



## Plan för egenkontroll

Hälsocentralsjukhuservice avdelning 4

31.3.2025/uppdaterad 2.7.25

## Innehåll

1 Uppgifter om serviceproducenten och serviceenheten samt verksamheten.....	3
1.1 Serviceproducentens basuppgifter.....	4
1.4 Patientsäkerhet.....	5
1.4.1 Tjänsternas kvalitativa förutsättningar.....	5
1.4.2 Ansvar för tjänsternas kvalitet.....	5
1.4.3 Patientens ställning och rättigheter.....	6
1.4.4 Hantering av anmärkningar.....	7
1.4.5 Personal.....	8
1.4.6 Uppföljning av tillräckligheten hos den personal som deltar i klient- och patientarbetet.....	9
1.4.7 Tvärsektoriellt samarbete och samordning av tjänster.....	9
1.4.8 Lokaler och utrustning.....	9
1.4.9 Medicintekniska apparater, informationssystem och användning av teknik.....	10
1.4.10 Plan för läkemedelsbehandling.....	11
1.4.11 Behandling av patientuppgifter och dataskydd.....	12
1.4.12 Beaktande av regelbundet insamlad respons och övrig respons.....	12
1.5 Egenkontrollens riskhantering.....	12
1.5.1 Tjänsteenhetens riskhanteringsansvar, identifiering och bedömning av risker.....	13
1.5.2 Metoder för riskhantering och hantering av missförhållanden och brister i verksamheten.....	13
1.5.3 Uppföljning, rapportering och säkerställande av kunnandet inom riskhanteringen.....	14
1.5.4 Inköpstjänster och underleverans.....	15
1.5.5 Beredskaps- och kontinuitetshantering.....	15
2 Genomförande, publicering, uppföljning och uppdatering av planen för egenkontroll.....	16
2.1 Verkställande.....	16
2.2 Publicering, uppföljning och uppdatering av förverkligandet.....	16
3 Upphovsman till planen för egenkontroll och datum.....	16

4 Person som ansvarar för att utarbeta och uppdatera planen för egenkontroll.....	16
---	----

1 Uppgifter om serviceproducenten och serviceenheten samt verksamheten

I denna plan för egenkontroll beskrivs den aktuella serviceenhetens verksamhet.

## 1.1 Serviceproducentens basuppgifter

Tjänsteproducentens namn: Östra Nylands välfärdsområde

Serviceproducentens FO-nummer: 3221339-3

Serviceproducentens kontaktuppgifter: Mannerheimgatan 20 K, 06100 BORGÅ

## Serviceenhetens grunduppgifter

Serviceenhetens namn och kontaktuppgifter: Hälsocentralsjukhusets avdelning 4, tel. 0401914305

Serviceenhetens serviceställets adress: Jussasvägen 14, 01430 SIBBO

Namn och kontaktuppgifter för tjänsteenhetens eller tjänsternas ansvariga personer:

Chef: Iina Oliver, [iina.oliver@itauusimaa.fi](mailto:iina.oliver@itauusimaa.fi), 0504722137

Teamansvarig: Susanna Eskelinen, [susanna.eskelinen@itauusimaa.fi](mailto:susanna.eskelinen@itauusimaa.fi), 0401530447

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

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

## 1.2 Tjänster, verksamhetsidé och verksamhetsprinciper

Hälsocentralssjukhusetjänsterna omfattar fyra sjukhusavdelningar och en palliativ central. Sjukhusavdelningarna finns i Sibbo, Borgå och Lovisa. Palliativa centralen har sitt verksamhetsställe i HUS Borgå sjukhus lokaler, men personalen arbetar i regel hemma hos patienterna.

På hälsocentralssjukhusens vårdavdelningarna vårdas patienter av varierande orsaker. På avdelningarna vårdas infektions-, minnessjuka, ortopediska, neurologiska och terminalvårds patienter. Vårt mål är att producera en god, säker och yrkeskunnig service som upprätthåller patientens funktionsförmåga. På avdelningen får patienten stöd för att klara av de dagliga funktionerna och hjälp med de funktioner hen inte klarar självständigt. Målet är att stärka de egna resurserna, uppmuntra och stödja till egen aktivitet.

Till palliativa centralen hör palliativ poliklinik, hemsjukhus och mobilt sjukhus (Liisa).

