



Österbottens välfärdsområde
Pohjanmaan hyvinvointialue

Kirurgisk avdelning 1, Plan för egenkontroll

Allmän information

Enhet

Kirurginen Osasto 1 H4

Rapporteringsdag

2026-01-22

Verksamhetschef

Johanna Sikkilä

Plan för egenkontroll

Innehållsförteckning

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

3.15 Behandling av klient- och patientuppgifter och dataskydd

4. EGENKONTROLLENS RISKHANTERING

4.1 Ansvar för riskhantering, identifiering och bedömning av risker

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

4.2.1 Tjänsteproducentens och personalens anmälningsskyldighet

4.2.2 Anmälningsskanaler för klient/patient och extern tjänsteproducent

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

4.3 Köptjänster och underleverans

4.4 Beredskaps- och kontinuitetshantering

5. UPPFÖLJNING AV EGENKONTROLL OCH RAPPORTERING

5.1 Uppföljning av kvalitet, riskhantering och rapportering

5.2 Uppföljning och rapportering av hur egenkontroll genomförs

6. Uppgifter för utarbetande och godkännande av plan för egenkontroll

1. UPPGIFTER OM TJÄNSTEPRODUCENTEN, TJÄNSTEENHETEN OCH VERKSAMHETEN

1.1 Tjänsteproducentens och tjänsteenhetens uppgifter

Tjänsteproducent

Österbottens välfärdsområde, FO-nummer: 3221324-6

Adress: Sandviksgatan 2–4, 65130 Vasa

Växel: 06 218 1111

Registratur: registrator@ovph.fi

Socialservicens registratur: socialvard.registratur@ovph.fi

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

Verksamhetsområdets namn

Sjukhuservice

Verksamhetsområdesdirektörens namn

Christian Palmberg

Telefonnummer

062131111

Tjänsteenhetens namn

Kirurgisk avdelning 1

Form av tjänst

Jourhavande vårdavdelning, specialistsjukvårdstjänster

Adress

Sandviksgatan 2–4, H-huset våning 4

Telefonnummer

062131652

Ansvarsperson(er) för tjänsteenheten eller tjänsteområdena och kontaktuppgifter

Överskötare Johanna Syrén

Koordinerande avdelningsskötare Bodil Mäki

Avdelningsskötare Johanna Sikkilä

Överläkare Ortopedi och traumatologi Erno Lehtonen-Smeds

Överläkare Plastikkirurgi Minna Ristiniemi

Överläkare allmänkirurgi Jaana Elberkennou

Ledande överläkare Tanja Skuthälla

Kontaktuppgifter:

fornamn.efternamn@ovph.fi

Växel: 06 218 1111

Resultatenhetens/verksamhetsenhetens uppgifter

Kirurgisk avdelning 1

Adress: Sandviksgatan 2–4, 65130 Vasa

06 213 1652 / Växel: 06 218 1111

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
Kosthållning	Teese
Fastighetsskötsel	välfärdsområdets egen produktion
Laboratorietjänster	Fimlab
It-tjänster, logistik, service och apparatur	2m-It
Konsulter, läkare	TYKS, TAYS, COXA
Arbetsplatshälsovård	TT Botnia
Väktartjänster	Securitas Oy
Madrasser som förebygger trycksår	Medimatress
Leasing apparatur	Renasys

1.3 Verksamhetsidé, värderingar och verksamhetsprinciper

ENHETSBESKRIVNING

Vårdavdelningarna erbjuder genom sina tjänster trygghet, funktionsförmåga och välmående till sina klienter på båda inhemska språken. Vår verksamhetsidé är att erbjuda kvalitativ sjukvård på basen av varje patients individuella, medicinska behov. Våra värderingar är att agera jämlikt och jämställt, arbeta från människa till människa samt att se framåt och arbeta ansvarsfullt. Specialsjukvårdstjänster inom Österbottens välfärdsområde produceras vid Vasa centralsjukhus

Kirurgiska avdelning 1 sköter i huvudsak ortopedi och traumatologi samt plastik- och allmän kirurgi och tillhandahåller specialistsjukvårdstjänster för hela befolkningen inom Österbottens välfärdsområde. Enheten är en akut jourhavande vårdavdelning och patienterna kommer till avdelningen antingen planerat för en operation, jourmässigt via akuten eller som överflyttning från andra sjukhus. Verksamheten präglas av ett rehabiliterande arbetssätt som främjar snabbast möjliga återhämtning för patienterna.

Enheten är en kirurgisk vårdavdelning med verksamhet dygnet runt. I genomsnitt är 70 % av verksamheten akutbetonad och 30 % planerade operationer. Inom ortopedi och traumatologi vårdas patienter med behov av operationer av allt från proteser till olika slag av benbrott. Inom plastik- och allmän kirurgi sköter man om operationspatienter med bröstcancer, korrigerande kirurgi och patienter i behov av sårvård. Även patienter inom andra medicinska specialiteter kommer vid behov till avdelningen.

På avdelningen arbetar vi multiprofessionellt och personalen består av läkare från respektive specialitet, sjukskötare, närvårdare, fysioterapeuter, sekreterare samt anstaltsbiträden. Vi samarbetar också med andra yrkesgrupper vid behov. Vårdpersonalen sköter om patienterna enligt principen om individansvarig vård.

Målet är högklassig vård och nöjda patienter. Professionell personal stöder patienterna till att själva vara aktiva, garanterar trygghet och säkerställer kontinuitet i vården. Vi upprätthåller en kvalitativ vård genom att utföra patientsäkert arbete samt kontinuerligt utbilda personalen. Patientens motivation till rehabilitering är av största vikt, men med tanke på den fortsatta vården är också de anhörigas stöd viktig för patientens tillfrisknande. Mer än hälften av patienterna skrivs ut direkt hem efter en operation, men en del patienter kräver mer rehabilitering och förflyttas då till en hälsovårdscentral för fortsatt vård.

Välfärdsområdena styrs av tre centrala lagar som stiftades i samband med välfärdsområdesreformen: lag om välfärdsområden (611/2014), lag om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) samt lag om ordnande av räddningsväsendet (613/2021).

Hälso- och sjukvårdstjänsten styrs av hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) samt bland annat av speciallagar om företagshälsovård (1383/2001), lagen om assisterad befruktning (1237/2006), lag om smittsamma sjukdomar (1227/2016) samt lag om gränsöverskridande hälso- och sjukvård (1201/2013).

I tillsynslagen (Lag om tillsynen över social- och hälsovården, 741/2023) föreskrivs om tillsynen över anordnare av social- och hälsovårdstjänster, om privata och offentliga tjänsteproducenters verksamhetsförutsättningar och om registrering, egenkontroll och myndighetstillsyn.

Klienternas och patienternas ställning inom social- och hälsovårdstjänsterna tryggas av lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000), lag om patientens ställning och rättigheter (785/1992) och i bestämmelsen i 46 a § socialvårdslag (1301/2014).

Om personalen inom social- och hälsovården föreskrivs i lag om yrkesutbildade personer inom socialvården (817/2015) och lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994).

Behandlingen av patient- och klientuppgifter inom social- och hälsovården samt vid ordnande

och tillhandahållande av social- och hälsovårdsservice föreskrivs i lag om behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården (703/2023, hädanefter kunduppgiftslagen).

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

2.1 Utarbetande av en plan för egenkontroll

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

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

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

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

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

Avdelningsskötare Johanna Sikkilä

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

Överläkare Erno Lehtonen -Smeds, 062131652

ENHETSBESKRIVNING

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

2.2 Genomförande av en plan för egenkontroll, publicering och uppdatering

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

ENHETSBESKRIVNING

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

Personalen uppdaterar regelbundet sina kunskaper i läkemedelshantering samt avlägger tenter och visar upp godkända prestationer enligt organisationens krav. Personalen har bekantat sig med avdelningens läkemedelsplan. All personal deltar vart femte år i säkerhetsutbildningar och släckningsövningar, samt övar utrymning av patient vid eventuell brand vart tredje år. Resultatområdets personal har beredskap för olika avvikande händelser på avdelningen och avdelningen har för detta en beredskaps och säkerhetsplan. All personal är skyldig att upprätthålla sin yrkeskunskap i enlighet med organisationens anvisningar. All fortbildning följs upp på personnivå och närcheferna följer med och möjliggör att all personal kan upprätthålla sin kompetens.

