



**Österbottens välfärdsområde
Pohjanmaan hyvinvointialue**

Hjärtstation, Plan för egenkontroll 2026

Vastuuhenkilö

Gunilla Carlson

Plan för egenkontroll

Sisällysluettelo

1. UPPGIFTER OM TJÄNSTEPRODUCENTEN, TJÄNSTEENHETEN OCH VERKSAMHETEN
 - 1.1 Tjänsteproducentens och tjänsteenhetens uppgifter
 - 1.2 Tjänster som köps av underleverantörer
 - 1.3 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

+358 405796181

Tjänsteenhetens namn

Hjärtstation

Form av tjänst

Invasiv kardiologi

Adress

Sandviksgatan 2-4, 65 130 Vasa

Telefonnummer

+35862132625

Ansvarsperson(er) för tjänsteenheten eller tjänsteområdena och kontaktuppgifter

Gunilla Carlson, service-enhetschef/avd.skötare, tel. 0405754423

Päivi Pietilä-Effati, överläkare i kardiologi tel. 0401418541

Pia Solvin, sjukskötare/avd.skötarens vikarie tel. 0406603980

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
Kost- och rengöringstjänster	TeeSe Botnia
IT-stöd och informationstjänster	2M-IT
Företagshälsovård	TTBotnia
Textilier	Provina
Telefoner och telefonabonnemang	Telia
Tolktjänster	Mico Botnia
Strålditeringstjänster	Labquality

1.3 Tjänster, verksamhetsidé, värderingar och verksamhetsprinciper

ENHETSBESKRIVNING

På Hjärtstation utförs undersökningar och åtgärder inom ramen för invasiv kardiologi. De tre största huvudgrupperna undersökningar/åtgärder är 1) kranskärlsundersökningar (koronarangiografier) och ballongutvidgningar (PCI), 2) pacemakerimplantationer och pm-generatorbyten samt 3) elektrofysiologiska undersökningar och ablationer. Enheten har 2 angiologaboratorier. Enheten utför både planerad (elektiv) verksamhet och akut verksamhet.

Hjärtstationen tillhandahåller också hjärtinfarktjour, sk. STEMI-jour, dygnet runt. STEMI-jouren ordnas i beredskapsarbete under jourtid. STEMI-patienterna eller andra patienter som kardiologen bedömer ha akut behov av invasiv kardiologisk vård, kommer från ambulansen, akuten eller från någon enhet på VCS, främst från hjärtavdelningen och jouravdelningen. Den akuta verksamheten tas i beaktande i planeringen av de elektiva patienterna. Detta är en utmaning eftersom antalet akuta patienter är mycket olika från en dag till en annan.

Hjärtstationens öppethållningstider under kontorstid, kl. 8-15:30.

På enheten finns det också två bäddplatser för elektiva polikliniska patienter. Övriga elektiva patienter planeras främst till dagenheten och i mindre skala också till hjärtavdelningen.

Hjärtstationens personal sköter också polikliniker ss. pacemakerpolikliniken och angiopolikliniken. Dessutom sköts kö-skötaruppgifterna av en sjukskötare på Hjärtstationen.

Helppari-applikationernas mobila vårdstigar används för de elektiva kranskärlspatienterna. Denna grupp av patienter kallas till Helppari-applikationen och rekommenderas att använda Helppari för icke-brådskande patientkommunikation som gäller vården. Patienten kan dock fortfarande välja att få kallelse till åtgärden och kommunisera med skötare på konventionellt sätt. Helppari-användningen kommer att utökas så att den i framtiden kommer att gälla alla Hjärtstationens åtgärdspatienter.

Målet med verksamheten är att ge högkvalitativ vård åt patienterna oavsett social, religiös, kulturell eller språklig bakgrund. Vi värdesätter högt ett gott bemötande av patienten. Information och undervisning prioriteras högt med målet att ta med patienten och vid behov deras anhöriga i vården.

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

2.1 Utarbetande av en plan för egenkontroll

Enligt bestämmelsen i 27 § i lag om tillsynen över social- och hälsovård (741/2023, hädanefter tillsynslagen) ska privata och offentliga tjänsteenheter inom social- och hälsovården utarbeta en elektronisk plan för egenkontroll för att säkerställa att den dagliga verksamheten är av god kvalitet, ändamålsenlig och säker samt för uppföljning av att den personal som deltar i klient- och patientarbetet är tillräcklig.

Inom Österbottens välfärdsområde utarbetas planer för egenkontroll inom verksamhetsområde och resultatområde samt inom verksamhets- och resultatenhet (med beaktande av speciallagstiftning, till exempel hälso- och sjukvårdslagen, barnskyddslagen, äldreomsorgslagen) i enlighet med den riktlinje om utarbetande som fastställs av välfärdsområdet. 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 tjänsteenheter.

De planer för egenkontroll som utarbetas inom välfärdsområdet grundar sig på den tidigare myndigheten [Valvira 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 tjänsteenhets-specifika 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 tjänsteenheter i genomförandet av egenkontroll. En handbok för egenkontroll och kvalitetssäkring stöder tjänsteenheter 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

Gunilla Carlson, service-enhetschef/avd.skötare, tel. 0405754423 har utarbetat planen
Pia Solvin, sjukskötare/serviceenheteschefens vikarie tel. 0406603980 och Ulrika Hedman, sjukskötare tel. 062132625 sköter eventuellt uppdatering efter att Carlson gått i pension (med reservation för omstruktureringar)

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

Päivi Pietilä-Effati, överläkare i kardiologi, tel. 0401418541, paivi.pietila-effati@ovph.fi

Gunilla Carlson, service-enhetschef, tel. 0405754423 gunilla.carlson@ovph.fi

ENHETSBESKRIVNING

Gunilla Carlson, service-enhetschef/avd.skötare, tel. 0405754423 har utarbetat planen.

Patientresponer via Roidu har tagits i beaktande, likaså personalens åsikter i den mån de är kända för avdelningsskötaren. Planen för egenkontroll granskas och uppdateras en gång varje år, samt alltid vid behov, t ex vid förändringar.

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 tjänsteenheten förbinder sig till egenkontroll och att personalen förstår betydelsen, syftena och målen gällande egenkontroll. Planen för egenkontroll styr personalens dagliga arbete och verksamheten i tjänsteenheten.

ENHETSBESKRIVNING

Personalen informeras om egenkontrollplanen på avdelningsmöte. Planen för egenkontroll publiceras i Dynasty samt en kopia i Hjärtstationens Teams-kanal och utprintad papperskopia i avdelningens info-pärm. På så sätt säkerställs att både personal, patienter och anhöriga vid behov har tillgång till aktuell information om egenkontrollen.

Planen kommer att uppdateras enligt den modell som ÖVPH stipulerar. Egenkontrollplanen ska i fortsättningen vara rättesnöre för enhetens verksamhet och identifiering av risker som gjorts via HaiPro utvärderas minst 2 ggr per år då officiella TPD-möten hålls där hela personalen deltar.

Överläkaren för kardiologi och avdelningsskötaren ansvarar för att personalen på Hjärtstation 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.

Säkerhetsfrågor behandlas kontinuerligt på avdelningsmötena och strålsäkerheten, som berör både patienter och personal, kontrolleras i regelbundna strålsäkerhetsauditeringar. Personalen ska få strålskolningstimmar enligt vad som stipuleras i strålskyddslagen - 20h/5 år för sjukskötare, 40h/5 år för röntgenskötare och kardiologer. Dessa registreras i Alma utbildningskalender. Intern strålskyddsskolning ordnas i samarbete med överfysikern.

Säkerhetspromenad har ordnats så att personalen ska vara medvetna om var brandposter, släckare och annan säkerhetsutrustning är placerad

Hjärtstationen har en egen läkemedelsplan som kontinuerligt uppdateras. För detta ansvarar avdelningens läkemedelsansvariga som har namngivits. Läkemedelsplanen finns i elektronisk form samt utprintad i pappersform på enheten.

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

Hjärtstationen producerar specialiserad invasiv kardiologisk undersökning och åtgärder enligt nationella vårdrekommendationer, gällande lagstiftning samt välfärdsområdets kvalitets- och patientsäkerhetskrav. Målet är att säkerställa en jämlik, säker, evidensbaserad och högkvalitativ invasiv hjärtvård för alla patienter som behöver tjänsten.

Kvaliteten följs upp och utvärderas kontinuerligt genom flera olika kvalitetskontrollmetoder och mätare.

Laatuportti är en online-plattform som används för kvalitetsledningen. I programmet finns riskbedömningar, auditeringsrapporter, uppföljning av personalens kompetenser (inklusive LOVE och Apparatpass), rapporter från tillsynsbesök och övrigt kvalitetsrelaterat material.

Haiproanmälningar. HaiPro är ett rapporteringssystem för anmälan om tillbud och negativa händelser i vården. Personalen uppmanas att anmäla avvikelser i patient- och klientsäkerheten och rapportera dessa i HaiPro-systemet. Anmälningarna går genom med personalen för att undvika att liknande situationer ska uppstå. Anmälningarna behandlas vid behov i brådskande ordning om anmälningen innehåller sådant som äventyrar patientsäkerheten. HaiPro-anmälningar behandlas också på avdelningens onsdagsmöten och i sista hand på de officiella arbetsplatsmöten som hålls ett par gånger årligen.

