



## Plan för egenkontroll

Palliativa centralen

6.3.2025/updaterad 10.12.25

## Innehåll

1 Uppgifter om tjänsteproducenten, tjänsteenheten och verksamheten.....	3
1.1 Grunduppgifter om tjänsteproducenten.....	4
1.2 Grunduppgifter om tjänsteenheten.....	4
1.2 Tjänster, verksamhetsidé och principer.....	4
1.4 Klient- och patientsäkerhet.....	6
1.4.1 Kvalitetsmässiga krav på servicen.....	6
1.4.2 Ansvar för tjänsternas kvalitet.....	6
1.4.3 Klientens och patientens ställning och rättigheter.....	7
1.4.4 Behandling av anmärkningar.....	8
1.4.5 Personal.....	8
Egenkontrollplanen implementeras i enhetens verksamhet och blir en del av introduktionen för nya medarbetare och studerande.....	9
1.4.6 Uppföljning av tillräckligheten för den personal som deltar i klient- och patientarbetet.....	9
1.4.7 Sektorsövergripande samarbete och samordning av tjänster.....	9
1.4.8 Lokaler och utrustning.....	10
1.4.9 Medicintekniska produkter, informationssystem och användning av teknik.....	11
1.4.10 Plan för läkemedelsbehandling.....	11
1.4.11 Behandling av klient- och patientuppgifter och dataskydd.....	12
1.4.12 Beaktande av regelbundet insamlad respons och övrig respons.....	12
1.5 Egenkontrollens riskhantering.....	13
1.5.1 Ansvar för riskhantering, identifiering och bedömning av risker vid tjänsteenheten.....	13
1.5.2 Metoderna för riskhantering och behandlingen av missförhållanden och brister som framkommer i verksamheten.....	13
1.5.3 Uppföljning av och rapportering om riskhantering och säkerställande av kunskaper.....	14
1.5.4 Köptjänster och underleverans.....	14
1.5.5 Beredskaps- och kontinuitetshantering.....	15
2 Verkställande, publicering, uppföljning av genomförandet och uppdatering av planen för egenkontroll.....	15
2.1 Verkställande.....	15
2.2 Publicering, uppföljning av genomförandet och uppdatering.....	15
3 Författare och datum för planen för egenkontroll.....	16

4 Person som ansvarar för utvecklande och uppdaterande av planen för egenkontroll.....	16
--	----

## 1 Uppgifter om tjänsteproducenten, tjänstenheten och verksamheten

Denna plan för egenkontroll beskriver den berörda serviceenhetens verksamhet.

## 1.1 Grunduppgifter om tjänsteproducenten

Tjänsteproducentens namn: Östra Nylands välfärdsområde

Tjänsteproducentens FO-nummer: 3221339-3

Tjänsteproducentens kontaktuppgifter: Tullportsgatan 1, 06100 BORGÅ

## 1.2 Grunduppgifter om tjänsteenheten

Tjänsteenhetens namn och kontaktuppgifter: Palliativa centralen (Hemsjukhuset 040 486 4696 24h, Mobila sjukhuset 040 484 0891 24h, Palliativa polikliniken 040 194 5447 vardagar kl 9-11)

Adresserna till tjänsteenhetens serviceställen: Sjukhusvägen 1, 06150 Borgå.

Tjänsteenhetens ansvarspersonens eller tjänsternas ansvarspersonernas namn och kontaktuppgifter:

Chef: Lotte-Marie Stenman, [lotte-marie.stenman@itauusimaa.fi](mailto:lotte-marie.stenman@itauusimaa.fi), 0504272312

Teamansvarig: Heini-Leena Saario, [heini-leena.saario@itauusimaa.fi](mailto:heini-leena.saario@itauusimaa.fi), 0504287696

Resultatenhetschef: Pia Hellman, [pia.hellman@itauusimaa.fi](mailto:pia.hellman@itauusimaa.fi), 0406127361

Serviceansvarig: Mervi Räisänen-Vehviläinen, [mervi.raisanen-vehvilainen@itauusimaa.fi](mailto:mervi.raisanen-vehvilainen@itauusimaa.fi), 0401849018

Överläkare: Katariina Borup, [katariina.borup@itauusimaa.fi](mailto:katariina.borup@itauusimaa.fi), 0401852840

## 1.2 Tjänster, verksamhetsidé och principer

Palliativa centret är en del av resultatenheten för hälsocentralssjukhustjänster. Till resultatenheten hör fyra sjukhusavdelningar, minnespolikliniker och palliativa centret. Sjukhusavdelningarna och minnespoliklinikerna finns i Sibbo, Borgå och Lovisa. Palliativa centret har sitt verksamhetsställe i HUS Borgå sjukhus lokaler men personalen arbetar i regel hemma hos patienterna.