3. KLIENT- OCH PATIENTSÄKERHET

3.1 Kvalitetsmässiga krav på tjänsten

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

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

ENHETSBESKRIVNING

På resultatområdet följer vi organisationens vision. Vi använder våra resurser verkningsfullt. Patientsäkerhet och kvalitet är högt prioriterat. Vi säkerställer kontinuerligt stärkande av personalens kunnande. Enligt våra löften till patienterna säkerställer vi kvaliteten i arbetet 24/7,

vi finns till hands när vi behövs och patienten kommer alltid först. Vi hjälper patienten att upprätthålla välmående och stöder även anhöriga vid behov. Vi arbetar för att vårdkedjorna och processerna kring dem skall vara så fungerande som möjligt.

Kvalitetscertifikatet förutsätter att verksamheten regelbundet utvärderas via interna och externa auditeringar. Före varje auditering förbereder sig resultatområdet genom en självutvärdering av verksamheten. Organisationens egen tillsynsenhet gör också systematiska egenkontrollbesök på avdelningarna. Om det framkommer områden i behov av utveckling, ges avdelningen förslag om åtgärder enligt uppgjord plan.

Tillsynsmyndigheterna utför granskningar av vår verksamhet. Arbetarskyddet kan vid behov ge utvecklingsförslag och anvisningar vid behov av förändring.

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

HaiPro är ett rapporteringssystem för anmälan om tillbud och negativa händelser i vården. Personalen uppmanas att anmäla avvikelser i patient- och klientsäkerheten och rapportera dessa i HaiPro-systemet. Varje anmälan behandlas och går igenom med personalen. Målet är att diskutera avvikelserna för att tillsammans bedömma utvecklingsbehov och möjligheter för att förhindra att liknande situationer uppstår. Rapporteringen bidrar till att man på avdelnings- och organisationsnivå kan utveckla och förbättra verksamheten.

Via Roidu digitala responssystem får patienter och anhöriga ge positiv och negativ respons. Responserna ges via web-sidan och Roidu QR-koder som dirigerar vidare till Roiduprogrammet. QR-koderna finns på avdelningens anslagstavla och en lapp delas med vid utskrivning. Responserna ges anonymt eller med uppgivande av kontaktuppgifter. All inkommen respons beaktas i verksamhetsutvecklingen. Resultatet av utvärderingen delges personalen.

Vårdtyngden på enheten följs upp via programmet Rafaela. I Rafaela får varje patient en vårdintensitets klassificering per dygn som indikerar hur mycket resurser varje enskild patient kräver. Patienternas vårdintensitet ställs i relation till de dagliga personalresurserna och detta ger ett värde som visar hur nära belastningen är optimal på avdelningen. Enhetens vårdtyngd skall vara inom ett visst område för att personalen skall ha förutsättningar för att kunna ge god och säker vård och omsorg. På basen av rapporten kan man se om avdelningens resurser är tillräckliga. Resultatet av rapporten delges personalen.

Övriga nyckeltal finns att följa upp i ett lednings- och rapporteringssystem Exreport. Här följer vi upp centrala nyckeltal gällande personal, patienter och ekonomi.

Enheterna gör årligen verksamhetsplaner i ett för organisationen gemensamt program Opiferus. På basen av verksamhetsplanen görs även utvärderingar av verksamheten. Av verksamhetsplanen framgår organisationens målpunkter, vilka centrala mätare som används för att utvärdera verksamheten, vilka åtgärder som tillämpas samt vilka risker som hotar verksamhetens mål.

Egenkontrollrapporter sammanställs kvartalsvis.

Möten ordnas för enhetens personal regelbundet för att delge information. Personalen deltar aktivt i utvecklingsprocesserna och är också själva ansvariga för att upprätthålla sin

yrkesmässiga kompetens. Personalen eftersträvar likabehandling och likvärdig kvalitet för alla välfärdsområdets patienter på avdelningen. Patienterna vårdas på båda de inhemska språken.

3.2 Ansvar för tjänsternas kvalitet

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

ENHETSBESKRIVNING

Organisationen är en matrisorganisation, där ansvarsområdena är sammanflätade och fastställda i förvaltningsstadgan och i olika anvisningar och uppgiftsbeskrivningar. Välfärdsområdesförvaltningens ledande tjänsteinnehavare, leder de administrativa tjänsterna i syfte att bistå välfärdsområdets övriga verksamhet.

- Verksamhetsområdesdirektörerna leder verksamhetsområdena och sammanjämkar verksamheten mellan de olika verksamhetsområdena.
- Resursdirektörerna, som beträffande vårdavdelningarna huvudsakligen är chefsöverskötare och chefsöverläkaren, leder i direkt linje sin personal.
- Chefsöverskötare leder vårdpersonalen, terapeuterna och sekreterarna och chefsöverläkaren läkarkåren och vissa sakkunniga.
- Mellanledningen består av resultatområdesansvariga. Resultatområdesansvariga leder inom sin egen linje och för egen del resultatområdets servicehelhet. Resultatområdesansvariga ansvarar på basis av linjedragningarna i strategin samt verksamhets- och ekonomiplanen för att servicen finns tillgänglig men även för servicekvaliteten, klient- och patientsäkerheten och verkningsfullheten i servicen samt för patientstyrningen. Resultatområdesansvariga utvecklar de centrala processerna inom sitt ansvarsområde i samarbete med verksamhetsområdesdirektören och resursdirektörerna.
- För vårdavdelningarna finns en ledningsgrupp för resultatområdet som sammankommer regelbundet. Enligt verksamhetsstadgan ansvarar respektive resultatansvarig för enhetens verksamhet och ekonomi och för att servicen fungerar samt för ledningen av enheterna.

3.3 Klientens ställning och rättigheter

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

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

3.3.1 Tillgång till tjänster och vård

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

maximala väntetider för att få vård finns på Social- och hälsovårdsministeriets webbplats:

[Tillgång till vård \(vårdgaranti\) - Social- och hälsovårdsministeriet \(stm.fi\)](#)

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

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

Ordnande av vård ifall att den maximala väntetiden överskrids

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

ENHETSBESKRIVNING

Patienterna vårdas på basen av en medicinsk vårdbedömning som är likvärdig för alla patienter. Vården verkställs i enlighet med medicinsk praxis och organisationens anvisningar. En medicinsk prioritering görs och patienterna placeras på rätt vårdplats på basen av denna. Genom samarbete mellan vårdavdelningar, akutsjukhus och koordineringscenter tryggas tillgången av tjänst för patienterna. Vi arbetar kontinuerligt för att fördröjningarna i flytten från en vårdnivå till nästa skall vara så kort som möjligt. Samtidigt strävar vi till en optimal patientström där patienten styrs till rätt vårdenhets på rätt nivå direkt. Öppenvårdsalternativ utnyttjas alltid när detta är möjligt.

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

3.3.2 Bedömning av servicebehov/vårdbehov

ENHETSBESKRIVNING

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

Patienterna vårdas på basen av en medicinsk vårdbedömning som är likvärdig för alla patienter. Vården verkställs i enlighet med medicinsk praxis och organisationens anvisningar. Vårdbehovet följs kontinuerligt upp under vårdperioden. Dagligen samarbetar kirurger, läkare, vårdare, fysioterapeuter och vid behov andra sakkunniga för att bedömma patienternas funktionsförmåga och vårdbehov. Vårdens genomförande planeras alltid i samråd med patienten, vid behov i samråd med anhörig. Vi ser till att patienter som är kliniskt färdiga antingen skrivs ut till sitt hem eller förflyttas till rehabiliterande enhet så fort möjlighet ges. Om patienten får ett mer krävande vårdbehov flyttas denne vidare till annat sjukhus eller intensivvården. På så vis optimerar vi specialiteten vår avdelning kan erbjuda och ser till att vi kan ta emot de patienter som har behov av den specialitet vi erbjuder.

Avdelningen är i bruk 24/7 och har personal som arbetar i tre skift. För vardera skift utses en egen vårdare för varje patient. Egenvårdaren är patientens kontaktperson.