Rapporteringen bidrar till att man på avdelnings- och organisationsnivå kan utveckla och förbättra verksamheten.

SAI. Infektionsregistrering. Viktigt redskap för att förbättra preventionen av sjukhusinfektioner. Särskilt pacemaker-infektionerna kan vara mycket förödande för patienten och arbete för att minska deras antal pågår ständigt. Dessa infektioner förorsakar också stora kostnader för välfärdsområdet.

Roidu. Via Roidu digitala responssystem får patienter och anhöriga ge positiv och negativ respons. Responserna kan ges via web-sidan och QR-koder som dirigerar vidare till Roiduprogrammet. Respons som ges muntligt kan också sättas in i programmet av personal. Responsen kan ges anonymt eller genom att uppge kontaktuppgifter. All inkommen respons beaktas i verksamhetsutvecklingen.

Personalen deltar aktivt i utvecklingsprocesserna i samband med bl.a utvecklingssamtal och inom ramen för självutvärdering även inom ramen för strålsäkerhetsarbetet.

Patienten bemöts och behandlas lika oberoende av kön, språk, livsåskådning, social ställning, ras, nationalitet och funktionsförmåga.

De tjänster som erbjuds på Hjärtstationen ska utföras och granskas i enlighet med de lagar och förordningar som ligger som grund för vårdens kvalitet i Finland, förutom lagar ss. Hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010), Lagen om tillsynen över social- och hälsovård (741/2023), Lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) m.fl styr också Strålskyddslagen 859/2018 Hjärtstationens verksamhet.

Aktuella rekommendationer för gängse vården är rättesnöre inom den invasiva kardiologin. Patientsäkerhet och strålsäkerhet, för både patienter och personal, ska säkerställas (strålskyddslagen 859/2018 följs). Självutvärdering tillämpas genom att problem lyfts fram t.ex under avdelningsmöten och utvecklingssamtalen. Utmaningarna behandlas och åtgärderna antecknas och uppbevaras.

Intern strålaauditering utförs vart fjärde år och extern auditering vart sjätte år. Därtill kvalitetsauditering (SHQS) enligt ÖVPH:s planering.

Komplikationer som uppstår under/efter undersökningar och åtgärder ska registreras i det kardiologiska registret. Samarbetsavdelningarna uppmanas regelbundet om att de ska göra komplikationsanmälan till Hjärtstationen. Den för ändamålet uppgjorda blanketten finns på Intranet där Hjärtstationens övriga info-material finns. Alla komplikationer går man igenom internt på Hjärtstation minst 2 ggr/år på avdelningsmötena. Målet är att man ska kunna lära sig av dem och göra eventuella förändringar om möjligt.

Läkemedelsförpackningar som liknar varandra hålls skilda från varandra för att undvika att fel läkemedel distribueras. Läkemedlen förvaras i låsta skåp och akut-kärror. Vårdpersonal och studeranden har godkända sekretessavtal som uppbevaras digitalt.

Säker patientidentifiering beaktas vid åtgärder och undersökningar. Alla patienter som får vård på enheten ska bära armband med patientens namn och socialskyddssignum. Identiteten säkerställs från armbandet om patienten själv är oförmögen att lämna uppgifter.

2M-IT tillhandahåller digitala tjänster enligt välfärdsområdets linjedragningar. De sköter om uppdateringen av nödvändiga program. Personalen uppdaterar sin datasekretess-skolning vart femte år.

En uppgjord säkerhetsplan har uppgjorts för enheten enligt ÖVPH:s anvisningar. Den finns tillgänglig för hela personalen i Laatuportti.

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

Avdelningsskötaren (i framtiden benämnd service-enhetschef) är tillsammans med ansvariga

läkaren (överläkaren i kardiologi) ansvariga för verksamheten. Avdelningssköterskan 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. På enheten har utsetts ansvarspersoner för olika områden, apparater och uppgifter ss. läkemedelsansvariga, apparatansvarig, dokumentationsansvariga, patientsäkerhetsansvariga etc. Ansvarspersonerna utarbetar och uppdaterar föreskrifter rörande sitt ansvarsområde i samråd med enhetens förman och enligt de direktiv som arbetsgivaren ger.

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 mellan avdelningssköterskan, överläkaren, den avdelningssköterskans utsedda vikarie och övriga nyckelpersoner inom verksamheten.

Utifrån de mätare som finns 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

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

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

3.3.1 Tillgång till tjänster och vård

ENHETSBESKRIVNING

Det bästa sättet att säkerställa att tillgången till vård är rättvis är att hålla kö-situationen under god kontroll. Detta är inte alltid lätt. Kontinuerlig kontroll av kö-situationen och utförda prestationer görs. Processer för hur de olika patientgrupperna ska skötas har uppgjorts och stor vikt sätts på i vilken brådskandegrad undersökningar och åtgärder ska utföras. Det är kardiologerna som gör beslut om att en undersökning/åtgärd ska utföras samt hur brådskande det är. Detta gäller både de elektiva patienterna och den akuta verksamheten.

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. Tid till undersökning/åtgärd ges så långt det är möjligt i den ordning patienterna satts i kö, om inte kardiologen beslutat annat (kortare kö-tid p.g.a symtombild, risker mm)

När det gäller den riktigt akuta patienterna (ss. STEMI-patienter, instabila NSTEMI) är det viktigt att patienten åtgärdas så fort som möjligt för att minimera skadan på hjärtmuskeln. I utvärderingen av jourverksamhet medföljs och registreras klockslag när patienten tillkallat hjälp, när vårdenhet anlänt, när vårdbeslut gjorts samt door-to-door tid inom sjukhuset dvs. hur stora fördröjningar som förekommer i de olika skedena. Speciellt i processen för vården av STEMI-hjärtinfarktpatienterna är det av största vikt att processen är tydlig och klar så att onödiga fördröjningar undviks.

Material som används och alla undersökningar som utförs registreras i det kardiologiska registret.

Uppgifter om kö-situationer och utförda prestationer rapporteras regelbundet till mellanchefer och till ekonomichefen.

Information skickas ut till patienterna om att de satts i kö (numera digitalt) och de ges möjlighet att kontakta Hjärtstationens kö-skötare om symtomen förvärras under kö-tiden. Telefontid två ggr/dag till kö-skötaren.

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

Kardiologerna gör beslut om att en undersökning/åtgärd ska utföras samt hur brådskande det är att utföra undersökningen/åtgärden baserat på remissen, EKG och/eller på den anamnes som konsulterande läkare ger. Detta gäller både de elektiva patienterna (kommer med remiss) och den mera brådskande och akuta verksamheten. När patienten kommer till Hjärtstationen gör kardiologen en ny, snabb utvärdering av situationen med hjälp av ny anamnes, eventuella nya laboratorieresultat, hjärtultraljud mm. Ett nytt ställningstagande görs vid behov. Medicinska mätare används för bedömning av upplevd smärta (VAS), risk för infektion, blodpropp etc

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

3.3.3 Planering och genomförande av tjänsten/vården

ENHETSBESKRIVNING

När vården för de elektiva patienterna ordnas bildas en vårdplan för patienten. Patienten ombudsas kontakta (digitalt via Hoppa-appen eller genom att ringa) om det förekommer hinder eller särskilda önskemål om hur vården ska genomföras. Patienten ges möjlighet att välja hur hen ska få information, via ÖVPH:s applikation eller via telefon. På undersökningssdagen samtalar kardiologen med patienten före undersökningen och informerar då om vilken tilläggsvård som

kan bli aktuell.

Tills vidare är det endast patienter som kallas för cor.angio/PCI som kallas till undersökning/åtgärd via Helppari-applikationen men målet är att samtliga patientgrupper på Hjärtstation inom några år ska få information via Helppari. Om patienten önskar kan även anhöriga tas med i planeringen av vård.

Patienternas åsikter har tagits i beaktande bl.a från den feedback som de ger, muntligt eller via Roidu, men också via Hjärtstationens egna enkäter som gjorts bl.a angående smärtupplevelse.

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 företrädares, 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

Hjärtstationens avdelningsskötare ansvarar för att föreskrifter om förberedelser och eftervård är korrekt inför undersökningar och vårdåtgärder. Hjärtstationens kö-skötare planerar den elektiva patientens medicinpauser, behovet av pre-operativa blodprov och EKG, planerar vilken avdelning patienten ska komma till och vilken ankomsttid till avdelningen som gäller. Kö-skötaren planerar också patientens vätskning om det behövs. Hen svarar på frågor om förberedelser och eftervården inför undersökningar och vårdåtgärder men sedan patienten kommer till avdelningen överförs ansvaret till enheten att förverkliga vården enligt ordinationerna.

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

Personalen måste kunna bemöta och informera patienterna på deras eget modersmål (två inhemska språken). På Hjärtstation kan patienten också tillhandahålla vård på engelska, Vi stävar efter att personalen använder patientens modersmål i all konversation när patienten är inne i åtgärdssalen. Tolk eller annan tolkningsfunktion (telefonolkning eller app) ordnas om patienten har ett modersmål som ingen i personalen behärskar.