Sjukhusavdelningarna är profilerade som akut-, palliativ-, rehabilitering- eller psykogeriatrisk/minnesavdelningar. På avdelningarna finns det allt som allt 103 patientplatser. Minnespoliklinikerna gör minnesundersökningar och diagnostiserar minnessjukdomar på personer över 65 år.

Palliativa centrets verksamhet omfattar Östra Nylands regionala hemsjukhus, palliativa polikliniken och sjukhusets konsultationsteam samt mobila sjukhuset - Liisa. Palliativa centralen ansvarar för ordnandet av palliativ vård på B-nivå, det vill säga specialnivå, för befolkningen i Östra Nylands välfärdsområde. Palliativa centralens sakkunniga hjälper och stöder också andra enheter inom social- och hälsovården i området med att genomföra symtombehandling och vård i livets slutskede.

Via palliativa centret koordineras vården av patienten som helhet och andra tjänster, såsom hemvård eller annan öppenvård, samordnas. Vi vårdar patienter i mångprofessionella team bestående av läkare, sjukskötare och psykolog. Läkarna och psykologen arbetar under tjänstetid, vårdpersonalen dygnet runt. Beroende på patientens individuella behov deltar även specialarbetare i vården, såsom socialhandledare, fysioterapeut, ergoterapeut, talterapeut samt representanter för andligt stöd.

### *Östra Nylands regionala hemsjukhus*

Östra Nylands regionala hemsjukhus erbjuder invånarna i sitt område vård på sjukhusnivå i hemmet eller i boendeserviceenheten. Hemsjukhusvård kan även ges polikliniskt på verksamhetsstället. På hemsjukhuset vårdas bland annat infektionspatienter eller andra akut sjuka patienter som behöver intravenös medicinerings, vätsketillförsel eller näring för att behandla sin sjukdom. På hemsjukhuset kan man även ge blodtransfusioner samt järninfusioner. Hemsjukhuset ansvarar för palliativ vård och vård i livets slutskede inom Östra Nyland och har han om vård i livets slutskede i hemmen. Hemsjukhuset tar emot patienter med läkarremiss. Patienterna kommer till hemsjukhuset i regel via akutmottagningar och jourmottagningar, hemvårds- och vårdenheternas läkare samt bäddavdelningar. Förutsättningen för en lyckad hemsjukhusvård är bland annat möjligheten att vårda patienten tryggt i hemmet, patientens egen vilja och engagemang i vården. Hemsjukhuset fungerar dygnet runt alla dagar på året.

### *Palliativa polikliniken och konsultationsverksamhet*

Palliativa polikliniken fungerar i Borgå sjukhus lokaler under tjänstetid, på vardagar. Till polikliniken kommer man med läkarremiss, i regel från HUS sjukhus, i synnerhet cancerkliniken, men även från olika polikliniker vid Borgå sjukhus. Patienter besöker polikliniken då allmäntillståndet ännu tillåter besök på sjukhuset. På polikliniken planeras helheten och uppföljningen av symtombehandlingen. Poliklinikens vård ges på mottagningar och via vårdsamtal. När tillståndet försämrats flyttas uppföljningen och vården vanligen från polikliniken till hemsjukhuset. På polikliniken vårdas förutom palliativa patienter även cancerpatienter i bromsbehandling, s.k. parallelluppföljningspatienter. Palliativa polikliniken ansvarar då för genomförandet av patientens symtombehandling och cancerkliniken ansvarar för den bromsande vården av cancer. Palliativa poliklinikens sakkunniga erbjuder även konsultationshjälp i samband med symtombehandling till olika enheter inom sjukhuset, primärvården och socialvården. Palliativa poliklinikens sakkunniga ansvarar också för hela centralens utbud av psykosocialt stöd på special nivå. Telefontid till sjukskötare på palliativa polikliniken är på vardagar kl. 9-11.

### *Mobila sjukhuset*

Sjukskötaren på mobila sjukhuset - LiiSa utför utvärderingsbesök av vårdbehovet för patienter som bor på vårdenheter eller sköts av hemvården, då deras tillstånd förändras akut och då det krävs bedömning av sjukvårdspersonal. LiiSas målsättning är att möjliggöra snabb och effektiv sjukvård för personer med regelbunden service, i deras boendeserviceenhet och att skydda patienterna från

tunga förflyttningar till jouren, då deras besvär går att sköta hemma. LiiSa stöder enheterna i genomförandet av palliativ vård på basnivå i området.