3.3.3 Planering och genomförande av tjänsten/vården

ENHETSBESKRIVNING

Inom social- och hälsovården ska patientens självbestämmanderätt respekteras. Patienten har rätt att delta i och påverka planeringen och genomförandet av sin vård. Om en myndig klient inte själv kan delta eller påverka, ska hens vilja utredas tillsammans med den lagliga företrädaren, anhöriga eller annan närstående. En minderårigs åsikt ska beaktas enligt ålder och utvecklingsnivå. Det ska framgå hur planer för patientens lagstadgade tjänster utarbetas och justeras, som klient-, service- eller vårdplan, samt vem som ansvarar för dem och vem som deltar i arbetet.

Den individuella vårdplanen följs kontinuerligt upp av ansvarig läkare, vårdpersonal och eventuella specialmedarbetare. Vården genomförs enligt denna plan.

Patienten har rätt att få information om sin vårdplan. Ändringar i planen diskuteras med patienten och meddelas till patienten och vid behov anhöriga. Om patienten inte kan uttrycka sina önskemål är samarbetet med anhöriga särskilt viktigt.

Vid ankomst till avdelningen gör vårdpersonalen en daglig plan för vårdarbetet, som inkluderar genomförandet av läkarens ordinationer. Den dagliga planen följs upp och uppdateras kontinuerligt. Avdelningsläkaren gör en ankomstbedömning, medicinsk vårdplan och epikris (vårdöversikt). Både vårdpersonalens vårdsammandrag och läkarens epikris finns för patienten i OmaKanta och innehåller anvisningar för fortsatt vård och uppföljning.

All patientrelaterad dokumentation görs i den elektroniska patientjournalen. Personalen läser och dokumenterar information om vården under varje arbetsskift.

3.3.4 Bemötande av klient/patient och rättigheter

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

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

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

Självbestämmanderätten är varje människas grundläggande rättighet, och den inbegriper rätt till personlig frihet, likvärdighet, integritet och säkerhet. Den har nära samband med rätten till privatliv och skydd för privatlivet. Tjänster och vård genomförs i regel utan att begränsa en persons självbestämmanderätt. Om man är tvungen att vidta åtgärder som begränsar självbestämmanderätten, ska det finnas en laglig grund för detta och självbestämmanderätten kan begränsas endast ifall att klientens/patientens eller andra personers hälsa eller säkerhet

hotar att äventyras eller om andra metoder inte hjälper. Begränsningsåtgärderna ska utföras i enlighet med principen om lindrigaste möjliga begränsning och på ett säkert sätt med respekt för människovärdet. En anvisning om användning av begränsningsåtgärder har utarbetats för välfärdsområdets personal. Anvisningen finns i materialbanken på intra.

Behandling av en klient/patient och rättigheter

ENHETSBESKRIVNING

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

Saklig och likvärdig behandling garanteras för varje patient och personalen följer organisationens direktiv för gott bemötande av patienter. Organisationen har instruktioner för hur anställda, patienter och anhöriga skall agera om de noterar osakligt bemötande och anmälningsskanal för detta finns via intra och webbplatsen. Alla fall av upplevt dåligt bemötande behandlas när feedback fås muntligen, som HaiPro eller som påminnelse via patientombudsman eller myndighet. Den som gjort anmälan får respons om att feedbacken har behandlats. Information om patientombuden och deras kontaktuppgifter finns till påseende på samtliga enheter. Patientens språkliga rättigheter tryggas genom organisationens språkkrav. Organisationen stöder språklärandet i de båda inhemska språken. Tolktjänster används alltid när det behövs. Dokumentering av patientens värdesaker hör till rutin vid ankomst till avdelningen. Patienten ansvarar dock ändå själv för alla värdesaker denne har med sig. under vistelsen på avdelningen har patienten tillgång till låda och klädska som går att låsa med nyckel.

Självbestämmanderätt

ENHETSBESKRIVNING

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

Personalen samarbetar kontinuerligt med patienten och vid behov med anhöriga och beaktar i mån av möjlighet deras önskemål om vård och omsorg. Patienten deltar aktivt i 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 och risker. Personalen använder ett språkbruk, som patienten förstår.

Personalen känner till principerna för användande av begränsande åtgärder i vården. Användning av begränsningsåtgärder diskuteras alltid med vårdansvariga läkaren, verkställs med läkarens lov och dokumenteras. Nytt ställningstagande till beslut om begränsningsåtgärd görs varje dygn. För att förebygga fallolyckor används som beräkningsmetod magnetbälte, sänggrind och grenbälte då patienten sitter uppe. Mera sällan används hygienhalare. Begränsande åtgärder diskuteras med anhöriga, som också kan ha önskemål om dessa fallförebyggande åtgärder. Ytterdörrarna är låsta endast nattetid.

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

3.3.5 Anmärkning, klagomål och anmälan om patientskada

Anmärkning

Inom social- och hälsovården är en 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 §). Vid behov ger socialombudet eller patientombudet hjälp och vägledning för att utreda saken eller göra en anmärkning.

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

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

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

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

Klagomål

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

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

Patientskadeanmälan

Patientförsäkringscentralen (PFC) handlägger alla patientskadeanmälningar som gäller hälso- och sjukvården i Finland. En patientskada ska anmälas till Patientförsäkringscentralen. Ett formulär för skadeanmälan och tilläggsuppgifter fås av patientombudsmannen, på

välfrdsområdets webbplats: [Missnöjd med vården samt på Patientförsäkringscentralens webbplats: Skadeanmälan.](#)

Anmärkning

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

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

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

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

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

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

Klagomål

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

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

Patientskadeanmälan

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

ENHETSBESKRIVNING

Anmärkningar och patientskadeanmälningar inkommer via ärendehanteringsprogrammet och tilldelas ansvarig tjänsteinnehavare för svarsprocess. Samtliga anmärkningar utreds enligt § 10 i lagen om patientens ställning och rättigheter i hälsovården. Utlåtanden begärs av berörda anställda och den som svarar på anmälan bekantar sig med patientens journalhandlingar. På basen av detta tar ansvarig tjänsteinnehavare ställning till huruvida försummelse eller felaktighet i patientvård eller bemötande har förekommit. All inkommen feedback beaktas i utvecklingen av verksamheten.

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

Överskötare Johanna Syrén.

Överläkare Ortopedi och traumatologi Erno Lehtonen-Smeds

Överläkare Plastikkirurgi Minna Ristiniemi

Överläkare allmänkirurgi Jaana Elberkennou

Ledande överläkare Tanja Skuthälla

Christian Palmberg, toimialajohtaja, sairaalapalvelut 0405796181

Johanna Syrén, ylihoitaja, 0405239749

Tanja Skuthälla, johtava lääkäri, 0405854552

Jan Andersen, ylilääkäri, 062131111

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

Socialombud Katarina Norrgård och Saija Jussila

Socialaombudet är anträffbar må-fre 8-14

Telefonnummer: 040-507 9303

E-post: socialombud@ovph.fi (ej skyddad e-post)

Verksamhetens ansvarsperson, kundservicechef Sari West tel. 040 162 8706

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 §). Social- och patientombuden vid Österbottens välfärdsområde tillhandahåller social- och patientombudsservice åt samtliga offentliga och privata serviceproducenter i Österbotten.

Socialombudens och patientombudens uppgifter:

- Ge råd och informera klienter/patienter eller deras lagliga företrädare, anhöriga eller andra närstående om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000) samt om ärenden enligt lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992).
- Ge råd och vid behov hjälpa en klient/patient eller patientens lagliga företrädare, anhöriga eller andra närstående att göra en anmärkning.
- Ge råd hur ett klagomål, rättelseyrkande, besvär, skadeersättningsyrkande, ersättningsyrkande som gäller en patient- eller läkemedelsskada eller ett annat ärende som gäller rättsskyddet i anknytning till en klients socialvård eller en patients hälso- och sjukvård kan lämnas till en behörig myndighet.
- Informera om klientens/patientens rättigheter.
- Sammanställa information om 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 - Österbottens välfärdsområde \(osterbottensvalfard.fi\)](https://klientensochpatientensrattigheter-osterbottensvalfard.fi)

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

ENHETSBESKRIVNING

Med klientdelaktighet avses tjänsteanvändarnas delaktighet och påverkan antingen i egen vård/tjänster eller i bredare omfattning än de egna angelägenheterna i form av idéer, planering, utveckling, genomförande och utvärdering av tjänster, tjänstekedjor samt tjänstehelheter. Klientens och anhörigas delaktighet betyder att deras syn och önskemål beaktas i alla situationer i anknytning till en tjänst/vård och vid utveckling av verksamheten.

