



Handbok för egenkontroll och kvalitetshantering

Del 1: Kvalitetshanteringssystem

Del 2: Handbok för egenkontroll och kvalitetshantering

Förberedd av: Kvalitet, säkerhet och tillsyn

Godkänd: HVA ledningsgrupp 03.09.2024



Österbottens välfärdsområde
Pohjanmaan hyvinvointialue

Förord

Syftet med handboken för egenkontroll och kvalitetshantering i Österbottens välfärdsområde är att stödja personalen inom social- och hälsovården och räddningsväsendet i vårt område i deras dagliga arbete med att genomföra och utveckla högklassig och säker vård och service. Handboken baserar sig på välfärdsområdets strategi, organisationsanvisningar och verksamhetsprinciper. Handboken har utarbetats med beaktande av både nationella och internationella klient- och patientsäkerhetsstrategier, nationella lagar och förordningar, anvisningar och rekommendationer om kvalitet, klient- och patientsäkerhet. Välfärdsområdets värderingar, det vill säga "från människa till människa", "vi ser framåt ansvarsfullt" och "vi agerar jämlikt och jämställt", ska återspeglas i organisationens och personalens dagliga verksamhet samt i dess ledning. (Strategi och värderingar. Österbottens välfärdsområde, 2023.)

Handboken om egenkontroll är uppdelad i två delar, av vilka den första behandlar beskrivningen av välfärdsområdets kvalitetshanteringssystem och den andra praktiska anvisningar för enheterna för egenkontroll.

Handboken för egenkontroll och kvalitetshantering uppdateras årligen. Handboken är godkänd av ledningsgruppen för välfärdsområdet.

Innehållsförteckning

Förord	2
Innehållsförteckning	3
DEL 1. KVALITETSHANTERINGSSYSTEM.....	5
1. Säkerhetskultur	6
1.1. Strategi för klient- och patientsäkerhet.....	6
1.2. Kvalitetspolicy och kvalitetsmål.....	9
1.3. Säkerhetsledningssystem	10
1.4. Uppgiftsspecifikt ansvar för säkerheten	11
1.5. Riskhantering.....	17
2. Kvalitetshantering	18
2.1. Ledningens genomgång	18
2.2. Självutvärdering enligt kvalitetssystemet SHQS.....	19
2.3. Auditeringar	19
3. Tillsyn	21
4. Kunddelaktighet.....	23
4.1. Påverkansorgan och klientråd	24
4.2. Samarbete med organisationer och frivilligarbete	25
DEL 2. HANDBOK FÖR EGENKONTROLL OCH KVALITETSHANTERING	27
5. Tryggande av klient- och patientsäkerheten	28
5.1. Upprättande och upprätthållande av en plan för egenkontroll	28
5.2. Ansvar för tjänsternas kvalitet.....	29
5.3. Kundens ställning och rättigheter.....	31
5.4. Personal	39
5.5. Uppföljning av tillräckliga personalresurser i klient- och patientarbetet.....	43
5.6. Sektorsövergripande samarbete och samordning av tjänster (samarbete och informationsutbyte).....	43
5.7. Lokaler och verksamhetsmiljö.....	44
5.8. Apparater, verktyg och informationssystem	46
5.9. Plan för läkemedelsbehandling	49
5.10. Nutrition	50
5.11. Hygien, förebyggande och bekämpning av infektioner.....	50
5.12. Regelbunden respons.....	51
6. Identifiering och hantering av risker inom egenkontroll.....	53
6.1. Identifiering och bedömning av risker.....	53

6.2.	Hantering av missförhållanden och brister som uppstått i verksamheten	53
6.3.	Köpta tjänster och underleverantörer	56
6.4.	Dataskydd och hantering av klient- och patientuppgifter	56
7.	Säker vård- och servicemiljö	58
7.1.	Säkerhetsutbildning och säkerhetsplanering.....	58
7.2.	Beredskap och beredskapsplanering.....	59
	KÄLLOR.....	60



DEL 1. KVALITETSHANTERINGSSYSTEM

1. Säkerhetskultur

Säkerhetskulturen granskas som den förmåga och vilja som råder i en organisation att förstå vad säker verksamhet är, hurdana risker som är förknippade med organisationens verksamhet och hur de kan förebyggas samt viljan att agera säkert och förhindra att risker realiserar. En god säkerhetskultur återspeglas i att välfärdsområdets personal genuint bryr sig om säkerheten och att säkerheten på ett övergripande sätt uppfattas som en systemisk egenskap hos organisationen. Det är viktigt att uppleva möjligheten att påverka och ta ansvar i utvecklingen av säkerheten och att leda grundarbetet. Ledningen och cheferna har en särskild roll när det gäller att främja en öppen och rättvis säkerhetskultur. Säkerheten syns i enhetens praxis, dokument, diskussioner osv. som något som är positivt relevant för organisationen. Säkerhet anses vara en egenskap som uppstår i verksamheten, för vilket kontinuerligt arbete måste utföras.

En stark och hållbar grund för en säkerhetskultur skapas genom öppen diskussion.

En god säkerhetskultur minskar antalet olyckor och störningar och ökar orken i arbetet.

Säkerhet och säkerhetskultur bygger på små vardagliga frågor och val.

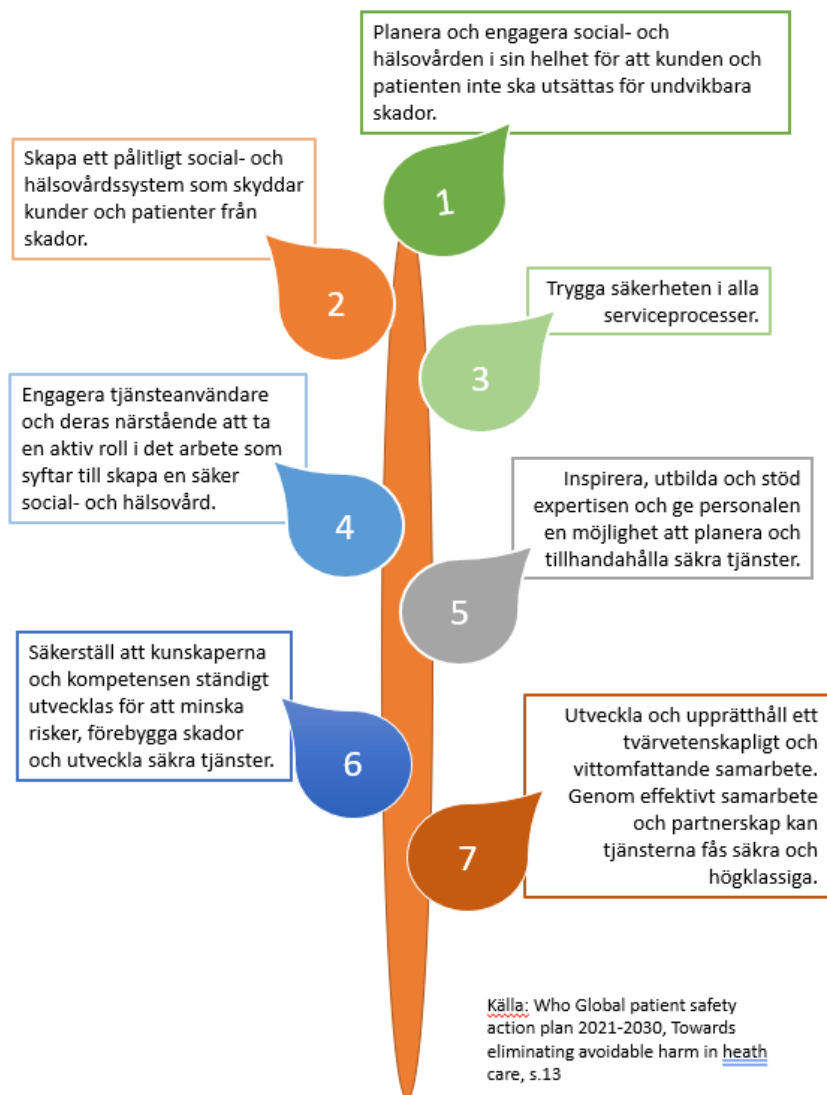
1.1. Strategi för klient- och patientsäkerhet

Klient- och patientsäkerheten i Österbottens välfärdsområde

Ramverket för kvalitetsledning och klient- och patientsäkerhet i Österbottens välfärdsområde baserar sig på WHO:s modell (figur 1) och den nationella klient- och patientsäkerhetsstrategin, som främjar åtgärder för att stärka delaktigheten och säkerheten samt hanteringen av säkerhetskulturen i Finland.

Österbottens välfärdsområdes strategiska mål att uppnå Nordens topp inom säkerhet och kvalitet ger en bra ram för utvecklingen av kvalitetsledning och säkerhet.

Internationell klient- och patientsäkerhetsstrategi



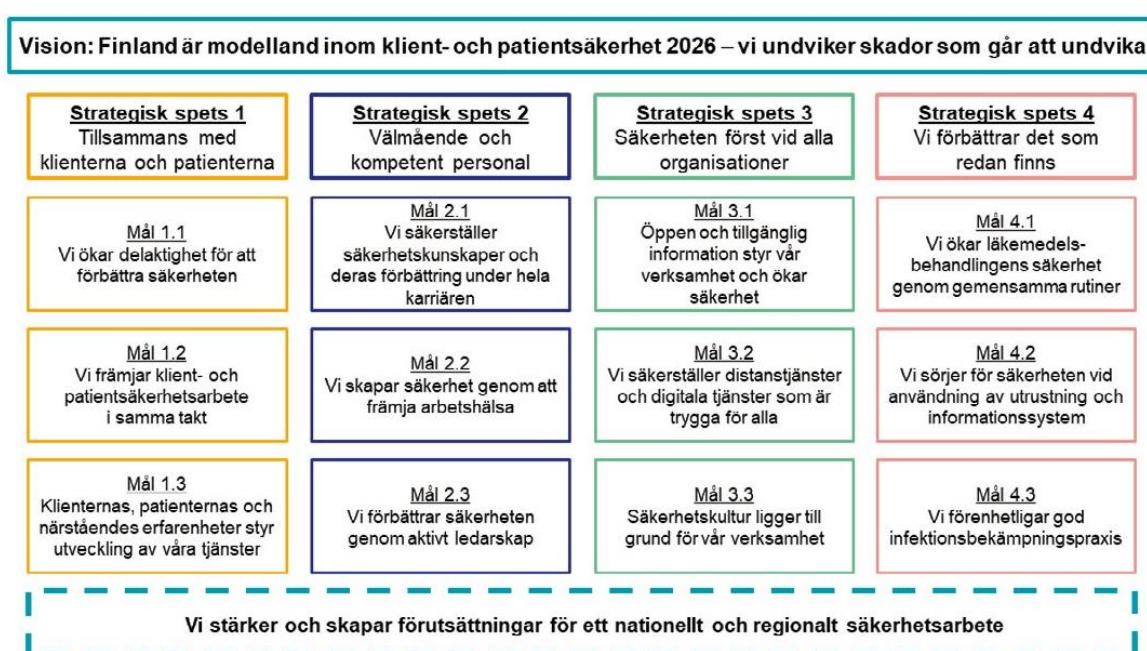
Figur 1. Åtgärdssträd för WHO:s målprogram för patientsäkerhet (Strategi och genomförandeplan för kund- och patientsäkerhet 2022–2026).

Nationell strategi för klient- och patientsäkerhet

Visionen är att Finland ska vara ett föregångsland för klient- och patientsäkerhet år 2026 – vi ska undvika skador som kan undvikas. Det innebär att vi implementerar rekommendationer baserade på bästa vetenskapliga kunskap för att gynna ledningen, yrkesverksamma, patienter och kunder i alla organisationer på alla nivåer i verksamheten. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2022.)

För att visionen ska bli verklighet har den delats in i fyra strategiska spetsar. Under varje spets finns tre mål som stärker klient- och patientsäkerheten i praktiken när de uppnås. Strategin innehåller en plan för genomförande så att överföringen av målen till den dagliga verksamheten kan inledas genast i början av strategiperioden. Genomförandet av strategin följs upp med hjälp av de indikatorer som valts för strategin. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2022.)

Österbottens välfärdsområde har förbundit sig till den nationella klient- och patientsäkerhetsstrategin och genomförandet av den. För att främja strategin har Österbotten utsett en egen spetsgrupp för varje centralt tema i den nationella strategin. Spetsgruppen samordnar främjandet av spetsmålen i enlighet med välfärdsområdets behov.



Figur 2. Prioriteringarna och målen i klient- och patientsäkerhetsstrategin.

Riksomfattande strategiska mål för ordnandet av räddningsväsendet

Vart fjärde år fastställer statsrådet de riksomfattande strategiska målen för ordnandet av högklassigt och kostnadseffektivt räddningsväsende som svarar mot nationella, regionala och lokala behov samt olycksrisker och andra hot. I de riksomfattande målen presenteras välfärdsområdenas mål för räddningsväsendet och nationellt betydande mål för reform och utveckling av tjänsterna samt riktlinjer för utveckling av lagstiftningen och verksamheten. (Inrikesministeriet 2023.)

Målen styr utvecklingen av räddningsväsendet på riksnivå samt välfärdsområdenas räddningsväsende, beredningen av det servicenivåbeslut som avses i 6 § i lagen om ordnande av räddningsväsendet (613/2021) samt förhandlingarna med välfärdsområdena med stöd av 10 §.

Målet är att förbättra räddningsväsendets tillgänglighet, kvalitet och effektivitet samt kostnaderna och produktiviteten. (Inrikesministeriet 2023.)

1.2. Kvalitetspolicy och kvalitetsmål

Kvalitet 24/7

- I välfärdsområdet är kvalitet och säkerhet gemensamma frågor. Det kräver att ledningen och hela personalen förbinder sig till gemensamma mål.
- Målet är att kontinuerligt utveckla verksamheten och regelbundet bedöma riskerna i verksamheten så att de skador som anknyter till avvikelser i processen och kan undvikas inte drabbar en enda klient.

Vår servicehelhet är sammanfogad och hållbar

- Säker och bra service ges på rätt sätt och i rätt tid. Där utnyttjas befintliga resurser på det allra bästa sättet.

Vi finns nära tillhands när du behöver oss

- Österbottens välfärdsområdes vision är att vara närvarande i människornas vardag i sitt område så att Österbotten har Finlands mest välmående befolkning och tjänsternas klient- och patientsäkerhet är bland de bästa i Norden
- Välfärdsområdets värderingar "människor till människor", "framåtblickande" och "jämnt bemötande" är med i den dagliga verksamheten.

Kunden kommer alltid först

- Resultatet av god service och ett gott bemötande är en person som är nöjd med den vård, service och det bemötande han eller hon får.

Vi hjälper dig att upprätthålla ditt välmående och att hjälpa dina närstående

- I välfärdsområdets uppgift lovar vi att effektivt skapa trygghet, funktionsförmåga och välfärd på två språk tillsammans med människorna i vårt område.

Hos oss framskrider dina ärenden efter första kontakt

- Samarbetet och informationsgången mellan de parter som deltar i servicen och vården, klienterna och de närstående är smidig.

