



# Plan för egenkontroll

## Sjukhuservice

Österbottens välfärdsområde

Enhetens/ servicehelhetens namn	Sjukhuservice
Godkännare (namn, titel) Underskrift	Christian Palmberg, verksamhetsområdesdirektör
Tidpunkt för godkännande	31.5.2023
Versionnummer och datum Datum för tidigare versioner (tidigare versioner skall sparas i sju år)	Version 1 31.5.2023
Egenkontrollplanen finns offentligt framlagd.	Ja

## INNEHÅLL

1	INLEDNING .....	3
2	SERVICEPRODUCENT OCH SERVICE .....	3
3	VERKSAMHETSIDÉ, VÄRDERINGAR OCH VERKSAMHETSPRINCIPER .....	4
3.1	Verksamhetsidé.....	4
3.2	Värderingar och verksamhetsprinciper .....	4
4	RISKHANTERING .....	4
4.2	Identifiering av risker och missförhållanden .....	5
4.3	Rapportering och analysering av tillbud och avvikelser .....	6
4.4	Korrigerande åtgärder och förebyggande av en upprepning av skador .....	6
4.5	Personalens anmälningsskyldighet .....	7
5	KLIENTENS STÄLLNING OCH RÄTTIGHETER .....	7
5.1	Bedömning av servicebehov .....	7
5.2	Vårdplan.....	7
5.3	Dokumentation av klient-/patientarbete .....	8
5.4	Rättighet till service av god kvalitet och ett gott bemötande .....	8
5.5	Klienternas och deras anhörigas eller närståendes delaktighet .....	9
5.8	Stärkande av självbestämmanderätten och tillämpning av begränsningar .....	9
5.7	Multiprofessionellt samarbete .....	9
5.8	Anmärkningar och stöd av social- och patientombudsmannen .....	10
6	PERSONAL .....	11
6.1	Personalstruktur och personaldimensionering .....	11
6.2	Personalrekrytering, språkkunskaper och arbetstillstånd.....	12
6.3	Personalintroduktion och fortbildning .....	13
7	ÅTGÄRDER SOM STÖDER FÖRVERKLIGANDET AV SERVICEN .....	13
7.1	Hygien, samt förebyggande och bekämpning av infektioner .....	13
7.2	Hälso- och sjukvård .....	14
7.3	Läkemedelsbehandlingens förverkligande .....	15
7.4	Främjande av välbefinnande, rehabilitering och tillväxt .....	16
7.5	Måltider och lämplig mat .....	16
8	KLIENT- OCH PERSONALSÄKERHET .....	17
8.1	Egenkontroll enligt hälsoskyddslagen .....	17
8.2	Medicinsktekniska produkter .....	17
8.3	Tekniska säkerhetslösningar .....	18
8.4	Säkerhets-, räddnings- och beredskapsplaner.....	18
8.5	Dataskydd och datasekretess, samt egenkontrollplan för informations säkerhet .....	19
9	EGENKONTROLLPLANENS ANSVARSPERSON, UPPDATERING OCH OFFENTLIGHET .....	20

## 1 INLEDNING

Sjukhusservices egenkontrollplan för hälso- och sjukvård har utarbetats för att säkerställa kvalitet, säkerhet och lämplighet i verksamheten. Egenkontrollplanen styr övervakningen och rapporteringen av verksamheten. Genomförandet av egenkontrollplanen övervakas regelbundet med hjälp av verksamhetens mätdata och insamlad klientrespons. Verksamhetsområdets klienter är invånare i välfärdsområdet som behöver akuta / brådskande / icke-brådskande tjänster i allmän eller specialiserad sjukvård, samt invånare som behöver diagnostiska tjänster. Tjänsterna utvecklas ständigt baserat på mottagna respons och händelser i verksamheten, till exempel HaiPro-anmälningar.

## 2 SERVICEPRODUCENT OCH SERVICE

Serviceproducent: Österbottens välfärdsområde  
FO-nummer: 3221324-6  
Kommun: Vasa, Sandviksgatan 2-4, 65100 Vasa

Enhet/ servicehelhet  
Namn: Sjukhustjänster  
Adress: Sandviksgatan 2-4, 65100 Vasa  
Telefon: +358 40 579 6181  
Stad/kommun: Vasa

Serviceform: Verksamhetsområde, typ av service och dess omfattning  
Verksamhetsområde inom socialvården: Verksamhetsområde, Österbottens välfärdsområde  
Typ av service (öppenvård, boende etc.): Dejourerande verksamhet, operationsverksamhet, medicinsk verksamhet, vårdavdelningar samt diagnostik och stödfunktioner  
Verksamhetens omfattning (klienternas/ klientplatsernas antal): 1501 anställda, 50 verksamhetsenheter  
Enhetens/ servicehelhetens ansvarsperson  
Namn, titel/ utbildning: Christian Palmberg, verksamhetsområdesdirektör MD Kirurg och urolog  
Telefon: +358 40 579 6181 E-post: christian.palmberg@ovph.fi

Service som köps av underleverantörer och deras serviceproducenter

Köpt service	Serviceproducent
<u>Samjour</u>	<u>Terveystalo, Luona, Savoia</u>
<u>Vårdringar</u>	<u>Omsorg, Mehiläinen</u>
<u>Klinisk fysiologi, Radiologi</u>	<u>Olika tjänsteleverantörer</u>

Köptjänstavtal hålls uppdaterade och konkurrensutsätts vid behov. Avtalen innehåller kvalitativa och kundskyddsrelaterade perspektiv. En kontaktperson registreras i avtalen av båda avtalsparterna för att dela respons ömsesidigt. Vid förnyelse av kontrakt med privata företag läggs mer uppmärksamhet på att de också kommer att behöva ha en plan för egenkontroll.

## 3 VERKSAMHETSIDÉ, VÄRDERINGAR OCH VERKSAMHETSPRINCIPER

### 3.1 Verksamhetsidé

Verksamhetsområdet sjukhusservice består av dejourerande verksamhet, operationsverksamhet, medicinsk verksamhet, vårdavdelningar samt diagnostik och stödfunktioner - resultatområdena, vars huvuduppgift är att organisera hela områdets akuta, brådskande och planerade specialsjukvårdstjänster. Förutom somatisk vård ger vi också tjänster vid behov genom kris- och socialjour. Detta inkluderar även diagnostiska och medicinska stödtjänster.

### 3.2 Värderingar och verksamhetsprinciper

Verksamhetsområdets värderingar motsvarar Österbottens välfärdsområdes värdegrund. Våra styrande värderingar är: från människa till människa, framåtblickande och ansvarsfull, jämlik och jämställd. Verksamhetsområdet av sjukhusservice strävar efter att ge högkvalitativ service i hela regionen, på grund av verksamhetsområdets natur är de mer krävande funktionerna centraliserade till Vasa centralsjukhus. Ett ledande landmärke för oss är att rätt patient är på rätt plats vid rätt tidpunkt.