Det viktigaste gällande klienternas delaktighet är att varje klient har möjlighet att delta i planering, tillhandahållande och utvärdering av vård och tjänster som gäller klienten. Detta sker i samråd med professionella i enskilda situationer som gäller klientens tjänster. Tjänsteutveckling i samarbete med klienter görs i syfte att producera bättre tjänster för alla sina klienter. Våra patienter har möjlighet att ge oss feedback via ovan nämnda kanaler samt genom direkt dialog med personalen.

I Österbottens välfärdsområde har vi därtill tillsatt fyra klientråd där medlemmarna får ta ställning till hur kundorienteringen och patientens synpunkt borde tas i beaktande i välfärdsområdets verksamhet. Råden tar även fram förslag till hur servicen kunde göras mer användarvänlig. Klientråden fungerar dessutom som ett forum för personalens representanter där de kan ställa frågor till patienterna när de ska utveckla och bedöma servicen i välfärdsområdet.

3.4 Beaktande av regelbundet insamlad respons och övrig respons

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

Respons av klienter

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

Respons kan ges om social- och hälsovårdstjänsterna, webbsidorna eller allmän respons (då gäller responsen inte en enskild enhet). Respons kan ges muntligt eller skriftligt till en enhet som tillhandahåller tjänster eller vård, till exempel via kundresponsapparater vid enheterna samt via QR-koder. På vissa enheter kan man även ge respons via en länk som finns i textmeddelandet.

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 insamlas av studerande

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

Respons av personalen

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

ENHETSBESKRIVNING

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

Respons och erfarenheter från klienter/patienter i olika åldrar och deras familj/närstående är en viktig och väsentlig del av utvecklingen av välfärdsområdets tjänster med avseende på

innehållet, kvaliteten, klientsäkerheten och egenkontrollen. Eftersom god kvalitet på en tjänst kan betyda olika saker för personalen och klienterna, är respons som regelbundet insamlas på olika sätt en viktig del av utvecklingen av enheten.

Då patienter hemförlovas från avdelningen delas blankett med QR-kod för att ge respons. Enhetens ansvarsperson går genom feedbacken i dessa enligt organisationens föreskrifter. Feedbacken går genom på avdelningstimmar så att den når de anställda. Statistiken för dessa publiceras i verksamhetsområdets egenkontrollrapport kvartalsvis.

3.5 Personal

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

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

[Behörighetsstadagan](#) finns på välfärdsområdets webbplats.

3.5.1 Mängden och strukturen för personal

ENHETSBESKRIVNING

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

På avdelningen jobbar 6 specialläkare inom ortopedi & traumatologi, 2 specialläkare inom allmänkirurgi, 1 plastikkirurg, 23 sjukskötare, 1 närvårdare, samt fysioterapeuter, sekreterare och anstalltsvårdare. På avdelningen jobbar sjukskötare och närvårdare i treskift. I regel arbetar sex vårdare på morgonskiftet, fem på kvällsskiftet och tre på nattsiftet. På varje skift finns en ansvars sjukskötare.

3.5.2 Principer för användning av vikarier och för rekrytering

ENHETSBESKRIVNING

Vikarier för kortare vikariat rekryteras huvudsakligen via resurshanteringstjänsterna. Anställda för längre vikariat och fast anställning rekryteras via KuntaRekry. Organisationens behörighets- och språkstadga fastställer behörighetskraven för enskilda yrkesgrupper. Läkarresursering sköts via kund- och resurscentret.

Vid anställning kontrolleras samtliga yrkespersoners behörighet via myndighetsregistret JulkiTerhikki.

Studerandes rätt att tillfälligt jobba som yrkesperson inom hälso- och sjukvården bestäms av den totala mängden studiepoäng. Den studerande handleds och övervakas under praktiken. Vikarier används i den mån som patientsäkerheten förutsätter och budgeten tillåter.

Under tjänstetid ansvarar närmaste förman för rekrytering av vikarier. Utanför tjänstetid ansvarar enhetens ansvariga vårdare. I första hand används organisationens egen vårdserviceenhet personal för att ersätta frånvaro. Organisationen använder även Sotender för att anskaffa vikarier. Vid frånvaro läggs skiften in i programmet, och personer med rättigheter samt tidigare erfarenhet från avdelningen, har möjlighet att ta skift som läggs ut i Sotender. Före vikarier får rättigheter till Sotender granskas personens yrkeskunskap. Om inga vikarier kan fås via Sotender utreds om egen personal finns tillgänglig för att ersätta akut frånvaro. Endast de personer med tillräcklig erfarenhet av avdelningen och läkemedelslov deltar i patienters läkemedelsbehandling.

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

ENHETSBESKRIVNING

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

3.5.3 Introduktion, fortbildning och säkerställande av kunnande

Introduktion för personalen

Introduktion för personal inom Österbottens välfärdsområde ordnas enligt ett introduktionsprogram i tre delar (delar 1–3). Den första delen består av allmän introduktion. Den är avsedd för alla arbetstagare och även för studerande och sommarjobbare. Den andra delen består av introduktion till en specifik sektor (torde bli klar vid årsskiftet 2024–2025). Den tredje delen producerar enheten/avdelningen på en färdig mall (blir klar år 2025).

Välfärdsområdets introduktionsprogram är konstruerat i programmet Laatuportti. I Laatuportti finns även kompetensmatriser för personalen. Laatuportti har dessutom gränssnitt till HRM-systemet. Via systemen kan cheferna följa upp vilka delar av arbetstagarens introduktion som utförts. Ett nätbaserat introduktionsprogram säkerställer utöver uppföljningen även att introduktionen är av jämn kvalitet för alla. De arbetstagare som genomgått introduktionsprogrammet får en responsförfrågan som gäller introduktionsmaterialet.

Nätbaserad introduktion utesluter aldrig personlig introduktion. En ansvarsperson för introduktionen ska alltid utses för en ny arbetstagare. Den personliga introduktionen är viktigare än introduktionen på nätet. Innehållet i introduktionsprogrammet beskrivs närmare i välfärdsområdets intra.

ENHETSBESKRIVNING

Organisationen har ett introduktionsprogram i Laatuportti. På enheten finns en introduktionsplan för nyanställda och studerande. Introduktion till arbetet ordnas så att nyanställda följer med ordinarie personalen och får inskolning i arbetet i ett par veckor beroende på personens behov. Alla studerande har två namngivna handledare.

Fortbildning och säkerställande av kunnande

Välfärdsområdets personal- och utbildningstjänster utarbetar varje år i samarbete med

tjänstesektorerna en plan för att upprätthålla och främja arbetstagarnas yrkesmässiga kunnande. Fortbildning ordnas både internt och externt.

Personalens kunnande och utbildningsbehoven bedöms i relation till utvecklingen av förfarandena inom social- och hälsovårdsverksamheten och välfärdsområdets strategi. Dessutom ska varje arbetstagares personliga utbildningsbehov gås igenom varje år vid ett utvecklingssamtal. Arbetstagarna har skyldighet att upprätthålla sitt eget yrkesmässiga kunnande och arbetsgivaren har skyldighet att ge personalen möjlighet att delta i fortbildning. (Social- och hälsovårdsministeriets förordning om fortbildning för social- och hälsovårdspersonal 57/2024).

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

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

ENHETSBESKRIVNING

Välfärdsområdet följer systematiskt upp och utvärderar social- och hälsovårdspersonalens fortbildning samt genomförandet av de planer som gäller fortbildning. Vid uppföljningen av fortbildning ska utvärderas åtminstone huruvida mängden fortbildning är tillräcklig, deltagande i utbildning, innehåll i utbildning, kvalitet och effekter samt kostnader för utbildning. Innehållet i fortbildningen ska beakta personalens grundutbildning, kraven och innehållet i arbetet. Uppföljningen sker på enhetsnivå av närchefen, rapportering sker internt i Alma och Laatuportti. Obligatoriska utbildningar (återupplivning, medical emergency team, första hjälp, säkerhet, datasäkerhet) ordnas av organisationen. Enhetsvisa utbildningar ordnas enhetsvis enligt det behov som finns. Kunnandet följs upp enhetsvis, eventuella brister och missförhållanden följs upp via HaiPro.

Utvecklingssamtal hålls årligen, och uppföljningen sker internt i det personaladministrativa programmet Alma. Dessutom genomförs varje år en fortbildningsförfrågan som ligger till grund för den kommande utbildningsplanen. Alla anställda har också ett eget ansvar för att utveckla sitt kunnande.