Genomförandet av kvalitets- och säkerhetspolicyn förutsätter ett systematiskt arbete på alla nivåer i välfärdsområdet som stöder högklassiga och trygga tjänster som en helhet, samarbete mellan olika yrkesgrupper och utveckling av verksamhetssätten.



Figur 3. Våra löften till våra kunder. (Österbottens välfärdsområdes strategi 2023–2026)

1.3. Säkerhetsledningssystem

Säkerhetsledning definieras som en övergripande verksamhet för att hantera säkerheten i Österbottens välfärdsområde, vilket omfattar alla ledningsåtgärder för att utveckla säkerheten. I säkerhetsledningen förenas metoder, verksamhetssätt och personalledning samt proaktiv och korrigerande verksamhet. Kontinuerlig planering, aktivitet och övervakning är en del av säkerhetsledningen. Säkerhetsledningen är lagstadgad och frivillig säkerhetsledning. (Lagen om välfärdsområden, lagen om ordnande av räddningsväsendet 613/2021, 5 kap. i socialvårdslagen 1301/2014, 8 § i hälso- och sjukvårdslagen 30.12.2010/1326, 6 och 7 kap. i lagen om ordnande av social- och hälsovård 612/2021).

I Österbottens välfärdsområde är SHQS-kvalitetssystemet ett av de viktigaste verktygen för säkerhetsledning.

Säkerhetsledningssystemet styr följande områden:

- Kvalitets- och säkerhetspolicy och planering
- Fastställande av ansvar
- Fastställande av säkerhetsmål och prioritering av målen
- utveckling, organisering och kommunikation av säkerhetsfrämjande rutiner
- Riskhantering, dvs. identifiering av faror och riskbedömning samt kontrollmetoder
- Granskning och utvärdering

1.4. Uppgiftsspecifikt ansvar för säkerheten

I det här avsnittet beskrivs välfärdsområdets ledningssystem och uppgiftsspecifika ansvarsområden. De övriga ansvarsområdena för säkerhet och kvalitetsledning som beskrivs i detta dokument ingår i resultatområdet för kvalitet, säkerhet och tillsyn vid välfärdsområdets verksamhetsområde för förvaltning.

Välfärdsområdesdirektören ansvarar för välfärdsområdets verksamhet. Direktören har till uppgift att leda och utveckla verksamheten och den strategiska planeringen samt svarar för att verksamheten följer den ekonomiplan och strategiska plan som godkänts av fullmäktige och styrelsen (Förvaltningsstadga 2023)

Sektordirektörerna svarar för beredningen av ärenden som gäller deras sektorer. Sektordirektörerna leder helheten tillsammans ur befolkningens synvinkel och ser för den egna sektorns del till att befolkningens delaktighet förverkligas. En sektordirektörs uppgift är att fastställa sektorns servicebehov och följa upp hur de realiserar. bereda strategiska linjer som rör sektorns tjänsteproduktion, finansiering, kvalitet och tillsyn. (Förvaltningsstadga 2023)

Resursdirektörerna leder sin personal linjärt. Resursdirektörerna är chefsöverläkaren, chefsöverskötaren, socialdirektören, räddningsdirektören och förvaltningschefen. Resursdirektörerna ansvarar för att utföra de uppgifter som de tilldelas enligt lag. Chefsöverläkaren är den chefsöverläkare som avses i lagen om välfärdsområden (lag om välfärdsområden 611/2021). Socialdirektören är den ledande tjänsteinnehavaren inom socialvården enligt 46 a § i socialvårdslagen (1301/2014) (socialvårdslag 1301/2014). Räddningsdirektören leder sin personal i en direkt linje och fungerar som resursförvaltare i detta sammanhang. Enligt 26 § 2 mom. i räddningslagen är räddningsdirektören räddningsverkets högsta tjänsteman: räddningsmyndigheten, som utser de övriga räddningsmyndigheterna i välfärdsområdet. Räddningsdirektören ansvarar för att leda räddningsverkets administrativa och operativa verksamhet samt för att sköta de uppgifter som föreskrivs i räddningslagen och räddningsförordningen (407/2011). I övrigt har räddningsdirektören samma uppgifter och befogenheter som övriga verksamhetsområdesdirektörer och resursförvaltare.

En resursdirektörs uppgift är att ansvara för sin egen personals kompetens, säkerhet och beredskap. De ansvarar för tjänsternas kvalitet, klient- och patientsäkerheten, effektiviteten och kundorienteringen, samt för att samordna forsknings-, utvecklings- och utbildningsverksamheten inom sitt område. Chefsöverläkaren ansvarar för klagomål och anmärkningar inom hälso- och sjukvården (lag om patientens ställning och rättigheter 785/1992, 10 §). Socialdirektören eller den verksamhetsenhet som klagomålet gäller ansvarar för klagomål eller anmärkningar inom socialvården (lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 812/2000, 5 kap.)

Ledningsgruppen utarbetar policyer för säkerhet, kvalitet och egenkontroll och diskuterar de åtgärder som vidtagits.

Verksamhetsområdesdirektörerna leder verksamhetsområdena och samordnar verksamheten mellan olika verksamhetsområden. Verksamhetsområdesdirektörens uppgift är att svara för planeringen och ledningen av sitt verksamhetsområdes ekonomi, verksamhet, servicenät, kvalitet och säkerhet, kundorientering och kunddelaktighet samt processer. Inom tjänsteproduktionen ansvarar verksamhetsområdesdirektörerna för beredskapen och beredskapsplaneringen. Verksamhetsområdesdirektörerna beslutar om indelningen av sin sektor i resultatenheter och ansvarar för likvärdig tillgång till tjänsterna. Verksamhetsområdesdirektörerna utvecklar i samarbete med resursdirektörerna nyckelprocesser inom sina ansvarsområden. (Förvaltningsstadga 2023)

Verksamhetsområdena hanterar och tar ansvar för sina egna identifierade brister, risker och riskhanteringsåtgärder i kvalitetsledningssystemet.

Den administrativa överläkarens uppgift är att säkerställa att patientsäkerhetsaspekterna beaktas vid användningen av klient- och patientdatasystem och att uppgifter om olika klagomål från patienter används för att främja patientsäkerheten.

Resultatområdesledning (chefsläkare, överskötare, chefer för socialvården)

En resultatområdesansvarig leder inom den egna linjen och för den egna delen resultatområdets servicehelhet i hela välfärdsområdet. Resultatområdesansvariga ansvarar på basis av linjedragningarna i strategin samt verksamhets- och ekonomiplanen för att servicen finns tillgänglig men även för servicekvaliteten, klient- och patientsäkerheten, effektiviteten och kundorienteringen.

Resultatområdesansvariga utvecklar de centrala processerna inom sitt ansvarsområde i samarbete med verksamhetsområdesdirektören och resursdirektören.

Den resultatområdesansvariga ansvarar för att göra upp och kontrollera resultatområdets budget. Den resultatområdesansvariga rapporterar till verksamhetsområdesdirektören i frågor som hänför sig till ekonomi, verksamhet, processer, likvärdig tillgång och servicekvalitet samt till resursdirektören i frågor som hänför sig till klient- och patientsäkerhet, verkningfullhet och personalärenden.

Resursområdenas ansvarspersoner ser till att klienter och patienter får delta i planeringen, genomförandet och utvärderingen av den egna vården och tjänsterna, och utvecklar verksamheten tillsammans med klienterna och patienterna.

Överläkarna ansvarar för vårdens kvalitet och säkerhet inom sina egna vårdlinjer och specialområden. De ser till att klienter och patienter kan delta i planeringen, genomförandet och utvärderingen av den egna vården och tjänsterna och utvecklar verksamheten tillsammans med klienterna och patienterna. Chefläkaren ansvarar för att evidensbaserad behandling och rekommendationerna för God medicinsk praxis följs. Dessutom ansvarar överläkarna i samarbete med de övriga cheferna inom vårdlinjen för att det multiprofessionella samarbetet fungerar smidigt inom de processer som de leder.

De koordinerande avdelningssköterna och de koordinerande servicecheferna ansvarar med de närcheferna för verksamheten, kvaliteten, kundupplevelsen samt utvecklingen och harmoniseringen av de egna verksamhetsenheterna. I enlighet med strategin sköter de också vårdarbetet och servicen vid sina egna enheter. De ser till att klienter och patienter kan delta i planeringen, genomförandet och utvärderingen av vården och tjänsterna och utvecklar verksamheten tillsammans med klienterna och patienterna.

Enhetschefernas uppgift är att organisera arbetet i enlighet med organisationens riktlinjer, att använda de resurser som reserverats för verksamheten på bästa sätt för att genomföra högklassig och säker vård och service samt att utnyttja den kundrespons som erhållits i utvecklingsarbetet. De ser till att klienten och patienten kan delta i planeringen, genomförandet och utvärderingen av vården och tjänsterna och utvecklar verksamheten tillsammans med klienterna och patienterna. Närchefen ansvarar för att evidensbaserad vård och rekommendationerna för God medicinsk praxis följs i vården och tjänsterna. Enhetscheferna ansvarar för att personalens kompetensnivå upprätthålls så att den motsvarar vård- och servicebehovet. Cheferna ansvarar för säkerheten i de enheter som de leder. Cheferna har en framträdande roll när det gäller att hantera risker som hänför sig till verksamhetsenheternas processer och resurser (tillgångar, personal, utrustning). Chefens uppgift är att se till att personalen är medvetna om organisationens olika aktuella anvisningar och bestämmelser och att personalens handledning och introduktion har varit tillräcklig.

Personalen identifierar, genomför och främjar praxis som anknyter till kvalitet och säkerhet i det egna arbetet. Personalen följer organisationens gällande anvisningar och bestämmelser och har förbundit sig till gemensamma mål. Personalen iakttar den anmälningsskyldighet som fastställs i tillsynslagen och identifierar och uppmärksammar risker och avvikelser. Personalen har rätt till tillräcklig introduktion för att möjliggöra en högklassig och säker vård och service.

Projektägaren eller projektledaren, teamledaren ansvarar för att säkerställa projektets kvalitet och säkerhet samt riskhantering som en del av projekt-/arbetsgruppsadministrationen.

Utvecklingsöverläkaren deltar i utvecklingen av processer och elektroniska tjänster med beaktande av klientsäkerhetsperspektivet. Dessutom bidrar hen till organisationens lärande om negativa händelser.

Kvalitetsdirektören ansvarar för att upprätthålla och utveckla kvalitets- och säkerhetssystemet. Hen ansvarar för att samordna utvecklingen av säkerheten. Uppgiften är att styra säkerhetsuppföljningen, verksamheten i de arbetsgrupper som ansvarar för utvecklingen samt stödja linjeorganisationen i genomförandet av utvecklingsåtgärder. Dessutom ansvarar hen för upprätthållandet och utvecklingen av incidentrapporteringssystemet, kundanmälningssystemet, bedömningen av operativa säkerhetsrisker och uppföljningen av hur rekommendationerna för säkerhetsutveckling genomförs.

Den regionala servicechefen är kommuninvånarnas kontaktperson i fråga om utveckling av tjänsternas innehåll, kvalitet och smidighet samt i problemsituationer. Servicecheferna ser också till att kommunikationen och kontaktytorna mellan kommunens och välfärdsområdenas tjänstemän och beslutsfattare löper smidigt. De främjar och deltar i genomförandet av befolkningens deltagande, till exempel genom att samordna påverkansorganens verksamhet och utveckla samarbetet med organisationer. Servicecheferna deltar i uppföljningsarbetet i regionens verksamhetsenheter, främjar överenskomna utvecklingsuppgifter, tar i bruk kvalitetssystemet samt följer upp processavvikelser och kundrespons. De spelar en aktiv roll när det gäller att klargöra och lösa oklarheter i kundprocesser.

Kvalitetsplaneraren och **kvalitetskoordinatorn** ansvarar för att upprätthålla och utveckla de praktiska funktionerna i anslutning till kvalitetssystemets verksamhet. De ansvarar för att organisera och instruera årliga auditeringar, självvärderingar och ledningens genomgångar. De hjälper enheter med att planera, genomföra och utvärdera kvalitetsarbete samt upprätthålla aktuell dokumentation. En ansvarig kvalitetskoordinator har utsetts för varje verksamhetsområde. Kvalitetsteamet samordnar kvalitets- och säkerhetskontaktpersonernas verksamhet.

Koordinatorn för läkemedelssäkerhet deltar i kvalitets- och säkerhetsarbetet, upprätthållandet av kvalitetssystemet och kontrollverksamheten som expert på läkemedelssäkerhet. Hen

främjar medicineringssäkerheten i välfärdsområdet, samordnar utvecklingen av medicineringssäkerhetsarbetet och läkemedelsbehandlingsprocessen i samarbete med sjukhusapoteket, samordnar uppdateringen av välfärdsområdets läkemedelsbehandlingsplan, är ordförande för styrgruppen för säker läkemedelsbehandling, bereder åtgärder för att utveckla medicineringssäkerheten i egenskap av expert, utbildar, bedriver forskning inom medicineringssäkerhet och deltar i utredningen av allvarliga medicineringsavvikelser samt överläggningar.

Säkerhetskoordinatorn och klient- och patientsäkerhetskoordinatorn fungerar som experter på klient- och patientsäkerhet. De ansvarar för förfarandena för att säkerställa kompetensen, samordnar kontrollen av kompetens i användningen av utrustning och läkemedelsbehandling samt utbildar personalen. De är de huvudsakliga användarna av HaiPro, följer upp incidentrapporter från både personal och kunder eller närstående och styr utvecklingen av säkerheten. De ingår också i utredningsgruppen för allvarliga incidenter.

Säkerhets- och beredskapschefen fungerar som sakkunnig i säkerhets- och beredskapsfrågor för välfärdsområdets ledning. Hen ansvarar för utvecklingen av säkerhetsfrågor och säkerhetsledning i välfärdsområdet. Hen koordinerar planeringen av beredskap som gäller personal, lokaler, brand och beredskap i samarbete med cheferna för resultatområdena. Dessutom ansvarar hen för förutsättningarna för säkerhetsverksamheten och myndighetssamarbetet i anslutning till den. Koordinerar säkerhets- och beredskapsledningens verksamhet och stöder den medicinska beredskapen. Säkerhets- och beredskapschefen leder säkerhetspersonalen.

Beredskapsplaneraren samordnar, styr och stöder välfärdsområdets beredskapsplanering och ordnar beredskapsövningar i samarbete med andra.

Säkerhetsutbildaren planerar, samordnar och genomför säkerhetsutbildning för social- och hälsovårdspersonalen.

Säkerhetsplaneraren samordnar, styr och stöder välfärdsområdets säkerhetsplanering, särskilt enhetens säkerhetssida som helhet.

Tillsynschefen ansvarar för att övervaka och styra genomförandet av egenkontroll i välfärdsområdets produktion av social- och hälsovårdstjänster. Tyngdpunkten i tillsynen och styrningen ligger på välfärdsområdets egen serviceproduktion, köpta tjänster och tjänster som producerats med servicesedel. Till uppgifterna hör att utarbeta och uppdatera den regionala tillsynsplanen, utveckla tillsynen och samordna genomförandet av tillsyn i enlighet med riktlinjerna i programmet för egenkontroll och tillsynsplanen. Hen ansvarar för handledning och rådgivning inom ramen för egenkontroll, aktuella lagändringar, information om myndighetsföreskrifter och -anvisningar samt koordinering av utbildning i anslutning till egenkontroll. Tillsynschefen samarbetar med olika aktörer inom välfärdsområdet och andra myndigheter som utför

tillsynsarbete. Tillsynschefen fungerar som övervakare för de inspektörer som utför övervaknings- och styrningsarbetet.