Sjukskötaren på LiiSa tillkallas alltid av en yrkesperson, det vill säga av vårdpersonalen eller läkaren på boendeserviceenhet, i hemvården eller på jouren. Målet är att utnyttja servicenätverket så att även den fortsatta vården kan genomföras utan ett besök till jourpolikliniken. LiiSa verksamheten har egen personal under vardagarna i morgon- och kvällsskift och under veckoslut och helger dygnet runt. Under vardagsnätter svarar hemsjukhusets sjukskötare på LiiSa konsultationerna och gör utvärderingsbesök i mån av möjlighet.

#### *Palliativ stödavdelningsverksamhet på specialnivå*

Stödavdelningsverksamheten på specialnivå, det vill säga B-nivå, ordnas på Borgå sjukhus inremedicinska avdelning 3 i samarbete mellan avdelningen och palliativa centralen. Vården på stödavdelningen för palliativa centralens patienter ordnas via centralen enligt patientens vårdbehov. Patienterna kan tas in på avdelningen dygnet runt om deras vård kräver det. Läkarna vid palliativa centralen ansvarar för den medicinska vården av patienten och centralens psykosociala team över psykosocialt stöd på specialnivå. Vårdarbetet sköts av avdelningens vårdpersonal, som vid behov kan konsultera hemsjukhusets sjukskötare dygnet runt.

## 1.4 Klient- och patientsäkerhet

### 1.4.1 Kvalitetsmässiga krav på servicen

Vårdarbetet utförs evidensbaserat. Inom vårdarbetet och bedömning av patienten följs gällande medicinsk praxis – rekommendationerna och andra allmänna vårdrekommendationer. Inom välfärdsområdet infördes år 2024 ett kvalitetskontrollverktyg som stöd för kvalitetsarbetet.

Inom enheten används HaiPro-systemet, där alla ogynsamma händelser och farliga situationer rapporteras. Chefen behandlar anmälningarna i HaiPro-systemet. Dessutom behandlas anmälningarna med jämna mellanrum multiprofessionellt vid enhetens teammöten.

I enheten görs med jämna mellanrum kvalitets- och självkontrollbesök och vid behov reaktiva kontrollbesök, om det i enheten uppstår farosituation som påverkar patientsäkerheten. Granskningarnas protokoll sänds till regionförvaltningskontoret. Centrets inre granskningsbesök kommer att vara hösten 2025.

### 1.4.2 Ansvar för tjänsternas kvalitet

För den övergripande kvaliteten på sjukhustjänsterna svarar resultatansvarschefen, serviceansvariga och ansvarsområdeschefen. Cheferna med serviceansvariga och ansvarar för kvaliteten på enhetens tjänster, dess dagliga funktioner och säkerheten i verksamheten.

Cheferna med serviceansvariga i enheten ansvarar för att personalen har tillräcklig kompetens samt kunnande att utföra kvalitativt patientarbete.

### **1.4.3 Klientens och patientens ställning och rättigheter**

Till vård inom palliativa centralen kommer patienten alltid med läkarremiss. Nya patienter tas emot dygnet runt. Patienter skickas till centralen från olika enheter inom den specialiserade sjukvården och primärvården samt från hemvården eller boendeserviceenheter.

Vårdbehovet bedöms tillsammans med patienten. Utgångspunkten för bedömningen är patientens och anhörigas egna önskemål och en eventuell vårdvilja. Vid bedömningen beaktas dessutom fysisk, psykisk, social och kognitiv funktionsförmåga.

För patienten utarbetas mångprofessionellt en individuell vårdplan. Vårdplanen följs upp regelbundet och uppdateras vid behov. För varje patient görs en anteckning i sjukjournalen vid varje kontakt (besök eller samtal). Vid uppgörandet av vårdplanen värdesätter vi patientens egna önskemål och åsikter om vården, särskilt då det gäller palliativa patienter. Sjuksköterna träffar patienter regelbundet eller följer upp deras tillstånd genom vårdsamtal. Läkarnas kontakter med patienterna sker efter behov genom vårdsamtal, hembesök och mottagningar.

Vid behov ordnas vårdmöten, där man planerar en helhetsbetonad vård av patienten. I vårdmötena deltar vid behov vårdpersonal, läkare, specialarbetare, hemvården och anhöriga eller patientens lagliga representant. För att koordinera vården av ALS patienter deltar centralens personal i ALS-teamet, där neurologer och specialarbetare från specialsjukvården också deltar. I teamet kan man gemensamt komma överens om ALS patienters vård och koordinera mångprofessionella mottagningar eller vårdmöten.