Under utvecklingssamtalet går förmannen tillsammans med varje medarbetare igenom om de har deltagit i de obligatoriska utbildningarna samt om det finns behov eller intresse av ytterligare fortbildning.

3.5.4 Arbetshälsa och arbetarsäkerhet

ENHETSBESKRIVNING

God arbetshälsa är en förutsättning för verksamhet som är säker för klienterna. Utmaningar med personalens ork påverkar kvaliteten på arbetet samt arbetstagarens inställning och därmed klienternas säkerhet. Personalens arbetshälsa följs upp genom statistik på sjukfrånvaro, en välmåendeundersökning som görs årligen samt NPS-kartläggning av huruvida de anställda rekommenderar sin arbetsplats. Personalens välmående och ork stöd bland annat genom TYKY, E-passi en ledarskapsutbildning för organisationens närchefer. Alla anställda omfattas av arbetsplatshälsovård. Varje anställd har även ett eget ansvar för den egna arbetshälsan. Som

organisation jobbar vi förebyggande kring detta. Det finns interna föreskrifter och planer för hur vi stöder de anställda.

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

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

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

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

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

ENHETSBESKRIVNING

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

Vid enheten för vårdarbete följer chefen upp att personalresurserna är tillräckliga bland annat genom Rafaela-rapporter som gäller patienternas vårdbehov. Genom rapporterna fås information om arbetsbelastning (patienternas vårdbehov) och om personalresursfördelningen.

Personalantalet följs upp av när- och mellanledning. För avvikande situationer finns instruktioner för enheterna.

Riskfaktorer definieras i samband med verksamhetens planering och vid större förändringar. Organisationens drag- och hållkraft satsas på. I situationer där det inte finns tillräckligt med personal eller tillräckligt med kunnig personal samarbetar vi över enhetsgränserna och med resurshanteringstjänsterna. Vid exceptionella situationer fattas beslut på verksamhetsområdesnivå eller av välfärdsområdets ledningsgrupp. I undantagstillstånd följs organisationens beredskapsplan.

Utanför tjänstetid samarbetar personalen med andra enheter och med koordinerande skötare för att samordna patientflöden och personalresurser.

3.7 Sektorsövergripande samarbete och samordning av tjänster

ENHETSBESKRIVNING

Klienter inom social- och hälsovården kan behöva flera tjänster samtidigt. För att en tjänstehelhet ska vara fungerande för klienterna/patienterna, och motsvara deras behov, krävs samarbete mellan tjänsteproducenterna, och särskilt viktig är informationsgången mellan olika

aktörer. Hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010, 32 §) styr det multiprofessionella samarbetet mellan patienternas tjänsteproducenter.

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

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

Alla enheter inom välfärdsområdet har tillgång till all patientdata. För de enheter som inte har gemensamt patientdatasystem som övriga så fungerar informationsgången muntligt, skriftligt genom att dokument över patientdata sänds via intern eller extern postgång, information hämtas från Kanta-databas och arkiv-system som finns inom organisationen, dessutom används Turvaposti där patientdata sänds via säkert e-postmeddelande

På enheterna hålls regelbundna möten/träffar med övriga samarbetspartner inom och utanför organisationen. Fortbildningar för personalen enligt uppgjord fortbildningsplan där man beaktar organisations krav och enhetsvisa behov. Patient- och anhörigfeedback som kan ge respons direkt på olika enheter muntligt eller genom responskanalen Roidu. Det finns även möjlighet att göra HaiPro- patientsäkerhetsanmälan via hemsidan.

3.8 Lokaler och utrustning

ENHETSBESKRIVNING

Avdelningen flyttade till H -huset våren 2023. Byggnaden är ny och modern och planerad för vår verksamhet. På avdelningen finns två luftisoleringsrum, sex tre personers rum samt sex en personers rum.

Välfärdsområdet ska ha ändamålsenliga och tillräckliga lokaler för verksamheten. Enhetsvisa säkerhetsplaner har därtill uppgjorts och personalen har tagit del av deras innehåll. Personalen genomgår årligen säkerhetsvandringar på sina enheter och utrymningsövningar ordnas regelbundet. Riskkartläggningar görs regelbundet och när verksamheten förändras.

Dataskyddsbeskrivning finns uppgjord för enheterna. Sekretessfilter används på dataskärmar för att undvika att sekretessbelagda uppgifter kan synliggöras för utomstående eller obehöriga. Vi strävar till att värna om patienternas integritetsskydd i våra utrymmen.

Fastighetsägaren ansvarar för fastigheterna och eventuella reparationer. Elektroniskt via interna hemsidor kan man lämna in felanmälan samt begäran om ändringar i verksamhetsutrymmen. Sjukhustekniken ansvarar för medicinsk apparatur.

Organisationens säkerhetsenhet har ansvaret för ledningen av säkerhetsarbetet. På resultatsområdesnivå finns säkerhetsplan. Varje enhet har en säkerhetssida i Laatuportti och handlingskort för olika risksituationer. Utrymningsplan finns för byggnaderna. Secapp-plattformen används som anmälningssystem vid störningssituationer. Passerkontroll finns på samtliga enheter, bland annat samtliga läkemedelsrum är låsta.

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

3.9 Medicintekniska produkter, informationssystem och användning av teknik

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

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

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

Chef för sjukhusteknik, telefonnummer 044 323 1181

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

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

Om enheterna använder kameraövervakning ska personen informeras om det med kameraövervakningsmärke före han eller hon kommer in på övervakat område/ in i övervakad byggnad. som välfärdsområdet utarbetat. I fråga om kameraövervakning handlar man på välfärdsområdet i enlighet med anvisningar som välfärdsområdet har utarbetat och som upphittas på intra-nätverket. Dessa baserar sig på Regionförvaltningsverkets styrningsbrev för kameraövervakning i verksamhetsenheter inom socialvården utfärdat 2.2.2024 (LSSAVI/677/2024). Registerbeskrivningen av kameraövervakning finns på välfärdsområdet webbsida: <https://osterbottensvalfard.fi/om-oss/organisation-och-beslutsfattande/var-dataskyddspraxis/>

Medicintekniska produkter

ENHETSBESKRIVNING

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

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

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

Personalen har genomgått introduktion och utbildning samt uppvisat kunnande i användandet av medicinskteknisk utrustning på enheten. Personalens individuella kunnande och utbildning dokumenteras i databasen Laatuportti. Anskaffning av medicinskteknisk apparatur sker via välfärdsområdets inköpsenhet.

Personalen förstår att reagera på apparatur som inte fungerar korrekt och kan själva göra service begäran i MEDUSA programmet. Ansvariga för medicinsk apparatur deltar i möten 3-4 gånger per år för att upprätthålla kunskap om nya anvisningar som angår apparater eller apparat register.

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

Avdelningsskötare Johanna Sikkilä, 040 187 1918
 Biträdande avdelningsskötare Andreas Sjöbacka
 Sjukskötare Jens Mitts
 Sjukskötare Elin Sundäng
 Kontaktuppgifter: 062131652

Informationssystem och informationssäkerhet

ENHETSBESKRIVNING

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

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

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

Vid upprättande av köptjänst- och underleverantörsavtal beaktas registeransvaret och -skyldigheterna. Organisationen har separata ansvarspersoner som kontrollerar att köptjänst- och underleverantörsavtalen är heltäckande.

Användande av teknologi

ENHETSBESKRIVNING

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

Organisationen har upphandlat de säkerhets- och väktartjänster som behövs för att garantera personalens och patienternas säkerhet. Av enhetens säkerhetsplan framgår vilka tekniska lösningar som används för att garantera enhetens säkerhet. Hit hör bland annat beredskapsplanen samt utarbetade hanteringskort. De alarmsystem som används för patienter och personal på enheterna kontrolleras regelbundet, så att de fungerar.