Resultatområdet övervakar de indikatorer som fastställts för varje resultatområde enligt gemensamt överenskomna principer. Övervakningsobjekten inkluderar tillgänglighet och utbud för verksamheten, kontinuitet, säkerhet och kvalitet, effektivitet, jämlikhet och kundupplevelser. Fyra gånger om året (med 3 månaders mellanrum) rapporteras egenkontrollens status på organisationens webbplats. Egenkontrollens status diskuteras också regelbundet vid verksamhetsområdets ledningsgrupps-, resultatområdets ledningsgrupps-, arbetsenhets- och samarbetsgruppsmöten. Årligen görs ledningsöversyn, självbedömningar och uppdateringar av riskbedömningar. Centrala styrande indikatorer inkluderar kostnadsövervakningsdata, antal klientbesök och klientkontakter, patient- och arbets säkerhetsrapporter, NPS och Roidu.

## 4 RISKHANTERING

Riskhanteringsprocessen handlar om hantering av enhetens/ servicehelhetens risker via egenkontroll

Verksamhetsområdet använder organisationens riskhanteringsinstruktioner i sin egen verksamhet. Inom verksamhetsområdet har riskbedömningar gjorts för olika ämnen med låg ribba. Regelbundna riskbedömningar genomförs, särskilt i utmanande situationer och innan ny verksamhet inleds. De är ofta gränsöverskridande bedömningar. Kvalitets- och övervakningsresultatområdets expertis har använts som hjälp vid riskbedömningar. Baserat på resultaten av riskbedömningarna försöker man modifiera och utveckla aktiviteterna. Uppföljning av riskbedömningar är också viktigt. Målet är att sänka riskpoängen tills riskerna försvinner eller åtminstone blir acceptabla.

#### 4.1 Ledningens, förpersonens och personalens ansvar för riskhanteringen

Kontinuerlig utveckling av verksamhetsområdet är viktigt. Att främja god och lättillgänglig service och att ta itu med brister är centrala sätt att påverka den service som klienterna får.

Serviceprocessen och jämlik tillgänglighet till tjänster övervakas och avvikelser åtgärdas. Vi strävar efter att harmonisera verksamheten och söka enhetliga goda riktlinjer och praxis. Personalens kompetens utökas genom exempelvis utbildning, arbetsrotationer och utveckling av kompetensområden. Organisationen har en egen enhet för kvalitet och kontroll, som koordinerar riktlinjer och relaterade utbildningar på organisationsnivå. Interna och externa auditeringar genomförs regelbundet. Varje arbetsenhet, resultatområde och verksamhetsområde genomför årligen en SHQS-självbedömning relaterad till kvalitetsstyrning. Personalen uppmanas att rapportera brister t.ex. via Haipro-systemet. Användningen av Haipro-systemet har blivit en etablerad del av verksamheten. En ny verksamhet är också behandlingen av missförhållande anmälningar via S-Pro. Anmälningarna behandlas i ledningslinjen och verksamhetsområdets ledning följer alla gjorda rapporter och deras behandling. Anmälningarna kvitteras som behandlade i systemet när ärendet är klart.

#### 4.2 Identifiering av risker och missförhållanden

Om missförhållanden inte upptäcks är det inte möjligt att förebygga klient- och patientsäkerhetsrisker eller på ett systematiskt sätt ingripa i missförhållanden. Egenkontrollen baserar sig på riskhantering, där risker och eventuellt hotande missförhållanden i samband med servicen ska bedömas på ett mångsidigt sätt och med hänsyn till den service som klienten får. Personalen värderar sin egen verksamhet, hör på klienter och observerar verksamhetens i anslutning till kvalitet och klientsäkerhet och beaktar klientresponsen i utvecklingen av verksamheten.

Risker kan orsakas till exempel av en otillräcklig personaldimensionering eller en verksamhetskultur där en öppen säkerhetskultur inte stöds tillräckligt. Risker kan orsakas av den fysiska arbetsmiljön (trösklar, apparater som är svåra att använda) och arbetsmetoder, till exempel ogrundade begränsningar av klientens självstämmanderätt eller klienternas beteende gentemot varandra. Ofta är riskerna en summa av många felaktiga funktioner. En förutsättning för god riskhantering är att arbetsgemenskapen arbetar i en öppen och trygg atmosfär, där både personalen, klienterna och de anhöriga vågar ta upp missförhållanden i kvalitet och klientsäkerhet.

Enhetens/servicehelhetens risker behöver granskas heltäckande från olika synvinklar. Riskerna kan ha att göra med klienter, personal, ledarskap, serviceproduktion, arbetsutrymmen, dataskydd och datasäkerhet samt läkemedelsvården och dess förverkligande.

Beskriv hur risker och missförhållanden identifieras på enheten:

- ü Beskriv hur ni identifierar risker och missförhållanden som hotar klientsäkerheten, samt hur de förebyggs och tas tag i.

Enhetens/ servicehelhetens centralaste risker och förebyggande av dessa

Risk	Förebyggande åtgärder
Kompatibilitet mellan informationssystem:	I vissa enheter används flera olika program. Det tar tid och försvårar arbetet och påverkar klientarbetet. Behov av ett enda klient- och patientinformationssystem

Risk	Förebyggande åtgärder
Tillgänglighet av kompetent personal	Rekrytering, investeringar i arbets- och arbetsgi- varimage och attraktivitet för arbete.
Personal	Arbetsvälbefinnande, möjliggörande av utbildning och handledning, balansering av arbetsbelastning.
Patientvård på rätt nivå	användning av verksamhetsstyrningssystem, identifiering av problem.
Harmonisering av arbetsmetoder	Skapande av processbeskrivningar för hela re- gionen.

I riskhanteringsprocessen överenskoms arbetssätt för identifiering av risker och kritiska arbetsmoment.

#### 4.3 Rapportering och analysering av tillbud och avvikelser

Behandlingen av tillbud och avvikelser innefattar dokumentering, analysering och rapportering av dessa. Ansvaret för att den kunskap som samlats vid riskhanteringen kommer till nytta i utvecklingsarbetet ligger hos serviceproducenten, men de anställda ansvarar för att informationen förmedlas till ledningens kännedom. I behandlingen av avvikelser ingår även att de diskuteras med de anställda, klienten och vid behov med en anhörig. Efter en allvarlig avvikelse som orsakat ersättningsbara skador informeras klienten eller den anhöriga om hur ersättning kan sökas och frågan behandlas också vid behov i en specialgrupp som inrättats för detta ändamål (bemanning varierar beroende på situationen).

Rapporteringsystem som används inom Österbottens välfärdsområde

- HaiPro, rapportering av tillbud och negativa händelser
- SPro, anmälning av missförhållanden och uppenbar risk för missförhållande i förverkligande av socialvård.

Båda ovan nämnda systemen används inom verksamhetsområdet, men S-pro endast inom kris- och socialjourverksamheten. Förpersonerna behandlar rapporter om tillbud och avvikelser och om de inte kan lösa problemet överför de det till en högre instans för åtgärd. I utmanande situationer förs bredare diskussioner om frågan och allvarliga incidenter tas upp för separat undersökning. Uppgifterna registreras i systemen och nödvändiga protokoll görs för undersökningar av allvarliga incidenter.