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 bedömnin. Om patienten eller anhörig upplever att patienten blivit orättvist behandlad, råkat ut för osakligt bemötande eller om patienten råkat ut för incidenter eller farosituationer så informeras patienten om möjligheten att ta kontakt med patientombudsmannen, göra en anmälning via HaiPro-systemet och/eller ge en feedback via responsprogrammet Roidu. Personalen är medveten om att de har anmälningsplikt om de upptäcker en situation som nämns ovan.

Självbestämmanderätt

ENHETSBESKRIVNING

Självbestämmanderätten är en grundläggande rättighet som omfattar rätten till personlig frihet, integritet, likabehandling och säkerhet.

På Hjärtstationen 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 uttrycker missnöje med vården, erbjuds samtal med den kardiolog som utfört undersökningen/åtgärden eller gjort beslut om att det inte finns behov av ytterligare vård eller uppföljning. Alternativt bereds patienten möjlighet till samtal med ansvarig läkare (oftast kardiologins överläkare) eller Hjärtstationens avd.skötare. Patienten informeras också om möjligheten att kontakta patientombudsmannen, att göra en anmälan via HaiPro-systemet eller om att föra fram klagomål på något av sätten som beskrivs i 3.3.5.

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 patientskadelagen (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 fördröjning efter att de inkommit. Händelserna analyseras, klassificeras och leder vid behov till korrigering och förebyggande åtgärder med målet att förhindra att motsvarande situation uppstår på nytt.

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

Patienter och anhöriga som önskar bli kontaktade, kontaktas personligen när deras HaiPro-anmälan behandlats. Anmälningsblanketten innehåller en särskild möjlighet att lämna kontaktuppgifter för detta ändamål. Genom denna möjlighet 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. Denne 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 på ÖVPH:s 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, lärdom och genomförda förbättringsåtgärder behandlas tillsammans med verksamhetsansvariga och personalen. Information om inkomna avvikelser och genomförda åtgärder delas regelbundet med personalen under planerade avdelningstimmar eller under under akut sammankallade möten och andra interna forum.

Genom systematisk uppföljning, öppen behandling av avvikelser och aktivt lärande säkerställer enheten att erfarenheter från anmärkningar, klagomål och patientärenden omsätts i konkreta förbättringsåtgärder som stärker vårdens kvalitet, patientsäkerheten och patientens 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

Päivi Pietilä-Effati, överläkare för Kardiologi, tel. 040 141 8541, paivi.pietila-effati@ovph.fi

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

Päivi Pietilä-Effati, överläkare för Kardiologi, tel. 040 141 8541, paivi.pietila-effati@ovph.fi
Gunilla Carlson, avdelningsskötare på Hjärtstation, tel. 040 575 4423, gunilla.carlson@ovph.fi

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 uppdaterar kontaktuppgifterna till social- och patientombuden i samband med den årliga uppdateringen av egenkontrollplanen men också alltid när information om ändringar erhålls från välfärdsområdet. Ansvarspersonen för enheten ansvarar för att uppgifterna uppdateras.

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

Patientombud: tel. 06 213 1080

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.

ENHETS BESKRIVNING

Hjärtstationen strävar efter att bereda patienten möjlighet till delaktighet i planering och beslutsfattande kring den egna vården i den grad deras hälsotillstånd och funktionsförmåga tillåter. Patienten ska få information om sitt hälsotillstånd, vårdens mål 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 i vården förutsatt att patienten har gett sitt samtycke eller att informationsgivningen sker i enlighet med gällande lagstiftning. Anhörigas synpunkter och observationer beaktas vid behov.

I samband med utveckling av verksamheten beaktas patienters och anhörigas respons som insamlats via responskanaler ss HaiPro-anmälningar, patientombudsmannens rapporter samt

genom direkta kontakter med patienter eller anhöriga. Den information som samlas in används för att identifiera utvecklingsområden och förbättra vårdens kvalitet, patientsäkerheten och patienternas upplevelser.

Hjärtstationen samarbetar aktivt med ÖVPH:s hjärtskötare som fungerar som koordinators för hjärtpatienternas fortsatta vård. SHjärtstationen samarbetar gärna med patientföreningar samt andra aktörer som stöder patienternas och anhörigas välbefinnande.

3.4 Beaktande av regelbundet insamlad respons och övrig respons

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

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

Respons som samlas av studerande

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

Respons av personalen

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

ENHETSBESKRIVNING

Hjärtstationen samlar kontinuerligt in respons från patient, anhöriga, personal och studeranden med hjälp av flera olika kanaler. På enhetens webbplats och i det utrymme där Hjärtstationens polikliniska patienter vistas, finns en länk till organisationens elektroniska responsblankett. En lapp, inkluderande en QR-kod med länk till responsblanketten delas ut till patienter med Hjärtstation som hemavdelning. De patienter som kallas till dagenheten och hjärtavdelningen erhåller information om responskanalerna på respektive enhet.

För att få in ett större antal responser ordnas det årligen en intensifierad period för insamling av respons.

Hjärtstationen samlar också in komplikationsanmälningar från samarbetsavdelningarna och dessa påminns regelbundet om att de blanketter som finns för detta ändamål finns på Intranätet där Hjärtstationens övriga föreskrifter och material hittas.

Studerande ges möjlighet att, som en del av praktikperioden, ge respons om sin praktikperiod genom att digitalt fylla i CLES-mätaren. Vid behov planeras och genomförs utvecklingsåtgärder utifrån resultaten.

Ansvarspersonerna för enheten, överläkaren och avdelningssköterskan, ansvarar för att responsem behandlas och analyseras tillsammans med personalen. Respons från patienter, anhöriga, personal och studeranden behandlas minst 2 gånger årligen på arbetsplatsmötena samt under 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 egenkontroll, kvalitetsutveckling och patientsäkerhetsarbete. Hjärtstationen använder sig av ett av de nationella kardiologiska register (BCB) som utformats för invasiv kardiologi. Därför kan verksamheten också utvärderas och jämföras med andra liknande enheter på nationell nivå.

3.5 Personal

Tjänsteehheterna 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

1 avdelningssköterska

3 röntgensköterska

10 sjuksköterska

4 invasiva kardiologer, inklusive överläkaren i kardiologi (finns 6 tjänster varav 2 tomma). Dessa kardiologer sköter också KARD-pkl samt vikarierar de non-invasiva kardiologerna på TEVA och Hjärtavdelningen.

Enheten har inga närvårdare. Det finns inte heller någon tillgång till vikarier vid korta frånvaroperioder, utbildningar eller enstaka partiella sjukfrånvaroperioder. Verksamheten

planeras enligt den tillgängliga personalresurseringen så att arbetet i angiologaboratoriet prioriteras. Personal omplaceras internt vid behov. Inte heller för semesterfrånvaro tas generellt vikarier. För att kunna planera alla semesterdagar åt personalen ordnas begränsad verksamhet några veckor årligen t.ex 4+4 veckor under sommaren, över jul-nyårshelgen.

I angiologaboratorierna krävs 2-4 skötare beroende av undersökning/åtgärd. Det finns två angiologab (åtgärdssalar). Röntgen- och sjukskötarna arbetar i roterande arbetssätt i åtgärdssalarna som patientskötare, assisterare och passare.

1-3 skötare per dag arbetar med pacemakerpoliklinikärenden; distansuppföljning av pacemakerpatienter, testning och programmering av pacemaker, implantation och borttagning av rytmöversvakare, telefontider för patienter samt mottagande av konsultationer från personal inom ÖVPH mm.

1 sjukskötare sköter kö-skötaruppgifter, har telefontid för patienter och skild telefon för personalkonsultationer hela tiden kontorstid. Sköter också vid behov Helppari-kommunikation och samtal till angiopoliklinikpatienterna

1 skötare sköter de polikliniska patienterna och tar samtidigt hand om Helppari och angiopoliklinikuppgifter om det finns möjlighet

Koordinator - sköter materiallager och beställning av material. Arbetar vid behov i angiologabben (vid personalfrånvaro eller om någon skötare har kortare arbetsdag)

Röntgenskötarna sköter dagligen roterande kvalitetsarbetet av genomlysningsapparaterna

Enheten har ingenbiträdande avdelningsskötare-vakans men en person är utsedd att vara avdelningsskötarens ständiga vikarie.

Om personalresurserna är otillräckliga på grund av frånvaro och verksamheten inte kan omorganiseras, kan avdelningsskötaren vid behov sköta uppgifterna som köskötare, kansliansvarig (angiopolikliniken och Helppari), kan sköta telefontider eller ansvara för de polikliniska patienter (bäddplatspatienterna).

Enheten arbetar dagtid men av skifteskaraktär då vi tillhandahåller dygnet runt-jour för hjärtinfarktpatienter.

Kö-skötaren planerar personalens dagsplacering.

Hjärtinfarkdejour 24/7, bemanning:

3 skötare (rtg- eller sjukskötare)

1 kardiolog

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

Hjärtstationen rekryterar personal i enlighet med Österbottens välfärdsområdes rekryteringsprinciper och behörighetskrav. Yrkesrättigheter för yrkespersoner inom hälso- och sjukvården kontrolleras i Julki Terhikki innan arbetsavtal ingås. Ett giltigt läkemedelstillstånd (LOVe) behövs också för vikarier. Personer som saknar giltigt läkemedelstillstånd får inte självständigt administrera läkemedel.