Vår enhets värderingar och verksamhetsprinciper är individualitet, professionalism, rehabiliterande, sporrande, stöd för psykiskt och fysiskt välbefinnande.

Utöver vård och rehabilitering utreder vi patientens helhetssituation, bedömer vilken vårdplats som är lämplig och ordnar fortsatt vård samt en trygg utskrivning. Majoriteten av patienterna återvänder hem, vid behov med hjälp av stödåtgärder och hemrehabilitering.

Vi vårdar patienter i mångprofessionella team med läkare, fysioterapeuter, sjukskötare, närvårdare och hemförlovningsskötare. Läkarna arbetar på avdelningarna under kanslitid. Patienten kan placeras i vilken enhet som helst som lämpar sig för honom eller henne inom välfärdsområdet, oberoende av hans eller hennes hemort. Vi försöker dock hitta en plats för patienten så nära det egna hemmet som möjligt.

I hela välfärdsområdet finns sammanlagt 103 patientplatser, på avdelning 4 finns 28 patientplatser. På avdelning 4 vårdas patienter som behöver rehabilitering och akut vård.

## 1.4 Patientsäkerhet

### 1.4.1 Tjänsternas kvalitativa förutsättningar

Gångse vårdrekommendationer och andra allmänna vårdrekommendationer följs i vården och bedömningen av patienten. På avdelningen utförs vårdarbete som baserar sig på forskning och inom välfärdsområdet togs 2024 ett kvalitetskontrollverktyg (SHQS) i bruk.

Avdelningen använder ett HaiPro-system där alla incidenter och tillbud registreras och hanteras. Anmälningar från HaiPro hanteras enligt egen process (se nedan).

Avdelningen är regelbundet föremål för en egen intern granskning som utförs av välfärdsområdet. Under inspektionsbesöket går man bland annat igenom enhetens kvalitetskrav. Avdelningens senaste granskning har genomförts 22.1.2024 och 27.5.2024 samt 8.10.2024. Granskningen som gjorts 22.1.2024 är en rutingranskning.

### 1.4.2 Ansvar för tjänsternas kvalitet

För den övergripande kvaliteten inom hela sjukhustjänsterna ansvarar resultatenhetschefen och ansvarsområdesdirektören. Avdelningarnas chefer ansvarar för de egna avdelningarnas kvalitet, dagliga funktion och säkerhet.

Cheferna ansvarar för att personalen har tillräcklig kompetens och kunskap för kvalitativt vårdarbete och avdelningarnas läkare fungerar som chefernas motpar för att säkerställa kvaliteten.

### **1.4.3 Patientens ställning och rättigheter**

Till sjukhustjänsternas avdelningsvård kommer patienten hemifrån med remiss från hemvården eller hemsjukhuset, med remiss från den specialiserade sjukvården eller från välfärdsområdets egen jourpoliklinik.

Behovet av vård och service bedöms tillsammans med patienten. Utgångspunkten för bedömningen är personens egen syn på sina resurser och hur de ska stärkas. Vid bedömningen beaktas dessutom funktionsförmågans dimensioner, som är fysisk, psykisk, social och kognitiv funktionsförmåga.

Vård- och servicebehovet antecknas i klientens personliga plan för den dagliga vården, servicen och rehabiliteringen. Syftet med planen är att hjälpa klienten att uppnå målen för sin livskvalitet och rehabilitering. Planen för daglig vård och service är ett dokument som kompletterar den service-/patientplan som utarbetats för patienten och som informerar serviceanordnaren om förändringar i patientens servicebehov.

En individuell vårdplan görs upp senast följande vardag efter ankomstdagen. Vårdplanen följs upp regelbundet och uppdateras vid behov. För varje patient görs dagligen en anteckning per arbetsskift. Patientens åsikt tillfrågas i frågor som rör vården och även i andra frågor. Möjligheten till ett enkelrum är begränsad, integritetsskyddet beaktas vid vårdåtgärder.

På enheterna är det läkarrond en gång i veckan. Utöver detta har patienten rätt att träffa läkare vid behov. Patienten får också råd och handledning av vårdarna i frågor som rör den egna vården.

Vid behov ordnas vårdmöten för patienten där man planerar en helhetsbetonad vård av patienten. I vårdmötena deltar bl.a. vårdare, fysioterapeut, läkare, hemvård och anhöriga/laglig representant.