#### 4.4 Korrigerande åtgärder och förebyggande av en upprepning av skador

För kvalitetsavvikelser, missförhållanden och tillbud samt för negativa händelser fastställs korrigerande åtgärder som hindrar att händelsen upprepas framöver. Sådana åtgärder är bland annat utredning av orsakerna till det skedda och därigenom en övergång till säkrare arbetssätt. Detaljerad information om servicens kvalitet och behoven att utveckla klientsäkerheten fås från olika källor. Inom riskhanteringsprocessen behandlas alla avvikelseanmälningar och kända utvecklingsbehov och för dem görs en plan beroende av risknivån så att de kan fås i skick. De korrigerande åtgärder registreras i enheten utvecklingsplan för egenkontroll.

Utvecklingsplan för egenkontroll i anslutning till vård- och servicekvalitet, samt klientsäkerhet

Utvecklingsbehov som framförts av klienter, anhöriga/närstående, personal och samarbetspartners eller som aktualiserats via kvalitetsarbete eller riskhantering.

Utvecklingsbehov/ Respons från	Förbättringsåtgärd	Tidtabell	Ansvarsperson
_____			

- ü Beskriv av uppföljningen av korrigerande åtgärder och dokumentationen av dessa.
- ü På vilket sätt informeras personal och samarbetspartners om överenskomna förbättrade arbetsätt och korrigerande åtgärder?

#### 4.5 Personalens anmälningsskyldighet

Vårdpersonalens anmälningsskyldighet enligt Valvira riktlinjer är i bruk (<https://www.valvira.fi/web/sv/halso-och-sjukvard/god-arbetsutovning/anmalningsskyldigheter-for-yrkesutbildade-personer-inom-halso-och-sjukvarden>).

Socialvårdspersonal har en lagstadgad skyldighet att rapportera om missförhållanden eller hot om missförhållanden som de upptäcker i samband med genomförandet av klientens socialvård (Socialvårdslag 1301/2014, § 48-49).

Välfärdsområdet måste omedelbart rapportera till tillsynsmyndigheten som övervakar tjänsterna om väsentliga missförhållanden och brister i klient- och patientsäkerheten som har uppstått i verksamheten hos tjänsteleverantören eller dess underleverantör. Om tillsynsmyndigheten får information om väsentliga missförhållanden eller brister i klient- och patientsäkerheten hos tjänsteleverantören eller dess underleverantör genom sin tillsynsverksamhet måste tillsynsmyndigheten på motsvarande sätt omedelbart rapportera detta till välfärdsområdet där tjänsteleverantören levererar tjänster. (Lag om ordnande av social- och hälsovård 612/2021 § 44).

Läs mera i: [Klient- och patientsäkerhetsstrategi och genomförandeplan 2022-2026](#)

## 5 KLIENTENS STÄLLNING OCH RÄTTIGHETER

### 5.1 Bedömning av servicebehov

Bedömning av vårdbehov inom hälsovården görs enligt anvisningar från SHM (<https://stm.fi/sv/klientens-och-patientens-rattigheter>).

Socialvårdstjänster ges vanligtvis akut genom sjukhusservice och den hjälp som ges är av krisartad natur och bakom finns anvisningar från SHM och lagar (<https://stm.fi/sv/socialtjanster>).

### 5.2 Vårdplan

En vårdplan utarbetas för hälsovårdsklienter/patienter om vården kräver koordinering eller om det är fördelaktigt.

Enligt 39 § i socialvårdslagen ska bedömningen av servicebehovet kompletteras med en klientplan eller någon annan motsvarande plan som utarbetas för klienten, om det inte är uppenbart onödigt att utarbeta en sådan plan.

- ü Hur säkerställs att klienten får tillräckligt med information om olika servicealternativ och hur hörs klientens?
- ü På vilket sätt säkerställs att personalen känner till innehållet i klientplanens och arbetar utgående från den.

### 5.3 Dokumentation av klient-/patientarbete

Syftet är att patientjournalanteckningar görs enligt givna anvisningar (<https://www.valvira.fi/web/sv/halso-och-sjukvard/god-arbetsutovning/journalhandlingar>).

Inom socialvården är dokumentationen av klientarbetet varje yrkespersonens ansvar och dokumentations-skyldigheten regleras av lag om klienthandlingar inom socialvården (254/2015, § 4).

Läs mera i:

[Föreskrift om strukturen för klienthandlingar inom socialvården och om](#)

[Sosiaalihuollon asiakastietojen käsittely 2022 \(på finska\)](#)

[Behandling av klientuppgifter inom socialvården 2016](#)

- ü Hur introduceras personalen i dokumentering av klientuppgifter?
- ü På vilket sätt säkerställer man att klientarbetet dokumenteras ändamålsenligt och utan dröjsmål?
- ü Den finns en beskrivning över hur konfidentiella personuppgifter behandlas på enheten?
- ü Har det uppgjort en beskrivning över hur personuppgifter behandlas på enheten?
- ü Hur ordnas introduktionen för personalen och studeranden i behandling av personuppgifter och dataskydd, samt hur ordnas utbildningen?
- ü Hur säkerställs att personalen iakttar gällande lagstiftning om dataskydd och behandling av personuppgifter samt anvisningar och myndighetsföreskrifter gällande dokumentation av klientuppgifter?
- ü De dataskyddsansvarigas namn och kontaktuppgifter.

### 5.4 Rättighet till service av god kvalitet och ett gott bemötande

En klient har en lagstadgad rätt till service och vård av god kvalitet och gott bemötande utan diskriminering av dem som ger service/vård. Klienten skall bemötas så att hans människovärde inte kränks och så att hans övertygelse och integritet respekteras. Ett gott bemötande hänför sig till klientens rätt att bli hörd, tilltalad och bemött som en individ och på ett sakligt och vänligt sätt etc.

Inom verksamhetsområdet accepteras inte olämplig behandling av klienten. Mottagna respons behandlas med nödvändiga parter längs ledningslinjen. Klienten kan ge respons direkt muntligt, per telefon, via e-post eller via den officiella klientresponskanalen Roidu. Vi uppmuntrar användningen av den officiella klientresponskanalen eftersom responsen då registreras och det är smidigare att reagera på den. Klienten kontaktas om han eller hon så önskar och har lämnat sina kontaktuppgifter till yrkespersonerna.

- ü Beskriv hur ni säkerställer ni ett gott bemötande av klienterna och hur ni handlar om osakligt bemötande upptäcks.



- ü Beskriv hur ett osakligt bemötande, en negativ händelse eller en risksituation som klienten blivit utsatt för behandlas tillsammans med klienten och hans anhöriga eller närstående.

## 5.5 Klienternas och deras anhörigas eller närståendes delaktighet

En väsentlig del av utvecklandet av serviceinnehållet, kvaliteten, klientsäkerheten och egenkontrollen är, att ta hänsyn till klienter i olika åldrar samt deras familjer och närstående. Eftersom kvalitet och god vård och omsorg kan betyda olika saker för personalen och klienterna är det viktigt att man i utvecklingsarbetet utnyttjar all respons som på olika sätt systematiskt samlats in. Delaktighet för klienter och anhöriga betyder att deras åsikter och önskemål beaktas i samtliga situationer som gäller servicen och utvecklandet av verksamheten.

Klienten har möjlighet att kontinuerligt ge respons om verksamheten via Roidu-responssystemet. All respons beaktas och syftet är att ta responsen i beaktande vid utvecklingen av verksamheten. Verksamheten utvecklas på grundval av respons genom behandlingen som genomförts i enheten/resultatområdet.

