



Plan för egenkontroll

Hälsocentralsjukhustjänster
Avdelning 5

26.3.2025/uppdaterad 3.7.25

Innehåll

1 Uppgifter om tjänsteproducenten, tjänsteenheten och verksamheten.....	3
1.1 Grunduppgifter om tjänsteproducenten.....	4
1.2 Grunduppgifter om tjänsteenheten.....	4
1.3 Tjänster, verksamhetsidé och principer.....	4
1.4 Klient- och patientsäkerhet.....	5
1.4.1 Kvalitetsmässiga krav på servicen.....	5
1.4.2 Ansvar för tjänsternas kvalitet.....	5
1.4.3 Klientens och patientens ställning och rättigheter.....	5
1.4.4 Behandling av anmärkningar.....	7
1.4.5 Personal.....	8
1.4.6 Uppföljning av tillräckligheten för den personal som deltar i klient- och patientarbetet.....	8
1.4.7 Sektorsövergripande samarbete och samordning av tjänster.....	9
1.4.8 Lokaler och utrustning.....	9
1.4.9 Medicintekniska produkter, informationssystem och användning av teknik.....	10
1.4.10 Plan för läkemedelsbehandling.....	11
1.4.11 Behandling av klient- och patientuppgifter och dataskydd.....	11
1.4.12 Beaktande av regelbundet insamlad respons och övrig respons.....	12
1.5 Egenkontrollens riskhantering.....	12
1.5.1 Ansvar för riskhantering, identifiering och bedömning av risker vid tjänsteenheten.....	12
1.5.2 Metoderna för riskhantering och behandlingen av missförhållanden och brister som framkommer i verksamheten.....	12
1.5.3 Uppföljning av och rapportering om riskhantering och säkerställande av kunskaper.....	13
1.5.4 Köptjänster och underleverans.....	14
1.5.5 Beredskaps- och kontinuitetshantering.....	14
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.....	15

4 Person som ansvarar för utvecklande och uppdaterande av planen för egenkontroll.....	15
--	----

1 Uppgifter om tjänsteproducenten, tjänsteenheten 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: Mannerheimgatan 20 K, 06100 BORGÅ

1.2 Grunduppgifter om tjänsteenheten

Tjänsteenhetens namn och kontaktuppgifter: Hälsocentralsjukhustjänster, avdelning 5

Adresserna till tjänsteenhetens serviceställen: Öhmansgatan 4, 07900 Lovisa

Tjänsteenhetens ansvarspersonens eller tjänsternas ansvarspersonernas namn och kontaktuppgifter:

Chef: Annette Lindberg, annette.lindberg@itauusimaa.fi, 0403590446

Teamansvarig: Sanna Sivonen, sanna.sivonen@itauusimaa.fi, 0406127361

Resultatenhetschef: Pia Hellman, pia.hellman@itauusimaa.fi, 0406127361

Överläkare: Katariina Borup, katariina.borup@itauusimaa.fi, tel. 0401852840

1.3 Tjänster, verksamhetsidé och principer

Hälsocentralssjukhustjänsterna omfattar fyra sjukhusavdelningar, palliativa centralen och minnespolikliniker. Sjukhusavdelningarna och minnespoliklinikerna finns i Sibbo, Borgå och Lovisa. Palliativa centralen har sitt verksamhetsställe i HUS Borgå sjukhus lokaler, men personalen arbetar i regel hemma hos patienterna.

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

På minnespoliklinikerna görs minnesundersökningar och diagnostiseras minnessjukdomar över 65-åringar.

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.

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 hemförlovnings-skötare. 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, varav denna enhet har 25 patientplatser på enheten vårdas patienter med akut vårdbehov.

1.4 Klient- och patientsäkerhet

1.4.1 Kvalitetsmässiga krav på servicen

Gångsevärdrekommendationer 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 välfärdsområdet egna inre granskningar. Under inspektionsbesöket går man bland annat igenom enhetens kvalitetskrav. Enhetens granskning har genomförts senast den 8.4.2024.

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 Klientens och 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 enheten görs läkarronder 2 gånger 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 medicinerings 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.

Välfärdsområdet har ett patientsäkerhetsrapporteringssystem (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.

Social- och patientombud: Anette Karlsson, 0405142355,
anette.karlsson@itauusimaa.fi

Chef: Annette Lindberg, 0403590446, annette.lindberg@itauusimaa.fi

Teamansvarig: Sanna Sivonen, 0401372589, santa.sivonen@itauusimaa.fi

1.4.4 Behandling 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

Enhet 5 består av 1 förman, 1 teamansvarig, 2 läkare, 14 sjukskötare, 8 närvårdare, 1 avdelningssekreterare och 1 vårdbiträde. Utöver detta har enheten fysioterapeuter och anstaltsvårdare som inte är en del av personalplanen.

Alla längre vikariat är tillsatta genom egen rekrytering. 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.

Studerande som arbetar på avdelningen visar upp studieutdrag innan anställningen börjar och med jämna mellanrum. Läkemedelstillståndet för studerande 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.