Enhetens chef övervakar att patienterna vårdas och behandlas sakligt på enheten. Osakligt beteende utreds och vid behov hålls ett gemensamt möte/vårdmöte. Eventuella risksituationer utreds genom samtal med patienten och den anhöriga.

På enheten respekteras patientens självbestämmanderätt och arbetsgruppen stöder patientens möjlighet att i enlighet med sina förmågor påverka lösningarna i sitt liv.

En anställd som konstateras behandla patienten osakligt omfattas av den process som anges i förfarandeanvisningen. Personalens osakliga uppträdande ska anmälas till chefen, som tar upp ärendet med arbetstagaren och vid behov vidtar arbetsledningsåtgärder enligt välfärdsområdets anvisningar. Vid behov diskuterar man saken med patienten och de anhöriga och kontaktar resultatenhetschefen.

Man strävar efter att minska användningen av begränsnings- och tvångsåtgärder genom att utveckla personalens kompetens, förutse och utvärdera handlingarna individuellt samt genom att skapa en trygg miljö. Innan begränsningsåtgärder införs kontrolleras den hjälp som eventuella läkemedelsändringar medför och medicineringen utvärderas regelbundet med hänsyn till patientens funktionsförmåga.

Åtgärder som inskränker de grundläggande rättigheterna används endast på ordination av läkare för att garantera patientens säkerhet. Begränsningsåtgärder används endast efter noggrant övervägande. Åtgärden baserar sig alltid på ett beslut som fattas tillsammans med patienten, den anhöriga och läkaren. Beslut om användning av begränsningsåtgärder antecknas i patientjournalen. Om man har valt att använda en begränsningsåtgärd, skrivs det alltid in i patientens journalhandlingar när åtgärden i fråga måste användas. Begränsnings- och tvångsåtgärdernas inverkan följs upp genom observationer och diskussioner med patienten och de anhöriga. Observationerna och konsekvenserna registreras och deras inverkan diskuteras i enhetens interna möten. Beslutet om användning av begränsningsåtgärder gäller inte tills vidare, utan behovet bedöms regelbundet och avslutas så snart det är möjligt.

Enheternas chefer kontrollerar vårdanteckningarna regelbundet för att kontrollera att de är kvalitativa och lagenliga.

Enheterna har en introduktionsplan för nya anställda, där vårdplanerna samt de kvalitativa kraven för de dagliga anteckningarna beaktas (bilaga 2).

Välfärdsområdet har ett patientsäkerhetsrapporteringsystem (HaiPro) och patienten själv och anhöriga har också möjlighet att göra en anmälan om patientskada.

Patientskador utreds och behandlas med jämna mellanrum i arbetsgemenskapen. Allvarliga patientskador behandlas inom välfärdsområdet i en utökad sammansättning.

Patientombudsman: Annette Karlsson, [annette.karlsson@itauusimaa.fi](mailto:annette.karlsson@itauusimaa.fi), 040-5142535

Chef: Iina Oliver

Teamansvarig: Susanna Eskelinen

#### **1.4.4 Hantering av anmärkningar**

En patient som är missnöjd med sin hälso- och sjukvård eller bemötandet i anslutning till den har rätt att göra en anmärkning till ansvarsområdesdirektören/avdelningens chef/resultatenhetschefen. Om patienten på grund av sjukdom, psykisk funktionsnedsättning eller annan motsvarande orsak inte själv förmår framställa anmärkning eller om han eller hon har avlidit, kan anmärkningen framställas av hans eller hennes lagliga företrädare, en anhörig eller någon annan närstående.

Enheten ska på ett adekvat sätt informera sina patienter om rätten till påminnelse samt ordna så att påminnelsen blir så enkel som möjligt att göra för dem. Påminnelsen görs i regel skriftligt.

Anmärkning kan även göras muntligen av särskilda skäl. Enheten ska behandla anmärkningen på behörigt sätt och ge ett skriftligt svar på den inom skälig tid (cirka en månad) från det att anmärkningen gjordes. Svaret ska motiveras på det sätt som ärendets art kräver.

Påminnelserna behandlas avdelningsvis med personalen och de uppdagade missförhållandena åtgärdas omedelbart i verksamheten. På anmärkningen svarar resultatenhetschefen eller ansvarsområdeschefen.