- ü Beskriv hur klienterna och deras anhöriga/ närstående är deltar i att utvecklandet i enhetens verksamhet, kvalitet och egenkontroll.
- ü På vilket sätt och hur ofta insamlas klientrespons?
- ü Beskriv hur inkommen respons används vid utvecklandet av verksamheten.

## 5.8 Stärkande av självbestämmanderätten och tillämpning av begränsningar

Självbestämmanderätten är en grundläggande rättighet för var och en och består av rätten till personlig frihet, integritet och säkerhet. Den har ett nära samband med rätten till privatliv och skydd för privatlivet. Personlig frihet skyddar människans fysiska frihet, men också rätten till fri vilja och självbestämmanderätten.

Inom hälso- och sjukvården följs givna instruktioner (<https://www.valvira.fi/web/sv/halso-och-sjukvard/patientens-stallning-och-rattigheter/patientens-sjלבbestammanderatt>).

Inom socialarbetet skall klientens självbestämmanderätt stödas och respekteras. Klienterna skall ges möjlighet att delta och påverka planeringen och förverkligandet av sin service. I mån av möjlighet skall klienten ha möjlighet, att framföra åsikter även som sådant, som vem som hjälper hen i könssensitiva situationer.

- ü Vilka delområden av klienternas självbestämmanderätt stärks på enheten och på vilka sätt?
- ü Vilka är enhetens principer kring stärkande av klientens självbestämmanderätt?
- ü Vilka är enhetens principer kring begränsning av klientens självbestämmanderätt?
- ü Vilka begränsningar används på enheten och i vilken omfattning?
- ü Vilka begränsningsåtgärder används på enheten, ifall man kommer i en situation där det är nödvändigt att begränsa klientens självbestämmanderätt?
- ü Hur övervakas klienten under den tid som begränsningsåtgärden varar?

## 5.7 Multiprofessionellt samarbete

Inom hälso- och sjukvården har multiprofessionellt samarbete varit en del av vardagen i flera år.

Socialvårdens klienter kan behöva flera olika serviceformer samtidigt t.ex. klienter inom barnskydd kan vara i behov av tjänster från skola, hälso- och sjukvård, psykiatri, rehabilitering eller småbarnspedagogik. Funktionsnedsatta är en annan grupp som kan behöva flera olika typer av service. Hos äldre har åter övergångar från en serviceform till en annan visat sig vara riskfyllda.

För att klienternas helhetsservice skall fungera och motsvara klienternas behov behöver de olika servicegivarna samarbeta, där kunskapsförmedlingen mellan olika aktörer har en särskilt stor betydelse. Socialvårdslagen (2014/1301, 41 §) understöder detta sektorövergripande samarbete mellan klienternas olika serviceproducenter

- ü Beskriv hur samarbetet och informationsförmedlingen har ordnats mellan klienternas, social- och hälsovårdens serviceproducenter och andra aktörer.

## 5.8 Anmärkningar och stöd av social- och patientombudsmannen

Anmärkningar / klagomål inom hälso- och sjukvården bör alltid hanteras i ett tidigt skede genom patientombudsmannen.

Klienter inom socialvården har rätt till socialvård av god kvalitet och gott bemötande utan diskriminering från dem som ger socialvård. Ifall klienter inte är nöjda med det bemötande eller den service de får kan de göra en anmärkning åt enhetens förperson eller socialvårdens ansvariga tjänsteinnehavare.

Förfarande: Anmärkning kan även göras av klientens lagliga företrädare, en anhörig eller närstående. Mottagaren av anmärkningen ska behandla ärendet och lämna ett skriftligt, motiverat svar inom rimlig tid samt vidtar behövliga åtgärder för att avhjälpa missförhållandet. När servicen baserar sig på ett köptjänstavtal kan anmärkningen göras till enhetens ansvarsperson eller till välfärdsområdets ledande tjänsteinnehavare inom socialvården. På enheten behöver man även utan anmärkningar fästa uppmärksamhet vid hur klienter bemöts och servicens kvalitet.

Anmärkningar och klagomål behandlas på det sätt som överenskommits inom organisationen, vanligtvis av ansvariga personer inom resultatområdena. Målet är att behandla anmärkningarna så snabbt som möjligt och ett svar skickas till klienten.

Socialombudsman	Patientombudsman
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ger information och råd om klientens rättigheter inom socialvården.</li> <li>• ger information hur klienten skall gå till väga vid missnöje med bemötande eller socialservice.</li> <li>• ger råd och hjälper klienter att göra anmärkningar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ger information och råd om patientens rättigheter inom hälso- och sjukvården.</li> <li>• ger råd hur patienten kan gå till väga vid missnöje med bemötande och vård.</li> <li>• ger råd och hjälper patienter att göra anmärkningar eller patientskadeanmälningar.</li> </ul>

Kontaktinformation:

Patientombudsman [Patientombudsman - Österbottens välfärdsområde](#)

Socialombudsman [Socialombudsman - Österbottens välfärdsområde](#)

## 6 PERSONAL

### 6.1 Personalstruktur och personaldimensionering

Personalstruktur inom verksamhetsområdet av Sjukhuservice 25.5.2023 efter resultatområde och yrkesgrupp.

#### Antal personal

<u>Verksamhetsområdet</u>	<u>Permanens</u>		<u>VOV</u>	<u>Totalt</u>
	<u>Fastanställda</u>	<u>Tillfälligt anställda</u>		
<u>Akutsjukhus, operationsverksamhet</u>	92	6	4	99
<u>Akutsjukhus, jourverksamhet</u>	318	57	34	392
<u>Diagnostik och stödfunktioner</u>	151	32	8	188
<u>Vårdavdelningar</u>	599	90	64	728
<u>Medicinska åtgärdsenheter</u>	73	6	13	86
<u>SV samkostnad</u>	9			9
<u>Totalt</u>	1 242	191	123	1 501

Statusdatum är 25.5.2023

Villkor:

Inga närstående vårdare eller familjevårdare,  
Månaden är Maj,  
verksamhetsområdet är SAIR Sjukhuservice, och  
året är 2023.

Uppgifterna uppdaterades den 25 maj 2023 04:35:39. Databasen innehåller data för perioden 1.1.2023 - 25.5.2023 04:30:04 Organisationsstrukturen är från 2023



### Antal personal

Yrkesklass	Permanens			Totalt
	Fastanställda	Tillfälligt anställda	VOV	
Sakkunnig	64	17	3	83
Förvaltning	1			1
Vårdpersonal	1 147	164	119	1 378
Läkare	13	9		22
Andra	16		1	16
Stödtjänst	1	1		1
<b>Totalt</b>	<b>1 242</b>	<b>191</b>	<b>123</b>	<b>1 501</b>

Statusdatum är 25.5.2023

Villkor:

Inga närstående vårdare eller familjevårdare,  
Månaden är Maj,  
verksamhetsområdet är SAIR Sjukhusservice, och  
året är 2023.

Uppgifterna uppdaterades den 25 maj 2023 04:35:39. Databasen innehåller data för perioden 1.1.2023 - 25.5.2023 04:30:04 Organisationsstrukturen är från 2023.