Hjärtstationen har i princip inget samarbete med Resursenheten. Skaffar inte vikarier för kort frånvaro på grunda av t.ex. sjukfrånvaro, utbildning mm. I stället omorganiseras arbetet inom enheten tillfälligt. Vikarier för längre frånvaro ss. längre föräldraledighet rekryteras via Kuntarekry. Introduktionstiden för arbetet i angiolabben är ca. 3 månader och för deltagande i STEMI-jouren ca. 6 månader.

Om någon ur jourteamet insjuknar ordnas vikarie genom meddelande i WhatsApp-gruppen för röntgen- och sjukskötarna. Kardiologerna kontaktar varandra via WhatsApp-gruppen för Invasiva kardiologer. Detta har visat sig vara ett fungerande system.

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

ENHETSBESKRIVNING

Hjärtstationen vårdar så gott som enbart vuxna patienter. Det har förekommit någon enstaka person under 18 år men aldrig någon under 16 år. Antalet barnpatienter är extremt litet och på årsbasis behandlar vi inte ens varje år en person < 18 år. 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 invasiv kardiologi 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

På Hjärtstationen säkerställs att all ny personal får en tillräcklig och strukturerad introduktion innan självständigt arbete påbörjas. Introduktionen omfattar både Österbottens välfärdsområdes gemensamma introduktionsmaterial och enhetsspecifikt introduktion som är anpassad till Hjärtstationens särskilda krav.

Introduktion av vårdpersonal

På Hjärtstationen har utarbetats ett omfattande introduktionsmaterial för vårdpersonal och studerande som bl.a. beskriver de olika ingreppen och undersökningarna som utförs på enheten. Dessutom finns Hjärtstationens värden, beskrivning av strålsäkerhet mm. Kompendiet har namnet "Välkommen till Hjärtstation" och ges till den nyanställda. Kompendiet finns sparat på Teams under Hjärtstationens material - Introduktion Perehdytys - Introduktionsmapp, skötare - Introduktionsmaterial vårdpersonal och studerande.

På Hjärtstation är introduktionsperioden på grund av arbetets tekniska och specialiserade art, relativt lång. Periodens längd är dock mycket beroende av tidigare erfarenhet. Erfarenhet från t.ex. TEVA och operationsavdelningen förkortar oftast introduktionsperioden. För vårdpersonal är det arbetet i angiologaboriet som är huvudmålet för introduktionen. Hjärtstationens övriga uppgifter introduceras när arbetstagaren efter 6-12 månader är introducerad i arbetet i angiologabben.

En personlig handledare utses åt den nyanställda. Under introduktionsperioden gäller på Hjärtstationen samma introduktion åt såväl sjukskötare som röntgenskötare. Introduktion inleds med en veckas allmän introduktion av arbetet i angiologaboriet tillsammans med handledaren. Den första veckan följs av en veckas introduktion per arbetspunkt inom ramen för arbetet i angiologabben - passare, assisterande skötare och patientskötare. Efter en introduktionperiod på 4 veckor görs en bedömning om den nyanställda kan arbeta som en självständig team-arbetare eller om hen fortfarande ska vara utanför bemanningen. 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.

Det krävs oftast 5-8 månaders arbete på Hjärtstation innan en nyanställd kan börja delta i hjärtinfarktjouren (STEMI-jouren). Tillsammans med den nyanställda och tillsammans med övriga teamet diskuteras efter ca. 5 månader huruvida den nyanställda börjar vara redo att delta i jouren. Eftersom det är svårt att planera in jourturer åt den nyanställda (som extra jourresurs), då det är omöjligt att veta när STEMI-teamet får aktivt arbete under jourtid, är det bästa sättet att få erfarenhet av STEMI-uttryckningar att aktivt delta i de STEMI-uppdrag som infaller under kontorstid. Oavsett vilket angiologlabb man råkar befinna sig i under det aktuella arbetspasset, tar man efter det att det beslutits om att personen börjar bli klar för deltagande i jouren, själv initiativ till att ordna så att man kan delta i vården av STEMI-patienten.

Samtliga sjukskötare och röntgenskötare ska ha ett giltigt läkemedelstillstånd (LOVe). Läkemedelstillstånden dokumenteras i Laatuportti. Utan giltigt läkemedelstillstånd får arbetstagaren inte självständigt genomföra läkemedelsbehandling. Enheten kräver dessutom ett stort antal medicintekniska apparater. Personalens apparatkompetens säkerställs genom ett apparatpass som omfattar alla olika apparater. Alla medarbetare ska själv ombesörja att de har ett giltigt apparatpass för de apparater som används i arbetsuppgifterna. Om den anställda anser att det krävs repetition eller mera omfattande utbildning av en apparat än det som erbjuds via Laatuportti, så meddelar hen avdelningsskötaren som vid behov kan arrangera skolningstillfälle för personalen.

Introduktion av läkare och kardiologer

Läkares introduktion genomförs enligt läkarlinjens introduktionsprogram och ansvariga överläkare säkerställer att introduktionen genomförs samt att läkaren får tillräcklig handledning och stöd i arbetet. Det finns också ett utarbetat introduktionsmaterial för läkare "Sydänasema/ Hjärtstation - Vaasan keskussairaala - Lääkäriin perehdyttämiso- ja koulutusohjelma" som finns sparad på Teams under Hjärtstationens material - Introduktion Perehdytys - Perehdytysopas v. 3.0 lääkäri kardiologi sydänasema.

Den specialiserande läkare eller kardiolog som introduceras i arbetet på Hjärtstation arbetar till en början tillsammans med en erfaren kollega. Till en början är hen med och betraktar och instrueras av sin erfarna kollega. Sedan inleds det "hands-on" arbetet tillsammans med en erfaren kollega.

Introduktion av studerande

Enheten har 1-2 praktikplatser för röntgen- och sjukskötarstuderande i slutskedet av sina studier. Praktikplatserna bokas via systemet Jobiili. Praktikperiodens minimilängd är rekommenderad till minst fyra veckor för att säkerställa tillräcklig introduktion och måluppfyllelse. Varje studerande tilldelas två namngivna handledare som ansvarar för introduktion, målsättning, handledning och utvärdering under praktikperioden. Tillsammans med studeranden går handledarna igenom praktikens mål, lärandebehov och bedömningskriterier. Handledarna utser den dagliga handledaren för varje arbetsskift/dag om ingen av dem är tillgänglig i arbetet i angiologlaboratoriet. Introduktionen i Hjärtstationens arbete sker enligt utarbetad modell där introduktionen inleds med en veckas allmän introduktion av arbetet i angiologlaboratoriet tillsammans med handledaren. Den första veckan följs av en veckas introduktion per arbetspunkt inom ramen för arbetet i

angiolabben - passare, assisterande skötare och patientskötare. Studerande arbetar under handledning och tillsyn av legitimerad sjukskötare/röntgenskötare och får successivt ökande ansvar i takt med att deras kompetens utvecklas. Handledningen omfattar kontinuerlig återkoppling/respons, 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.

På Hjärtstationen har utarbetats ett omfattande introduktionsmaterial för vårdpersonal och studerande som bl.a. beskriver de olika ingreppen och undersökningarna som utförs på enheten. Dessutom finns Hjärtstationens värden, beskrivning av strålsäkerhet mm. Kompendiet har namnet "Välkommen till Hjärtstation" och ges till den nyanställda. Kompendiet finns sparat på Teams under Hjärtstationens material - Introduktion Perehdytys - Introduktionsmapp, skötare - Introduktionsmaterial vårdpersonal och studerande.

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 på Hjärtstation 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 omfattande apparatpass. 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.

Samtliga medarbetare deltar årligen i återupplivningssimuleringar. Simulering används som en viktig metod för att upprätthålla och utveckla personalens kliniska färdigheter, teamarbete och patientsäkerhet.

På grund av att arbetet på Hjärtstationen förutsätter användning av röntgenstrålar, krävs det enligt strålskyddslagen att personalen ska erhålla ett visst antal strålskyddsskolning per fem år. För sjukskötare som arbetar i strålarbete ska antalet strålskyddsskolningstimmar per år vara 20 h. För röntgenskötare och kardiologer/läkare i strålarbete krävs 40 timmar strålskolning per fem år. Strålskyddsskolningstimmar registreras av enhetens närchef/avd.skötaren i Alma Arbetsbord.

Utöver närutbildningar deltar personalen regelbundet i digitala utbildningar via exempelvis Laatuportti, 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.

Enhetens läkemedelsplan, egenkontrollplan och beredskapsplan genomgås regelbundet av personalen. Genomgången ska dokumenteras genom digital kvittering, vilket säkerställer att

personalen har tagit del av innehållet och de aktuella anvisningarna.

Deltagande i samtliga 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. Anmälan kan gälla skedda avvikelser eller nära-på situationer.

Inkomna anmälningar behandlas omgående, och behövliga korrigeringsåtgärder vidtas så snart som möjligt.

Arbetstagarna erbjuds utvecklingssamtal. Närchefen och överläkaren erbjuder tider en gång per år men arbetstagaren kan vid behov fråga efter flera tillfällen för samtal. Utvecklingssamtalen dokumenteras i det digitala HR arbetsbordet Alma. I mån av möjlighet kan också utvecklingssamtal i grupp ordnas.