#### **1.4.5 Personal**

Enheten består av 1 förman, 1 teamansvarig, 2 läkare, 9 sjukskötare, 12 närvårdare, 1 avdelningssekreterare och 1 vårdbiträde. Utöver detta har avdelningen fysioterapeuter och anstaltsvårdare som inte är en del av personalplanen.

Långvariga vikariat rekryteras till välfärdsområdet en dera direkt, via Tempore eller via köptjänster. För kortvariga överraskande frånvaron används i första hand vikariepoolen, därefter Tempores personaltjänster och sist med köptjänster.

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

Tillståndet för läkemedelsbehandling förnyas vart femte år och till tillståndet hör yrkesprov för läkemedelsbehandling samt teoretiskt prov. Regelbundna arbetsplatsutbildningar ordnas på avdelningarna, personalen har också möjlighet att delta i tilläggsutbildningar.

Studierande som arbetar på avdelningen visar upp studieutdrag innan anställningen börjar och med jämna mellanrum. Läkemedelstillståndet för studierande gäller i ett år och vid förnyelse kontrolleras även studieregisterutdraget.

De anställda handleds regelbundet i användningen av medicintekniska produkter och ett apparatkort för medicintekniska produkter är på väg att tas i bruk i välfärdsområdet.

Avdelningen har en egen introduktionsplan. En ny arbetstagare har ett tillräckligt antal introduktionsdagar, då han eller hon får inskolning av en erfaren skötare.

För den nya personen utses också en tutor som fungerar som stödperson under en viss tid efter introduktionstiden.

Avdelningens teamansvariga deltar i det dagliga vårdarbetet och observerar i samband med detta det kvalitativa utförandet av vården.

Ris kartläggningen av arbetarskyddet görs varje år och uppdateras vid behov. Arbetstagarna har en anmälningspolicy för arbetsolycksfall och tillbud. I samband med besöken i egenkontrollen granskas också arbetssäkerhetsförpliktelserna. Chefen på avdelningen observerar och ingriper i de eventuella arbetarskyddsrisiker som framkommit i det dagliga arbetet.

Den uppgjorda planen för egenkontroll förankras i avdelningens verksamhet och i introduktionsplanen för nya anställda och studerande.

En arbetsplatsutredning har gjorts i enheten 15.11.2023.

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

Det finns ingen laglig skyldighet för personaldimensionering inom sjukhustjänsterna, men personalens tillräcklighet följs upp på resultatenheten vardagar. Man ingriper också om man bedömer att patientsäkerheten äventyras.

En bedömning görs också om enhetens patientmaterial är mycket vårdkrävande eller om det förekommer riklig sjukfrånvaro.

Vid epidemisituationer bedöms användningen av avdelningsblockering vid behov.

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

I resultatenheten hålls på vardagar ett möte med lägesrapport, i vilket deltar hemförlovningsskötare, avdelningschefer, läkare, överläkare, resultatenhetschef och vårdkoordinator.

Regelbundet ordnas samarbetsmöten med olika intressentgrupper (t.ex. hemvård, terapeuter och missbrukar- och mentalvårdstjänster).

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

Välfärdsområdet hyr lokalen av Sibbo kommun. Lassila & Tikanoja och Sibbo kommun har underhållsansvaret för lokalerna, men enheten har ansvaret att meddela om underhållsbehov via Granlund manager.

Alla skötare har nyckel och passerbricka till avdelningen som de får i början av sin anställning. Dessa nyckeln och passerbrickan loggas ut personligen.

De allmänna utrymmena är tillgängliga för alla. Patientrummen är tillgängliga för patienter/ anhöriga/vårdpersonal. Personalens kansli står inte till andras

förfogande. Gemensamma utrymmen på avdelningen är kök, dagsal, terras och korridor. Besökstiden på avdelningen är kl 13-19. Om man är berusad kan man inte besöka avdelningen.

Patienterna har tillgång till en armbandsalarmknapp (9Solutions system), genom att trycka på det överförs larmet till sjukskötarens telefon och korridorskärmar samt till skärmarna i pausrummet och kansliet. Sjukskötare har ett eget larmsystem som de använder om de behöver hjälp. Lohde ansvarar för underhållet av systemet.

Enhetens medicindistributionsrummet har en inspelande kameraövervakning. Till medicindistributionsrummet har alla skötare som har läkemedelslov rättighet till med en passerbricka.