Inspektören övervakar genomförandet av egenkontroll i välfärdsområdets produktion av social- och hälsovårdstjänster i praktiken. Inspektören handleder och ger råd till tjänsteproducenterna i frågor som gäller egenkontroll, kvalitet och klient-/patientsäkerhet. Handlednings- och tillsynsbesök görs i tjänster som välfärdsområdena själva producerar, köpta tjänster och tjänster som produceras med servicesedlar. Inspektören samarbetar med olika aktörer inom välfärdsområdet och andra myndigheter som utför tillsynsarbete.

Sakkunnig inom riskhantering planerar enheternas årliga riskbedömningar tillsammans med andra experter. Den sakkunniga inom riskhantering underlättar också riskbedömningar i förändringssituationer eller krissituationer på begäran av divisioner och enheter. Enheterna bär fortfarande ansvaret för riskhantering, men den sakkunniga inom riskhantering har omfattande kunskaper om de väsentligaste riskerna inom organisationen och följer med hur de utvecklas.

Kundbetjäningsschefen ansvarar för utvecklingen av välfärdsområdets delaktighetsstrukturer och styr samt samordnar välfärdsområdets delaktighetsarbete i enlighet med målen i delaktighetsplanen. Kundservicechefen samordnar utvecklingen av intressebevakningsorganens och klientrådets verksamhet tillsammans med branschdirektörerna och sekreteraren för påverkansorganen och klientråden. Kundbetjäningsschefen samarbetar med de regionala servicecheferna och organisationskoordinatören för att utveckla samarbetet med organisationerna. Kundbetjäningsschefen ansvarar för underhållet och utvecklingen av systemet för kundrespons samt samordnar organiseringen och utvecklingen av processen för användning av kundrespons. Kundbetjäningsschefen är chef för social- och patientombuden och organisationskoordinatören.

Organisationskoordinatören utvecklar, utvärderar och samordnar samarbetet mellan välfärdsområdena och organisationerna samt en erfarenhetsmodell inom alla sektorer tillsammans med olika aktörer.

Dataskyddsombudet fungerar som specialexpert för ledningen och personalen i välfärdsområdet. Dataskyddsombudets uppgift är att hjälpa den personuppgiftsansvarige att uppnå god praxis för behandling av personuppgifter och den höga dataskyddsnivå som förutsätts i speciallagstiftningen, vilket kan användas för att bygga upp och upprätthålla förtroendet mellan den registrerade och den personuppgiftsansvarige. Till exempel: den som hanterar kunduppgifter måste ha ett sammanhang med kunden.

Hygienskötare arbetar som specialister inom hygien, infektion och smittskydd. Till uppgifterna hör att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittsamma sjukdomar, förebygga, informera

och följa upp smitta i enlighet med lagen om smittsamma sjukdomar med hjälp av ett infektionsregister och olika indikatorer. Hygienskötarna upprätthåller och uppdaterar anvisningarna samt handleder och utbildar personalen i att använda och tillämpa dem i praktiken. Hygienskötarna fungerar som sakkunniga i olika arbetsgrupper och svarar på hygienrelaterade konsultationer. De samarbetar med olika yrkesgrupper, enheter och hygienansvariga.

1.5. Riskhantering

Riskhantering är en viktig del av den systematiska utvecklingen av klientsäkerheten. Genom att aktivt samla in information om hot som påverkar säkerheten strävar man efter att utreda riskerna i anslutning till dem och de åtgärder som krävs för riskhanteringen för att förebygga eventuella störningar. I riskhanteringen är det viktigt att varje enhet identifierar riskerna i anslutning till den egna verksamheten, bedömer riskernas allvarlighetsgrad och sannolikheten för att de förverkligas samt vid behov fördelar ansvaret och genomför olika hanteringsåtgärder för att minimera riskerna.

Riskerna delas in i tre delar: **operativa, strategiska och förändringsrisker**. En strukturerad blankett för riskidentifiering har skapats för att stödja enheterna i identifieringen av operativa risker. Strategiska risker dokumenteras i samband med verksamhetsplanen. Strategiska risker svarar i detta fall på frågan: vilka är de största hoten som hindrar genomförandet av verksamhetsplanen? Förändringsrisker är antingen externa eller interna förändringar i verksamheten. De kan vara kopplade till projekt eller andra förändringar i verksamheten. Riskhanteringen sköts i första hand i den egna enheten tillsammans med personalen. I intranätet finns information om hur riskerna registreras tekniskt i Laatuportti.

I handboken för riskhantering, avsedd för organisationens interna bruk, beskrivs riskhanteringsprocessens praxis och ansvar närmare.

2. Kvalitetshantering

Klientsäkerheten är en del av organisationens övergripande kvalitets- och riskhantering. Kvalitetssystemet stöder säkerhetsledningssystemet. Med hjälp av kvalitetssystemet följer man upp hur säkerhetsledningssystemet tas i bruk och hur de krav som ställs på det uppfylls i organisationen. Österbottens välfärdsområde använder kvalitetsprogrammet SHQS (Social and Health Quality Standard) för social- och hälsovården och räddningsväsendet som ett ramverk för kvalitetssystemet. Självutvärderingar, intern auditeringar och underhållsauditeringar genomförs årligen och förnyelse av certifiering genomförs vart tredje år.

Det årliga schemat för kvalitetsarbetet beskrivs i [Årsklocka för kvalitet, säkerhet och tillsyn](#), som också finns tillgänglig för personalen på intranätet.

SHQS kvalitetssystem kräver en kundorienterad beskrivning av processer relaterade till vård och service för att säkerställa en högkvalitativ och säker vård och service. Processutveckling som återspeglar förändringar i verksamhetsmiljön är en väsentlig del av kvalitet och säkerhet.

Österbottens välfärdsområde beviljades sitt första gemensamma kvalitetscertifikat 27.01.2023. Det utfärdade certifikatet är giltigt till 26.01.2026. Certifikatet har beviljats av Labquality Oy, en finländsk producent av kvalitetsbedömnings-, certifierings- och utbildningstjänster inom social- och hälsovården.

2.1. Ledningens genomgång

Ledningens genomgång är ett av de viktigaste verktygen för ledning i Österbottens välfärdsområde. I ledningens genomgång samlar man in information om bland annat hur de uppställda målen för verksamheten har uppnåtts, hur processerna fungerar och hur nöjda kunderna är. Ledningens genomgång ligger till grund för budgetplaneringen. Syftet med ledningens genomgång är att med planerade mellanrum se över organisationens verksamhetssystem så att det uppfyller de mål som ställts upp för verksamheten i strategin, verksamhets- och ekonomiplanen samt kvalitetssystemet.

För att öka personalens medvetenhet om resultat och målsättningar är det bra att diskutera de centrala teman som lyfts fram i ledningens genomgångar med cheferna på resultatområdesnivå. Närcheferna informerar den egna personalen om de centrala temana i enhetens verksamhet. De väsentligaste punkterna från verksamhetsområdenas sammanfattningar kommer att beaktas när verksamhets- och ekonomiplanen för följande år utarbetas.

2.2. Självutvärdering enligt kvalitetssystemet SHQS

Österbottens välfärdsområde genomför årligen en självutvärdering av kvalitetsledningen. Syftet med utvärderingen är att enheterna och ledningen ska utvärdera och säkerställa att vår verksamhet uppfyller de krav som ställs på den. Mer information om självutvärdering hittar du på vårt intranät.

Självutvärderingar genomförs årligen i enlighet med de riktlinjer och den årliga klocka som kvalitetsteamet utfärdar mellan februari och augusti. Enhetens chef ansvarar för att självvärderingarna genomförs på ett ändamålsenligt sätt. Personalens engagemang i självutvärderingen är viktigt med tanke på introduktion och förankring av verksamhetskoncept.

2.3. Auditeringar

Vad är auditeringen?

- Fungerar organisationen som den säger att den gör?
- Det utreds om verksamheten följer organisationens egna anvisningar, SHQS-kriterier, färdiga planer, klient- och patientkrav samt myndighetskrav
- Auditeringar ger insikter och tips för verksamheten och dess utveckling
- Insikter om vad vi kan göra annorlunda

2.3.1 Intern auditering

Intern auditeringen är en bedömning som organisationen själv gör för att utreda om verksamheten uppfyller de uppställda målen, de överenskomna förfaringssätten och kraven i kriterierna eller föreskrifterna. En plan utarbetas för intern auditeringar som lyfter fram teman om organisationens behov och teman från ledningsgruppen och sakkunniga. Det praktiska genomförandet av auditeringen planeras i samarbete med kvalitets-, säkerhets- och kontrollexperter och interna auditörer. Intern auditeringar rapporteras till Laatuportti.

Kvalitetsteamet sammanfattar auditeringarna och tar dem till gruppen av interna auditörer och via kvalitetsdirektören till ledningsgruppen. De interna auditeringarna informerar avdelningarna om de åtgärder som berör dem och övervakar att de genomförs enligt den överenskomna tidtabellen. Kvalitetsteamet utvärderar och följer upp utvecklingsåtgärder som omfattar hela organisationen tillsammans med ledningsgruppen.

2.3.2. Extern auditering

En extern auditering består av en extern bedömning utförd av ett externt team av experter och baserad på SHQS bedömningskriterier. Bedömningskriterierna definierar kraven på strategisk ledning, organisering av verksamheten och klient-/patientsäkerheten samt ger verktyg för att bedöma och utveckla kvaliteten på serviceverksamheten och serviceledningen.

Efter auditeringarna tillställs en rapport som lyfter fram organisationens och de operativa enheternas styrkor samt ger utvecklingsrekommendationer och begäran om ytterligare bevis. Med tanke på kontinuerlig förbättring är det särskilt viktigt att utvecklingsrekommendationerna genomförs och begäran om ytterligare bevis uppfylls. Kvalitetsgruppen och ledningsgrupperna följer upp att åtgärderna vidtas inom tidsfristerna. Efter den externa auditering har organisationen möjlighet att få SHQS kvalitetserkännande och använda erkännandet som ett tecken på hög kvalitet i verksamheten. Kvalitetserkännandet är giltigt i 3 år. Underhållsauditeringar genomförs årligen.

3. Tillsyn

Kvalitets- och tillsynsenheten/tillsynen (tillsynsteamet) ansvarar för övervakningen av genomförandet av egenkontrollen av verksamheten inom social- och hälsovården som Österbottens välfärdsområde svarar för att ordna. Tillsynen och styrningen omfattar i lika grad egenproducerade tjänster och tjänster som produceras av privata serviceproducenter och deras underleverantörer.

I 10 § i lagen om välfärdsområden (611/2021) och i 6 kap. i lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) föreskrivs om välfärdsområdenas skyldighet att styra och övervaka den serviceproduktion som hör till välfärdsområdenas ansvar för ordnandet av tjänster, om rätt att av privata serviceproducenter och deras underleverantörer få de uppgifter och utredningar som behövs för tillsynen samt om rätt att inspektera privata serviceproducenters och deras underleverantörers lokaler och utrustning.

Inrikesministeriet svarar för den allmänna tillsynen över räddningsväsendet och för styrningen av den. Regionförvaltningsverken övervakar räddningsväsendet och tillgången till och nivån på räddningsväsendet inom sitt verksamhetsområde. (Lag om ordnande av räddningsväsendet 613/2021, 17 §).

Olika former av tillsyn:

- Egenkontroll
- Proaktiv tillsyn och vägledning
- Systematisk övervakning och tillsyn
- Reaktiv övervakning

Tillsynen bedrivs i enlighet med tillsynsplanen med liknande förfaringssätt inom både hälso- och sjukvården och socialvården. Inom hälso- och sjukvården görs uppföljningsbesök inom primärvården och den specialiserade sjukvården. Inom socialvården görs tillsynsbesök inom äldreomsorgen, handikappservicen, mentalvårds- och missbrukarvården, barnskyddet och fr.o.m. 1.1.2025 även i familjegrupphem. Till tillsynsansvaret hör också det begränsade läkemedelslagret i socialvårdens serviceboendeenheter samt valet av boende i de lägenheter som finansieras av ARA-fonderna (ARA, Finansierings- och utvecklingscentralen för boendet) och för vilkas boendeservice välfärdsområdet ansvarar.

Tillsynsplanen styr genomförandet av den systematiska tillsynen. I tillsynsplanen beskrivs helheten av den egenkontroll och tillsyn inom social- och hälsovården som bedrivs i Österbottens

välfärdsområde, såsom tillsynens syfte och mål, den lagstiftning som styr tillsynen, ansvarsfördelningen för tillsynen, styrningen av tillsynen över serviceproduktionen och dess principer, tillsynens mål och former samt genomförandet av tillsynen.

4. Kunddelaktighet

Österbottens välfärdsområde har utarbetat en delaktighetsplan för 2024–2026 som beskriver olika delområden för delaktighet och metoder för att främja delaktighet. [Delaktighetsplanen](#) fokuserar särskilt på välfärdsområdets kunders möjligheter att påverka beslutsfattandet och utvecklingen av tjänsterna. I delaktighetsplanen fastställs mål, ansvariga personer, mätare och uppföljning av utvecklingen av delaktigheten för hela organisationen, sektorerna och verksamhetsområdena. Välfärdsområdets delaktighetsplan har publicerats på webbplatsen.

I Österbottens välfärdsområdes delaktighetsplan och former för delaktighet beaktas alla serviceanvändare, även de serviceanvändare som använder välfärdsområdets tjänster men som är stadigvarande bosatta någon annanstans.

I lagen om välfärdsområdena finns tydliga riktlinjer för delaktighet. Välfärdsområdets invånare och de som använder välfärdsområdets tjänster har rätt att delta i och påverka välfärdsområdets verksamhet. Välfärdsområdesfullmäktige ska sörja för mångsidiga och effektiva möjligheter och sätt att delta och påverka (29 § i lagen om välfärdsområden 611/2021).

Varje verksamhetsområde, resultatområde och enhet kan välja de bästa sätten att involvera sina kunder i utvecklingen av tjänsterna i den egna verksamheten. I kundernas delaktighet är varje kunds möjlighet att delta i planerandet, genomförande och bedömandet av den egna vården den viktigaste kärnan. Det här sker tillsammans med en professionell person i varje kunds individuella servicesituation. Syftet med det gemensamma utvecklandet av tjänsterna tillsammans med kunderna är att producera bättre service för den enskilda kunden. Varje kund kan ge respons på den service och vård som hen får och på så vis påverka utvecklingen av servicen genom den egna erfarenheten av servicen. Kunderna kan också delta i utvecklandet av tjänsterna genom klientråd, inflytandeorgan eller andra metoder för kunddelaktighet. En del av kunderna deltar själv i producerandet av tjänsterna tillsammans med professionella. Ett exempel på det här är tjänster som produceras genom erfarenhetsexperter, OLKA och organisationer. Delaktighetsplanen fungerar som ett ramverk och ett strategiskt handlingsprogram för utvecklingen av delaktighetsarbetet.