- ü Vilken är enhetens personalstruktur och personalmängd? (Yrkesgrupp, arbetsuppgifter och antal)
- ü På vilket sätt säkerställs det, att förpersonen har tillräckligt med tid att leda enheten?
- ü Beskriv hur kraven på enhetens personaldimensionering förverkligas.
- ü På vilket sätt säkerställs, att enheten har tillräckliga personalresurser för att möta klienternas servicebehov?
- ü På vilket sätt uppföljs personalens tillräcklighet i förhållande till klienternas servicebehov?
- ü Vilken är enhetens personalmängd i olika arbetsskift (vardagar respektive veckoslut)?
- ü På vilket sätt säkerställs att det finns tillräckligt med personal i stöd- och hjälpfunktioner?
- ü THL följer med personaltätheten inom äldreomsorgens serviceboenden med heldygnsvård två gånger per år. Vilka var resultaten i THL:s två senaste mätningar?

## 6.2 Personalrekrytering, språkkunskaper och arbetstillstånd

Personalrekryteringen styrs av arbetslagstiftning och kollektivavtal, som fastställer arbetstagarnas och arbetsgivarens rättigheter och skyldigheter. Vidare styrs rekryteringen av Österbottens välfärdsområdes anvisningar kring personalrekrytering. När förmannen rekryterar yrkesutbildad social- och hälsovårdspersonal



skall uppgifter som de sökande alltid kontrolleras i Valvira centralregister över yrkesutbildade personer, JulkiTerhikki/ JulkiSuosikki. Med tanke på den utmanande rekryteringsituationen i dagsläget behöver varje enhet ha en plan för hur de tryggar personaltillgången i normala situationer som vid undantagssituationer.

En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ska ha tillräckliga muntliga och skriftliga språkkunskaper för de uppgifter han/hon sköter och arbetsgivaren ansvarar för bedömning av språkkunskaperna. Länk: <https://www.valvira.fi/web/sv/halso-och-sjukvard/yrkesrattigheter/sprakkunskaper>

- ü Vilka är principerna för rekrytering av personal till enheten?  
Vilka är enhetens principer för användning av vikarier och resursenhetens personal?
- ü På vilket sätt beaktas lämplighet och pålitlighet av personer som ska arbeta i klienternas hem eller med barn, funktionsnedsatta och äldre?
- ü Berätta på vilket sätt ni säkerställer, att personalen har tillräckliga språkkunskaper?

## 6.3 Personalintroduktion och fortbildning

När ny personal anställs behöver tillräckligt med tid reserveras för introduktion i arbete. Det samma gäller studeranden som arbetar på enheten och personal som återvänder till arbetet efter en längre tids frånvaro. Enhetens introduktionsplan med checklista är ett bra stöd i introduktionen både för nyanställda som de som introducerar i arbetet. Introduktionen innefattar många områden, men i den behöver bl.a. ingå introduktion i klientarbete, behandling av klientuppgifter och genomförande av egenkontrollen.

I lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården (2015/817, § 5) och hälso- och sjukvården (1994/559, § 18) finns bestämmelser om yrkespersonernas skyldighet att upprätthålla och utveckla sin yrkeskompetens, men även om arbetsgivarens skyldighet att möjliggöra de anställdas deltagande i fortbildning. Att upprätthålla och säkerställa kunskande i läkemedelsbehandling är en viktig del i upprätthållande av yrkeskompetensen.

Service- och vårdavdelningar ansvarar för att introducera anställda till det praktiska arbetet. Anställda har möjlighet att delta i fortbildning inom ramen för budget.

- ü På vilket sätt ordnas personalens och studerandens introduktion i klientarbete och egenkontroll? (Vem/Vilka introducerar, introduktionsplan, checklista, underskrifter etc.)
- ü På vilken typ av fortbildning behöver enheten satsa på just nu, för att möta klienternas vård- och servicebehov?
- ü Hur säkerställs att personalen fortbildning uppfyller lagstiftningens minimirekommendation på 3 dagar/person/år?

## 7 ÅTGÄRDER SOM STÖDER FÖRVERKLIGANDET AV SERVICEN

### 7.1 Hygien, samt förebyggande och bekämpning av infektioner

Enligt smittskyddslagens 17 § ska verksamhetsenheter inom socialvården ska systematiskt bekämpa vårdrelaterade infektioner. Den som är chef för verksamhetsenheten ska följa upp förekomsten av smittsamma sjukdomar och mikrober som är synnerligen resistenta mot läkemedel och sköta smittbekämpningen. Verk-

samhetsenheten ska svara för ändamålsenligt skydd för och placering av patienterna, klienterna och de anställda och se till att antimikrobiella läkemedel används som sig bör. Information om allvarliga vårdrelaterade infektioner och anmälningsförfarande hittas på Institutet för hälsa och välfärds hemsida på adressen: [Anmälan av epidemier och allvarliga vårdrelaterade infektioner \(HARVI\) - Institutet för hälsa och välfärd](#)

Kvalitetsmålen för hygien utgår från den verksamhets som bedrivs på enheten och specifikt från klienternas individuella behov enligt deras serviceplan. Det syns även i enhetens fortgående arbete, för att säkerställa klientsäkerheten och arbetsmiljön, samt förebyggande och bekämpning av infektioner.

I förverkligande av egenkontrollen syns det bl.a. i

- Enhetens hygiennivå, förverkligad städning och förekomsten av ett skriftligt städplan.
- Personalens handhygien, tillgång och användning av desinfektionsmedel och skyddsutrustning.
- Personalens förebyggande och bekämpning av infektioner.
- Klienternas personliga hygien och förverkligad textiltvård

Vad gäller hygienpraxis, så finns olikartade anvisningar tillgängliga via Österbottens välfärdssområdes Internetsidor. Ur konkret arbetssynpunkt är det bra, att ha en plan för verksamhet under normala respektive avvikande förhållanden (t.ex. vid Noro epidemier). Något som aktualiserats speciellt under COVID-19 pandemin. Hygienskötarna bistår med sakkunskap i hygienärenden, men det är bra om det finns hygienansvariga på enheten som understöder hygienarbetet.

Institutet för hälsa och välfärd har publicerat föreskrifter kring bekämpning av infektioner inom långtidsvården och -omsorgen (Föreskrift 3/2020 på finska).

- ü Beskriv uppföljningen av den allmänna hygiennivån.
- ü Hur säkerställs hygienpraxisen, så att den motsvarar klienternas behov enligt deras verkställighetsplaner?
- ü Beskriv hur livsmedels- och handhygien beaktas i matlagningen och vid måltiderna (klienter och personal).
- ü Beskriv förebyggande av spridningen av infektioners och smittsamma sjukdomars?
- ü Hur är städningen och textiltvården ordnad?
- ü Beskriv hur personalen har introducerats/ fortbildats i förverkligande av enhetens renlighet och textiltvård enligt anvisningar och standarder?
- ü Hur säkerställs, att den medicintekniska produkter och instrument rengörs efter användning?
- ü Det finns en hygienansvarig på enheten? Vem? (Har hygienskötaren informerats om ansvarspersonen?)
- ü Kontaktuppgifter till hygienskötare:

## 7.2 Hälsa- och sjukvård

För att hälso- och sjukvårdstjänster ska kunna säkerställas för klienterna behöver personalen upprätthålla och utveckla sitt yrkeskunnande. Förstahjälpkunnandet behöver möta enhetens klientstruktur och uppdateras vart tredje år. Med tanke på klientens hälsa, behöver det åtminstone på enheten finnas anvisningar kring ordnande av klienterna brådskande sjukvård, icke-brådskande hälso- och sjukvård, munhälsövård. Därtill behöver det finnas anvisningar kring handlande vid oväntade dödsfall.