Cheferna på centralen följer upp att patienterna vårdas och behandlas sakligt. Personalens osakliga beteende mot patienter eller anhöriga ska anmälas till chefen som tar upp ärendet med arbetstagarerna och vid behov vidtar arbetsledningsåtgärder enligt välfärdsområdets anvisningar. Vid behov diskuterar man saken med patienten och de anhöriga och kontaktar resultatenhetschefen och serviceansvariga.

Vi respekterar patientens självbestämmanderätt och stöder patientens möjlighet att enligt sina egna förmågor påverka vårdbesluten.

Patientbegränsningsåtgärder utförs i princip inte vid vården av patienter i hemmen eller på palliativa poliklinikens mottagningar. Vi strävar efter att motivera patienter och anhöriga till en evidensbaserad vård och att ta emot den genom att diskutera och motivera nyttan med vården. Om patienten vägrar den vård som ordinerats honom eller henne, fortsätter inte vården av patienten på ett ofrivilligt sätt. Då bedömer läkaren om patientens beslut är till fara för patienten själv eller om vården kan avslutas utan att patienten skadas och bestämmer om nödvändiga instruktioner gällande den fortsatta vården. Cheferna vid centralen

kontrollerar regelbundet sjukjournaler i patientdatasystemet och ser till att dokumentering är kvalitativt och lagenligt.

Till introduktionen av en ny arbetstagare hör dokumentering. I Lifecare patientdatasystemet har man utarbetat egna fraser för alla enheter i centralen, vilka stöder dokumentering och därmed också säkerställer en högklassig dokumentation.

Inom välfärdsområdet finns ett patientsäkerhetsrapporteringsystem (HaiPro). Patienten själv och anhöriga har också möjlighet att göra en anmälan om farliga situationer. Eventuella risksituationer utreds genom samtal med patienten och den anhöriga. Patientskador och risksituationer behandlas med jämna mellanrum i arbetsgemenskapen. Allvarliga patientskador behandlas inom välfärdsområdet i en utökad sammansättning.

Social- och patientombudsansvariga: Jenna Roberts, asiavastaava@itauusimaa.fi,  
040 5142535,

Chef: Lotte-Marie Stenman

Teamansvariga: Heini-Leena Saario

Serviceansvariga: Mervi Räisänen-Vehviläinen

#### **1.4.4 Behandling av anmärkningar**

En patient som är missnöjd med vården eller bemötandet i anslutning till den har rätt att göra en anmärkning till ansvarsområdesdirektören/chefen/överläkaren/resultatenhetschefen. Om patienten på grund av sjukdom, psykisk funktionsnedsättning eller annan motsvarande orsak inte själv kan göra anmärkningen eller om hen har avlidit, kan anmärkningen göras av hens lagliga företrädare, en anhörig eller någon annan närstående.

Personalen på centralen informerar sina patienter om deras rätt att göra en anmärkning. Att göra anmärkningen bör vara så enkelt som möjligt för patienterna. Anmärkningen görs i regel skriftligt. Anmärkning kan även göras muntligen av särskilda skäl. Alla anmärkningar behandlas enligt gällande principer. Ett skriftligt svar på anmärkningen ska ges inom skälig tid (cirka en månad) från det att anmärkningen gjorts. Svaret ska motiveras på det sätt som ärendets art kräver. Svaret till anmärkningen ges av resultatenhetschefen, överläkaren eller ansvarsområdeschefen. Anmärkningarna behandlas med personalen och brister i verksamheten åtgärdas omedelbart.

#### **1.4.5 Personal**

Till personalen i centralen hör: 1 chef, 1 teamansvarig, 3 läkare, 21 sjukskötare och 0,5 psykolog och 0,5 avdelningssekreterare.

Antal och användning av vikarier: Antalet långvariga vikarier varierar beroende på behovet av arbetskraft och frånvaron. För kortvariga vikariat och inhopparturer används Tempore.

Yrkesrätten kontrolleras innan arbetstagaren anställs samt i samband med de årliga egenkontrollbesöken.

Sjukskötarens tillstånd för läkemedelsbehandling förnyas vart femte år. Till tillståndet hör teoritentamen samt i praktiken påvisat kunnande inom intravenös läkemedelsbehandling. Regelbunden intern utbildning ordnas enligt centralens utbildningsplan och personalens behov. Tilläggsutbildning av personalen möjliggörs i enlighet med de av organisationen fastställda kriterierna.

Medicintekniska produkter introduceras för nyanställda och kunskap om dessa upprätthålls kontinuerligt. I fråga om medicintekniska produkter som kräver särskild uppmärksamhet används apparatspecifika körkort som avläggs i samband med introduktionen.