Områden för inkludering:

- **Delaktighet i sitt eget liv:** Möjligheten att leva ett liv som passar dig. Möjligheten att specificera vilken aktivitet eller tjänst man deltar i.
- **Kunddelaktighet - Delaktighet i gemenskaper och påverkansprocesser:** Möjlighet att höra till grupper och gemenskaper som är viktiga för dig och att påverka saker som är viktiga för dig; möjlighet att få stöd för påverkan.
- **Invånardelaktighet - Delaktighet för det gemensamma bästa:** Möjligheten att göra saker tillsammans, möjligheten att njuta av det gemensamma bästa och delta i att producera och dela det gemensamma bästa. Med invånardelaktighet avses rätten för en invånare i ett område att delta i och påverka beslutsfattandet och tjänsterna inom sitt område. Invånarna har rätt att få information om sina möjligheter att påverka och vilka beslut och åtgärder delaktigheten leder till. **(THL 2023)**

4.1. Påverkansorgan och klientråd

Bestämmelser om påverkansorgan finns i 32 § i lagen om välfärdsområden (611/2021). **Påverkansorgan utgör ungdomsfullmäktige, äldreråd, råd för personer med funktionsnedsättning.** De är kanaler för att påverka och bli hörda för den befolkningsgrupp som de representerar. De är inte sådana organ som avses i 35 § i lagen om välfärdsområden och hör därmed inte till välfärdsområdets myndigheter. Påverkansorgan kan inte genom förvaltningsstadgan ges befogenheter att fatta förvaltningsbeslut. Organen deltar i beslutsfattandet genom initiativ och utlåtanden. Företrädare för lagstadgade påverkansorgan kan med stöd av en bestämmelse i förvaltningsstadgan ges rätt att närvara och yttra sig vid de egentliga organens sammanträden. (Förvaltningsstadgan). Påverkansorganen inom Österbottens välfärdsområde är politiskt och religiöst obundna.

Påverkansorganen får i beredningsfasen, före beslutsfattande, delta i planeringen, bedömningen och utvecklingen av den service som är till för unga, äldre och personer med funktionsnedsättning. Påverkansorganen kan även på eget initiativ behandla ärenden som de bedömer vara av betydelse för de befolkningsgrupper som de representerar.

Österbottens välfärdsområde har fyra kundråd: en för barn, unga och familjer, en för personer i arbetsför ålder, en för äldre och ett mångkulturellt råd.

Välfärdsområdesstyrelsen ska godkänna en verksamhetsstadga för klientråden. I verksamhetsstadgan ska man bland annat fastställa vilka uppgifter rådet har, hur många ledamöter rådet har och hur de väljs, hur länge råden sitter (mandattid), hur möten och verksamheten i

råden löper, hur råden väljer ordförande och hur sekreteraruppgifterna i råden sköts. Klientrådet ska utifrån den egna sektorns perspektiv följa upp kvaliteten på och tillgången till välfärdsområdets tjänster samt tjänsternas tillgänglighet samt ge förslag och respons om välfärdsområdets tjänster och samordningen av dem. Som resultat av arbetet i klientrådet uppstår initiativ, uttalanden och politiska rekommendationer.

4.2. Samarbete med organisationer och frivilligarbete

Österbottens välfärdsområde stöder med hjälp av organisationsunderstöd allmännyttig verksamhet som främjar välbefinnande, hälsa, säkerhet och delaktighet för personer som bor i kommuner i Österbottens välfärdsområde. Föreningssamarbetet sker med Österbottens Föreningar r.f., med social-, hälso- och räddningsorganisationerna i regionen samt de organisationer och föreningar som utför hälso- och välfärdsfrämjande arbete.

Syftet med organisationssamarbetet är att öka kunskapen om föreningsverksamheten och dess mångsidiga möjligheter att stödja kommuninvånarnas välbefinnande, hälsa, säkerhet och delaktighet över sektorsgränserna. Regelbundna evenemang och evenemang som ordnas i samarbete med organisationer är bland annat Organisationernas virtuella morgonkaffe inom social- och hälsovården (sote-morgonkaffe), evenemanget Att leva med en x-sjukdom/i en utmanande livssituation och seminariet Organisationer i Österbottens välfärdsområde.

Målet är att utveckla och fördjupa samarbetet med organisationer med stöd av den gemensamt utformade Partnerskapsmodellen. Sedan början av året har diskussioner vid partnerskapsbord inletts inom fyra sektorer. Vid partnerskapsborden lär verksamhetsområdena, resultatområdena, de enskilda enheterna och organisationsaktörerna känna varandra och fundera på behovet av och önskemål om samarbete på bägge sidor. Målet är att stegvis skapa servicestigar där kunderna kan dra större nytta av samarbetet mellan organisationerna och välfärdsområdet.

Dessutom är målet att fördjupa samarbetet mellan välfärdsområdets serviceenhet och organisationen så att kunden får bästa möjliga stöd för den egna vården och servicen.

- På grundval av gemensamma planer genom diskussioner vid partnerskapsbordet kommer vi gradvis närmare praktiska åtgärder.
- Avsikten är att hitta organisationsaktör för så många kunders servicestigar som möjligt. Kunden får allt stöd som är möjligt i både välfärdsområdets tjänster och organisationer. En gemensam och regelbunden dialog mellan välfärdsområdena och organisationerna är viktig för att tillsammans hitta det bästa möjliga innehållet och de bästa verksamhetssätten för samarbete och på så sätt involvera organisationerna i

stödet för välfärdsområdets serviceproduktion och även som potentiella samarbetspartner.

OLKA är en koordinerad organisations- och frivilligverksamhet på sjukhus. OLKA är ett registrerat varumärke som ägs av HUS och HyTe ry. OLKA-verksamheten administreras av Österbottens Föreningar rf och verksamheten genomförs på sjukhusets OLKA-punkter och avdelningarna genom samarbete mellan föreningar och välfärdsområdet.

Till samarbetet med organisationerna hör också samordning av erfarenhetsverksamhet, och välfärdsområdena upprätthåller också ett eget register över erfarenhetsexperterna. En erfarenhetsexpert (erfarenhetsaktör eller erfarenhetssakkunnig) är en utbildad person med en självupplevd erfarenhet av en fysisk eller psykisk sjukdom, skada eller en svår livssituation men också av hur man hanterar en svår livssituation. Erfarenheten kan också basera sig på en närståendes eller anhörigs perspektiv. En erfarenhetsexpert vet vad som har varit till hjälp och har påverkat tillfrisknandet och kan objektivt reflektera över sina egna erfarenheter.



DEL 2. HANDBOK FÖR EGENKONTROLL OCH KVALITETSHANTERING

Handboken för egenkontroll och kvalitetshantering stöder utarbetandet av planen för egenkontroll. Handboken innehåller konkreta anvisningar om hur egenkontrollen och kvalitetshanteringen ska genomföras i Österbottens välfärdsområde.

Ikoner som används i manualen:



Intern länk (intra) för personal



Läs mer (extern länk, webbplats)

5. Tryggande av klient- och patientsäkerheten

Tjänsterna inom social- och hälsovården samt räddningsväsendet ska vara högklassiga, kund- och patientorienterade, trygga och ändamålsenligt genomförda. En kunnig personal som är engagerad i serviceenhetens egenkontroll är avgörande för att säkerställa tjänsternas kvalitet, klient- och patientsäkerheten samt utveckla tjänsterna.

5.1. Upprättande och upprätthållande av en plan för egenkontroll

Planen för egenkontroll är ett verktyg för den dagliga verksamheten. I planen för egenkontroll ska det framgå hur serviceproducenten på **ett konkret sätt** sköter ärenden som gäller serviceenhetens egenkontroll. De planer för egenkontroll som utarbetats av serviceenheten i Österbottens välfärdsområde är en del av Österbottens välfärdsområdes program för egenkontroll. Egenkontrollplanens innehåll och omfattning bestäms enligt omfattningen av de tjänster och den verksamhet som serviceenheten producerar.

- När du gör upp en plan för egenkontroll ska du beakta att planen för egenkontroll ska omfatta de tjänster som tillhandahålls av alla olika serviceställen vid tjänsteproducentens serviceenhet och de tjänster som produceras för dess räkning samt att olika sätt att producera tjänsten ska beaktas i dess innehåll.
- Planen för egenkontroll utarbetas i samarbete mellan serviceenhetens ledning och personal. De personer som ansvarar för att utarbeta och uppdatera planen ska antecknas i planen för egenkontroll.
- Planen för egenkontroll ska göras upp elektroniskt och den ska finnas offentligt framlagd i enheten och på Österbottens välfärdsområdes webbplats så att klienter, anhöriga och personer som är intresserade av egenkontroll enkelt och utan separat begäran kan bekanta sig med den. Serviceenheterna ser till att planen publiceras på välfärdsområdets webbplats och till exempel på enhetens anslagstavla.
- Planen för egenkontroll godkänns/fastställs och undertecknas (datum) av service-/verksamhetsenhetens ansvarsperson. Planen för egenkontroll kan också undertecknas elektroniskt i Dynasty.
- Planen för egenkontroll ska alltid vara aktuell och eventuella uppdateringar av den ska publiceras utan dröjsmål. Åtminstone en gång om året.
- Egenkontrolldokument (tidigare versioner) ska förvaras i minst sju (7) år. Egenkontrollplaner arkiveras i dokumenthanteringssystemet Dynasty. Serviceenheterna ser till att planen arkiveras i Dynasty

- Resultatområdena är skyldiga att med fyra månaders mellanrum upprätta uppföljningsrapporter om egenkontrollen och publicera dem på välfärdsområdets webbplats. (31 § i tillsynslagen)

Serviceenheten är skyldig att agera i enlighet med planen för egenkontroll och **aktivt följa upp genomförandet av planen.**



Läs mer om [egenkontrollen i Österbottens välfärdsområde](#)

5.2. Ansvar för tjänsternas kvalitet

Välfärdsområdena ska övervaka, följa upp och bedöma tjänsternas kvalitet, laglighet och säkerhet i den egna verksamheten med hjälp av egenkontroll. Välfärdsområdena ska särskilt sörja för tjänsternas tillgänglighet, kontinuitet, säkerhet och kvalitet samt för att klienterna är jämlika och delaktiga. Välfärdsområdets gemensamma kvalitetspolicy och kvalitetsmål beskrivs i punkt 1.2 i handboken. Beskrivningen av välfärdsområdenas kvalitetssystem finns i kapitel 2 i handboken.

Säkerställande av kvaliteten på serviceverksamheten i Österbottens välfärdsområde

Organisationens ledning ansvarar för verksamhetsplaneringen, uppföljningen, policyerna och resursfördelningen. Vid genomförandet av kvalitets- och säkerhetspolicyerna ska ledningen

- lyfta fram kvalitet och säkerhet som primära värden i verksamheten och stöda utvecklingen av en öppen och rättvis säkerhetskultur
- anpassa organisationens strategiska mål efter kundernas behov och övervaka implementeringen av kundorientering
- bedöma hur de åtgärder som planeras i beslutsfattandet påverkar säkerheten, den rådande praxisen, resurserna och kompetensbehoven
- följa upp utvecklingen av säkerheten i förhållande till de uppställda indikatorerna och använda uppföljningsdata som baserar sig på dem i utvecklingen av verksamheten
- se till att aktuella och ändamålsenliga processbeskrivningar, serviceprotokoll och servicekedjor har utarbetats och finns tillgängliga

De koordinerande cheferna har till uppgift att utveckla och förenhetliga verksamheten inom sitt ansvarsområde i samarbete med enhetscheferna och enheternas ledning.

Närchefernas uppgift är att säkerställa, följa upp och utveckla verksamhetens smidighet. I genomförandet av kvalitets- och säkerhetspolicyn ska närcheferna

- upprätthålla en öppen diskussion om kvalitet och säkerhet i arbetsenheten och intressentgrupperna och stödja utvecklingen av en atmosfär fri från skuldbeläggning
- säkerställa att personalen är medvetna om rapporteringsskyldigheten i anslutning till anmälningar om missförhållanden, kvalitetsavvikelser och negativa händelser samt utveckla verksamheten utifrån responsen
- regelbundet ta upp kvalitets- och säkerhetsfrågor
- se till att enheten har ett tydligt introduktionsprogram för vikarier och nyanställda och övervaka att det följs.
- ge konstruktiv feedback till personalen regelbundet och i rätt tid.

Personalens uppgift är att genomföra, följa upp och utveckla kundorienterad vård och service. Vid genomförandet av kvalitets- och säkerhetspolicyn ska personalen

- säkerställa ett smidigt samarbete och informationsflöde mellan de parter som deltar i vården och behandlingen
- delta i kvalitets- och säkerhetsuppföljningen och utvecklingen av verksamheten
- komma överens om vård och service i samförstånd med klienten och eventuellt hans anhöriga
- ge klienten information om hur hen kan ge respons på sin vård och den service hen fått
- se till att utveckla de egna kunskaperna och färdigheterna kontinuerligt genom att delta i fortbildning.
- följa anvisningarna för strukturerad registrering och se till att anteckningarna om kunduppgifterna har gjorts på ett ändamålsenligt, korrekt och uppdaterat sätt

Interna auditörs utför intern auditering i enlighet med organisationens kvalitetssystem. Interna auditörs har utbildats till auditörs.

Kontaktpersonerna för kvalitet och säkerhet arbetar i par som experter på kvalitets- och säkerhetsfrågor vid den egna enheten. Ett arbetspar kan bestå av en närchef och en medarbetare, en annan ansvarig person eller två medarbetare som arbetar tillsammans med närchefen. Paret's uppgift är att främja kvalitet och säkerhet genom att upprätthålla och utveckla rutinerna för datainsamling, uppföljning och riskhantering i anslutning till enhetens verksamhet samt enhetens säkerhetsanvisningar.

Den som ansvarar för läkemedelsbehandlingen är en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som är legitimerad sjukskötare (vanligtvis enhetens närchef) och som ansvarar för en heltäckande planering av läkemedelsbehandlingen på arbetsenheten. Hen godkänner läkemedelstillstånd för basläkemedel för de anställda som arbetar på arbetsenheten. Dessutom utvärderar och utvecklar hen läkemedelsbehandlingen vid den egna arbetsenheten. Hen ansvarar för upprätthållandet av enhetens läkemedelsbehandlingsplan i samarbete med enhetens närchef och den ansvariga läkaren. Hens uppgift är att främja rapporteringen av biverkningar vid läkemedelsbehandling, identifieringen av risker i samband med läkemedelsbehandling och tillämpningen av praxis som anknyter till läkemedelsbehandlingens säkerhet i verksamheten. Hen fungerar som kontaktperson i frågor som gäller läkemedelsbehandling och läkemedelssäkerhet, är skyldig att informera personalen vid den egna arbetsenheten om aktuella frågor som gäller läkemedelsbehandling och dess säkerhet samt deltar i införandet av nya verksamhets sätt. Dessutom är hen i första hand ansvarig för att övervaka användningen av medicinskåpet eller motsvarande förvaringsutrymme. För mer information, se avsnitt 2 i läkemedelsbehandlingsplanen [Hantering av läkemedelssäkerhet](#).