- ü Hur är klienternas hälso- och sjukvård ordnad på enheten?
- ü Beskriv hur tillgången på läkar- och sjukskötartjänster är ordnade.
- ü Hur säkerställs personalens första hjälpkunnande? (uppdateringbehov vart tredje år)
- ü Hur är klienternas munhälsövård ordnad?
- ü På vilket sätt främjas och uppföljs hälsotillståndet hos klienter med kroniska sjukdomar?
- ü Hur agerar man vid oväntade dödsfall? Finns det uppgjorda skriftliga anvisningar?

### 7.3 Läkemedelsbehandlings förverkligande

Enhetens läkemedelsbehandling baserar sig på enhetens läkemedelsplan, som uppdateras årligen eller oftare som det t.ex. sker förändringar i enhetens läkemedelsbehandling eller lagstiftning. Planen för läkemedelsbehandling är ett verktyg för definition och administration av de olika delområdena inom säker läkemedelsbehandling på enheter som utför läkemedelsbehandling. I handboken för säker läkemedelsbehandling ges detaljerade anvisningar kring genomförande av enhetens läkemedelsbehandling, ansvarsfördelning, minimikrav som skall uppfyllas för anställda som deltar i läkemedelsbehandlingen. Enligt handboken ska varje enhet ha en utsedd ansvarsperson för läkemedelsbehandlingen och där betonad vidare att en introduktion i läkemedelsbehandlingsplanen är betydande del av personalens introduktion.

Länk: [Läkemedelsplan - Intra \(osterbottensvalfard.fi\)](#)  
[LOVe och moodle - Intra \(osterbottensvalfard.fi\)](#)

Enligt Fimea ska det på social- och hälsovårdsenheter finnas en utnämnd sjukskötare, som ansvarar för genomförandet av läkemedelsbehandlingen som helhet. Den sjukskötare som ansvarar för genomförandet av läkemedelsbehandlingen som helhet ska arbeta på arbetsenheten, så att han eller hon kan ingripa i observerade missförhållanden. Inom socialvården finns det dock enheter där klienternas servicebehov inte förutsätter en sjukskötare på heltid vid enheten, till exempel inom barnskyddet och servicen för utvecklingsstörda. Enheten ska dock utse en sjukskötare som ansvarar för den praktiska helheten av enhetens läkemedelsbehandling och som de facto besöker enheten för att bedöma om läkemedelsbehandlingen är ändamålsenlig, som tar emot praktiska prov och så vidare. Om det inte finns någon sjukskötare bland enhetens egen personal, kan man komma överens om arbetsfördelningen med sjukskötarna vid serviceproducentens övriga enheter eller samarbeta med kommunens hälsovårdscentral eller med privata aktörer inom hälso- och sjukvården.

Läkemedelsbehandlingen på enheten styrs av gällande lagstiftning, SHM:s handbok för säker läkemedelsbehandling, Österbottens välfärdsområdes läkemedelsbehandlingsplan på organisations- och enhetsnivå, samt interna anvisningar.

Till egenkontrollen hör att identifiera och eliminera risker som orsakas av bristfällig kompetens eller oklara förfaranden i läkemedelsbehandling och -försörjning. Därtill måste man säkerställa att den social- och hälsovårdspersonalen som deltar i läkemedelsbehandlingen har ikraftvarande läkemedelslov. Ansvaret för detta är på individnivå varje enskild arbetstagare som deltar i läkemedelsbehandlingen för egen del, på enhetsnivå förpersonen och på organisationsnivå ledande tjänsteinnehavare.

#### Begränsat läkemedelsförråd

Privata serviceproducenter ska ansöka om tillstånd och offentliga verksamhetsenheter ska underrätta tillståndsmyndigheten innan ett begränsat läkemedelsförråd inrättas. Kommunen måste göra en anmälan om det begränsade läkemedelsförrådet som ska upprättas och underhållas i sin verksamhetsenhet.

Läs mera: [Föreskrift för begränsade läkemedelsförråd](#)

- ü Vilka ansvarar för enhetens läkemedelsbehandling?
- ü Ansvarig läkare och specialisering?
- ü Ansvarig sjukskötare?

- ü Beskriv på vilket sätt det säkerställs, att läkemedelsbehandlingsplanen hålls aktuell och förverkligas som en del av dagligt arbete.
- ü Beskriv på vilket sätt det säkerställs, att all personal som deltar i läkemedelsbehandling har ikraftvarande läkemedelslov.
- ü Ifall det på enheten finns ett begränsat läkemedelsförråd, har en anmälan om detta gjorts till Regionalförvaltningsverket? Hur uppföljs, värderas och övervakas läkemedelsförrådets förbrukning?

## 7.4 Främjande av välbefinnande, rehabilitering och tillväxt

Enligt äldreomsorgslagen (2012/980 § 5) är kommunen åter skyldig att stödja den äldre befolkningens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand som en del av ordnandet av social- och hälsovården. I klienternas vård- och serviceplan skrivs det in konkreta målsättningar som förverkligas som en del av daglig vård- och omsorg. Lagen (2012/980 § 12-13) ger också kommunen en skyldighet, att ordna rådgivningstjänster som stöder den äldre befolkningens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand. Välfärdsområdet bör erbjuda hälsoundersökningar, mottagningar eller hembesök som stöder välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och självständiga prestationer, särskilt för dem som tillhör den äldre befolkningen och vars levnadsförhållanden eller livssituation innebär riskfaktorer som ökar behovet av tjänster. Tjänsterna bör förverkligas på ett sådant sätt att de stöder äldre personers välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga, självständig prestation och delaktighet. För att förebygga annat tjänstebehov bör särskild uppmärksamhet ägnas åt tjänster som främjar rehabilitering och ges i hemmet.

Man kan tala om förverkligande av delaktighet, när en person ändrar från att vara en i målgruppen till en aktör som utför åtgärder. Människan är en aktör, när hon verkar maximalt självständigt och på egen hand, får information och erfarenheter från olika handlingsalternativ, samt deras bra och dåliga sidor, väljer det som passar en själv bäst, beslutar själv i vilken verksamhet som skall inledas och får någonting till stånd med sitt agerande, som inte skulle ske utan åtgärder. Agerandet kan stödas.

- ü Beskriv hur man i servicen främjar klienternas fysiska, psykiska, kognitiva och sociala funktionsförmåga och delaktighet
- ü Beskriv hur klienternas skolgång, arbetsverksamhet eller annat deltagande i arbetslivet förverkligas.
- ü Beskriv hur det möjliggörs att klienternas har en regelbunden kontakt till sina anhöriga.
- ü I vilken utsträckning förverkligas klienternas motions-, kultur- och fritidsaktiviteter?
- ü På vilket sätt uppföljs målsättningarna på klienternas välmående, funktionsförmåga och rehabiliterande aktiviteter?