PURO Nylands sjukhustvätt levererar patient- och linne samt personalens arbetskläder en gång i veckan.

Enheten för rengöringsservice ansvarar för städningen av lokalerna. Matserviceenheten ansvarar för tillredningen av maten. Matens temperatur följs upp och noteras en gång om dagen, avvikelser meddelas till köket. Temperaturövervakning för enhetens kylskåp och frysar utövas en gång i veckan.

Utrustning och hjälpmedel som används vid enheten kontrolleras och genomgås efter användning och med jämna mellanrum. Reparerbara redskap och utrustning tas ur bruk. För andra redskap och apparater ordnas det regelbundna underhåll eller vid behov om ett fel upptäcks i dem. Alla apparater och hjälpmedel har förts in i utrustningsregistret.

Räddningsplanen och utrymningsplanen finns på enheten och uppdateras minst en gång om året. Alla nyanställda/vikarier/studeranden introduceras i brandsäkerhet. Brand- och släckningsövningar genomförs regelbundet. Den senaste brandsynen har gjorts i enheten 15.1.2024 och släckningsövningen 2022.

Enhetens plan för egenkontroll rapporteras med fyra månaders mellanrum på Forms-blanketten.

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

När patienten kommer till avdelningen gör vårdaren/fysioterapeuten en bedömning av hjälpmedelsbehovet och ger råd om hur hjälpmedlet används. På avdelningen bedömer fysioterapeuten patientens hjälpmedelsbehov på vardagar. Vid hemförlovingen ordnar fysioterapeuten så att patienten får de hjälpmedel som behövs i hemmet och sköter utlåningen av dem.

Enheterna har ett medicintekniskt register dit alla medicintekniska produkter har införts.

På avdelning 4 är närvårdare Pia Heikkinen, närvårdare Amanda Kivikoski och sjukskötare Marina Bomberg ansvariga för det medicintekniska registret. Till deras uppgifter hör att uppdatera registret med jämna mellanrum. Ur det medicintekniska registret framgår vilka produkter som ska underhållas och i underhållsprogrammet följs importörens anvisningar och rekommendationer. Produkterna underhålls regelbundet av importören eller av en aktör som importören har befullmäktigat.

Störningar/brister i en produkt anmäls till Fimea via HaiPros system och den person som upptäcker störningen/bristen är ansvarig för att göra anmälan i HaiPro.

Utbildning i produktsäkerhet anordnas och är obligatorisk för personalen varje år. Det finns skriftliga instruktioner och uppföljning på avdelningen.

Inom välfärdsområdet har en produktkoordinator startat, vars uppgift är att förenhetliga verksamhetssätten för områdets medicintekniska produkter.

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

Informationssäkerhetsplanen är bifogad. Också inhyrd personal genomgår samma utbildning som den egna personalen.

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

En säker läkemedelsbehandling baserar sig på en läkemedelsbehandlingsplan som följs upp och uppdateras regelbundet. Välfärdsområdet har en enhetlig plan för läkemedelsbehandling och avdelningen har sin egen plan för läkemedelsbehandling. Läkemedelsbehandlingsplanen (del A och B) uppdateras vid behov minst en gång per år.

Enheten genomgår årliga inspektionsbesök av HUS- apoteket, de senaste besöken har utförts 17.9.2024.

Planen för läkemedelsbehandling finns på avdelningen för personalen att läsa. Personalen ska vart femte år avlägga teoritentamen enligt läkemedelsplanen samt göra yrkesprov för läkemedelsbehandling till en sjukskötare på avdelningen.

Den enhetsspecifika planen för läkemedelsbehandling (del B) har uppdaterats den 14 januari 2025 och för uppföljningen och uppdateringen svarar chefen, teamansvariga och avdelningens läkemedelsansvariga regelbundet minst en gång om året eller vid behov. Nästa uppdatering sker i slutet av året eller tidigare vid behov. Enhetens läkemedelsansvariga är sjukskötare Anneli Blomqvist, sjukskötare Anne Sandström och sjukskötare Hanna Vesimäki. De följer upp

läkemedlens giltighetsdatum och tar bort föråldrade läkemedel enligt anvisningarna.

Chefen ansvarar för att läkemedelsbehandlingen är ändamålsenlig, att planen för läkemedelsbehandling genomförs och följs upp vid enheten.

