som används i den dagliga verksamheten. Eventuella avvikelser, kvalitetsbrister eller risker som påverkar patientsäkerheten rapporteras enligt organisationens anvisningar och förs vidare till ansvariga avtalsägare och serviceproducenter för utredning och korrigerande åtgärder.

Samarbetet med tjänsteproducenterna sker genom regelbundna kontakter, användarstöd, serviceuppföljning, gemensamma utvecklingsmöten samt hantering av avvikelser och reklamationer. Kvaliteten på tjänsterna följs även genom användarfeedback, incidentrapportering, uppföljning av servicens funktion och genom organisationens kvalitets- och egenkontrollsystem.

Om missförhållanden eller brister upptäcks vid produktionen av köpta tjänster vidtas åtgärder enligt riskens allvarlighetsgrad. Brister rapporteras till ansvariga personer inom välfärdsområdet och till tjänsteproducenten. Vid behov görs reklamation, begäran om korrigerande åtgärder eller andra uppföljnings- och övervakningsåtgärder. Målet är att säkerställa att de tjänster som används stöder en säker, högklassig och ändamålsenlig vård för patienterna.

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, § 103). Uppgiften för personerna som ansvarar för resultatområdena är att utveckla viktiga processer inom sitt ansvarsområde tillsammans med verksamhetsområdesdirektören och professionsdirektörerna (Förvaltningsstadgan § 42). Hit hör också beredskap och planering av beredskap varför ansvarig för resultatområdet handledt av verksamhetsområdesdirektören och professionsdirektören

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 psykosocialt stöd, 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

Tjänsteenheten följer välfärdsområdets beredskaps- och kontinuitetsplanering enligt säkerhetsenhetens anvisningar. Enheten samarbetar med välfärdsområdets säkerhetsorganisation, fastighetsservice, Fimlab, 2M-IT samt övriga aktörer som ansvarar för verksamhetens säkerhet och kontinuitet. Vid större störningssituationer eller undantagsförhållanden sker verksamheten enligt välfärdsområdets beredskapsplan.

Enheten har en säkerhetssida på både finska och svenska. Handlingskort har ersatt tidigare direktiv för störningssituationer och omfattar bland annat störningar i eldistribution, gasdistribution, vattenförsörjning, datakommunikation och telefontrafik, brand samt storolyckor. Anvisningarna finns även i pappersform i en beredskapspärm på enheten. Pärmens granskas och uppdateras årligen och genomgång av innehållet kvitteras elektroniskt av personalen.

Ansvar och uppgifter vid störningssituationer och undantagsförhållanden definieras i välfärdsområdets beredskapsplan, enhetens säkerhetsanvisningar samt i handlingskorten. Avdelningsskötare, ansvarig läkare och övriga utsedda ansvarspersoner leder verksamheten enligt fastställda instruktioner.

Klient- och patientsäkerheten tryggas genom reservrutiner för kritiska funktioner, prioritering av vårdverksamheten, tillgång till reservkraft, alternativa dokumentationsrutiner vid IT-störningar, säkerställande av läkemedels- och materialförsörjning samt kontinuerlig uppföljning av bemanningsläget. Enheten har beredskap för personalomfördelning och samarbete med andra enheter vid exceptionella situationer eller plötsligt ökat vårdbehov.

Personalen introduceras i enhetens säkerhets- och beredskapsanvisningar. Förmågan att agera i

brand-, störnings- och undantagssituationer upprätthålls genom introduktion, utbildningar och regelbunden genomgång av handlingskort och säkerhetsanvisningar.

Personalen deltar i säkerhetspromenader enligt välfärdsområdets anvisningar. Genomförandet dokumenteras. Hela personalen genomförde en säkerhetspromenad år 2025 i samband med höstens utbildningsdag. Personalen förutsätts även delta i välfärdsområdets säkerhetsutbildning vart femte år. Deltagandet dokumenteras i Alma. För närvarande finns utmaningar i uppföljningen av utbildningar genomförda under åren 2021–2022 på grund av bristande tillgång till gamla utbildningsuppgifter.

Enhetens säkerhetsplan och utredning om utrymningssäkerhet upprätthålls och uppdateras enligt välfärdsområdets anvisningar. Senaste uppdateringsdatum dokumenteras i de aktuella planerna.

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

Terhi Metsola, säkerhets- och beredskapschef, 044 323 1103

Tapio Alho, beredskapsplanerare, 040 182 9653

Anna Cederholm, avdelningsskötare, 0401836698

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 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

Kvaliteten och säkerheten på intensivvårds- och övervakningsavdelningen följs upp med flera olika mätare och uppföljningsmetoder. HaiPro-systemet används för rapportering och uppföljning av avvikelser, tillbud, arbetssäkerhetsrisker och dataskyddsincidenter. Patienters och anhörigas erfarenheter följs upp med hjälp av NPS-mätningar (Net Promoter Score).