Vid enheterna stöder **de som ansvarar för produktsäkerheten** enhetens närchef i att främja produktsäkerhet och i att introducera ny personal i användningen av utrustning. De ansvarar för att samordna det regelbundna underhållet av utrustningen med teknologienheten och uppdatera innehållet i apparatpassen för sina enheter. Gemensamma möten ordnas för produktansvariga 2–4 gånger per år.

Hygienansvariga fungerar som kontaktpersoner i sina arbetsenheter i frågor som gäller hygien och bekämpning av infektioner. Hygienansvariga deltar regelbundet i utbildnings- eller informationsmöten. Hygienansvariga förmedlar nya hygienanvisningar eller aktuell hygieninformation till sin enhet, främjar god hygienpraxis, fungerar som förebilder för goda hygienrutiner och följer upp hygienpraxis och infektionssituationer på sin enhet.

5.3. Kundens ställning och rättigheter

Klienter och patienter har rätt till god hälso- och sjukvård, god socialservice och gott bemötande. Självbestämmanderätten måste respekteras. Dessutom har kunden och patienten rätt att få information om sig själva och begära rättelse av felaktiga uppgifter.

5.3.1 Klientens och patientens rätt till information

Tjänsteinnehavarbeslut, möteshandlingar, kungörelser och andra handlingar (till exempel förvaltningsstadga och budget) som publiceras i välfärdsområdet och offentliggörs för allmänheten med stöd av lagen finns tillgängliga direkt på välfärdsområdets webbplats. En separat begäran om information ska göras för andra handlingar. Rätten att få tillgång till information gäller handlingar som innehåller både offentliga och konfidentiella uppgifter.

- Hälsa- och sjukvårdens patientuppgifter kan ses på MittKanta-sidor.
- När det gäller socialvården syns de klienthandlingar som sparats på MittKanta-sidor när LifeCare tas i bruk hösten 2024. Dokumentens synlighet utvidgas stegvis i enlighet med Kanta-tjänsternas tidtabell. Alla dokument syns inte på MittKanta-sidor. I så fall får den berörda parten begära dem.
- Berörda parternas rätt att få information gäller dock inte alla myndighetshandlingar. En part har till exempel inte rätt till en handling om ett utlämnande skulle strida mot ett övervägande allmänintresse, barnets bästa eller något annat övervägande allmänintresse.

Patientuppgifter inom hälso- och sjukvården

- Rätten till insyn är personlig. Patienten kan begära sina uppgifter genom att fylla i blanketten för begäran om att få tillgång till registeruppgifter. Begäran kan också göras informellt eller via e-post.
- Begäran ska besvaras så snabbt som möjligt, men senast inom en månad.
- Patienten har också rätt att kräva att hens uppgifter korrigeras och i vissa fall avlägsnas från registret. Dessutom kan patienten kräva information om vem som har använt hens registeruppgifter, var de har lämnats ut och på vilka grunder de har använts eller lämnats ut.
- Om den personuppgiftsansvarige inte godkänner patientens begäran om rätt till inspektion, ska patienten få ett skriftligt intyg över vägran med motiveringar och besvär.

Klientuppgifter inom socialvården

- Rätten till insyn är personlig. Klienten kan begära sina uppgifter genom att fylla i blanketten för begäran om kontroll av socialvårdens personregister. Begäran är begränsad till en viss tjänst, dokument och tidsperiod.



[Blanketter och mer information om ämnet.](#)

Anvisningar för utlämnande av patientuppgifter

Social- och hälsovården har egna sektorspecifika tillstånd för utlämnande av patientuppgifter. Klienten ger alltså ett separat samtycke till att hens patientuppgifter och klientuppgifter inom socialvården lämnas ut. Med tillståndet för utlämnande av patientuppgifter kan man också lämna ut uppgifter som inte finns i Kanta-tjänsterna. Sådana uppgifter är till exempel uppgifter som antecknats på papper.

- Alla överföringar utanför den egna organisationen (Österbottens välfärdsområde) ska registreras i patientdatasystemet. Utlämnande av patientuppgifter utanför välfärdsområdet förutsätter patientens tillstånd att lämna ut dem.
- Utlämnande av uppgifter förutsätter en gällande vårdrelation.
- Uppgifterna kommer att lämnas ut som kopior av de dokument som kunden behöver. Den som lämnar ut uppgifterna ansvarar för att utlämnandet är lagligt, till exempel genom att lämna ut endast de uppgifter som är nödvändiga för syftet med utlämnandet.
- Utlämnande av uppgifter i journalhandlingar ska antecknas i journalhandlingarna. Av anteckningen ska framgå när och vilka uppgifter som har lämnats ut, till vem uppgifterna har lämnats ut, vem som har lämnat ut uppgifterna och om utlämnandet har grundats på patientens skriftliga, muntliga eller kontextuella samtycke eller på lag.
- Patientens viljeytring, genom vilken hen har förbjudit att hens uppgifter lämnas ut, antecknas också i patientjournalen.

5.3.2. Saklig behandling av klienter och patienter

Klienter och patienter i Österbottens välfärdsområde har rätt till högklassiga social-, hälsovårds- och räddningstjänster. Osakligt beteende och bemötande ska ingripas i och alla som arbetar vid enheten ska känna till **anmälningsförfarandet**.

Anmälan om osakligt beteende eller bemötande

- Anmälan kan göras av klienten, patienten eller en anhörig. Anställda eller andra i situationen närvarande personer kan också göra en anmälan.
- Det finns flera rapporteringskanaler. Kanaler för kunder, patienter och andra utanför organisationen finns på hemsidan. Anmälningskanalerna för personal finns på intranätet. Klienter, patienter eller anhöriga kan också ge respons muntligt.
- Att dokumentera feedback är viktigt, för utan dokumentation är det svårt att reda ut saker efteråt.

Mottagning och dokumentation av respons

- Vem som helst kan ta emot respons och det är mottagarens ansvar att skicka den vidare för behandling.
- Klienten eller patienten ska informeras om att ärendet kommer att utredas.
- OBS! Om det har handlat om en negativ händelse registreras den i HaiPro-systemet.
- Missförhållanden eller hot om missförhållanden i socialvården (till exempel osakligt bemötande av klienter, förolämpningar med ord) anmäls i SPro-systemet.



Intern länk: [Ram för diskussion om osakligt bemötande](#)

Arbetsgivaren förhåller sig allvarligt till en situation där man i diskussionen med den närchefen inte kommer överens om en lösning och hur kunden ska bes om ursäkt. Om det osakliga bemötandet varit av allvarlig karaktär kan det uppstå konsekvenser i form av åtgärder från arbetsledningen, en varning eller en anmärkning.

5.3.3. Klientens och patientens självbestämmanderätt och begränsningsåtgärder

Klientens och patientens självbestämmanderätt ska alltid respekteras. Förebyggande åtgärder är alltid en prioritet.

- Varje vård-/serviceenhet ska ha **skriftliga anvisningar** om hur begränsningar av självbestämmanderätten tillämpas och hur användningen av dem kan **förebyggas** (till exempel tillvägagångssätt för att minska begränsningarna av självbestämmanderätten).
- Anteckningarna ska göras omsorgsfullt och av anteckningarna ska framgå varför begränsningsåtgärden vidtas, vilka andra metoder som har använts för att sköta situationen och hur klientens eller patientens tillstånd har följts upp under begränsningsåtgärden.
- Av anteckningarna ska också framgå under vilka omständigheter begränsningen kunde ha upphävts och vem som fattade beslutet om att införa begränsningen.
- En restriktiv åtgärd är alltid en sista utväg. Vid uppföljnings- och handledningsbesöken utreds alltid hur klientens självbestämmanderätt förverkligas i enheten.

En enhet inom specialomsorgen ska ha tillräckligt med sakkunskap inom medicinskt, psykologiskt och socialt arbete, yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården och annan personal med tanke på verksamheten och de särskilda behov som klienter inom specialomsorgen har.



Österbottens välfärdsområde har en IMO-arbetsgrupp som består av nödvändig specialkompetens. Välfärdsområdet är skyldigt att se till att klienterna får den hjälp, det stöd och den service som behövs.



Intern länk: [Anvisning om begränsande åtgärder.](#)

5.3.4 Förfaranden för att upprätta en klient- och serviceplan och en förvaltningsplan

- Behovet av vård och service ska antecknas i klientens eller patientens personliga plan för daglig vård, service eller rehabilitering.
- **Klientplanen** ska utarbetas tillsammans med kunden, om det inte föreligger något uppenbart hinder för detta. Kundens synpunkter, önskemål och åsikter om nödvändiga tjänster och stödåtgärder antecknas i planen.
- I stället för en klientplan kan man beroende på situationen också göra upp en annan motsvarande plan, till exempel **en serviceplan** enligt lagen om service för personer med funktionsnedsättning. När man gör upp en serviceplan ska man beakta bestämmelserna som gäller kundplanen.
- Klientens servicebehov ska bedömas regelbundet och planen ska ses över på nytt om det sker sådana förändringar i personens situation eller servicebehov och i övrigt vid behov.
- **Vårdplanen** ska göras upp tillsammans med yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, och även anhöriga, närstående eller en legitimerad företrädare kan delta i utarbetandet av vårdplanen.
- I vårdplanen ska man anteckna de vårdbehov som identifierats tillsammans med patienten och vid behov anhöriga samt de mål som ställts upp för vården.

5.3.5 Stöd för kunddeltagande

Verksamhetsområdena och resultatområdena ska systematiskt involvera sina kunder i utvecklingen av tjänsterna. Det hur deltagandet förverkligas följs upp i samband med rapporteringen av egenkontrollprogrammet.

- Klienten ska ges möjlighet att delta i egen vård eller service enligt egen vilja och förmåga. Patienten och klienten har rätt att delta i planeringen av egen undersökning, vård, service och rehabilitering.

- Klienterna instrueras aktivt att ge respons på den service och det bemötande de får. Kundresponsen är en möjlighet för kunderna att påverka och delta i utvecklingen av verksamheten utifrån den egna serviceupplevelsen. All respons som enheten mottar diskuteras regelbundet med enhetens personal och förslag på hur verksamheten kan utvecklas beaktas i responsen.
- Kunddeltagare, erfarenhetsexperter eller klientråd kan delta i utvecklingen och utvärderingen av tjänsterna. **Enheter kan anlita en erfarenhetsexpert bland annat för utvecklingsgrupper, personalmöten och -utbildningar samt serviceobservationer.**
- När planer för klienter och patienter, såsom servicebeskrivningar eller anvisningar för vårdens och tjänsternas vändpunkter utarbetas, gör serviceanordnaren det i samråd med klienter, patienter och närstående.
- Sektorerna använder sig av partnerskapsdiskussioner för att främja samarbetet med aktörer inom frivilligorganisationer.
- Koordinerad frivilligverksamhet (OLKA) pågår för närvarande i Vasa, Jakobstad, Närpes och Kristinestad.

5.3.6 Patientskador

- Patientskadeanmälningar handläggs av Patientförsäkringscentralen. Patientförsäkringscentralen skaffar nödvändiga patienthandlingar från vårdenheterna och begär ett utlåtande av en sakkunnigläkare. Dessutom begärs en utredning om händelsen från olycksplatsen.
- Patientförsäkringscentralens beslut skickas till den ledande överläkaren, som underrettar den ifrågavarande överläkaren.
- Den chef som ansvarar för verksamheten ser till att patientskador och de faktorer som påverkar deras uppkomst går igenom och att verksamheten utvecklas så att motsvarande skador inte inträffar igen.
- Originalhandlingarna ska förvaras åtskilda från patientjournalerna i patientdataarkivet.

5.3.7 Social- och patientombud

Social- och patientombud ger råd till klienter, anhöriga och personal i frågor som gäller klientens vård, delaktighet och rättsskydd. Social- och patientombudet är en opartisk person som har en rådgivande roll och kan även ha en medlande roll.

Ändamål	Responskanal	Handläggningstid	Ansvarsperson	Kontaktperson för organisationen
Hjälper patienter och socialvårdsklienter med deras rättigheter, hjälper vid behov att skriva en anmärkning, respons eller HaiPro, och hänvisar till rätt myndighet	Kontakt till social- och patientombuden	Bedöms från fall till fall, men så snabbt som möjligt med klientens bästa i fokus	Social-/patientombud kontaktar den ansvariga personen om klienten begär/godkänner det. Den fortsatta hanteringen av ärendet bestäms alltid från fall till fall	Patientombuden: Sari Mäkinen, Marjut Melto-ranta, Hannele Flöjt Socialombuden: Katarina Norrgård

Figur 4. Handläggningstid och ansvar för kontakter med social- och patientombud

- Patient- och socialombudets kontaktuppgifter ska vara väl synliga och tillgängliga för kunderna till exempel på enhetens anslagstavla och i bilagorna till planen för egenkontroll.
- Patientombudet registrerar kontakterna i ett program som heter PotRa. Enhetens närchef kan följa enhetens situation till exempel i fråga om antal och typ av kontakt.
- Socialombudet registrerar kontakter i ett program som heter SamRa. Enhetens närchefer har ingen direkt uppkoppling till rapporteringsprogrammet. Socialombudet kan kontakta enheten i fråga om klienten ger sitt tillstånd till det.



Intern länk: [Social- och patientombudens kontaktuppgifter](#)



Läs mer om [social- och patientombudens uppgifter](#) på Österbottens välfärdsområdes webbplats.

5.3.8 Anmärkningar och klagomål

Klienten har rätt att göra **en anmärkning** till den ansvariga för socialvårdsenheten eller till den ledande tjänsteinnehavaren för socialvården om hen är missnöjd med kvaliteten på socialvården eller med det sätt på vilket hen bemöts i samband med den. Syftet med anmärkningen är att ge enheterna en möjlighet att beakta eventuella brister i vård- och klientförhållandet och vid behov ändra sina förfaranden.

Ändamål	Responskanal	Handläggningstid	Ansvarsperson	Kontaktperson för organisationen
Rapportering av dålig bemötande, vård eller service, när en diskussion med enheten inte hjälper	Anmärkning och klagomål (AVI eller Valvira)	Ett skriftligt svar skickas inom en rimlig tidsperiod (cirka en månad)	Den utsedda ansvarspersonen för resultatområdet svarar på anmärkningen. Klagomål riktas till regionförvaltningsverket (AVI) eller Valvira som ger svar	Heikki Kaukoranta

Figur 5. Handläggningstider och ansvar för anmärkningar och klagomål

- Anmärkningen ska behandlas på ett lämpligt sätt och ett skriftligt svar ska ges inom skälig tid (inom en månad) från det att anmärkningen kommer in.
- I Österbottens välfärdsområde är det resursdirektörerna som ansvarar för anmärkningsprocessen. Anmärkningar kommer till registratorkontoret och vidarebefordras sedan till rätt person för behandling enligt resurslinjen.
- Den ledande överläkaren delegerar beslutsfattandet till de läkare som ansvarar för verksamheten som anknyter till anmärkningarna, dvs. de läkare som fungerar som tjänsteinnehavare och de läkare som ansvarar för social- och hälsocentralens verksamhet. Den ledande översköterskan delegerar beslutsfattandet till översköterskorna och socialdirektören delegerar behandlingen av anmärkningar till socialvårdens chefer.
- I de fall där personer från olika resurslinjer har varit involverade i behandlingen av anmärkningar, ger läkaren svaret till klienten eller en person som bemyndigats av klienten som en sammanfattning på basis av svaren från de olika resurslinjerna.
- De som ansvarar för verksamheten säkerställer att klagomålen och anmärkningarna används för att identifiera frågor där åtgärderna kan förbättras.