3.5.4 Arbetshälsa och arbetarsäkerhet

ENHETSBESKRIVNING

Vårdpersonalens arbetstidsplanering förverkligas i Titania. Planeringen av jourturerna utförs för skötarnas del så att de själva, på för ändamålet avsedd lista, med färgkod antecknar vilka turer de helst vill ha (gul) eller vilka de kan tänka sig ta (grön) men också vilka turer de inte kan ta (röd). På listan kan också önskemål om eventuell jourledighet, kortare arbetsdagar mm, antecknas. Listorna uppbevaras på anslagstavla i Hjärtstationens kafferum. Om listplaneringen inte kan göras enligt arbetstagarens önskemål så vidtalas arbetstagaren och man kommer överens om planeringen.

Eftersom röntgenstrålar används vid så gott som alla undersökningar och åtgärder på Hjärtstation införskaffas personliga strålskydd åt alla skötare och läkare som jobbar på enheten. Skyddsutrustningen består av tvådelad dräkt (väst och kjol), thyreoideaskydd och glasögon. Dessutom använder läkarna strålskydd för huvudet (pannband).

Alla röntgenskötare och sjukskötare på Hjärtstationen har flyttats över till strålsäkerhetsklass B från klass A enligt överenskommelse med överfysikern. Detta beslut gjordes efter den kliniska interna auditeringen där frågan lyftes fram och där nödvändigheten av att skötarna fanns i strålsäkerhetsklass A ifrågasattes. De kardiologer som arbetar i angiologaboratoriet hör till strålsäkerhetsklass A då de regelbundet har mätbar strålning på sina strålmätare, i motsats till skötarna.

Personalens sjukfrånvaro och orsak därtill följs med via Exreport-programmet. Närcheferna har tillgång till en automatiserad rapport. 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 debriengstillfällen, 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.

Trygghetsalarm finns på de Dect-telefoner som fortfarande finns i användning, Alarmet går till väktaren. För de som arbetar i team inne i angiolabben finns en alarmknapp för tillkallande av extra hjälp. Plakat med telefonnummer till väktare finns uppsatta på flera ställen på enheten; i vardera angiolabben, i läkarnas arbetsrum (s.k. Mitten) samt i kansliet.

Ett arbetsrum för pacemakerskötarna har helt nyligen (6/2026) tagits i bruk utanför Hjärtstationens egentliga utrymmen (s.k. pame-rummet). I utrymmet utförs också patientmottagning. Därför håller man på tekniska sidan på att ordna så att befintliga larmet på Hjärtstation som också används inne i angiolabben ska kopplas till pame-rummet. Meningen är att larmet ska fungera i båda riktningarna - pacemakerskötaren kan larma hjärtstationen och hjärtstationen kan larma pacemakerskötaren om tilläggsresurs/hjälp behövs.

Samtliga alarmfunktioner bör 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 resultatområdets beredskapsplan ska innehålla en plan för personalfördelning i allvarliga störningssituationer och undantagstillstånd. Tjänsteenheterna (resultatområden) ska rapportera och publicera i uppföljningsrapporten för egenkontroll sådana avvikelser som gäller ett tillräckligt personalantal och vilka korrigerande åtgärder som vidtagits.

ENHETSBESKRIVNING

Hjärtstationen är en del av den akuta vården inom ÖVPH och behovet av resurser, särskilt i angiolaboratorierna, kan också snabbt förändras. Eftersom det inte finns inskolade vikarier för Hjärtstationen och då inskolningstiden för deltagande i hjärtinfarktjouren (s.k. STEMI-jour) är lång sker omorganisering av personalen vid behov internt på Hjärtstation. Detta är möjligt då man i de akuta lägena prioriterar arbetet i antiolabben och annullerar de elektiva och polikliniska patienterna enligt behov så att personalresurserna är tillräckliga för att sköta akut verksamhet (hjärtinfarktpatienter och andra patienter som är i behov av akuta invasiva kardiologiska undersökningar och åtgärder). Tack vare STEMI-jouren kan patienter vars undersökning/åtgärd behöver utföras inom visst antal timmar (trots att de inte är fråga om STEMI) utföras efter

Hjärtstationens normala öppethållningstid.

Om tillräckliga personalresurser tillfälligt inte finns, till exempel på grund av sjukdom, måste tillfälliga nödlösningar tas i bruk. Det kan behövas samarbete med andra närliggande invasiva kardiologiska enheter (Seinäjäki/SEKS, Karleby/MÖCS eller Åbo/TYKS). Det är den dejourerande kardiologen som måste ta detta beslut.

3.7 Sektorsövergripande samarbete och samordning av tjänster

ENHETSBESKRIVNING

På Hjärtstation genomförs undersökningar på remiss från välfärdsområdets olika tjänsteordnare och tjänsteproducenter. De flesta remisser går via medicinska polikliniken. Kardiologerna sköter veckovis om att läsa remisser och göra beslut om fortsatt vård. Hjärtstationen har utarbetat en modell för vilket innehåll en remiss för koronar angiografi bör ha. Föreskrifterna finns på Intranet (sökord "Hjärtstation" => Koronarangiografi och PCI föreskrifter/Remissinnehåll för koronarangiografi))

Hjärtstationen har utarbetat föreskrifter för professionella som beskriver hur patienterna förbereds inför undersökningar, hur eftervården ska ske och hemvårdsföreskrifter och -råd har utformats. Föreskrifterna för professionella finns tillgängliga på intranet med sökordet "Hjärtstation". Patientföreskrifterna är utarbetade för att förklara varför undersökningen görs, hur patienten ska förbereda sig och eventuella eftervårdsföreskrifter.

Hjärtstationen dokumenterar vården i patientdatasystemet Lifecare, som också används av de flesta andra tjänstenheter inom organisationen. För de elektiva patienterna bildar Hjärtstationens kö-skötare en vårdplan i Lifecare och planerar medicinpauser, eventuell vätskning, lab.prov mm. De elektiva patienterna planeras till Dagenheten och till Hjärtstationens polikliniska bäddplatser. Ett fåtal planeras till hjärtavdelningen. De akuta patienterna kommer i huvudsak från ambulansen (förstavården), akuten, hjärtavdelningen och TEVA. Efter undersökningen/åtgärden skriver personalen rapport i vårdplanen om patientens vistelse i angiologlabben. Likaså kan uppgifter om de akuta patienterna, som kommer från vårdavdelningar, sökas från Lifecare.

Hjärtstationens personal har fått rättigheter till det patientdatasystem, Clinisoft, som används på Intensivvårds- och övervakningsavdelningen. Rapport till TEVA sker dock via Lifecare.

Vid en STEMI-utryckning (akut hjärtinfarkt) samarbetar Hjärtstationen också med FimLab. För ändamålet finns ett särskilt telefonnummer som Hjärtstationens skötare ringer till. En bioanalytiker kommer i brådsakande ordning till Hjärtstation och hämtar lab.proven. Detta fungerar både jourtid och kontorstid, 24/7.

För daglig resurs och patientplanering används verksamhetsstyrningsprogrammet CCL Anywhere. Hjärtstationens samarbetsavdelningar använder samma program, vilket möjliggör och underlättar samordning och kommunikation mellan enheterna. Information om eftervård överförs också med hjälp av CCL Anywhere till hjärtskötaren, fysiatriska avdelningen och vid behov till SOTE-enheterna.

Inom ramen för intern strålsäkerhetsauditering som enligt strålskyddslagen ska ske vart fjärde år, samarbetar Hjärtstationen med motsvarande invasiva enheter på Satakunnan keskussairaala/ Björneborgs Centralsjukhus och Åbo Universitets Centralsjukhus (TYKS). Detta samarbete har

utvecklats för att få mesta möjliga nytta av de interna auditeringarna. De externa auditeringarna har kvalitetsbedömningstjänsten köpts från Labquality.

För arkivering av röntgenbilder, bildserier samt ultraljudsfiler används PACS. Samarbete med röntgenavdelningens PACS-skötare behövs därför. Dessutom samarbetar hjärtstation och röntgenavdelningen också när det gäller gemensam användning av vissa apparater och konsignmentlager.

Hjärtstationen har också samarbete med operationsavdelningen då det inom ramen för elektrofysiologin i de fall då patienten behöver djup sedering/sövning.

3.8 Lokaler och utrustning

ENHETSBESKRIVNING

Hjärtstationens utrymmen finns på F1. Hjärtstationens utrymmen följer lagar och bestämmelser med tanke på strålskyddsverksamhet. Strålsäkerhetslagen 859/2018, arbetarskyddslagen 738/2002 och bygglagen 751/2023 ska beaktas redan vid planeringen av utrymmena. Om verksamheten ändrar eller utrymmen renoveras ska ändringsanmälan göras till strålsäkerhetsmyndigheterna. Enligt strålsäkerhetslagen ska självbedömningar göras en gång per år, interna kliniska auditeringar, som kompletterar självbedömningarna, ska utföras minst vart fjärde år. Externa kliniska auditeringar ska göras minst vart 6 år. I social- och hälsovårdsministeriets förordning om joniserande strålning 1044/2018 beskrivs innehållet för auditeringarna och självbedömningarna mera utförligt. Utrymmenas planering bör beakta personalen och patienterna/klienternas möjlighet att skydda sig mot joniserande strålningen på ett tillbörligt sätt. Brister som upptäcks i utrustning eller utrymmen är personalen skyldiga att anmäla utan dröjsmål till förmannen och/eller teknisk personal via enhetens program Medusa eller genom telefonsamtal till tekniska röntgeningenjörerna (alternativt tekniska jouren).