På hemsjukhuset och det mobila sjukhuset har man gjort upp checklistor som används som stöd i introduktionen. En ny arbetstagare har ett tillräckligt antal introduktionsdagar, då hen utbildas av en erfaren skötare. Introduktionen av en ny arbetstagare fortsätter även efter den officiella introduktionsperioden och att stöda den nya anställda hör till hela personalen.

En kartläggning av risker inom verksamheten görs årligen och uppdateras vid behov. Det finns ett anmälningsförfarande för arbetsolycksfall och upptäckta risker inom arbetet som personalen skall tillämpa. I samband med övervakningsbesöken gällande egenkontrollen granskas också arbets säkerhetsförpliktelserna. Cheferna vid centralen observerar och ingriper i de eventuella arbets skydds risker som framkommer i det dagliga arbetet. Den uppgjorda planen för egenkontroll förankras i centralens verksamhet och i introduktionsplanen för nya anställda och studerande.

Arbetsplatsbesök görs regelbundet. Arbetsplatsbesök har i centret gjorts 10.11.25

Egenkontrollplanen implementeras i enhetens verksamhet och blir en del av introduktionen för nya medarbetare och studerande.

#### **1.4.6 Uppföljning av tillräckligheten för den personal som deltar i klient- och patientarbetet**

Inom centralens olika verksamhetsformer finns inte lagstadgade krav på personaldimensioneringen, men personalens tillräcklighet följs upp på resultatenheten alla vardagar. Om patientsäkerheten äventyras, bör personalstyrkan åtgärdas. Bedömningen görs utifrån patienternas vårdbehov och geografiska läge eller om det förekommer mycket frånvaro.

#### **1.4.7 Sektorsövergripande samarbete och samordning av tjänster**

I resultatenheten ordnas på vardagar ett möte där bland annat hemförlovningsskötare, chefer, resultatenhetschefen och vårdkoordinator deltar. På mötet behandlas patientläget samt resurserna i de olika enheterna inom resultatenheten.

Regelbundna samarbetsmöten arrangeras med olika intressentgrupper.

#### **1.4.8 Lokaler och utrustning**

Välståndsområdet hyr lokaler av HUS. Ansvaret för lokalerna bestäms enligt hyresavtalet mellan parterna och dess ansvarsfördelningstabell. Om det är hyresvärden som ansvarar för underhållet är det hyresgästens ansvar att göra en servicebegäran via Granlund Manager.

All personal har nycklar till avdelningen som de får i början av sin anställning. Dessa nycklar loggas ut personligen

Centrets lokaler omfattar:

- Hemsjukhusets kontorslokal samt centralens mötesrum. Kontoret används gemensamt av vårdpersonal. Utrymmet har avgränsade arbetsstationer för fyra personer och i anslutning till utrymmet finns ett tyst rum där det är möjligt att göra till exempel vårdsamtal utan att störas.

- Mobila sjukhusets kontorsutrymme med två arbetsstationer.

- Läkarkansliet, där det finns arbetsstationer för två läkare och där läkarna håller mottagningar.

- Palliativa poliklinikens rum där palliativa poliklinikens skötare och/eller psykolog arbetar och där sjuksköterske-/psykologmottagningar hålls.

- Kontorsrum där chefen, avdelningssekreteraren och tidvis psykologen arbetar.

- Allmänna utrymmen: hallen fungerar som patienternas väntrum. I väntrummet finns stolar och bord för patienter och deras anhöriga. I lokalerna ingår dessutom personalens ytterplagg/väskförråd, där man även samlar in tvätt. I vårdförrådet förvaras vårdartiklar och medicinsk utrustning. I lagret finns också centralens avfallspunkt för till exempel glas, papper, dataskydd och stickande-skärande avfall. Läkemedelsrummet är delat med HUS inremedicinska poliklinik. I läkemedelsrummet finns passerkontroll och rätt att komma in i rummet har endast den personal som genomför läkemedelsbehandlingen. I medicinrummet finns även kameraövervakning. Centrets skyddsklädesförråd är avskilt från övriga lokaler. I skyddsklädesutrymmet finns även en bykinsamling för skyddskläder.

Dörrarna till lokalerna hålls låsta. Vid centralens huvudingång finns en ringklocka som man kan ringa för att bli insläppt.

Enheten följer HUS Borgå sjukhus fastighetsvisa räddningsplan som uppdaterats 7.1.2025. Efter att den fastighetsvisa räddningsplanen har uppdaterats görs en egen enhetsspecifik räddningsplan upp enligt välfärdsområdets anvisningar. Nya

anställda/vikarier/studerande introduceras i brandsäkerhet. Brand- och släckningsövningar genomförs regelbundet.