Klienter inom social- och hälsovården och räddningsväsendet har rätt **anföra klagomål** hos regionförvaltningsverket om de är missnöjda med den service, vård eller bemötande de fått. Ett klagomål om hälso- och sjukvård ska anföras hos Valvira när misstanken om felbehandling gäller en patient som avlidit eller blivit gravt handikappad till följd av vården. Övriga klagomål anföras hos det regionförvaltningsverk inom vars område patienten/klienten har vårdats eller fått service. Innan ett klagomål lämnas in är målet dock att lösa ärendet internt inom organisationen, till exempel genom en anmärkning eller annan hantering av ärendet. Klagomålet kan gälla både den offentliga och den privata social- och hälsovårdens eller räddningsverkets verksamhet.

5.4. Personal

Tjänsteleverantören ska ha tillräckligt med personal för verksamheten. Personalen ska ha ändamålsenlig utbildning och tillräcklig kompetens och yrkesskicklighet som tjänsteproducentens verksamhet förutsätter, med beaktande av innehållet i de tjänster som tillhandahålls samt de klienter och patienter som använder tjänsterna.

5.4.1 Granskning av yrkesrättigheter inom social- och hälsovården

Serviceproducenten ska genom egenkontroll se till att personalen inom social- och hälsovården uppfyller kraven i lagarna om yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården.

- Den rekryterande chefen är skyldig att kontrollera de sökandes behörighet, varför examens-, språk- och arbetsintyg alltid ska kontrolleras under intervjun. Den rekryterande chefen ska också kontrollera yrkeskvalifikationerna i Valviras [Terhikki- eller Suosikki-register](#).
- Arbetstagaren ska uppvisa ett examensbevis i original innan anställningsavtalet undertecknas. Skyldigheten att göra en granskning gäller alla, även vikarier.
- Behörighets- och språkkunskapskraven för alla yrkesbeteckningar presenteras i välfärdsområdenas behörighetsregler.
- Vid rekrytering till ett fast tjänste- eller anställningsförhållande ska den utvalda personen alltid uppfylla de formella behörighetskraven vid urvalsbeslutet.
- Om vikarien som ska rekryteras ännu inte har utexaminerats, kontrolleras hens studieprestationsutdrag. Uppgifterna om nyexaminerade studerande syns inte omedelbart i registret. Nyexaminerade sjuksköterskor kan arbeta med studenträttigheter i 30 dagar innan registreringen bekräftas. Det kan ta flera månader (3–4 månader) att få ett registreringsnummer för närvårdare.



Intern länk: [Kuntarekry anvisningar för administratören](#) och [behörighetsstadga för Österbottens välfärdsområde](#).

5.4.2 Säkerställande av kompetens och kompetensutveckling

Organisationen sörjer för personalens kompetens och yrkesmässiga utveckling bland annat genom att möjliggöra deltagande i fortbildning och kompletterande utbildning.

- Tjänsteproducenten ska se till att personalen deltar tillräckligt i yrkesinriktad kompletterande utbildning. I den kompletterande utbildningens innehåll ska personalens grundutbildning, arbetets krav och arbetsuppgifternas innehåll beaktas.
- Personalen ska informeras om aktuella frågor som gäller klient- och patientsäkerhet, risker för kundsäkerheten samt anvisningar och rekommendationer som gäller främjande av kundsäkerheten (personalmöten, arbetsplatsmöten osv.)
- Alla arbetstagare ska ges möjlighet att utvecklas i arbetet och samma möjligheter till karriärutveckling, oavsett kön eller andra personliga faktorer.



Intern länk: [Personalutveckling och -utbildning.](#)

5.4.3 Introduktion

Introduktionsprogrammet för Österbottens välfärdsområde byggs upp på tre nivåer. Målet är att introduktionerna för varje enskilt verksamhetsområde ska vara klara vid årsskiftet 2024–2025. Enhetsspecifika introduktioner byggs upp i enlighet med de gemensamma anvisningarna under 2025. Fram till dess att det nya introduktionsprogrammet har lanserats i sin helhet kommer enheterna att ta hand om introduktionen som tidigare. Uppföljningen och registreringen av en introduktion ska också göras på ett ändamålsenligt sätt så att det är möjligt att verifiera introduktionen.

Introduktionsprogrammet görs upp i programmet Laatuportti. Laatuportti har en direkt anslutning till personalens kompetensmatriser, som också finns i Laatuportti, samt gränssnitt till HRM-systemet. I Laatuportti är det möjligt att följa med vem som har genomfört de olika delarna av introduktionen. Webbaserad introduktion är inte bara spårbar, utan också enhetlig för alla. De som har slutfört introduktionsprogrammet får en responsenkät på introduktionsmaterialet.

Webbaserad introduktion utesluter inte personlig introduktion. Den nya arbetstagaren ska få en ansvarig person, och den personliga introduktionens roll är viktigare än webbintroduktionen.

I Österbottens välfärdsområde kommer introduktion att indelas i följande områden:

1. Allmän introduktion

- Introduktionen på organisationsnivå görs i ett multiprofessionellt introduktionsprogram. Introduktionsprogrammet på organisationsnivå innehåller allmän information om organisationen samt information om kvalitets- och kundsäkerhetssystem och säker läkemedelsbehandling.
- Den allmänna introduktionen ska omfatta grunderna för smittskydd, dvs. de vanliga försiktighetsåtgärderna.
- Alla nyanställda uppmanas att delta i den allmänna introduktionen som ordnas av HR-enheten.

2. Introduktion för varje enskilt verksamhetsområde

3. Enhetsspecifik introduktion

- Varje enhet ska ha en plan för hur man säkerställer att arbetstagaren har de kvalifikationer och den kompetens som krävs för arbetet samt en skriftlig introduktionsplan som beaktar klientsäkerhetsperspektivet (nyanställda, interna förflyttningar och de som återgår i arbete).
- Chefen eller någon annan utsedd person vid enheten tar emot den nyanställda den första dagen och ser till att medarbetaren får introduktion i enlighet med enhetens introduktionsprogram.
- När personal förflyttar sig mellan arbetsenheter eller övergår till annan uppgift genomförs introduktion enligt ovan antingen för arbetsenhetens verksamhets och/eller arbetsuppgiftens del.

5.4.4 Kontroll av brottslig bakgrund för personer som arbetar med barn, äldre och personer med funktionsnedsättning

Arbetsgivaren är skyldig att kontrollera brottslig bakgrund hos personer som arbetar med barn, det vill säga personer under 18 år. Lagen som trädde i kraft 1.1.2024 förpliktar till kontroll av straffregisterutdrag även hos personer som arbetar med äldre och från och med början av 1.1.2025 även hos personer som arbetar med personer med funktionsnedsättning.

- Lagen tillämpas inte på anställningsförhållanden som sammanlagt varar högst tre månader under ett år. Med årtalet avses i detta sammanhang inte kalenderåret, utan det räknas från den dag då det första anställningsförhållandet inleddes.

- Arbetsgivaren ska begära ett straffregisterutdrag av en person som väljs till ett sådant arbetsavtals- eller tjänsteförhållande som varaktigt och i väsentlig grad består i att hjälpa, stödja mm. äldre personer eller personer med funktionsnedsättning.
- I arbetsplatsannonserna ska det framgå att den som anställs ska uppvisa ett straffregisterutdrag.
- Uppgifter i ett straffregisterutdrag får inte lämnas ut till andra än de som har ett absolut behov av dem för att besluta om att tilldela en person uppgifter med äldre personer eller personer med funktionsnedsättning. Tystnadsplikten innebär bland annat att uppgifter inte får lämnas ut till utomstående även efter det att personen inte längre utför uppgiften.
- Arbetstagaren beställer själv ett straffregisterutdrag från Rättsregistercentralen.
- **Utdraget kontrolleras** för samma brott som för personer som arbetar med barn, det vill säga om personen har dömts för till exempel sexualbrott, grovt brott mot liv eller hälsa eller narkotikabrott:
 - utdraget får inte kopieras
 - det att utdraget har uppvisats samt utdragets identifikationsnummer (nummer och datum) anges på en separat blankett
 - informationen antecknas i arbetsavtalsblanketten
 - möjligheten till elektronisk övervakning utreds
 - straffregisterutdraget får inte vara äldre än sex månader.
 - underlåtenhet att begära straffregisterutdrag är straffbart.



Intern länk: [Straffregisterutdrag - information om ändringar.](#)

5.4.5 Säkerställande av arbetarskydd och arbetshälsa

Arbetsgivaren och arbetstagarna ska upprätthålla och förbättra arbetarskyddet på arbetsplatsen. Arbetsgivaren ska sörja för säkerheten i arbetsmiljön, gott ledarskap och likabehandling av arbetstagarna.

Ledning av arbetshälsa och arbetsförmåga omfattar **förebyggande (tidigt) stöd, stöd för återgång i arbete och intensifierat stöd** vid varaktig nedsättning av arbetsförmågan. Med tanke på egenkontrollen är det viktigt att enheten identifierar riskerna i anslutning till arbetet både ur arbetstagarens och arbetsgemenskapens synvinkel.

- Utvecklingssamtalen bör ses över en gång per år.

- Arbetsplatsens rekommendationsmätare är ett av de verktyg som ledningen använder för att kartlägga medarbetarnas trivsel och få insikt i hur de anställda känner för sin arbetsplats. Mätningen sker via e-post två gånger per år. Resultaten ska granskas i varje enhet och resultaten delas också på resultatenhetsnivå med huvudförtroende-männen.



Intern länk: [Verksamhetsplan för arbetarskyddet 2023–2025](#) och [program för ledning av personalens arbetsförmåga](#).

5.5. Uppföljning av tillräckliga personalresurser i klient- och patientarbetet

Välståndsområdena ska anställa yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården som behövs för verksamheten. Personalmängden inom klient- och patientarbetet ska vara tillräcklig i relation till klienternas och patienternas behov av vård, behandlingar och omsorg. I fråga om personaldimensionering, behörighetskrav och fortbildning gäller därtill vad som föreskrivs om dem i annan lagstiftning.

- I planeringen av arbetsskift ska man beakta den lagstiftning som tillämpas på verksamheten, antalet kunder och personalens yrkeskompetens
- Tjänsteproducenten ska genom egenkontroll se till att personalen inom social- och hälsovården uppfyller kraven i lagen om yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården
- Beredningsplanerna för verksamhets- och resultatområdet ska innehålla bestämmelser om allokering av personal vid störningar och undantagsförhållanden.

5.6. Sektorsövergripande samarbete och samordning av tjänster (samarbete och informationsutbyte)

Sektorsövergripande samarbete innebär att anställda inom olika tjänster och från olika yrken samarbetar med varandra. Samarbetet förutsätter att man drar nytta av aktuell information samt en kundorienterad verksamhetsmodell. För att servicehelheten för klienter och patienter ska fungera väl ur klienternas synvinkel och motsvara deras behov krävs samarbete mellan tjänsteproducenterna, varvid informationsutbytet mellan olika aktörer är särskilt viktigt.

Sektorsövergripande samarbete kräver gemensamt överenskomna verksamhetsmodeller, öppen kommunikation samt utveckling och uppföljning av processer. Förenhetligandet av klient- och patientdatasystemen underlättar samarbetet och informationsutbytet i framtiden. Sektorsövergripande samarbete kräver till exempel gemensamma vård- och servicemöten på enhetsnivå.

5.7. Lokaler och verksamhetsmiljö

Ur operativ synvinkel ska lokalerna och verksamhetsmiljön vara säkra och lämpliga för både kunder, patienter och personal. Lokalerna ska stödja klienternas och patienternas allmänna välbefinnande samt den sociala interaktionen.

5.7.1. Säker användning av lokaler

Tillgängligheten och integritetsskyddet ska beaktas vid planeringen och användningen av lokalerna och verksamhetsmiljön.

- Utgångspunkten för planeringen av lokaler och praxisen är alltid klienters och patienters behov.
- Lokalernas **tillgänglighet** ska förutom mobilitet även omfatta frågor som gäller till exempel syn, hörsel, förståelse, handledning och kommunikation. Lagen och de krav som ställs på offentliga byggnader styr en jämlik och tillgänglig planering.
- Egenkontroll är det primära sättet att säkerställa att lokalerna är ändamålsenliga. I sista hand gör tillsynsmyndigheten en bedömning av lokalernas lämplighet utifrån en helhetsbedömning.

5.7.2 Risker i samband med lokaler

Säkerheten i lokalerna kan påverkas av den strukturella säkerheten (gångvägar, korridorer, golv, trappor, renlighet, ordning, tillgänglighet) och av säkerställandet av brottsskyddet (låsning, inbrottsskydd, passerkontroll, kameraövervakning, bevakning). Skador kan undvikas till exempel genom att sörja för renlighet och ordning, avfallshantering och sopsortering i anslutning till den, heta arbeten, elapparater och rum eller utrymmen som är reserverade för rökning. Dessutom bör man fästa uppmärksamhet vid besökarnas eller kundernas tillträde och rörelsefrihet.

Ordning och renlighet främjar bland annat arbets säkerheten, effektiv verksamhet, produkternas och tjänsternas kvalitet, företagets image, effektiv användning av utrymmen, minskat

materials spill, enklare städning och trivsel på arbetsplatsen. Dessutom kan god ordning minska fallolyckor, halkolyckor och förbättra brandsäkerheten. Upprätthållandet av god ordning ska följas upp, uppmuntras och respons ges.

Elektroniska system används för underhåll, reparationer och begäran om ändringar i Österbottens välfärdsområdes lokaler. De finns för personalen på välfärdsområdets intranät.

5.7.3 Passerkontroll och brandskydd

Varje arbetstagare i Österbottens välfärdsområde ska ha ett synligt identitetskort när hen uträttar sina arbetsuppgifter och rör sig i välfärdsområdets fastigheter.

- Identitetskort skaffas för alla personer som har ett arbets- eller studieförhållande på över 10 dagar och som har tillträdesrätt till välfärdsområdets lokaler (elektronisk passerkontroll eller mekanisk låsning).
- Närchefen ansvarar för att personalen har uppdaterade identitetskort.

Tillträdeskontroll

Vårt utrymme är en utmanande miljö när det gäller tillträdeskontroll. Olika användare rör sig i lokalerna varje dag: personal, kunder, patienter, gäster och leverantörer. Tillträdet till vissa utrymmen ska vara tydligt begränsat och vid behov ska dörrarna öppnas snabbt. När den implementeras korrekt förbättrar tillträdeskontrollen enhetens säkerhet. Den används för att förhindra obehörigt tillträde till byggnadens och enhetens lokaler. Tillträdeskontrollen omfattar både mekanisk låsning av enheten och elektronisk tillträdeskontroll.