Användningen av strålning förutsätter att utrymmen är utrustade med varningsljus som meddelar när strålningen är i användning och på så sätt förhindrar att utomstående inte går in i rummet. På dörrarna placeras skyltar "röntgenstrålning".

Noggrannare beskrivning av utrymmena:

På Hjärtstationen finns 2 åtgärdsrum (s.k. angiolab). Båda angiolabben är utrustade med mycket modern utrustning för invasiv kardiologi. Storleken på dessa två rum är dock för litet för att vara bekvämt för personalen med tanke på dagens tekniska utrustning.

I den ena angiolabben (lab1) kan Hjärtstationens samtliga undersökningar utföras, inklusive elektrofysiologiska undersökningar och ablationer som kräver specialutrustning.

I det andra angiolabben (lab 2) utförs, förutom kor.angiografier/PCI och pacemakeråtgärder, helst STEMI-patienternas undersökningar och ballongutvidgningar (PCI) då det angiolabbet har den nyaste genomlysningsapparaten med nyaste teknik och bästa strålhygien för patienter och personal. För att skydda både patient och personal för onödig exponering av röntgenstrålar används Lab2 för längre åtgärder alltid då det är möjligt.

Det finns inget tillgängligt reservutrymme (angiolab) vid servicestopp eller när tekniken på genomlysningsapparaterna havererar. I op:s hybridsal kan man med lite svårighet utföra lättare pacemakeråtgärder och i röntgenavdelningens angiolab kan man i nödfall utföra koronarangiografier. Eftersom ingendera genomlysningsapparater och bildrör är utformade för invasiv kardiologi blir arbetet mycket komplicerat i dessa utrymmen. Det finns inget annat

utrymme där vi kan utföra de elektrofysiologiska undersökningarna och ablationerna än i Hjärtstationens lab1.

På Hjärtstation finns två bäddplatser för polikliniska patienter som kommer för en undersökning/åtgärd som utförs på Hjärtstation. Det finns utrymme för två sängplatser dit elektiva och akuta patienter förs från andra enheter i väntan på att läkare ska undersöka och de ska tas in i angiolabben. Detta utrymme är för litet då det samtidigt kan finnas 3-4 sängar som behöver få plats.

Mellan angiolabben på Hjärtstation finns 4 (+ 2) arbetsplatser (s.k. Mitten) med datorer för kardiologerna. Utrymmet är inte ändamålsenligt då det är ett genomgångsutrymme med hög ljudnivå och litet utrymme. 6/2026 gjordes utrymmet aningen mera drägligt med hjälp av höj- och sänkbara skrivbord med mellanväggar för de 4 arbetsplatserna som ligger intill varandra.

I Hjärtstationens kansli finns 5 arbetspunkter varav 4 dagligen är fullsatta. Patientarbetet gynnas av närheten mellan kö-skötare, avdelningsskötare och de båda sekreterarna. Ljudnivån är dock hög och det är en orolig arbetsplats då alla personer i rummet tar emot och ringer många samtal, alla konsulterande läkare besöker kansli och många patienter kommer för spontanbesök eller inkallade till pacemakerpk eller för att visa upp punktionsställe efter en angiografi. Egen personal besöker också ofta kansli då dagsplaneringen (som ofta måste ändras p.g.a enhetens akuta natur) sker från kansliet. Alla som har ärende till någon av de fyra personerna i kansliet kommer förstås in till kansliet.

6/2026 fick Hjärtstationen ett tilläggsutrymme på Y1 för pacemakerskötarnas verksamhet. Då pacemakerskötarna sköter allt mer av läkare delegerade uppgifter behövs ett utrymme där de kan få arbetsro. Detta var inte fallet då pm-skötarna utförde sina arbetsuppgifter i samma utrymme som bäddplatserna finns.

Materialansvarigas arbetsplats för varubeställning och -mottagning kunde 6/2026 flyttas från korridoren till pm-skötarnas tidigare utrymme.

På enheten finns endast en WC för patienter och en personal-WC.

3.9 Medicintekniska produkter, informationssystem och användning av teknik

Medicintekniska produkter

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

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

Hjärtstationen har en apparatansvarig på enheten. Den apparatansvariga ansvarar för att upprätthålla och uppdatera ett register över medicintekniskapparatur på enheten tillsammans med närförmannen och tekniska enheten. I programmet Medusa finns apparaturen registrerad och innehåller också serviceprotokoll.

I registret finns all medicinteknisk utrustning på enheten. Enhetens introduktionsprogram omfattar inskolning i användningen av all apparatur på enheten. På enheten finns huvudansvariga för röntgenapparaterna samt övrig apparatur. De huvudansvariga är med vid upphandlingsprocessen (gäller rtg-apparater) och får en fördjupad utbildning och kunskap i användningen av apparaturen. De ansvarar för att utforma föreskrifter som omfattas av såväl radiologisk apparatur och annan tilläggsapparatur, som används vid undersökningarna, så som automatsprutor m.m.

För genomlysningsapparaterna (2) finns ett felhäfte (numera digitalt). Personal är ansvarig för att anteckna tekniska fel i häftet och att omedelbart kontakta sjukhusets röntgeningenjörer.

Apparaten används inte före röntgeningenjörer gett tillåtelse.

Röntgeningenjörerna planerar årsservice till enhetens röntgenapparat och följer upp resultat från strålmätningarna i samband med servicen. Var och en i personalen som använder apparater är ansvariga att anmäla eventuella avvikelser och meddelar övrig personal om förbud att använda apparaten. Röntgeningenjörerna är med vid upphandlingen och får apparatspecifik skolning för att kunna göra reparationer på all röntgenapparat i välfärdsområdet (också årlig årsservice efter att garantitiden gått ut). De beställer reservdelar och avgör om firmans servicepersonal begärs på plats för att utföra servicen.

Enhetens ansvariga för en apparat följer upp att registrerad apparatur genomgår årsservice och meddelar om ny apparatur som har inköpts. Tekniska enheten testar och godkänner apparaten före den får tas i bruk. Personal som använder apparaterna är skyldiga att meddela den tekniska enheten om problem förekommer. Apparansvariga ansvarar för att obrukbar apparatur avregistreras och att nyanskaffad apparatur registreras i Medusa.

Enhetens fysiker övervakar stråldoser och optimerar stråldoserna tillsammans med röntgensköterna och kardiologerna. Eventuella strålavvikelser registreras och vid behov kontaktas apparatens tillverkare.

Hjärtstationens ledning utser en grupp på enheten som planerar anskaffning av ny apparatur i samarbete med röntgeningenjörerna och bedömer när en röntgenapparat har nått sin livslängd och behöver förnyas. När ny medicinteknisk apparatur anskaffas registreras apparaten i Medusa registret och medicinsk tekniska enheten testar och godkänner apparaten före den tas i användning. Vid upphandlingen av röntgenmaskiner överstiger kostnaderna ofta de nationella gränserna och därför kontaktas välfärdsområdets inköpsenhet för att tillsammans göra upphandlingen enligt inköpsdirektivet. Processen görs i mångprofessionellt samarbete där såväl funktioner, stråldoser, säkerhet, användarvänlighet och bildkvalitet beaktas. När apparaten har tagits emot gör röntgeningenjörerna och deltagarna vid upphandlingen en slutgranskning en tid efter att apparaten har installerats. Först när slutgranskningen är gjord och godkänd av alla parter börjar garantitiden.

Namn på namngiven ansvarig för medicintekniska produkter (enhetens apparatansvariga)

Hjärtstationens apparatansvarig: Monica Granskog, röntgenskötare, tel. 06-2132625

Gunilla Carlson, enhetschef/avd.skötare tel. 040-5754423

Matilda Hosiasluoma, röntgeningenjör 06-2131167 eller 044-3231167

Bo Lind, röntgeningenjör 06-2131165 eller 044-3231165

Petri Luoma, chef för sjukhusteknik, telefonnummer 044 323 1181

Informationssystem och informationssäkerhet

ENHETSBESKRIVNING

Informationssäkerhetsplan

Österbottens välfärdsområde säkerställer tillsammans med 2M-IT experter att datasystem som motsvarar kraven i kunduppgiftslagen (703/2023) används inom välfärdsområdet/ tjänsteenhetsen 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. Övph:s IT-direktörer är ansvariga för informationssäkerhetsplanen och dess uppdatering.

Personalen på Hjärtstation kan i arbetet i angiologaben logga in på datorn med gemensam inloggning men till de enskilda programmen loggar personalen med sitt personliga yrkeskort och/eller personliga koder.

Patientdatasystemen fungerar enligt personliga profiler som förmannen beställer via 2Mit:s beställningsprogram. Röntgenskötarna, sjukskötarna och kardiologerna arbetar förutom Lifecare till en del också i LIW programmet.