I fortsättningen rapporteras det med fyra månaders mellanrum om avdelningens plan för egenkontroll via Forms-blanketten som finns på intranätet.

#### **1.4.9 Medicintekniska produkter, informationssystem och användning av teknik**

Alla medicintekniska produkter finns inskrivna i ett för dessa avsedda register. Den personer, Helene Floman och Laura Puustinen som ansvarar över medicintekniska produkter, uppdaterar registret med jämna mellanrum. I registret framgår vilka produkter skall på service och när. I underhåll av produkterna följs importörens anvisningar och rekommendationer. Utrustningen underhålls regelbundet av importören eller av en aktör som importören har befullmäktigat.

Utbildning i produktsäkerhet ordnas regelbundet. Inom välfärdsområdet finns en koordinator vars uppgift är att förenhetliga välfärdsområdets olika enheters verksamhet gällande medicintekniska produkter. Centralen har en plan för upprätthållandet av kompetensen vad gäller den medicinska utrustningen. Planen innehåller också en lista över medicinsk utrustning som ska introduceras till nya anställda. Till utbildning av medicintekniska produkter som kräver särskild uppmärksamhet hör avläggande av ett apparatspecifikt körkort. För att säkerställa kompetensen i användning av CADD Solis VIP infusionspump bör det apparatspecifika körkortet för denna produkt göras under introduktionen till arbete.

Apparatansvarig i centret: Helene Floman och Laura Puustinen

Informationssäkerhetsplanen är på välfärdsområdesnivå och uppgjord i enlighet med THL:s föreskrift (3/2024).

Olika informationssystem och i synnerhet patientdatasystemet är en central del av vårdarbetet. Kompetensen beträffande olika informationssystem säkerställs genom introduktion och regelbunden utveckling av arbetsgruppens kompetens i användning av olika informationssystem.

#### **1.4.10 Plan för läkemedelsbehandling**

Säker läkemedelsbehandling baserar sig på en läkemedelsbehandlingsplan som följs upp och uppdateras regelbundet. Välfärdsområdet har en för alla enheter gemensam, allmän plan för läkemedelsbehandling och centralen har dessutom en egen, enhetsspecifik plan för läkemedelsbehandling. Läkemedelsbehandlingsplanen (del A och B) uppdateras vid behov minst en gång per år. Läkemedelsbehandlingsplanen kan läsas av personalen i läkemedelsrummet samt elektroniskt i teamsgruppen. Vårdpersonalen ska vart femte år avlägga en teoritentamen för läkemedelsbehandling samt utföra enhetsspecifikt bestämda yrkesprov.

Den enhetsspecifika läkemedelsbehandlingsplanen har uppdaterats 8.5.25.

Johanna Hermanson-Sundberg och Charlotta Holmström-Puno är ansvarspersoner för läkemedelsbehandlingen. De följer upp läkemedlens giltighetsdatum och tar bort föråldrade läkemedel enligt anvisningarna.

HUS Apotek gör regelbundna kontrollbesök på avdelningarna. Det senaste besöket på HUS Apotek var 3.4.2025. En auditering av HUS Apotek är också planerad till våren 2026.

Cheferna ansvarar för att läkemedelsbehandlingen är ändamålsenlig, att planen för läkemedelsbehandling följs vid centralen.

#### **1.4.11 Behandling av klient- och patientuppgifter och dataskydd**

Inom hälso- och sjukvården är patientuppgifter sekretessbelagda personuppgifter. De uppgifter om sjukdomen som dokumenterats av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården är patientuppgifter som alla är sekretessbelagda.

Personalen har inloggningsuppgifter till Lifecare patientdatasystem samt andra nödvändiga system som Navitas, Weblab och My+Care. I Lifecare dokumenteras vad som hänt/gjorts under kontakterna, samt andra observationer av patientens tillstånd. Andra system utnyttjas när man bekantar sig med patientens uppgifter, till exempel uppgifter som registrerats i en annan enhet. Tystnadsplikten betonas och nyanställda och studerande introduceras i dessa frågor.

Hela personalen genomgår en säkerhetsutbildning en gång om året. Varje arbetstagare får vid anställningens början sina egna personliga inloggningsuppgifter till de olika datasystemen. Introduktion av personalen i dataskyddsfrågor och dokumenthantering är en del av det allmänna introduktionsprogrammet.

Informationssäkerhetsplanen är på välfärdsområdesnivå och uppgjord i enlighet med THL:s föreskrift (3/2024). I välfärdsområdets intra finns informationssäkerhetsanvisningar för både personal och chefer att läsa.