Brandskydd

Syftet med brandskyddet är att förhindra att brand och eld kommer lös och att göra det lättare att släcka eller begränsa bränder. Bränder förebyggs genom att bygga på ett säkert sätt, med brandcellsindelning, säkerhetsanordningar och släcksystem. Utrymnings- och räddningsvägar är markerade och hålls fria. Vid brandskyddet ska man beakta bland annat strukturellt förebyggande av bränder, skydd mot öppen eld och rökning, förebyggande av anlagda bränder, elektriska anordningar och deras underhåll, elarbeten, inredningens brandsäkerhet, brandbelastning, avfallshantering och säkerhet vid heta arbeten. Strukturell säkerhet tar bland annat hänsyn till: systemet för brandlarmanläggning, brandsläckarutrustning, brandsläckningssystem, arrangemang för rökventilation, säkerhets- och signalbelysning, högtalarsystem och ljudsystem för utrymningslarm, passerkontroll och lås, inbrottslarmsystem, personliga säkerhetssystem, system för kameraövervakning, skyddsrum.

5.7.4 Rengöring, avfallshantering, behandling av problemavfall

Österbottens välfärdsområdes plan för avfallshantering håller på att uppdateras. Målet är att förenhetliga och uppdatera nuvarande praxis i samarbete med olika aktörer. En uppsättning riktlinjer för avfallshantering kommer att skapas på intranätet.

5.8. Apparater, verktyg och informationssystem

Tjänsteleverantören ska se till att skyldigheterna enligt lagen om medicintekniska produkter fullgörs, att apparaterna används på ett säkert sätt och att nödvändig utbildning ordnas. Tjänsteleverantören ska också se till att det finns informationssystem som uppfyller de väsentliga kraven.

5.8.1 Apparatsäkerhet

Med produkternas säkerhet avses både inom social- och hälsovården godkända och säkra apparatur och säkerställande av att personalen har tillräcklig kunskap om användningen av apparatur.

- Kvalificeringen för användning av produkter utförs **med hjälp av ett apparatpass**, som specificeras enhet för enhet. Apparatpasset avläggs av hela social- och hälsovårdens personal i samband med introduktionen på enheten. Övergången till det elektroniska apparatpasset Laatuportti har inletts.
- Varje enhet ska utse **en apparatansvarig**
- Alla medicintekniska produkter som används måste registreras i Medusa
- Det är alltid bra att göra en riskbedömning av utrustningen innan ett nytt system eller en mer krävande anordning tas i bruk
- Ansvaret för säkerheten för medicintekniska produkter ligger hos organisationens sjukhusingenjör
- Utbildning i anslutning till utrustningen ordnas i samband med introduktionen och när ny utrustning införskaffas. Arbetstagaren ska ansvara för att upprätthålla sin kompetens i enlighet med de förnyelseintervaller som överenskommit i apparatpasset.

Anmälan om farlig händelse relaterad till apparatur

Farlig händelse som hänför sig till medicintekniska produkter och som har medfört eller kan ha medfört en hälsorisk för en patient, användare eller annan person ska alltid anmälas till Fimea.

- Rapporten om farliga händelser ska göras utan dröjsmål och den kan göras direkt elektroniskt samtidigt som HaiPro-anmälan.
- Anmälan ska också göras när det är oklart hur utrustningen eller tillbehöret har bidragit till händelsen.



Intern länk: [Apparatsäkerhet](#)

5.8.2. Säkerhet för distanstjänster och digitala tjänster

I takt med att de digitala tjänsterna och distanstjänsterna inom social- och hälsovården ökar är det nödvändigt att se till att nya former av tjänster genomförs i enlighet med gällande bestämmelser och god praxis som garanterar säkerheten.

Plattforms-, produktsäkerhets- och tjänstrelaterade kontroller omfattar:

(Klient- och patientsäkerhetscentret, 2022)

- Anslutning till tjänsten sker i första hand genom stark autentisering. Om klienten eller patienten inte kan använda stark autentisering, beskrivs det alternativa identifieringsförfarandet.
- Förfaringssätten för att säkerställa individens dataskydd (behandling av personuppgifter, känsliga uppgifter, distansarbetsställen och -praxis) har beskrivits.
- En datasäker användarmiljö beskrivs.
- Handledningen av klientens eller patientens stöd för användning för digitala verktyg och tjänster har beskrivits.
- Verksamhetsmodellen vid avvikelser eller kraschar i fjärranslutningen beskrivs och är tillgänglig för personalen och kunden eller patienten som använder tjänsten.
- Den utrustning och de förfaranden som används för fjärrdiagnostik eller fjärrövervakning uppfyller standarderna.
- Bruksanvisning för utrustningen finns tillgänglig för fjärranvändaren.
- Samtyckesförfarandet för klientens eller patientens användning av den digitala tjänsten eller distanstjänsten beskrivs. Ärendehantering å en minderårig eller omyndig persons vägnar beskrivs.
- Rutinerna för att säkerställa medicinerings säkerheten i samband med distansservice beskrivs.
- Fastställande av servicelöften för distanstjänster och digitala tjänster, t.ex. den tidsram inom vilken meddelanden ska besvaras.

Tillgänglighet innebär att så många olika människor som möjligt kan använda webbplatser och mobilapplikationer så enkelt som möjligt. **Österbottens välfärdsområde uppfyller de allmänna tillgänglighetskraven.** Tillgänglighetseffekter bör beaktas till exempel när:

- du skapar dokument och innehåll som publiceras online
- du planerar elektroniska tjänster, till exempel blanketter
- du skaffar en elektronisk tjänst för kunder eller för välfärdsområdets interna bruk

Innehållets begriplighet är viktigt för alla användare och en viktig del av en tillgänglig digital tjänst. Det innebär att man använder ett klart och begripligt språk och även lättläst språk.

- Texten ska vara lättläst och strukturerad i korta stycken och förteckningar. Beskrivande underrubriker bör användas i tillräcklig utsträckning.
- Länktexter bör också vara beskrivande och begripliga.



Läs mer: [Checklista för avtal om upphandling och utläggning av digitala tjänster och distanstjänster inom social- och hälsovården.](#)

5.8.3. Dataskydd och datasäkerhet

Med dataskydd avses åtgärder och praxis som säkerställer skyddet av privatlivet och den registrerades rättigheter och friheter vid behandlingen av personuppgifter. Med datasäkerhet avses administrativa och tekniska åtgärder som vidtas för att trygga uppgifternas konfidentialitet, enhetlighet och tillgänglighet. Med tanke på datasäkerheten och dataskyddet är målet att erbjuda kunder och patienter högklassig vård.

Dataskydd och datasäkerhet måste säkerställas bland annat genom att:

- Personalen ska ha tillräcklig utbildning och handledning i användningen av informationssystem (till exempel utbildning i anslutning till behandling av nät- och personuppgifter)
- Närchefen ska se till att de anställda har genomgått utbildning i dataskydd och datasäkerhet, minimiutbildningen är Dataskyddets ABC för personalen inom den offentliga förvaltningen
- Dataskyddsbeskrivningarna för social- och hälsovården och den allmänna förvaltningen har utarbetats för välfärdsområdena. De finns på intranätet och på hemsidan.
- Tystnadsplikten ska beaktas och arbetssökandes och arbetstagares personuppgifter ska alltid hanteras omsorgsfullt, oberoende av om uppgifterna behandlas elektroniskt, muntligt eller som utskrift.

- Misstänkta avvikelser i dataskyddet/datasäkerheten rapporteras och behandlas elektroniskt (datasäkerhet HaiPro)
- I välfärdsområdets datasystemmiljö får endast datasystem, apparater och program som godkänts av informationsförvaltningen användas



Intern länk: [Dataskydd checklist för närchef](#) samt [anvisningar och praxis för dataskydd och datasäkerhet samt dataskyddsbeskrivningar.](#)

5.9. Plan för läkemedelsbehandling

Läkemedelsbehandlingens säkerhet är en viktig del av klient- och patientsäkerheten. När det gäller läkemedelsbehandling beskrivs säkerhetsledningssystemet mer utförligt i välfärdsområdets plan för läkemedelsbehandling. Planen för läkemedelsbehandling är ett kvalitetsledningsdokument som styr genomförandet av processen för läkemedelsbehandling på enheterna. Det är en del av enheternas plan för egenkontroll och kvalitetsledning. Processen för att säkerställa kompetensen inom läkemedelsbehandling beskrivs i LOVE-handboken, som är en del av Österbottens välfärdsområdes plan för läkemedelsbehandling

- En kortfattad och koncis plan för läkemedelsbehandling ska upprättas för varje arbetsenhet inom Österbottens välfärdsområde där läkemedelsbehandlingen utförs. En bra plan för läkemedelsbehandling har utarbetats på ett multiprofessionellt sätt.
- Alla som tar i bruk läkemedelsbehandling på enheten ska bekanta sig med planen och agera i enlighet med den.
- **Av planen för läkemedelsbehandling ska framgå datum för upprättande och uppdatering samt läkarens underskrift. Planen för läkemedelsbehandling ska uppdateras en gång om året.**
- Planerna för läkemedelsbehandling arkiveras i dokumenthanteringssystemet Dynasty.



Intern länk: [Läkemedelsbehandlingsplan för Österbottens välfärdsområde](#) och [Arbetsenhetsspecifik plan för läkemedelsbehandling.](#)



Läs mer: [Säker läkemedelsbehandling: Handbok för upprättande av plan för läkemedelsbehandling \(Statsrådet\)](#)

5.10. Nutrition

Österbottens välfärdsområde följer en enhetliga rekommendationer för nutritionsbehandling. Alla som sysslar med näringsterapi måste känna till dess innehåll och använda det i sitt arbete. Som stöd för detta ordnas bland annat utbildning för personalen. Målgrupperna för utbildningen är yrkesutbildade personer inom hälso- och restaurangbranschen samt andra personer som deltar i beslutsfattande och i hälsofrämjande arbete.

Klientens/patientens nutrition ska planeras som en del av vård- och serviceplanen (t.ex. specialdieter, hälsobegränsningar och preferenser).

- Kundens måltider ska ordnas så att tiden mellan kvällsmålet och frukosten inte överstiger 11 timmar.
- Välfärdsområdet har utarbetat en egen plan för egenkontroll av måltidstjänster för verksamhetsenheter som inte köper måltidstjänster av en utomstående serviceproducent utan tillreder maten själva. Servicechefen för välfärdsområdets stödtjänster ger en mall för planen för egenkontroll samt anvisningar och stöd för egenkontrollen av livsmedelshygienen. Personalchefen för måltidsservice ansvarar för genomförandet av egenkontrollen.

5.11. Hygien, förebyggande och bekämpning av infektioner

Österbottens välfärdsområde fortsätter att förenhetliga anvisningarna för hygien och bekämpning av infektioner samt kvalitetsindikatorer som en del av kvalitetsledningen och kundsäkerheten. Rutinerna för infektionskontroll omfattar följande åtgärder:

- Enheten har minst en utsedd hygienansvarig.
- Enhetens rutiner för bekämpning av infektioner beskrivs i planen för egenkontroll.
- Enheten har uppdaterade smittskyddsinstruktioner i bruk.
- Medarbetarna på enheten vet vem de ska kontakta med frågor om bekämpning av infektioner.
- De regionala hygien- och smittskyddsdagarna ordnas 2 gånger om året och social- och hälsovårdsproffs både inom välfärdsområdet och den privata sektorn har tillgång till dem
- Arbetsgivaren är skyldig att följa upp vaccinationstäckningen för influensa bland social- och hälsovårdspersonalen. I fråga om personalens influensavaccinationer är välfärdsområdets eget mål att 90 % ska ha täckning.

- Vårdrelaterade infektioner bör övervakas aktivt. För närvarande samlas uppgifter in bland annat med hjälp av SAI-programmet och uppgifter om förekomsten både inom den specialiserade sjukvården, intensifierat serviceboende och sociala enheter.
- **Infektioner anmäls** till uppföljningssystemet SAI vid den enhet som vårdar patienten. Kriterierna för anmälan om infektion är kliniska tecken på infektion, inledande av antimikrobiell behandling eller ett positivt odlingsfynd av bakterier.
- Enheterna kan själva ta emot rapporter från SAI-programmet och kan på så sätt övervaka eventuella infektioner. Om situationen kräver det informeras även andra enheter omedelbart om en epidemi eller betydande fynd uppdagas.
- Enhetschefen ansvarar för att övervaka att förutsättningarna för bekämpning av infektioner är uppfyllda. Närchefen ska ha information om hur många olika infektioner som förekommer på enheten



Läs mer om [hygien och förebyggande av infektioner](#).

5.12. Regelbunden respons

I Österbottens välfärdsområde samlar man regelbundet in respons från klienter/patienter som får tjänster och deras anhöriga och närstående med hjälp av kundresponsystemet Roidu.

Ändamål	Responskanal	Handläggningstid	Ansvarsperson	Kontaktperson för organisationen
Insamling av klientrespons	Respons om tjänsten (Roidu) Muntlig respons Intern respons	2 veckor 2 veckor 2 veckor	Enhetens ansvarsperson Enhetens ansvarsperson Enhetens ansvarsperson	Sari West

Figur 6. Handläggningstid och ansvar för regelbundet insamlad respons

Kundrespons kan ges till alla enheter inom välfärdsområdet. Respons kan ges via webbplatsen, apparaterna för kundrespons i enheterna eller QR-koder. Kunden kan ge respons muntligt till personalen, som registrerar responsen i intranätets plattform för anteckning av muntlig respons. I fortsättningen är målet dessutom att via ett sms från klient- och patientdatasystemet ge kunden en impuls för att ge respons på tjänsterna. Via den interna responskanalen har varje anställd i välfärdsområdet möjlighet att ge respons från en enhet till en annan. Länken till den interna kanalen för kundrespons finns på intranätet.

- Varje enhet inom välfärdsområdet ska ha en egen handläggare av respons och enhetens närchef utses i allmänhet till handläggare av respons.

- Om responsgivaren har bett om kontakt och angett sina kontaktuppgifter, kontaktas denne av enhetens handläggare av respons. Om responsen gäller vård- eller klientarbete eller vård-/omsorgs-/kundtjänstpersonal, är kontakten i allmänhet enhetens chef. I fråga om respons som gäller läkare eller medicinsk vård är kontaktpersonen den ansvariga avdelningsläkaren.
- Det lönar sig att utnyttja kundresponsen i utvecklingen av verksamheten.
- **Kundresponsen ska handläggas inom två veckor från** det att kundresponsen mottagits. Vid handläggningen är det viktigt att överväga och vidta åtgärder för att rätta till eventuella brister i vården och servicen. I fältet för handläggning av respons framgår om responsgivaren har fått svar och vilka utvecklingsåtgärder som har beslutats på basis av responsen.
- Enheternas handläggare får månatligen en rapport om responsen som inkommit till deras enhet via e-post direkt från systemet.



Enhetens ansvarsperson ska regelbundet diskutera responsen med enhetens personal. **Genomgången av responsen ska också antecknas i mötets promemoria.**

6. Identifiering och hantering av risker inom egenkontroll

6.1. Identifiering och bedömning av risker

Med riskhantering avses systematiska tillvägagångssätt som syftar till att förbereda sig för risker och säkerställa en högklassig serviceproduktion. Aktiv riskidentifiering och inledande av korrigerande åtgärder är en viktig del av klient- och patientsäkerheten och en kontinuerlig utveckling av verksamheten.