Användande av teknologi

ENHETSBEKRIVNING

Hjärtstation är en högteknologisk avdelning och det finns ett stort antal 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. Personalen på Hjärtstationen måste få 20/40 timmar strålskolning per fem år. Detta för att få kunskap i att skydda patienten och sig själv för onödig strålning. För enhetens två röntgenapparater (genomlysningsapparater) finns separata säkerhetsrutiner ss. vika-vihko, dagliga säkerhetstester mm

Vid störningar i röntgenapparaturen meddelas röntgeningenjörerna om störningen per telefon eller via WhatsApp-grupp. Vid störning i övrig apparatur meddelas tekniska enheten via Medusa eller per telefon i mera brådskande fall. Störningen kartläggs och åtgärdas antingen av röntgeningenjörerna, medicinsk teknik eller tillverkaren. Ifall störningen orsakar fara för patienten görs Haipro anmälan inklusive Fimea anmälan.

I båda åtgärdssalarna finns likvärdiga genomlysningsapparater med tilläggsutrustning med hjälp av vilka man kan utföra alla invasiva undersökningar och åtgärder på koronarsidan och vad gäller implantationer och borttagningar av pacemaker. Om rtg-apparaterna i både Lab1 och Lab2 skulle vara oanvändbara så kan kor.angiografierna med viss möda utföras i röntgens angiosal och pacemaker kan i princip in-opereras i operationssalens hybridsal. Eftersom genomlysningsapparaterna på op och röntgen inte är avsedda för invasiv kardiologi är användningen rätt komplicerad. Service av söndrig apparatur kan leda till förlängda väntetider.

Tilläggsutrustning för utförande av elektrofysiologiska undersökningar och ablationer finns endast i Lab1. Denna apparatur är inte mobil. El.fys.undersökningar och ablationer kan därför inte utföras på något annat ställe än i Lab1.

Enhetens lånar inte generellt ut apparatur åt patienterna men inom ramen för pacemakerpolikliniken får patienten en apparat kopplad till distansmonitorering av pacemaker. Dessa apparater används endast åt en patient. Apparaten kan vara en för ändamålet särskild box som vanligtvis placeras hemma på patientens nattduksbord men funktionen kan också finnas i en applikation som laddas ner i en smarttelefon.

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

Monica Granskog, röntgenskötare
Gunilla Carlson, avd.skötare/närchef

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 läkemedelsbehandlingar en gång om året och vid behov oftare om verksamheten i enheten, ansvariga eller lagstiftningen ändras.

ENHETSBESKRIVNING

De patienter som behandlas på Hjärtstationen behöver oftast ingen omfattande läkemedelsbehandling under sitt besök.

Hjärtstationen har två läkemedelsansvariga sjukskötare. De har tillsammans med närchefen och enhetens överläkare gjort upp enhetens läkemedelsplan, senast uppdaterad 2026. Personalen kvitterar planen läst digitalt.

Alla sjukskötare och röntgenskötare skall ha ett ikraftvarande läkemedelslov (LOVe). Läkemedelsloven finns registrerade digitalt i Laatuportti och förnyas där via. Tills vidare uppbevaras också pappersversionen i pärm i låsbart skåp. Nya arbetstagare introduceras i enhetens läkemedelsbehandling i samband med introduktionen. Den nyanställdas handledare går sedan igenom mer praktiska saker.

På enheten finns inget särskilt läkemedelsrummet men det finns ett huvudmedicinskåp och ett mindre låsbart skåp i vardera angiolabb. Därtill finns två akutkärror, en i vardera angiolab intill patientbritten. Även dessa är låsbara. På enheten uppbevaras också passernyckel till dejourapoteket. På enheten finns det också ett låsbart medicinkylskåp och ett värmeskåp. På enheten dubbelkontrolleras alla intravenösa och subkutana läkemedelsdoser av en andra sjukskötare eller röntgenskötare. Undantag mediciner som används vid akuta situationer.

Enheten har ingen farmaceut. En sjukskötare och/eller en röntgenskötare sköter medicinbeställningarna under kontorstid.

Namn på läkare som ansvarar för läkemedelsbehandlingshelheten i enheten

Päivi Pietilä-Effati. överläkare i kardiologi

Namn på sjukskötare som ansvarar för verkställandet av läkemedelsbehandlingshelheten i enheten

Pia Solvin, sjukskötare

Emma Nyman, sjukskötare

Gunilla Carlson, närförman/avd.skötare

3.11 Näring

ENHETSBESKRIVNING

Denna punkt berör generellt inte Hjärtstation.

På enheten finns två bäddplatser för polikliniska patienter. Åt dessa beställs ingen lunch. Patienten får efter undersökningen/åtgärden en smörgås och kaffe. Därtill saft och en yoghurt. Smörgåsarna beställs från kantin och övriga varor från sjukhusköket.

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 välfärds (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 på Hjärtstationen. Hjärtstationen har utsett en egen hygienansvarig och enheten diskuterar ofta förebyggandet av infektioner, främst gällande pacemakerimplantationspatienter,

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. Ansvarsläkaren för pacemakerimplantationer och avd.skötaren diskuterar med infektionsskötaren minst en gång årligen och statistik på antalet sjukhusinfektioner på enheten patienter fås. Vid behov konsulteras även infektionsläkaren.

Personalens användning av handsprit följs med både kvantitativt och kvalitativt. Den kvantitativa uppföljningen rapporterar mängden använd handsprit, den kvalitativa uppföljningen rapporterar (genom observation) användning av handsprit vid rätt tillfälle och med rätt teknik. Den kvalitativa användningen har diskuterats en hel del arbetsgruppen under de senare åren. En sjukskötare från operationsavdelningen har under Hjärtstationens avdelningstimme demonstrerat desinficerande handtvätt, steril tvätt av op-område samt hur patienten täcks med sterila dukar. Målet med åtgärderna är att så effektivt som möjligt minska förekomsten av infektioner i samband med pacemakerimplantationer.

Namn på hygienansvarig

Johanna Långkvist, sjukskötare

3.13 Hälso- och sjukvård

ENHETSBESKRIVNING

Personalen på Hjärtstation ger både elektiv och akut sjukvård. Akuta situationer är en del av vardagen. Återupplivning och andra akuta situationer övas regelbundet genom simulering. Alla i personalen simulerar hjärt-lungräddning årligen. Utbildningen registreras i Alma.

Eftersom Hjärtstation är en åtgärdsenhet är patientkontakterna korta. Därför besvaras inte alla punkter under denna rubrik.

Dödsfall är ovanliga på Hjärtstation. Om en patient avlider är det av största vikt att behandla kroppen med största värdighet och respekt. I de flesta fall hämtas/förs den avlidna tillbaka till den avdelning därifrån hen kom. Om patienten inte hunnit skrivas in till någon enhet hämtas den avlidne till akuten där den avlidnes kropp förbereds för överflytt till patologiska avdelningen. På Hjärtstationens Teams finns också föreskrifter för hur personalen ska handla vid dödsfall ifall att den avlidna flyttas direkt från Hjärtstationen till patologiska avdelningen. Dokumentet heter "Exitus på Hjärtstation - hur handla".

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

På grund av Hjärtstationen är en åtgärdsenhet med korta patientkontakter berör inte denna punkt enheten.

Hjärtstationens personal meddelar dock till hjärtskötaren då en PCI utförts för att hen ska omhänderta patientens fortsatta uppföljning och rådgivning för konservativ och preventiv vård. Alla nyupptäckta kranskärlspatienter remitteras till fysiatrika avdelningen.

3.15 Behandling av klient- och patientuppgifter och dataskydd

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

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

personuppgiftsincident).

Alla välfärdsområdets arbetstagare, studerande och övriga personer som behandlar sekretessbelagda uppgifter i organisationen undertecknar sekretessförbindelse om användning av uppgifter och informationssystem. Tystnadsplikten gäller arbetstagare under och efter anställnings- eller uppdragsförhållandet. Av arbetstagarna förutsätts vidare att de slutför dataskydds- och informationssäkerhetsutbildning. 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 Lifecare, BCB-registren, Anywherium och WebFIMLAB. Uppgifterna arkiveras elektroniskt enligt nationella krav och välfärdsområdets anvisningar via Kantatjänsterna och övriga godkända informationssystem.

Personalen har personliga inloggningsuppgifter till alla program. Datorerna inne i angiolabben 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. I framtiden ska avtalen dokumenteras i dokumenthanteringssystemet Dynasty.

Nya arbetstagare introduceras i dokumenteringssystemen i samband med inskolningen.

Personalen informeras om hanteringen av patientuppgifter och vikten av att inte lämna datorer eller utrymmen oövervakade.

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.

Gunilla Carlson, avdelningsskötare, tel. 040575 4423

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 nns 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. Vårdförhållandenets 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
- Vårdförhållandenets 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. Dessutom genomförs omfattande strålsäkerhetsauditeringar, såväl externa (varit sjätte år, senast 3/2024) och interna (varit fjärde år, senast 1/2025). För de externa auditeringarna har tjänsterna hittills köps av Labquality. Sedan strålskyddslagen förnyades (859/2018) ändrades auditeringsprocessen från att tidigare endast omfattat extern auditering varit femte år och ingen intern auditering. Hjärtstationens ledning har tillsammans med överfysikern gått in för att de interna auditeringarna ska utföras i samarbete med andra invasiva kardiologiska enheter i Finland. Därför utformades en process där de invasiva kardiologiska enheterna på Björneborgs Centralsjukhus, Åbo Universitets Centralsjukhus och Vasa Centralsjukhus samarbetar runt de interna auditeringarna. Den först interna auditeringen enligt ovan beskrivna process utfördes på Hjärtstationen år 2025.