Enligt lagen om kunduppgifter är den ansvariga direktören för hanteringen av kunduppgifter vid HVA förvaltningsdirektören Camilla Söderström.

#### **1.4.12 Beaktande av regelbundet insamlad respons och övrig respons**

Välfärdsområdet har en elektronisk kanal för patientrespons. Centralens broschyrer har en QR-kod som gör det möjligt för patienterna att ge feedback den vägen. Det är också möjligt att ge respons via välfärdsområdets hemsida.

Enheten får kontinuerligt respons även på annat sätt, till exempel direkt från patienter och anhöriga muntligen. Responsen behandlas regelbundet på teammöten och verksamheten utvecklas i enlighet med respons vi får.

Studera ger elektronisk feedback till enheten i slutet av praktikperioden. Denna feedback lämnas till cheferna, som regelbundet går igenom den tillsammans med personalen

## 1.5 Egenkontrollens riskhantering

### 1.5.1 Ansvar för riskhantering, identifiering och bedömning av risker vid tjänstenheten

Ledningens uppgift, i första hand chefen och serviceansvariga men även resultatenschefen, är att se till att egenkontrollen instrueras och ordnas samt att de anställda har tillräcklig information om säkerhetsfrågor. Cheferna, serviceansvariga och resultatenschefen, ibland också ansvarsområdeschefen, ansvarar för att tillräckliga resurser finns för att trygga verksamhetens säkerhet. Dessa har också huvudansvaret för att skapa en positiv attitydmiljö gentemot säkerhetsfrågor. För att hantera riskerna krävs aktiva åtgärder även av den övriga personalen. De anställda deltar i den årliga riskbedömningen, uppgörandet av en plan för egenkontroll och genomförandet av åtgärder som förbättrar säkerheten.

Riskbedömningen görs regelbundet (åtminstone \*1/år) och utifrån observationerna planeras åtgärder för att minimera riskerna. Varje arbetstagare är skyldig att föra fram de risker, missförhållanden och riskfaktorer som han eller hon observerat. Patient- och arbets säkerhetsanmälningarna samt de åtgärder som härletts ur dem behandlas vid teammöten.

### 1.5.2 Metoderna för riskhantering och behandlingen av missförhållanden och brister som framkommer i verksamheten

Välfärdsområdet har ett elektroniskt HaiPro-anmälningssystem, till vilket patienters nära ögat-situationer, farosituationer, läkemedelsavvikelse, utvecklingsidéer och olycksfall i arbetet anmäls. Personalen utbildas och påminns med jämna mellanrum om hur HaiPro-systemet fungerar och används. Patientanmälningar och arbetsolycksfallsanmälningar som gjorts till HaiPro-systemet behandlas med jämna mellanrum vid teammöten och vid behov uppgörs nya direktiv för personalen.

Om patientsäkerheten äventyras är chefen skyldig att omedelbart informera resultatenschefen och serviceansvariga om vad som hänt. Resultatenschefen informerar tillsynsavdelningen om vad som hänt och tillsynsavdelningen gör vid behov även en anmälan till regionförvaltningsverket. Vid allvarliga patientsäkerhetsbrister utförs korrigerande åtgärder omedelbart. Personalen utbildas beträffande patient- och arbetsolycksfallsanmälningar. Allvarliga patientsäkerhetshändelser behandlas i välfärdsområdets gemensamma grupp för hantering av allvarliga riskhändelser.

Enheterna har årliga kvalitets- och egenkontrollinspektioner samt vid behov även reaktiva övervakningsbesök, om det vid centralen uppdagas farliga situationer som hotar patientsäkerheten. Inspektionsprotokollen skickas till regionförvaltningsverken.

Arbetsplatshälsovårdens arbetsplatsbesök görs med 3 års mellanrum. På basen av besöket uppgörs en arbetsplatsbesöksrapport som kan läsas av hela personalen på enheten. Åtgärder som framkommer i arbetsplatsrapporten vidtas så snabbt som möjligt och eventuella missförhållanden rättas till.

Tillsynsmyndighetens utredningsbegäran behandlas av resultatenhetschefen och ansvarsområdesdirektören. Resultatenhetschefen ber av olika parter t.ex. chefen, en läkare, överläkare, vårdarbetsledare m.m. en skriftlig utredning beträffande ärendet. Resultatenhetschefen gör också en sammanfattning av dessa utredningsförfrågningar och skickar detta till ansvarsområdeschefen, som godkänner och undertecknar sammanfattningen.