- Riskbedömning bör göras både på enhetsnivå i det dagliga arbetet och som en del av ledningens beslutsprocess.
- Operativa, det vill säga verksamhetsrelaterade risker bedöms kontinuerligt, men **enheterna ska göra en systematisk riskbedömning minst en gång per år. Det finns en separat blankett för den årliga enhetsspecifika riskbedömningen och den ifylls i Laatuportti. Chefen för verksamhetsenheten ansvarar för genomförandet av den tillsammans med personalen.**
- Risker rapporteras regelbundet till ledningsgrupperna, avdelningen för intern kontroll och riskhantering samt till styrelsen.



Intern länk: [Riskhantering](#)

6.2. Hantering av missförhållanden och brister som uppstått i verksamheten

Missförhållanden eller brister i verksamheten ska alltid åtgärdas inom rimlig tid. Om det är fråga om fel eller brister som väsentligt äventyrar klient- eller patientsäkerheten ska korrigerande åtgärder vidtas omedelbart.

Välfärdsområdet har en intern etisk rapporteringskanal (whistleblower) för rapportering av oegentligheter och olämpligt beteende som gäller organisationen.

Personalen ska informeras om begäran om utredningar från myndigheterna, styrningsbrev, meddelanden, och de viktigaste lagändringarna som påverkar verksamheten, tillsynsrapporter och revisionsobservationer, och ärenden ska behandlas med enheterna, till exempel vid enhetsmöten.

6.2.1. Personalens informations- och anmälningsskyldighet

Tjänsteproducentens personal har **anmälningsskyldighet** (tillsynslagen 741/2023, 29 §) om personalen i sina uppgifter upptäcker eller får kännedom om ett missförhållande eller en uppenbar risk för ett missförhållande vid tillhandahållandet av socialvård och hälso- och sjukvård för klienten eller patienten. Den som tagit emot anmälan ska underrätta tjänsteproducenten och tillsynschefen om detta. Tjänsteproducenten ska informera sin personal om anmälningsskyldigheten och omständigheter i anslutning till tillämpningen av den (tillsynslagen 741/2023, 30 §).

6.2.2. Anmälan om missförhållanden inom socialvården (SPro)

Ändamål	Responskanal	Handläggningstid	Ansvarsperson	Kontaktperson för organisationen
Missförhållande och uppenbar risk för missförhållande i utförandet av socialvård (Socialvårdslag 48§)	Anmälan om missförhållande inom socialvården (Spro)	Inom två veckor från att anmälan mottagits	Enhetens ansvarsperson	Maria Lindvall (innehåll) Linda Styris (programanvändning)

Figur 7. SPro-handläggningstider och ansvarsområden

- Den som mottagit anmälan ska meddela den ledande tjänsteinnehavaren inom välfärdsområdets socialvård om saken.
- Meddelandet kan göras trots sekretessbestämmelserna.
- Ett missförhållande eller en risk för ett missförhållande måste anmälas **till Spro-systemet**, anmälan kan bland annat avse:
 - bristande klientsäkerhet
 - brister i tillgodoseendet av klientens ställning och rättigheter
 - frågor som gäller verksamhetskulturen
 - osakligt bemötande eller förolämpningar mot kunder
 - illabehandling av kunder
- Enhetens närmaste chef ansvarar i första hand för handläggningen av anmälan. Åtgärder för att rätta till missförhållanden och hot om risken för missförhållanden måste inledas utan dröjsmål.
- Personalen ska vara delaktig i behandlingen och anmälningarna ska regelbundet diskuteras vid personalmötena.
- **Anmälan ska behandlas inom en månad.**

6.2.3. Praxis för anmälning och rapportering av negativa händelser (HaiPro)

Anmälningar om negativa händelser i vården/service registreras i HaiPro-systemet. HaiPro-systemet används också för att rapportera negativa händelser som rör etiskt uppförande i vården, arbetarskydd och datasäkerhet.

Ändamål	Responskanal	Handläggningstid	Ansvarsperson	Kontaktperson för organisationen
Verktyg för rapportering av negativa händelser som rör patient-, klient- och personalsäkerhet	Negativa händelser (HaiPro) Nära ögat situation eller negativ händelse som drabbat patient eller klient	En månad/ Allvarliga händelser: utan dröjsmål	Enhetens ansvarsperson(er)	Linda Styris, Tero Piikkilä, Katja Vertanen
	Patient/klient och närståendes anmälan	2 veckor		
	Arbetsplatsolycksfalls-anmälan Datasäkerhetsanmälan	2 veckor En månad	Närchef Enhetens ansvarsperson(er)	Anitta Mäkikyrö Tuija Viitala

Figur 8. HaiPros handläggningstider och ansvar

- En patient/klient/närstående kan göra en anmälan om en negativ händelse (HaiPro-anmälan) om hen upplever att ett fel eller en farlig situation har uppstått i hens eller en närståendes vård, omsorg eller service. Anmälan kan göras med en webblankett och den kan lämnas in anonymt. Om anmälaren lämnar kontaktuppgifter underrättas hen om hur ärendet framskrider. Anmälan skickas till patientsäkerhetskoordinatorerna och kvalitetsdirektören, varefter anmälan behandlas tillsammans med de personer som ansvarar för vården eller tjänsten. Anmälaren kan också välja att inte överföra anmälan till den enhet där hen har fått vård eller service. I detta fall behandlas anmälan anonymt, på en allmän nivå.
- En anmälan om negativ händelse kan också göras av en arbetstagare som i sitt arbete har observerat en farlig situation i kundens vård eller service.
- Enhetens närchef ansvarar i första hand för handläggningen av anmälan. Åtgärder för att rätta till brister och undanröja risken för missförhållanden måste inledas utan dröjsmål.
- Anmälningar ska i regel behandlas inom en månad, allvarliga incidenter omedelbart.
- Den information som fås från incidentrapporterna ska utnyttjas i utvecklingen av verksamheten.

- **En allvarlig avvikelse** rapporteras alltid till HaiPros incidentrapporteringssystem. Allvarliga avvikelser utreds grundligt. **Allvarliga avvikelser hanteras tillsammans med kunden, anhöriga och personal.**
- Utredningen av en intern allvarlig avvikelse görs i situationer där det finns utrymme för förbättringar ur ett processperspektiv. Beslutet om att inleda en utredning fattas av resursledningen.
- Den person som lämnar in rapporten får inte utsättas för negativa motåtgärder till följd av den rapport som görs. Det är också förbjudet att hindra eller försöka hindra en person från att göra en anmälan.
- Olycksutredningscentralen OTKES utreder också allvarliga händelser inom social- och hälsovården. Välfärdsområdets chefsöverläkare ansvarar för att rapportera mycket allvarliga händelser till OTKES.



[Utredning av allvarliga tillbud - Handbok för social- och hälsovårdsorganisationer \(bara på finska\)](#)

6.3. Köpta tjänster och underleverantörer

Välfärdsområdet kan upphandla social- och hälsovårdstjänster av privata serviceproducenter med beaktande av principerna för avtalsstyrning (klient- och patientsäkerhetsperspektiv). Frågor som måste uppmärksammas är bland annat:

- En tjänst som upphandlas som en köpt tjänst ska motsvara avtalet. Tjänstebeskrivningarna (kriterierna) ska ingå redan i offertbegäran.
- Samarbetet och informationsutbytet måste vara tätt i vardera riktningen,
- Avtal om köpta tjänster ska innehålla en regelbunden uppföljnings- och rapporteringskyldighet som gäller arbetssäkerheten, arbetshälsan och tillräckliga personalresurser
- Strukturer för kvalitet och klient- och patientsäkerhet, roller och ansvar ska beaktas i avtalsstyrningen

6.4. Dataskydd och hantering av klient- och patientuppgifter

Anvisningarna för dokumentförvaltning beskriver hur dokumenthanteringen i Österbottens välfärdsområde ska ordnas. Vid hanteringen av klient- och patientuppgifter och vid genomförandet av dataskyddet ska man beakta bland annat följande:

- Varje arbetstagare i välfärdsområdet ska ges introduktion i datasäkerhet och anvisningar för användning av informationssystem (ingår i den allmänna introduktionen)
- De som ansvarar för att upprätthålla, utveckla och styra datasäkerheten ska erbjudas möjlighet att skaffa sig en tillräcklig grund- och fortbildning, utbildningsbehovet ska årligen bedömas av IT-ledningen
- **Varje anställd vid välfärdsområdet ska underteckna ett datasäkerhetsåtagande i samband med rekryteringen**
- Om tjänsteinnehavare eller anställda upptäcker faktorer eller risker som hotar datasäkerheten eller datasekretessen, eller får kännedom om potentiellt lagstridig verksamhet i hateringen av patientuppgifter, kommer dataskyddsombudet att underrättas om saken och en separat HaiPro-datasäkerhetsanmälan kommer att göras. Dataskyddsombudet kontrollerar loggarna och kontaktar vid behov tillsynsmyndigheten för att utreda saken.
- Dataskyddsförseeser:
 - Misstanke om dataskyddsförseeser → En begäran om utredning skickas till närchefen
 - Närchefen håller en utfrågning och protokollför promemorian
 - Beslutet fattas av chefsöverläkaren för det berörda specialområdet eller i sista hand av förvaltningsöverläkaren
 - På basis av förseelsen är det möjligt att inleda ett förfarande för att avsluta anställningsförhållandet, eller så kan dataskyddsförseelsen också leda till straffrättsligt ansvar och en begäran om utredning till polisen



Intern länk: [Datasäkerhet och dataskydd](#) samt [anvisningar för dokumentförvaltning](#)

7. Säker vård- och servicemiljö

Att utveckla en säker vård- och servicemiljö är en viktig del av den långsiktiga klient- och patientsäkerheten. Säkerheten i arbetsmiljön måste ta hänsyn till organisationens säkerhetsriktlinjer och beredskapsaspekter.

7.1. Säkerhetsutbildning och säkerhetsplanering

Säkerhetsutbildning och -planering

Säkerhetsutbildningen i välfärdsområdet ordnas centraliserat av säkerhetsenheten. Utbildningarna ordnas regelbundet och är avsedda för alla anställda vid Österbottens välfärdsområde. Det bör noteras att:

- Varje enhet ska ha en eller flera utsedda kontaktpersoner för kvalitet och säkerhet
- Varje enhets egna säkerhetssidor kommer att finnas tillgängliga i Laatuportti i slutet av 2024. På enhetens säkerhetssida finns en säkerhetsplan, en säkerhetsrapport för utrymning, allmänna anvisningar för störningssituationer, en räddningsplan för fastigheten och andra eventuella säkerhetsanvisningar för enheten.
- Personalen ska delta i Säkerhetsdag-utbildningen **vart femte år**

Säkerhetspromenader

- Kontaktpersonerna för kvalitet och säkerhet och närchefen ska **årligen** genomföra en säkerhetspromenad under ledning av säkerhetsenheten. Säkerhetspromenaden gäller hela personalen. Enhetens säkerhetssida innehåller instruktioner för säkerhetspromenaden.
- OBS! Alla nyanställda och vikarier deltar i säkerhetspromenaden som en del av introduktionen.
- Säkerhetspromenaden ger de anställda konkret information om grunderna i säkerhet och höjer säkerhetsmedvetenheten och det gemensamma ansvaret. Säkerhetspromenaderna omfattar bland annat:
 - Säkerhetsplanen/ räddningsplanen
 - Utrymningssäkerheten/ utrymningsvägarna
 - Funktionsprincipen för brandlarmanläggningens system och tolkningen av brandkartan
 - Placering och användning av brandsläckarutrustningen
 - Enhetens brandsektioneringAnvisningar för att kalla på hjälp i nödsituationer och agera i hotfulla och våldsamma situationer



Om enheten behöver hjälp med säkerhetsfrågor eller med att ordna olika övningar, såsom utrymnings- och evakueringsövningar och brandsläckningsövningar, kan du be om att få en utbildare från säkerhetsenheten på plats. Vid behov hjälper säkerhetsutbildaren också att organisera säkerhetspromenader

7.2. Beredskap och beredskapsplanering

Med beredskap avses verksamhet som säkerställer att uppgifterna utförs så smidigt som möjligt och att avvikande åtgärder kan krävas i störningssituationer och under undantagsförhållanden. Beredskapsåtgärderna omfattar beredskapsplanering, kontinuitetshantering, förhandsförberedelser, utbildning och beredskapsövningar.

Välfärdsområdesstyrelsen i Österbottens välfärdsområde ansvarar för det praktiska genomförandet av beredskapen, beredskapsplaneringen och ordnandet av den övergripande säkerheten i enlighet med de principer som välfärdsområdesfullmäktige har beslutat. Välfärdsområdesdirektören och andra ledande tjänsteinnehavare ansvarar för beredskapsplanerna i enlighet med sin arbetsfördelning. Välfärdsområdets säkerhets- och beredskapschef och beredskapsplaneraren stöder och samordnar välfärdsområdets beredskapsplanering inom social- och hälsovården. Inom räddningsverket ansvarar räddningsverkets räddningschef (beredskap) för detta. Österbottens välfärdsområdes beredskapsplan består i enlighet med bilaga tre till förvaltningsstadgan av en allmän del och beredskapsplaner för förvaltnings- och stödtjänster samt verksamhetsområden. Räddningsplanen kompletteras av verksamhetsområdenas och resultatområdenas beredskapsplaner samt resultatenheterens säkerhetsplaner och verksamhetskort för störnings- och undantagssituationer.

- Säkerhetsenheten ger välfärdsområdets enheter råd, stöd, handledning och experttjänster i säkerhets- och beredskapsplaneringen.
- När det gäller tjänsteproduktionen ansvarar verksamhetsområdesdirektörerna för beredskapen och beredskapsplaneringen.

KÄLLOR

- Klient- och patientsäkerhetcentret, *Checklista för avtal om upphandling och utläggning av digitala tjänster och distanstjänster inom social- och hälsovården*, 2022. Tillgänglig: <https://klientochpatientsakerhetscentret.fi/for-experten-och-studerande/materialbanken/beskrivningar-och-handlingsmodeller/trashed-8/>
- Strategi och genomförandeplan för kund- och patientsäkerhet 2022–2026
- Lag om välfärdsområden, 29.6.2021/611. Finlex. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2021/20210611>
- Lag om patientens ställning och rättigheter 785/1992. Finlex
- Lag om patient- och socialansvariga 739/2023. Finlex
- Lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 812/2000. Finlex
- Lag om ordnande av social- och hälsovård 612/2021. Finlex. <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2021/20210612>
- Lag om tillsyn över social- och hälsovården 741/2023, Finlex. <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2023/20230741>
- Inrikesministeriet, inrikesministeriets räddningsavdelning. 2023. *Riksomfattande strategiska mål för ordnandet av räddningsväsendet 2023–2026*. Tillgänglig: <https://julka.isut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164542>
- Socialvårdslagen 1301/2014. Finlex. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2014/20141301>
- Hälsa- och sjukvårdslagen 30.12.2010/1326. Finlex. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326>
- THL, 2023, *Främjande av delaktighet*. Tillgänglig: <https://thl.fi/sv/teman/ledningen-av-framjandet-av-halsa-och-valfard/framjande-av-delaktighet>