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

Petri Luoma, Chef för sjukhusteknik tfn. 044 323 1181

3.10 Läkemedelsbehandling

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

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

Arbetsenheternas läkemedelsplaner grundar sig på SHM:s handbok om säker läkemedelsbehandling [SHM:s handbok om säker läkemedelsbehandling \(2021: 6\)](#), Österbottens välfärdsområdets handbok om genomförande av säker läkemedelsbehandling (intra) samt anvisningar för olika sektorer och resultatområden. I handboken om säker läkemedelsbehandling beskrivs delområden som påverkar säkerheten och genomförandet av läkemedelsbehandlingen på organisationsnivå, principer samt rutiner och anvisningar genom vilka man strävar efter att

garantera medicineringssäkerheten. Handboken styr utarbetandet av planer för enskilda sektorer och arbetsenheter. I handboken beskrivs ansvarsfördelningen i samband med genomförande av läkemedelsbehandling samt minimikrav som arbetstagare som deltar i genomförande av läkemedelsbehandling ska uppfylla.

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

ENHETSBESKRIVNING

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

Läkemedelsbehandling utförs regelbundet på enheten i enlighet med enhetens godkända läkemedelsplan, som uppdateras årligen och vid behov. Uppdateringar förses med datum och beslutsparagraf.

Avdelningsskötaren och läkemedels ansvariga personer uppdaterar läkemedelsplanen vid behov och minst en gång om året. Avdelningens ansvariga läkare läser igenom och godkänner planen i sin helhet. Enhetens vårdpersonal som deltar i vårdarbetet och läkemedelsbehandlingen läser igenom planen och kvitterar att de läst igenom med läsningskvitens. Avdelningsskötaren ansvarar över enhetens läkemedelsbehandling och säkerställer att den utförs patientsäkert och enligt rådande anvisning.

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

I enheternas läkemedelsplaner finns namngivna läkare och sjukskötare, vilka ansvarar för läkemedelsbehandlingshelheten i enheten

Namn på läkare som ansvarar för läkemedelsbehandlingshelheten i enheten och kontaktuppgifter

Överläkare Ortopedi och traumatologi Erno Lehtonen-Smeds

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

Sjukskötare Alan Albergoni

Sjukskötare Heidi Nyholm

Sjukskötare Milla Friman

Avdelningsskötare Johanna Sikkilä

3.11 Näring

ENHETSBESKRIVNING

I patienters näringstillförsel i tjänsteenheter i Österbottens välfärdsområde beaktas

Livsmedelsverkets gällande intags- och näringsrekommendationer för befolkningen och olika åldersgrupper.

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

Måltider och livsmedel till patienter beställs via externa inhousebolag, beställningar sköts av enhetens personal via ett digitalt beställningsprogram, Aromi.

Eventuella allergier och dieter säkerställs genom att vårdpersonalen vid patientens ankomst till avdelningen kollar upp patientens önskemål och behov. Måltidsbeställningarna är patientspecifika.

Inhousebolagen publicerar sina matlistor via hemsidor och till enheten. Enheterna har fastställda tider för måltiderna som garanterar att patientens nattfasta inte överskrider 11h. Mellan måltiderna och ifall någon klient/patient missat sin måltid finns det vid behov möjlighet att värma måltider eller få mellanmål. På grund av enhetens kirurgiska specialitet hamnar många klienter/patienter vara fastande inför ett kommande ingrepp och fastetiden kan då överskrida 11h. Då tillförs klienter/patienter elektrolythaltig vätska intra venöst för att kompensera det normala behovet. Om det blir säkert att ett ingrepp eller åtgärd kommer dröja betydligt kan patienter i god tid före ges energirika flytande kosttillskott.

Måltider som tillreds för patienterna följer de finska näringsrekommendationerna.

3.12 Hygien, förebyggande och bekämpning av infektioner

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

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

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

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

Mer information om hygienpraxis och bekämpning av infektioner:

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

[bekampning/anvisningar-for-forebyggande-och-bekampning-av-infektioner](#)

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

Österbottens välfärdsområdets intrasidor: Hygien och bekämpning av infektioner

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

ENHETSBESKRIVNING

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

Personalen följer givna anvisningar om hygien och bekämpning av infektioner. Enheten bär ansvaret för hygien och infektionsbekämpningen. Hygienteamet fungerar som stöd. Enheten ska ha namngiven hygienansvarig som fungerar som länk mellan hygienteamet och enheten.

Ytterligare information om kontroll av allvarliga vårdrelaterade infektioner och anmälningspraxis finns på Institutet för hälsa och välfärds sidor (THL).

Enheterna följer de hygienanvisningar som uppgjorts gemensamt inom välfärdsområdet. Anvisningarna finns tillgängliga via interna nätsidor för personalen. Handsprit finns tillgängligt i alla utrymmen. För rengöring av medicinsk utrustning finns särskilda anvisningar, som följs.

Närcheferna säkerställer att personalen har tillräckliga kunskaper om gällande hygienanvisningar. Genom att följa de hygienanvisningar som finns, säkerställs att smittosamma sjukdomar och infektioner inte sprids inom enheten. Organisationen ordnar också speciella hygienutbildningsdagar med aktuell information till enheterna. Vi använder oss av ett infektionsregister (SAI). Hygienskötarna följer aktivt med vårdrelaterade infektioner, fungerar som sakkunniga och kontakter berörda enheter vid behov. Personalen erbjuds säsonginfluensavaccinering och vid anställning kontrolleras personalens smittskydd.

För städning och hygien finns särskilda planer, vilka utarbetas i samarbete med anställda vid inhousebolagen, som utför städning och renhållning. Tvätteritjänsterna har upphandlats. Hälso- och sjukvård

Namn på och kontaktuppgifter till hygienansvarig

Sjukskötare Laura Pohjala

Sjukskötare Johanna Kamis

3.13 Hälso- och sjukvård

ENHETSBESKRIVNING

För att säkerställa klienters hälso- och sjukvård ska personalen upprätthålla och utveckla sitt

yrkeskunnande. Kunnandet i första hjälpen ska motsvara patientstrukturen i enheten. Kunnandet i första hjälpen och återupplivning hos arbetstagare som arbetar i olika tjänsteenheter upprätthålls enligt anvisning som upprättats för välfärdsområdet.

Personalen repeterar första hjälp och återupplivning regelbundet enligt organisationens anvisningar och närchefen följer upp att detta verkställs.

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

På avdelningen finns utbildad vårdpersonal på plats 24/7. Läkare rondar avdelningarna dagtid och det finns ordnat med jourläkartjänster utanför tjänstetid.

All personalen har grundläggande färdigheter i palliativ vård. Därtill finns enheter med specialkunnande i palliativ vård i livets skede. På dessa enheter är en större andel av personalen utbildade i palliativt vårdarbete och smärtlindring. Ett samarbete mellan enheterna ger personalen möjlighet att konsultera enheter med annat specialkunnande när behov uppkommer. Alla enheter har skriftliga anvisningar för hur man agerar vid plötsliga dödsfall.

3.14 Främjande av välbefinnande, rehabilitering och utveckling

ENHETSBESKRIVNING

På vårdavdelningarna används ett aktiverande arbetssätt som en integrerad del av patientens vårdplan. Patienternas välbefinnande och funktionsförmåga följs upp genom dagliga utvärderingar av vårdplanen. Fysioterapeuter deltar som sakkunniga i teamet och medverkar i patienternas dagliga aktivering samt ger handledning.

Under den dagliga multiprofessionella rondan planeras den fortsatta vården, särskilt för patienter som behöver extra stöd inför utskrivning. Hemförlovningskörtaren bedömer patienternas funktionsförmåga i samarbete med vårdpersonal, läkare och terapipersonal.

Inom verksamheten används TYÖOTE-verksamhetsmodellen. Det är en samarbetsmodell mellan den offentliga hälsovården och företagshälsovården. Den centrala tanken är att man vid vissa diagnoser endast skriver kort sjukfrånvaro från den offentliga hälsovården och patienten remitteras till företagshälsovården. Där bedöms personens arbetsförmåga individuellt och stödåtgärder för återgång till arbetet avtalas tillsammans med arbetstagaren och arbetsplatsen.

Avdelningens kontaktuppgifter finns publicerade på Välfärdsområdets hemsidor var man hittar information om hur man kontaktar avdelningen. I de fall var patienten inte själv kan svara på frågor och gett sitt samtycke kan man överlåta information om patienten. I andra fall rekommenderas att man ringer patienten direkt om de har egen telefon med sig till avdelningen. Avdelningen har besökstider och anhöriga får utöver besökstider komma överens med vårdpersonal om besök.