Vårdtyngd, personalresurser och vårdkvalitet följs upp med RAFAELA-systemets HOIq-mätare. Enheten deltar i nationell och internationell benchmarking där verksamhets- och kvalitetsdata jämförs med andra intensivvårds- och övervakningsavdelningar i Finland och Estland. Uppföljningen omfattar bland annat vårdtider, mortalitet och andra kvalitetsindikatorer inom intensivvården.

Som kvalitetsmätare används även uppföljning av handhygien, förekomst av vårdrelaterade infektioner, antibiotikaanvändning, trycksårsförekomst, återinläggningar, avvikelser relaterade till medicinteknisk utrustning samt dokumenterade patientsäkerhetshändelser.

Riskbedömningar genomförs årligen samt vid betydande förändringar i verksamheten. Risker, utvecklingsåtgärder och uppföljning dokumenteras i Laatuportti. För uppföljning används även Tietoevrys rapporteringsportal och i framtiden även THL:s nationella kvalitetsregister för intensivvård.

Resultat från mätare, avvikelserapportering, benchmarking och riskbedömningar används systematiskt för att bedöma verksamhetens kvalitet, patientsäkerhet och behov av förbättringsåtgärder. Dessa behandlas regelbundet inom enhetens verksamhetsområde.

5.2 Uppföljning och rapportering av hur egenkontroll genomförs

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

ENHETSBESKRIVNING

Egenkontrollplanen är en sammanfattning av enhetens kontinuerliga kvalitets- och säkerhetsarbete. Avdelningsskötarens ansvarar tillsammans med enhetens ansvarspersoner för att egenkontrollplanen uppdateras, följs upp och verkställs. Hela personalen deltar i genomförandet av egenkontrollen genom att följa fastställda rutiner, rapportera avvikelser och delta i utvecklingen av verksamheten.

Verkställandet av egenkontrollplanen följs upp kontinuerligt genom kvalitetsindikatorer, HaiPro-anmälningar, riskbedömningar, interna och externa auditeringar, benchmarking, patient- och anhörigrespons samt uppföljning av verksamhetens nyckeltal. Resultaten behandlas regelbundet på enheten och används för att identifiera utvecklingsbehov och säkerställa att verksamheten bedrivs enligt egenkontrollplanen.

Identifierade brister, avvikelser och utvecklingsområden dokumenteras i HaiPro och/eller Laatuportti. För varje åtgärd utses vid behov ansvarsperson och tidtabell för genomförandet. Åtgärdernas genomförande och effekt följs upp inom ramen för egenkontrollen och vid behov planeras ytterligare åtgärder.

Enhetens ansvarspersoner utvärderar behovet av ändringar i egenkontrollplanen minst en gång per år och alltid när verksamheten förändras väsentligt eller när uppföljningen visar behov av utveckling.

Uppföljningen av egenkontrollens genomförande sammanställs i en uppföljningsrapport som inkluderas i enhetens kvartalsrapport till resursområdets ledning. Rapporteringen sker minst fyra gånger per år i enlighet med välfärdsområdets anvisningar. Tjänstenheten ansvarar för att de lagstadgade uppföljningsrapporterna publiceras på välfärdsområdets webbplats och hålls offentligt tillgängliga.

Uppföljningen och utvecklingen av egenkontrollen dokumenteras fortlöpande i planen för uppföljning och utveckling av egenkontrollen (bilaga 1). Planen uppdateras utifrån resultaten från uppföljning, riskhantering, auditeringar och övrigt kvalitetsarbete.

Gällande egenkontrollplan samt planen för uppföljning och utveckling av egenkontrollen hålls offentligt tillgängliga på enheten enligt välfärdsområdets anvisningar. Planen publiceras minst en gång per år på välfärdsområdets webbplats i samband med den årliga uppdateringen av egenkontrollplanen.

6. Uppgifter för utarbetande och godkännande av plan för egenkontroll

Plan för egenkontroll är utarbetad/uppdaterad, version nummer

24.6.2026 version 1.1

Ansvarspersonens underskrift och godkännande

Anna Cederholm, avdelningsskötare, telefon 040 183 6698, epost fornamn.efternamn@ovph.fi

Bilaga 1. Uppföljnings- och utvecklingsplan för egenkontroll

Inget att fylla i. Rubriken finns endast för innehållsförteckningen.

Bilaga 1. Uppföljnings- och utvecklingsplan för egenkontroll

Bilaga 1. Uppföljnings- och utvecklingsplan för egenkontroll

Uppföljningen av genomförandet av egenkontroll görs med stöd av uppföljnings- och utvecklingsplan för egenkontroll. Planen uppdateras alltid när behov av korrigerande åtgärder eller utvecklingsåtgärder uppstår.

Uppdaterad

26.6. 2026

Uppföljnings- och utvecklingsplan för egenkontroll

Korrigerande/ utvecklingsåtgärd	Mål	Tidtabell/fördelning av ansvar	Läge (under planering, under arbete, färdig)
Förnyande av patientdatasystemet Clinisoft		2026-2027	under arbete