## 7.5 Måltider och lämplig mat

För många av socialvårdens klienter har näring och måltider, samt seder och bruk kring dem en viktig del av servicen. I kosthållningen behöver livsmedelsverkets närings- och matrekommendationer för olika befolkningsgrupper i olika åldersgrupper beaktas. I kosthållningen behöver klienternas önskemål, dieter (beroende på sjukdomar, födoämnesöverkänslighet, -allergier och -intoleranser) och beakta lämpliga födoämneskonsistenser, för att alla klienter skall kunna ta del av matens näringsinnehåll utan onödiga hälsorisker. Kost som baserar sig på religion eller etisk övertygelse utgör en del av mångkulturalitet, vilket ska beaktas när service tillhandahålls. Vidare information hittas i [Livsmedelsverkets närings- och matrekommendationer](#)

- ü Hur har klienternas måltider ordnats?
- ü Hur säkerställs att klienternas önskemål, dieter eller andra begränsningar beaktas vid måltiderna?
- ü Hur säkerställs klienterna får bra mat och ett tillräckligt närings- och vätskeintag?
- ü Hur säkerställs att klienternas nattfasta inte överskrider 11 timmar på äldreboenden?



## 8 KLIENT- OCH PERSONALSÄKERHET

### 8.1 Egenkontroll enligt hälsoskyddslagen

Enligt hälsoskyddslagens 2 § skall verksamhetsutövaren känna till de hälsorisker som finns i verksamheten och följa upp de faktorer som inverkar på dem (egenkontroll). Verksamhetsutövaren skall systematiskt förhindra uppkomsten av hälsorisker som uppkommer via sanitära olägenheter.

På verksamhetsenhetens hälsosfaktorer inverkar kemikaliska och mikrobiologiska orenheter, samt fysikaliska förhållanden till vilka hör inomhusluftens temperatur och fuktighet, buller (ljudförhållanden), luftombyte (luftens kvalitet), strålning och belysning. Det här riskerna är kända och hanteringen av dessa risker är planerade.

Organisationen har en processbeskrivning av framstegsmetoder, till exempel när utmaningar med inomhusluften uppstår i arbetsenheten. Nödvändiga ändringar görs i lokalerna baserat på verksamhetens krav. Arbetsenheter använder bland annat ljudisoleringsplattor, brusreducerande hörlurar och olika mellanväggar. Verksamheten centraliseras så långt det är möjligt till nödvändiga helheter.

<https://stm.fi/sv/miljohalsa/halsoskydd>

- ü Hur hanteras risker i anslutning hur hälsosamma enhetens utrymmen är?
- ü Vilket samarbete sker med andra myndigheter och aktörer för att minska enhetens hälsorisker?

### 8.2 Medicinskt tekniska produkter

Fimea ansvarar för styrningen och tillsynen av medicinskt tekniska produkter.

[https://www.fimea.fi/web/sv/medicintekniska\\_produkter](https://www.fimea.fi/web/sv/medicintekniska_produkter)

Det skall alltid göras en tillbudsansmälan till Fimea, när social- och hälsovårdens medicintekniska produkter orsakat tillbud eller som kunde ha lett till att klienten, användaren eller någon annan persons hälsa äventyras. En yrkesmässig användare ska anmäla sådana tillbud i anslutning till medicintekniska produkter som beror på produktens egenskaper, icke önskvärda biverkningar, en avvikelse eller störning i produktens prestanda, brister i märkningen av produkten, en bristfällig eller felaktig bruksanvisning för produkten, något annat skäl som hänför sig till användningen av produkten.

Yrkesmässiga användare skall ha en utsedd ansvarsperson, som ansvarar för, att användarna i sin verksamhet följer lagen om medicinteknisk utrustning (719/2021, 32–33§).

Anställda inom verksamhetsområdet genomför apparatpass enligt kraven för kliniska vårdavdelningar och bekantar sig med användningen av medicintekniska produkter på kliniska vårdavdelningar.

- ü Det finns en utnämnd ansvarsperson för medicintekniska produkter:  
Namn och kontaktuppgifter
- ü Personalen har gjort egenhetens apparatpass?
- ü Hur säkerställs att de hjälpmedel och de medicinskt tekniska produkter som klienten behöver är anskaffade, getts användarhandledning i och får service på ett adekvat sätt?
- ü På vilket sätt säkerställs, att det gör adekvata [rapporteringar av tillbud](#) rörande medicintekniska produkter
- ü På vilket sätt är de medicintekniska produkternas regelbundna service, som årlig service, när produkten är i behov av service eller går sönder?

### 8.3 Tekniska säkerhetslösningar

Klienternas som personalens säkerhet tryggas på olika sätt beroende på vilka risker som det finns i enhetens verksamhet. Säkerheten kan tryggas för klienternas del med klientlarm och larmtelefoner och för personalens del med telefoner, personlarm och personsökare etc. På enhetsnivå kan det handla om hur passagekontrollen är ordnad till enheten som till olika utrymmen, placering av möbler i olika utrymmen, extra utgångar till vissa utrymmen, i vilken utsträckning ytterdörrarna är låsta, tillgång till bevakningskameror, köpta tjänster av säkerhetsföretag etc.

I planen för egenkontroll behöver enhetens principerna för tryggade av säkerheten inklusive ansvarsfrågorna klargöras. Ifall kameraövervakning används på enheten, behöver det finnas information kring detta, så att alla som rör sig i utrymmena är medvetna om detta. För kameraövervakning i allmänna utrymmen behöver det finnas en grundad orsak som baserar sig på klientens vård, säkerhets och hälsfaktorer. Klientrum, personalutrymmen och toaletter får inte filmas. Områden på utsidan får filmas utan någon speciell orsak.

När klienter filmas behöver grundlagens 10 paragraf angående skydd av privatlivet beaktas. Det är speciellt viktigt att tänka igenom, till vad det inspelad materialet används och vem har rätt att se på det. Materialet utgör i praktiken en klienthandling. Kameraövervakning i läkemedelsrum är att rekommendera och för det finns det en grundad orsak. Brister i personalbemanning får inte ersättas med kameraövervakning. Därtill behöver det finnas en registerbeskrivning över kameraövervakningen.

- ü På vilka tekniska lösningar används för att trygga enhetens säkerhet?
- ü Hur säkerställs, att den säkerhetsutrustning som klienterna och personalen använder fungerar och att alarm besvaras.
- ü Vem ansvarar funktionssäkerheten av larmtelefoner och annan larmutrustning?  
Namn och kontaktuppgifter:

### 8.4 Säkerhets-, räddnings- och beredskapsplaner

Tryggande av säkerheten på enheten innefattar många olika aspekter och är beroende av vilken verksamhet som bedrivs. Genom beredskapsplanen förbereder man sig för störnings- och undantagsförhållanden på organisations- och enhetsnivå.

Verksamheten förbereder sig för störningar och undantagsförhållanden så att samhällets funktionsförmåga kan säkerställas i alla situationer. Hantering av störningar är en del av den dagliga verksamheten. Genom beredskapsplanen förbereder man sig för störningar och undantagsförhållanden på organisations- och enhetsnivå.