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

Patientuppgifter inom hälso- och sjukvården är känsliga sekretessbelagda personuppgifter. De uppgifter angående sjukdom som registrerats av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården är patientuppgifter, vilka alla är sekretessbelagda.

Vårdpersonalen har inloggningssignum till patientdatasystemet Mediatri. I Mediatri systemet registreras för varje patient de saker som gjorts/hänt under varje arbetspass, samt andra observationer av hur patienten mår. Tystnadsplikten betonas och nya anställda 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).

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

Välfärdsområdet har en centraliserad kanal för kundrespons dit patienterna kan ge elektronisk respons. På enheten finns broschyrer med en QR-kod med vilken man kan ge respons, på välfärdsområdets egna hemsidor kan man ge respons. Fyra gånger om året, veckorna 4, 17, 32 och 44, kommer man på enheten under en vecka samla in intensifierad respons från patienten/de anhöriga,

Enheterna får året runt respons via andra kanaler och responsen behandlas regelbundet i enheterna och utnyttjas i enhetens utvecklingsarbete.

Studerande ger respons elektroniskt till enheten i slutet av praktikperioden. Denna feedback levereras till cheferna som går igenom den regelbundet.

### **1.5 Egenkontrollens riskhantering**

### **1.5.1 Tjänstenhetens riskhanteringsansvar, identifiering och bedömning av risker**

Ledningens uppgift, i första hand den chef som informerar resultatenhetschefen, är att instruera och organisera utförandet av egenkontroll och se till att de anställda har tillräcklig information om säkerhetsfrågor. Chefen och resultatenhetschefen och ibland också ansvarsområdesdirektören ansvarar för att tillräckliga resurser avsätts för att trygga verksamhetens säkerhet. De har också huvudansvaret för att skapa en positiv attitydmiljö gentemot säkerhetsfrågor. I riskhanteringen krävs också aktiva åtgärder av den övriga personalen. De anställda deltar i bedömningen av säkerhetsnivån och -riskerna, i uppgörandet av en plan för egenkontroll och i genomförandet av åtgärder som förbättrar säkerheten.

Riskbedömningen görs regelbundet (åtminstone x 1/år) och åtgärder planeras för att minimera riskerna. Varje arbetstagare är skyldig att föra fram de risker och riskfaktorer som han eller hon observerat samt de missförhållanden som han eller hon observerat. På avdelningsmötena behandlas alltid patient- och arbetarskyddsanmälningar samt deras åtgärder.

### **1.5.2 Metoder för riskhantering och hantering av missförhållanden och brister i verksamheten**

Välfärdsområdet har ett elektroniskt HaiPro-anmälningssystem, till vilket patienters nära ögat-situationer, farosituationer, läkemedelsavvikelse samt utvecklingsidéer anmäls. HaiPro-systemet (patient- och arbetsolycksfallsanmälningar) behandlas med jämna mellanrum på avdelningsmöten och skriftliga förslag till verksamhetssätt görs upp.

Om patientsäkerheten äventyras är förmannen skyldig att omedelbart informera resultatenhetschefen om vad som hänt. Resultatenhetschefen informerar tillsynsavdelningen om vad som hänt och gör vid behov även en anmälan till regionförvaltningsverket. Vid allvarliga patientsäkerhetsbrister utförs korrigerande åtgärder omedelbart. Personalen utbildas i sitt ansvar och hur man gör en anmälan. Allvarliga patientsäkerhetshändelser behandlas i välfärdsområdets gemensamma grupp för hantering av allvarliga riskhändelser.

Enheten har årligen inspektionsbesök för kvalitets- och egenkontroll samt vid behov även reaktiva övervakningsbesök, om det vid enheten uppdagas farliga situationer som hotar patientsäkerheten. Inspektionsprotokollen skickas till regionförvaltningsverken. Personalen är skyldig att rapportera dessa tillbud via patientsäkerhetssystemet. Personalen utbildas och påminns med jämna mellanrum om hur HaiPro-systemet fungerar och används.

Företagshälsovårdens arbetsplatsbesök görs med jämna mellanrum, med 3-5 års mellanrum. Från besöket får enheten en arbetsplatsbesöksrapport, vars senaste version finns som bilaga. Åtgärder som framkommer i arbetsplatsrapporten vidtas så snabbt som möjligt och brister rättas till.