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 egenkontrollen och genom inkomna rapporter i 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 nns 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 tjänsteenheten/enheten identifierat och metoder som används för att hantera dem

Risk	Vilka metoder används för att hantera dem
Oplanerad personalfrånvaro, ingen vikarie	Omorganisering av verksamheten, endast i nödfall annullering av elektiva undersökningar och åtgärder
Riklig akut verksamhet	angio.lab-arbetet prioriteras, jourgruppen arbetar i första hand övertid då det behövs, om arbete pågår i båda angiolabben - övertidsarbete för 3+3 skötare
Vårdrelaterade infektioner	Uppföljning och vid behov processförändringar
Störningar, haveri av genomlysningsapparater	Reservutrustning sgs omöjlig att få, tätt samarbete med röntgeningenjörerna och firmarepresentanter för kortast möjliga avbrott
Störning av övrig medicinsk utrustning	Reservutrustning tas i bruk, samarbete med distributörer, tätt samarbete med tekniska avdelningen
Problem att få avdelningsplats (för pre- och postoperativ vård)	Specialarrangemang (delad pre- och post-vård) Ändring av plan, annullering av elektiv undersökning
Strålskyddsavvikelser	Föreskrifter och säkerhetsanvisningar följs
Kontrastmedelsallergier	Patienten får skriftlig och muntlig förfrågan om eventuell kontrastmedelallergi

4.2.1 Tjänsteproducentens och personalens anmälningsskyldighet

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

Tjänsteproducentens och personalens anmälningsskyldighet (tillsynslagen 741/2023, 29 §)
Tjänsteproducenten ska trots sekretessbestämmelserna omedelbart underrätta Österbottens välfärdsområde/tjänsteanordnaren och tillsynsmyndigheten om sådana missförhållanden som framkommer i tjänsteproducentens egen eller dennes underleverantörs verksamhet och som i väsentlig grad äventyrar klient- och patientsäkerheten samt om händelser, skador eller tillbud där klient- och patientsäkerheten har äventyrats allvarligt och om andra sådana brister som tjänsteproducenten inte har förmått eller inte förmår åtgärda genom egenkontroll.

En person som ingår i välfärdsområdets/tjänsteproducentens personal eller arbetar med

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

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

Elektroniska anmälningssystem som personalen har tillgång till är:

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

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

I övriga lagar stiftade anmälningsskyldigheter som gäller personalen:

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

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

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

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

Anmälan av epidemier och allvarliga infektioner i samband med vård

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 anmälning av oegentligheter och olämplig verksamhet i organisationen. Anvisningarna om hur du gör anmälan och länk till anmälningskanalen finns i välfärdsområdets intra (etisk anmälningskanal).

ENHETSBESKRIVNING

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 tjänsteproducent/samarbetspartners anmälan om farlig händelse eller missförhållande

Österbottens välfärdsområdets samarbetspartners kan lämna extern tjänsteproducent/samarbetspartners anmälan om allvarlig händelse, missförhållande eller tillbud i välfärdsområdets verksamhet via en webblankett. Anmälningarna styrs till klient- och patientsäkerhetskoordinatorerna samt till kvalitetsdirektören varefter anmälan 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 tjänsteproducentens 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

På Hjärtstation behandlas missförhållanden och olyckshändelser, farliga situationer och brister som uppstår i verksamheten lite olika beroende på riskens allvarlighetsgrad. Personalen uppmuntras att vid behov göra HaiPro-anmälningar, också av "nära-ögat"-händelser. Händelserna utreds tillsammans med berörda parter för att identifiera bakomliggande orsaker och behov av korrigerande eller förebyggande åtgärder. Två gånger årligen behandlas de anmälningar som hittills gjorts/inkommit men behandlas med snabb tidtabell om det finns behov. Enhetens personal görs delaktiga i hanteringen och målet är att lära sig av händelsen och förhindra att det upprepas.

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.

Vid misstanke om en allvarlig händelse informeras avdelningsskötare och ansvarig läkare omedelbart. Händelsen utreds enligt välfärdsområdets anvisningar för allvarliga avvikelser och patientsäkerhetskädelser. Vid behov genomförs en fördjupad händelseanalys i

multiprofessionellt samarbete.

Självutvärdering och riskanalys är en del av enhetens strålsäkerhetshantering och syftar till att förebygga och på förhand tänka igenom vilka farosituationer och kartlägga dem och utarbeta åtgärder för att minimera och eliminera faran. Självutvärdering görs i olika ärenden. Protokoll förs över diskussion och de åtgärder/beslut som gjorts. Dessa förvaras i mappen "Itsearviointi - Självutvärdering" på Hjärtstationens Teams.

Om den farliga situationen kan leda till eller har förorsakat en ökad stråldos åt patienten reds situationen ut enligt uppgjord process tillsammans med enhetens fysiker. Personalen gör anmälan via en elektronisk blankett. Blanketten syns omedelbart hos fysikern, som reder ut händelsen. Vid allvarliga incidenter görs en omedelbar anmälan till STUK (av fysikern). Andra farliga situationer anmäls via Haipro programmet och behandlas av enhetens förpersoner.

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.

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

Hjärtstation använder flera stödtjänster som upphandlas och avtalas på välfärdsområdesnivå, bland annat TeeSe, Fimlab och 2M-IT. De externa strålauditeringstjänsterna har hittills köpts av Labquality. Gällande köptjänster av personal så är samtliga sjukskötare, röntgenskötare och kardiologer som arbetar på Hjärtstation anställda av ÖVPH. En kardiolog arbetar på kortare anställningsförhållanden < 10 veckor årligen. Två kardiologtjänster är för tillfället obesatta.

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 telefontråk, 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 denieras i välfärdsområdets beredskapsplan, enhetens säkerhetsanvisningar samt i handlingskort. 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. Följande säkerhetspromenad planerad till 16.9.2026.

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

Gunilla Carlson, avd.skötare, 040 575 4423

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

I Verksamhetsplanen i Opiferus ställs enhetens mål och mätare av kvaliteten upp.

Kvaliteten och säkerheten på Hjärtstation följs upp med era 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).

Kontakter till patientombudsmannen uppföljs.

Kö-tiderna och antalet prestationer i varje åtgärdsgrupp uppföljs månatligen av avdelningsskötaren som rapporterar till överläkaren.

STEMI-verksamheten utvärderas minst en gång årligen.

Enheten använder ett av de vedertagna kardiologiska registren - BCB för koronarangiografi/PCI, pacemaker och för elektrofysiologi. Tack vare detta möjliggörs nationell jämförelse med andra producenter av invasiv kardiologi. Verksamhets- och kvalitetsdata ss. mortalitet, behovet av ny invasiv vård efter PCI och andra kvalitetsindikatorer inom den invasiva kardiologin kan jämföras.

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

Kundnöjdheten mäts med hjälp av NPS och Roidu. Mätare för personalens nöjdhet antal skolningsdagar, NPS/NSS samt sjukfrånvarodagar,

Studerandefeedback fås via CLES.

Strålavvikelse rapporten sänds till STUK och ledningen till kännedom. Likaså auditeringsrapporterna.

Målen följs upp i ledningsgruppen och förpersonerna rapporterar vidare till verksamhetsområdets chefer. Avdelningsskötaren gör kvartalrapporter åt överläkaren som skickas till påseende åt överläkaren och minst en gång årligen också till ledande läkaren. Kvartalrapporten ligger ofta som grund för diskussionerna under ledningsgruppsmöten.

5.2 Uppföljning och rapportering av hur egenkontroll genomförs

Ansvariga personen i tjänstenheten/enheten och hans 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. Avdelningsskötaren 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, HaiProanmälningar, riskbedömningar, interna och externa auditeringar och anhörigrespons samt annan uppföljning av verksamheten. 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 (avdelningsskötare och överläkare samt ytterligare utsedd person) 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. 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

23.7.2026 version 1.1

Ansvarspersonens underskrift och godkännande

Gunilla Carlson, avdelningsskötare, telefon 040 575 4423, e-post 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
25.9.2026

Uppföljnings- och utvecklingsplan för egenkontroll

Korrigerande/ utvecklingsåtgärd	Mål	Tidtabell/fördelning av ansvar	Läge (under planering, under arbete, färdig)
Förkortning av el.fys- köerna	Kortare köer till el.fys-undersökningar och ablationer	25.9.2027/ rytmöverläkare, kardiologins överläkare, avd.skötare	under arbete
Uppdatering av processbeskrivningar	Alla processer är beskrivna i IMS	25.5.2027/överläkare och av.skötare	under planering
Utformande av handlingskort	Handlingskort finns på säkerhetssidan	25.5.2027/ avd.skötaren	under arbete
Avdelningens rutiner runt apparatpasset	Rutin för alla skötare att själva uppdatera sina apparatpass	25.5.2027	under arbete