Personalen deltar regelbundet i brand- och evakueringssäkerhetsträning samt hjärt-lungräddningsträning och deltagandena registreras i HR-systemet. Närförpersonen ser till att personalen deltar. Säkerhetspromenader görs på vård- och serviceenheter, till exempel i samband med interna auditeringar. Organisationen har skriftliga instruktioner för att förbereda sig för störningar och undantagsförhållanden. Verksamhetsområdet använder bland annat reservsystem för telefontjänster och dikteringshantering i samband med kommunikationsavbrott. Förpersoner får information om störningssituationer genom beredskapsledningsgruppen.

Läs mera: [SHM: Beredskap inom social- och hälsovården](#)  
[SHM: Beredskapsärenden](#)



- ü Hur tryggas klient- och personalsäkerheten på enheten?
- ü Tidpunkt för uppgörande/uppdatering av räddningsplanen och utredningen av utrymningssäkerheten? Tidpunkt:
- ü Hur säkerställs att personalen deltar i brandsläckningsövningar x 1/ 5 år? Tidpunkt för senaste övning?
- ü Hur ofta görs säkerhetsvandringar på enheten?
- ü Vilken beredskap har man på enheten för störnings- och undantagssituationer? Finns det en skriftlig plan?
- ü Hur säkerställs att personalen känner till enhetens räddningsplan, utredning av utrymningssäkerhet och beredskapsplan?
- ü Hur säkerställs att enhetens förpersoner och personal kan handla vid störnings- och undantagssituationer?

## 8.5 Dataskydd och datasekretess, samt egenkontrollplan för informationssäkerhet

Med personuppgifter avses varje uppgift som anknyter till en identifierad eller identifierbar fysisk person. Inom socialvården är klientuppgifter känsliga och sekretessbelagda personuppgifter. Uppgifter som gäller hälsa hör till särskilda kategorier av personuppgifter som endast kan behandlas under vissa förutsättningar. En bra informationshantering är planerad alltifrån dokumentering av klientarbetet till arkivering och förstöring av uppgifterna. Vid hantering av personuppgifter inom socialvården bildas ett personregister som styrs av EU:s allmänna dataskyddsförordning (EU 2016/679). Därtill tillämpas den nationella dataskyddslagen (1050/2018) som kompletterar och preciserar dataskyddsförordningen. Behandlingen av personuppgifter påverkas också av den lagstiftningen som gäller separat för varje bransch. Läs mera om saken <https://tietosuoja.fi/sv/vanliga-fragor-halsovard>

Dataskyddsförordningen innehåller även bestämmelser om de centrala principerna för behandling av personuppgifter. Den personuppgiftsansvarige ska anmäla personuppgiftsincidenter till tillsynsmyndigheten och till de registrerade. Med registeransvarig förstås den part som ensam eller tillsammans med andra bestämmer avsikten och sätten som personuppgifter behandlas. Behandlare av personuppgifter betyder till exempel en enhet/service, som behandlar personuppgifter för registerhållarens räkning. Registerhållaren ska bl.a. handla de underställda personer som har tillgång till uppgifter (29 artikeln i dataskyddsförordningen). Bestämmelser om den registrerades rättigheter ingår i kapitel 3 i förordningen, som också innehåller regler om information till den registrerade.

THL har utfärdat en myndighetsföreskrift (3/2021) till social- och hälsovården om egenkontroll av de krav som ställs på användningen av informationssystem enligt 19 h § i lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården. Datasäkerhetens egenkontrollplan är ett skilt dokument, som inte är en offentlig handling, men utgör en del av helheten av enhetens egenkontroll.

- ü Beskriv hur dataskyddet förverkligas på enheten?
- ü Hur säkerställs att dataskyddet efterföljs på enheten och lagstiftning kring behandling av personuppgifter, samt anvisningar som uppgjorts för enheten och myndighetsdirektiv?
- ü Hur ordnas personalens och studerandenas hantering av personuppgifter och introduktion i datasäkerhet?
- ü Dataskyddets ansvarsperson (namn och kontaktuppgifter):

## 9 EGENKONTROLLPLANENS ANSVARSPERSON, UPPDATERING OCH OFFENTLIGHET

### Egenkontrollplanens ansvarsperson eller ansvarspersoner

Verksamhetsområdets egenkontrollplan har sammanställts av verksamhetsområdesdirektören. Han har använt social- och hälsovårdens egenkontrollplaner för att sammanställa planen. När det gäller hälso- och sjukvården kommer egenkontrollplanen att bli lagstadgad i början av 2024. Denna första version är en kort översikt över helheten. Egenkontrollplanen kommer att utvecklas och växa när hälso- och sjukvårdsenheter också börjar göra dem. Rapporteringen av egenkontrollen samlas in av verksamhetsområdets ledningsgrupp fyra gånger om året.

Ansvarig person för egenkontroll på verksamhetsområdesnivå är verksamhetsområdesdirektör Christian Palmberg, tel. 040 579 6181.

- ü Vilka personer har deltagit i uppgörandet/ uppdateringen av egenkontrollplanen?
- ü Vem/vilka är ansvariga för planeringen och förverkligande av enhetens/ servicehelhetens egenkontroll (namn, tel.)?

### Egenkontrollplanens uppdatering

Planen för egenkontroll uppdateras en gång i året och alltid när det inträffar förändringar i verksamheten som påverkar servicekvaliteten och klientsäkerheten. Tidigare versioner av egenkontrollplanen skall sparas i åtminstone 7 år. Egenkontrollplanen sparas i välfärdsområdets dokumenthanteringssystem samt på andra ställen som organisationen har fastställt.

- ü Hur säkerställer man på enheten att egenkontrollplanen hålls aktuell?

### Egenkontrollplanens Offentlighet

En uppdaterad plan för egenkontroll ska hållas offentligt framlagd vid enheten så att klienterna, deras anhöriga och alla som är intresserade av egenkontroll lätt och utan särskild begäran kan läsa planen.

Utgångspunkten för utvecklandet av servicen är, att man gör det tillsammans. Därför finns det lagar som ger handledning i behandlingen av olika ärenden, med tyngdpunkt på arbetsgivarens ansvar i att producera service av bra kvalitet.

### Uppföljning av egenkontrollplanen

Enligt lagen om ordande av social- och hälsovårdens (612/2021) 40 § ska ett välfärdsområde och en privat tjänsteproducent ska utarbeta ett program för egenkontroll i fråga om de uppgifter och tjänster som de ansvarar för. I programmet ska det bestämmas hur fullgörandet av de skyldigheter som avses i 1 mom. som helhet ordnas och genomförs. I programmet ska det anges hur genomförandet, säkerheten och kvaliteten samt jämlikheten i fråga om social- och hälsovårdstjänsterna ska övervakas och hur brister som observeras ska avhjälpas. I programmet för egenkontroll ingår en plan för egenkontroll och en patientsäkerhetsplan om vilka det föreskrivs särskilt i lag.

Programmet för egenkontroll samt iakttagelser som baserar sig på uppföljningen av programmet och åtgärder som baserar sig på iakttagelserna ska offentliggöras i det allmänna datanätet och på andra sätt som främjar deras offentlighet.



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