Tillsynsmyndighetens begäran om utredning handläggs alltid av resultatenhetschefen och ansvarsområdesdirektören. Resultatenhetschefen frågar alltid utredningsparterna t.ex. chefen, enhetens läkare, överläkaren, vårdarbetsledaren o.s.v. annan nödvändig person för att upprätta en skriftlig begäran om utredning. Resultatenhetschefen gör en sammanfattning av dessa utredningsförfrågningar och skickar den till ansvarsområdesdirektören, som godkänner och undertecknar sammanfattningen.

### **1.5.3 Uppföljning, rapportering och säkerställande av kunnandet inom riskhanteringen**

En kartläggning av arbetsmiljörisker görs en gång om året. Med hjälp av riskutredningen utreder man riskerna och åtgärderna på arbetsplatsen samt görs en tidtabell för hur riskerna och farorna ska elimineras. För dessa utses också en ansvarsperson.

Personalen har ett eget ansvar för arbets- och patientsäkerheten. Genom att informera förmannen omedelbart efter att ha upptäckt risken och genom att göra en HaiPro anmälan enligt processerna. Incidenter och andra risker diskuteras alltid på avdelningen genast efter det inträffade och man funderar på hur man kunde förhindra att det händer igen.

Arbetsolycksfall som krävt läkarbesök bokförs så fort som möjligt och skickas till försäkringsbolaget.

Avdelningen har anvisningar om hur man ska agera i hot- och farosituationer samt vid arbetsolyckor och tillbud.

På avdelningen arbetar man enligt den aseptiska arbetsordningen. För avdelningen har tagits fram instruktioner som förutom att ta hand om patienternas personliga hygien även ska förhindra spridningen av smittsamma sjukdomar. Användning av handsprit följs upp på årsnivå. Vårdsområdet har en hygienskötare, Maritta Nyholm, och avdelningarna har egna hygienansvariga. Avdelning 4:s hygienansvariga är närvårdaren Suvi Laine. De hygienansvariga deltar regelbundet i möten och utbildningar för hygienansvariga och informerar andra anställda. De vägleder nya medarbetare i hygienfrågor samt främjar och utvecklar hygienrutiner tillsammans med förmannen och hygienskötaren.

Av hygienskötaren kan avdelningen begära skriftliga hygienanvisningar (t.ex. Covid-19, ESBL, MRSA, Noro och Clostridium) och vid behov även utbildning

#### **1.5.4 Inköpstjänster och underleverans**

Följande tjänsteleverantörer används på avdelningen:

Vårdartjänster: Tempore och vid behov 19 köptjänster

Uthyrning och tvätt av arbetskläder: PURO Uudenmaan sairaalapesula

Uthyrning och tvätt av patientkläder och sängkläder: PURO Uudenmaan sairaalapesula

Laboratorietjänster: HUS

Röntgentjänster: HUS

Apotekstjänster: HUS

Företagshälsovård: Mehiläinen

Transport av avlidna: Calla

Patient- och personalarmsystem: 9 Solutions

Bevakning: Securitas

Med köptjänstens egenkontroll följer man upp att tjänstetillhandahållaren producerar de tjänster för välfärdsområdet som de har sålt genom avtal. Tjänsten reklameras och korrigeras om fel eller avvikelser i egenkontrollen upptäcks.

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

Avdelningen följer välfärdsområdets beredskapsplan. Välfärdsområdet har också varje vecka beredskapsmöten där beredskapsrisker behandlas.

Förmannen och resultatenhetschefen ansvarar i första hand för beredskaps- och kontinuitetshantering. Utanför tjänstetid anmäler ansvariga vårdare enligt larmschemat fara och hotfulla situationer till ledningen.

## 2 Genomförande, publicering, uppföljning och uppdatering av planen för egenkontroll

### 2.1 Verkställande

Planen för egenkontroll finns på enheten och kan läsas av hela personalen. Det är på personalens ansvar att läsa planen för egenkontroll och den är en del av introduktionsprogrammet. Personalen meddelas när det blir ändringar i planen för egenkontroll.

### 2.2 Publicering, uppföljning och uppdatering av förverkligandet

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 Upphovsman till planen för egenkontroll och datum

Namn: lina Oliver

Titel: Chef

Datum: 5.2.2025/uppdaterad 1.7.25

## 4 Person som ansvarar för att utarbeta och uppdatera planen för egenkontroll

Namn: lina Oliver

Titel: Chef