Vårdpersonalen bedömmer kontinuerligt patientes fysiska, psykiska, kognitiva, sociala funktionsförmåga och välbefinnande. Vid behov kan det göras en remiss till psykiatrisk sjukskötare för samtal och utvärdering. På enheterna finns kontaktuppgifter till sjukhussjälavårdaren, på en del enheter som har längre vårdtider kan ordnas andakter av utomstående församlingsrepresentanter. Via avdelningen så finns möjligheter till tredje sektorns stödtjänster, bl.a. Olka stödtjänst

3.15 Behandling av klient- och patientuppgifter och dataskydd

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

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

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

ENHETSBESKRIVNING

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

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

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

Inom Österbottens välfärdsområde används patientdatasystemet Lifecare. I Lifecare är det möjligt att följa upp vem som gått in i patientens elektroniska journal. Rättigheter till journaluppgifter ges enligt yrkesroll och vårdande enhet. Modellvårdplaner för strukturerad dokumentation av patientvården finns, samt gemensamma fraser för dokumentering i Lifecare.

Enligt introduktionsplanen får ny personal introduktion i registrerandet av patientuppgifter. Studerande dokumenterar i samråd med handledaren. Handledaren kvitterar all dokumentation som studeranden gjort.

När behov uppkommer att sända patientuppgifter utanför organisationen används turva-posti/säker e-post, som är lösenordsskyddat.

Utprintade dokument från patientdatasystemet förvaras i pappersjournalen eller förstörs i dokumentförstörare.

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.

Avdelningsskötare Johanna Sikkilä, 040 187 1918

Kontaktuppgifter till Österbottens välfärdsområdets dataskyddsombud och leveransadresser för loggdataförfrågningar

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

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

Dataskyddsombud: Tuija Viitala

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

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

Vasa Dataskyddsombud: Anne Korpi

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

4. EGENKONTROLLENS RISKHANTERING

4.1 Ansvar för riskhantering, identifiering och bedömning av risker

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

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

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

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

ENHETSBESKRIVNING

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

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

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

Mellanledningen ansvarar för riskhanteringen i samarbete med enheternas närchefer samt med ledningen. På enheterna finns utsedda säkerhets- och kvalitetsansvariga.

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

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

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

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

- Österbottens välfärdsområdesstrategi
- Förvaltnings- och verksamhetsstadgan
- Programmet för egenkontroll
- Hur mår Österbotten
- Handbok för egenkontroll och kvalitetshantering
- Handbok för riskhantering
- Allmänna delen i välfärdsområdets beredskapsplan, beredskapsplanerna för verksamhets-

och resultatområden och resultatenheternas handlingskort för störningar

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

ENHETSBESKRIVNING

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

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

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

Övervakande myndigheter begäran om utredningar är en del av det ständiga arbetet för en bättre patientsäkerhet. All begäran om utredning dokumenteras i det elektroniska arkivet Dynasty. Detta säkerställer att begäran uppmärksammas och svar ges inom utsedd tid.

Ifall övervakande myndighet kräver förändringar eller förbättringar görs en plan för hur dessa förändringar tas i beaktande. För planen finns alltid en ansvarsperson som övervakar och ser att förändringarna görs enligt tidtabell. Detta kan gälla att utvärdera befintliga processer, skola personalen eller uppdatera IT system. Effektheten av förändringarna bör följas upp och vid behov även rapportera till anmälande myndighet.

Genom en god och öppen dialog med övervakande myndighet underlättas processen med utredningar av missförhållanden. Direktiv och lagar som kommer av övervakande myndigheter måste konstant följas upp och integreras i enheternas verksamhetsplan.

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

Risk	Vilka metoder används för att hantera dem
Fallolyckor	Handlingsprogram för förebyggande av fallolyckor
Läkemedelsbehandling	Handlar enligt läkemedelsplanen
Informationsflöde, informationshantering	Systematisk och fungerande rapporteringssystem mellan vårdteam och mellan olika vårdenheter.
Personalbrist	Handling enligt handlingskort
Lokaler eller betydande del av dem är inte tillhanda	Handling enligt handlingskort
Kritiska informationssystem är delvis eller helt ur bruk	Handling enligt handlingskort
Teknisk apparatur är ur funktion	Handling enligt handlingskort

4.2.1 Tjänsteproducentens och personalens anmälningsskyldighet

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

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

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

En person som ingår i välfärdsområdets/tjänsteproducentens personal eller arbetar med motsvarande uppgifter i ett uppdragsförhållande eller som underleverantör ska trots sekretessbestämmelserna utan dröjsmål underrätta ansvarspersonen för tjänsteenheten eller någon annan person som ansvarar för övervakningen av verksamheten, om hen i sina uppgifter upptäcker eller får kännedom om ett missförhållande eller en uppenbar risk för ett missförhållande vid tillhandahållandet av socialvård eller hälso- och sjukvård för klienten eller patienten eller upptäcker eller får kännedom om en lagstridighet av annat slag. Den som tagit

emot anmälan ska underrätta tjänsteanordnaren eller tjänsteproducenten om saken. Tjänsteanordnaren, tjänsteproducenten och ansvarspersonen ska vidta åtgärder för att avhjälpa missförhållandet eller den uppenbara risken för ett missförhållande eller lagstridigheten av annat slag. Anmälan kan göras trots sekretessbestämmelserna.

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

Elektroniska anmälningssystem som personalen har tillgång till är:

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

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

I övriga lagar stiftade anmälningsskyldigheter som gäller personalen.

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

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

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](https://osterbottensvalfard.fi/vara-tjanster/socialvardstjanster/socialvardstjanster-for-seniorer/socialarbete-for-aldre/) för bedömning av stödbehov hos person som kommit till socialvården finns på välfärdsområdets webbsidor: <https://osterbottensvalfard.fi/vara-tjanster/socialvardstjanster/socialvardstjanster-for-seniorer/socialarbete-for-aldre/>

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

Om välfärdsområdets personal/myndigheter i samband med sin tjänsteförrättning upptäcker eller annars får kännedom om uppenbar brandrisk eller annan risk för olyckor i en byggnad, en bostad eller något annat objekt ska de oberoende av eventuella sekretessbestämmelser

underrätta välfärdsområdets räddningsmyndighet om saken (42 §). Anvisningar om hur du gör anmälan och länk till elektronisk anmälningsblankett finns på webbsidorna för räddningsverket i Österbottens välfärdsområde: [Anmälningar till räddningsverket](#).

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

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

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

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

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

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

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

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

ENHETSBESKRIVNING

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

Tjänsteproducenten och personalens anmälningsskyldighet och -rättighet (enligt 29§ i tillsynslagen) gäller tillfällen då personalen är skyldig att anmäla om missförhållanden eller hot om missförhållanden som kan utgöra en fara för patientsäkerheten eller kvaliteten på vården.

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

HaiPro anmälan kring eventuella tillbud eller anmärkningar kommer som e-mail åt enhetens närchef som hanterar anmälan så snart som möjligt men senast inom en månad. Beroende på

anmälans innehåll/karaktär behandlas anmälan på enheten + att den vid behov behandlas i behövliga arbetsgrupper inom organisationen.

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

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

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

4.2.2 Anmälningskanaler för klient/patient och extern tjänsteproducent

Klients, patients eller anhörigs anmälan om negativ händelse

Om fel, missförhållande eller tillbud skett i klients/patients eller anhörigs vård eller tjänst kan klienten/patienten göra anmälan om tillbud på elektronisk blankett på Österbottens välfärdsområdets webbsidor. Anmälningsblanketten finns på välfärdsområdets webbsidor:

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

Extern tjänsteproducents/samarbetspartners anmälan om farlig händelse eller missförhållande

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

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

Privat tjänsteproducents egenkontrollanmälan

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

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

ENHETSBESKRIVNING

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

Utredningen av interna allvarliga incidenter görs i situationer där det finns något att utveckla i processen. Beslutet om att inleda utredningen fattas av resursledningen.

Information om behoven att utveckla kvalitets- och klientsäkerheten i enskilda tjänsteenheter fås från flera olika källor som till exempel genom klienter/patienter, anhöriga/närstående,

personalen, samarbetspartners, kvalitetsarbetet, riskhanteringen eller tillsynsmyndigheten/tillsynen.

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

Myndigheter som utför tillsyn i enheten för kvalitet och tillsyn ansvarar för tillsynen (grundar sig på anmälning) av planenlig och reaktiv egen och privat tjänsteproduktion som hör till välfärdsområdets organiseringsansvar.