### **1.5.3 Uppföljning av och rapportering om riskhantering och säkerställande av kunskaper**

En kartläggning av arbetsmiljörisker görs en gång om året. Med hjälp av riskbedömningen utreds arbetsplatsens risker och planeras åtgärder för att förebygga dem. I kartläggningen görs upp en tidtabell för hur riskerna och farorna ska elimineras. För åtgärderna utses också en ansvarsperson.

Varje anställd har ansvar för arbetsplats- och patientsäkerhet. Personalen informerar chefen omedelbart efter att ha upptäckt någon risk och gör i enlighet med överenskommen praxis en anmälan om risker och riskhändelser i HaiPro-systemet. Farohändelser och upptäckta risker diskuteras gemensamt i teamet och man funderar på hur man i fortsättningen kan förebygga riskerna.

Arbetsolyckor som krävt läkarbesök registreras så fort som möjligt i HaiPro-systemet och skickas till försäkringsbolaget.

Som en del av den enhetsspecifika räddningsplanen finns anvisningar om hur man ska agera i hot- och farosituationer. Anvisningar om hur man ska agera vid olycksfall i arbetet finns att läsa på välfärdsområdets intrasida.

Inom välfärdsområdet har man utarbetat handlingsdirektiv som förutom att ta hand om patienternas personliga hygien även ska förhindra spridningen av smittsamma sjukdomar. Välfärdsområdet har en hygienskötare, centralen har även en egen hygienansvarig, Anne-Mari Kelokoski. Den hygienansvarige deltar regelbundet i möten och utbildningar. Av hygienskötaren får man skriftliga hygienanvisningar t.ex. Covid-19, ESBL, MRSA, Noro och Chlostridium. Handdesinfektionskonsumtionen följs upp på årsnivå. Aseptisk arbetsordning förverkligas i all verksamhet. Hygienskötaren ombeds regelbundet att delta i centralens teammöte.

### **1.5.4 Köptjänster och underleverans**

Följande köptjänster används i centralen:

Arbetskläder uthyrning och tvätt: Elis Textile Oy samt Puro Tekstiilihuolto Oy

Laboratorietjänster: HUSLAB

Röntgentjänster: HUS Röntgen

Apotekstjänster: HUS Apotek

Arbetshälsovård: Mehiläinen

Förflyttning av avlidna: Calla

Patient- och personalarmsystem: personalarmsystem är ett personsäkerhetssystem som används vid HUS vid respektive tidpunkt.

Bevakning: I Borgå sjukhusfastigheten finns bevakning dygnet runt som ordnas av HUS.

Med köptjänstens egenkontroll följer man upp att serviceproducenten producerar de tjänster för välfärdsområdet som avtalats i avtalen. Det reklameras om tjänsten och serviceproducenten bör korrigera bristerna om sådant upptäcks i egenkontrollen.

### **1.5.5 Beredskaps- och kontinuitetshantering**

På centralen följs välfärdsområdets beredskapsplan. Beredskapsplanen finns på välfärdsområdets intrasida. Välfärdsområdet har också beredskapsmöten varje vecka där beredskapsrisker behandlas.

I första hand är cheferna, serviceansvariga och resultatenhetschefen ansvariga för beredskaps- och kontinuitetshantering. Utanför tjänstetid anmäler den skiftesansvariga enligt larmschemat betydande, hotande, farliga och hotfulla situationer till ledningen.

## **2 Verkställande, publicering, uppföljning av genomförandet och uppdatering av planen för egenkontroll**

### **2.1 Verkställande**

Planen för egenkontroll kan läsas av personalen på centralens kontor i pappersform samt i elektronisk form i teams. Personalen är skyldig att läsa planen för egenkontroll och planen för egenkontroll är en del av introduktionsprogrammet. Uppdateringar av planen för egenkontroll går igenom på teammöten.

### **2.2 Publicering, uppföljning av genomförandet och uppdatering**

Planen för egenkontroll publiceras på Östra Nylands välfärdsområdets offentliga webbplats och finns tillgänglig i pappersform på enheten. Lämpligheten av

verksamheten som beskrivs i planen för egenkontroll övervakas och rapporteras offentligt på välfärdsområdets webbplats var fjärde månad. Planen för egenkontroll uppdateras när det sker förändringar i de verksamheter som gäller tjänsternas kvalitet och klient- och patientsäkerheten.

### 3 Författare och datum för planen för egenkontroll

Namn: Lotte-Marie Stenman

Titel: Chef

Datum: 6.3.2023

### 4 Person som ansvarar för utvecklande och uppdaterande av planen för egenkontroll

Namn: Lotte-Marie Stenman

Titel: Chef