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

Korrigerande och utvecklande åtgärder som kommer fram i HaiPro systemet analyseras och åtgärdsplan dokumenteras i programmet. Riskkartläggningen i verksamhetsplanen är även en kanal att dokumentera, sätta upp en tidtabell och fördela ansvaret. Personalen deltar i utarbetandet av förbättringsprocess och personalen informeras via interna informationskanaler. Ifall ärendet gäller en specifik patient blir patienten informerad om utvecklingsåtgärder. Ifall det är av allmänt intresse kan det informeras om på organisationens officiella informationskanaler.

Vid fall av allvarliga händelser har vi i organisationen en klar processmodell hur gå vidare och en utredning av allvarlig händelse påbörjas. Utredningsprocessen för allvarliga händelsers direktiv finns att hitta på organisationens intranät.

Utvecklingsplan för egenkontroll

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

4.3 Köptjänster och underleverans

Välfärdsområdena ska på grundval av sitt organiseringsansvar fortlöpande styra och övervaka de privata tjänsteproducenterna och deras underleverantörer när tjänster produceras (tillsynslag 741/2023, 24 §, lag om välfärdsområden 611/2021, 10 §). Som ordnare och beställare av tjänst säkerställer Österbottens välfärdsområde i konkurrensutsättningsskedet innehållet i, kvaliteten på samt klient- och patientsäkerheten i tjänster som produceras som underleverans/köptjänst eller i servicesedelproducenternas godkännandeprocess eller i tjänster som skaffas som direktupphandling när avtal ingås. Beställaren svarar för att kontrollera att tjänsteproducenten uppfyller kraven enligt beställaransvarslagen samt uppfyller kraven på innehåll, kvalitet och klientsäkerhet.

Tjänsteinnehavare som ansvarar för avtalet följer och övervakar att tjänsteproducenten följer avtalet och uppfyller sitt tjänstelöfte och att man utan dröjsmål reagerar på respons som erhållits av klienterna och personalen på det sätt som responsen kräver. Även förfaranden för att

säkerställa säkerhetskunnandet och uppföljningen av verkställandet är en del av den egenkontroll beställaren genomför. Anvisningar om avtalshantering, upphandlingar och reklamationer finns i välfärdsområdets intra.

ENHETSBESKRIVNING

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

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

I köptjänst och underleverantörssituationer säkerställs att riskhanteringen i tjänsteenhetens egenkontroll verkställs. Exempelvis krävs egenkontrollprogram av underleverantören eller den som producerar köptjänsten. Det krävs av underleverantören att man utnyttjar kompetent personal och att personalen har nödvändiga yrkesrättigheter. Vidare krävs att man redovisar för hur man säkerställer klient- och patientsäkerheten. Om missförhållanden upptäcks tas dessa upp med underleverantören och beroende på omfattningen samt allvarlighetsgraden vidtas behövliga åtgärder.

4.4 Beredskaps- och kontinuitetshantering

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

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

Genom beredskapsplanering och utgående från riksomfattande och regional riskbedömning samt från välfärdsområdets riskbedömning skapas en hanteringsmodell för störningssituationer genom vilken man säkerställer ledningssystemet och strategimodellen för att säkerställa kontinuiteten i tjänsterna. Välfärdsområdets beredskapsplan består av en allmän del,

beredskapsplaner för verksamhets- och resultatområden samt av tilläggsplaner som bland annat katastrofplan, pandemiplan, beredskapsplan för jodtabletter vid strålningsolyckor och nedfall samt evakueringsplan för flyttning av befolkning i en region. Resultatenheternas säkerhetsplaner och handlingskort för störningssituationer kompletterar planeringen av beredskapen.

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

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

ENHETSBESKRIVNING

Organisationen och verksamhetsområdena ska i beredskapen samarbeta nära med de andra välfärdsområdena i västra Finland, kommunerna, In-House-bolagen och andra samhällsaktörer. Kritiska samarbetspartner är bland annat laboratorie-, blod- och patologi-tjänster, sjukhusapotek, städ-, tvätt-, transport-, mat- och IT-tjänster samt patienttransporter. Även fastighetsskötsel, logistik och bevakning grundar sig på avtal och tryggar verksamhetens kontinuitet. Samarbete med externa aktörer hjälper till att förebygga störningar och minska deras konsekvenser. När tjänster köps av en privat producent ska kontinuitet och beredskap regleras tydligt i avtalen, med noggrant definierade krav. Avtalsbaserad beredskap är en central del av kontinuitetsplaneringen.

Ansvar inom beredskapsplaneringen definieras i välfärdsområdets beredskapsplan. De flesta funktioner inom resultatområdet är kritiska och har begränsade möjligheter till ersättning, särskilt inom köpta tjänster. I undantagslägen kan verksamheten minskas, och enheter kan vid behov slås samman. Externa aktörers beredskap säkerställs genom avtal.

Säkerställandet av verksamheten bygger på resultatområdets ledning. Vid störningar rapporterar ledningen till verksamhetsområdets direktör och resursledningen. Prioriteringsmodeller används för att styra personal till kritiska funktioner. Organisationens expertkunskap kan riktas till de områden där den behövs mest.

Utifrån konsekvensanalyser och prioriteringstabeller har enheterna tagit fram handlingskort för olika situationer. Personalen har deltagit i planeringen och handlingskortet gör det möjligt att agera enhetligt vid olycks- och störningssituationer. Personalen kompletterar dessutom sin beredskapskunskap via utbildningsmaterial i Laatuportti.

I enheterna finns utsedda kvalitets- och säkerhetsansvariga, som tillsammans med närmaste chef och säkerhetsenheten genomför årliga säkerhetsrundor där hela personalen ska delta, inklusive nya och tillfälliga arbetstagare. Välfärdsområdet ordnar säkerhetsutbildning, såsom säkerhetsdagar, som personalen deltar i vart femte år. Säkerhetsutbildare kan även bjudas in till avdelningsmöten.

Deltagandet i säkerhetsdagar följs via utbildningskalendern.

Sandvikens sjukhusfastigheternas säkerhets- och räddningsplan uppdaterades 2023 och kompletterades 2024. Varje enhets säkerhetsplan, evakueringsplan och handlingskort uppdateras årligen eller när det sker förändringar i verksamheten.

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

Johanna Sikkilä, osastonhoitaja 040 187 1918

Erno Lehtonen-Smeds Ylilääkäri Ortopedia, lääkärit 062131652
Terhi Metsola Turvallisuus- Ja Valmiuspääll, 044 323 1103

5. UPPFÖLJNING AV EGENKONTROLL OCH RAPPORTERING

5.1 Uppföljning av kvalitet, riskhantering och rapportering

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

ENHETSBESKRIVNING

Riskkartläggning görs före beslut görs om större förändringar på enheterna.

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

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

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

5.2 Uppföljning och rapportering av hur egenkontroll genomförs

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

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

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

som resultat/verksamhetsenheten utarbetat.

ENHETSBESKRIVNING

Ansaret för att egenkontrollen följs upp och ansaret för att egenkontrollplanen verkställs är angående enheterna hos avdelningsskötaren. Brister som upptäcks vid uppföljningen dokumenteras. Eventuella åtgärder på grund av bristerna dokumenteras och diskuteras med personalen och samtidigt gör ansvarspersonerna en tidplan för åtgärderna. Rapporteringen sker regelbundet enligt årsklockan.

6. Uppgifter för utarbetande och godkännande av plan för egenkontroll

Plan för egenkontroll är utarbetad/uppdaterad, version nummer

16.1.2026 version 2.0

Ansvarspersonens underskrift och godkännande

Johanna Sikkilä, avdelningsskötare

Bilaga 1. Utvecklingsplan för egenkontroll

Bilaga 1. Utvecklingsplan för egenkontroll

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

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

Uppdaterad

16.1.2026

Sammandrag av verksamhetsenhetens/resultatenhetens utvecklingsplan

Utvecklingsobjekt/ korrigerande åtgärd	Mål	Tidtabell/fördelning av ansvar/läge
Planen för egenkontroll uppdateras och gjorts mera avdelningsspecifik. Och identisk med den finskspråkiga. Uppdaterat ansvarspersoner och information om avdelningen.	Ta i bruk årsklockan för att chenalägga uppdateringar och regelbunden riskkartläggning, och kvartalsrapport	31.4