Riskkartläggningen 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 arbetarskyddsrisker som framkommit i det dagliga arbetet.

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

Arbetsplatsutredningen genomfördes senast 03/2024.

1.4.6 Uppföljning av tillräckligheten för 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 Sektorsövergripande 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 lokaler av Lovisa stad. Inom välfärdsområdet finns inga egna lokaler alls för enheterna. Lovisa fastighetsskötsel Ab har underhållsansvaret för lokalerna, men enheten har ansvaret för att meddela om underhållsbehov. Serviceförfrågningar meddelas via webbplatsen "Fastigheternas serviceförfrågningar" som administreras av Lovisa stad.

Anställda har tillgång till iLOQ-smartnycklar, vilka är kodade personligen (läkemedelstillstånd). Förmännen hämtar nycklarna hos vaktmästaren, där nycklarna namnges personligen och nödvändiga passerkort läggs till i byggnaden. Varje anställd kvitterar upphämtningen och återlämningen av nyckeln i en tabell som innehas av förmännen.

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.

Enheten har 14 patientrum, 2 kontorslokaler, 1 läkarrum, kansli för vårdaren, arbetsrum för förmän, pausrum för anställda, omklädningsrum på nedervåningen och för patienter en dagsal och balkong.

Patienterna har på sig Everons sköterskeanropsarmband, genom att trycka på det överförs larmet till skötarens telefon. Skötarna har också larmsystem som är kopplat till Everon och via Securitas bevakningstjänst får skötarna väktarhjälp om det behövs. Utrustningsleverantörerna tar hand om underhållet.

Utrustningen och hjälpmedel som används i enheten går man med jämna mellanrum igenom och tar bort eller beställer underhåll om man upptäcker ett fel i den.

På enheten sköter anstaltsvårdarna städningen, Puro ansvarar på vardagar för patient- och linnekläder. Enheten gör beställningar på linne- och patientkläder en gång i veckan på söndagar.

Enheten har i medicindistributionsrummet videoinspelning. Till medicindistributionsrummet slipper de skötare med nyckel som har läkemedelslov.

Räddningsplanen och utrymningsplanen finns på avdelningen och uppdateras minst en gång per år. Alla nyanställda/vikarier/studerande introduceras i brandsäkerhet. Brandsyn har utförts på avdelning 4.10.23.

En arbetsplatsutredning utförd av företagshälsovården 03/2025

Interna övervakningsbesök har gjorts senast 03/2024

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

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.

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

Utbildning i utrustningssäkerhet anordnas och är obligatorisk för personalen varje år. Det finns skriftliga anvisningar och uppföljning om detta i enheten.

Som apparatansvariga inom enheten fungerar:

nv Maria Gustafsson, maria.gustafsson@itauusimaa.fi

ssk Emilié Pietikäinen, emilie.pietikainen@itauusimaa.fi

Enheterna har ett medicintekniskt register dit alla medicintekniska produkter har införts. Enhetsansvariga uppdaterar enhetsregistret med jämna mellanrum. I enhetsregistret framgår vilka enheter som ska underhållas och i underhållsprogrammet följs importörens anvisningar och rekommendationer. Utrustningen underhålls regelbundet av importören eller av en aktör som importören har befullmäktigat.

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).

Till patientdatasystemet får den nya arbetstagaren introduktion enligt introduktionsplanen.

1.4.10 Plan för läkemedelsbehandling

En säker läkemedelsbehandling baserar sig på en läkemedelsbehandlingsplan som följs upp och uppdateras regelbundet. Valfärdsområdet 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.

HUS Apotek gör kontrollbesök till enheterna regelbundet. Det sista besöket som HUS Apotek har gjort var 24.6.25. En auditering av HUS Apotek är också planerad till hösten 2025.

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.

Enhetens läkemedelsansvariga:

ssk Linda Ek, linda.ek@itauusimaa.fi

ta Sanna Sivonen, sanna.sivonen@itauusimaa.fi

Läkemedelsansvariga följer upp läkemedlens giltighetsdatum och tar bort föråldrade läkemedel enligt anvisningarna.

Avdelningens egen plan för läkemedelsbehandling har uppdaterats 06/2025.

Avdelningens chef ansvarar för att läkemedelsbehandlingen är ändamålsenlig, att planen för läkemedelsbehandling genomförs och följs upp på avdelningen.

1.4.11 Behandling av klient- och 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 Pegasos Omni. I Pegasos-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.

1.5 Egenkontrollens riskhantering

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

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 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 samt utvecklingsidéer anmäls. HaiPro-systemet (patient- och arbetsolycksfallsanmälningar) behandlas med jämna mellanrum på avdelningsmöten och skriftliga förslag till verksamhetsätt 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 av och rapportering om riskhantering och säkerställande av kunskaper

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 hygieniskötare och avdelningarna har egna hygienansvariga.

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

Enhetens hygienansvariga:

ssk Mervi Kirjola, mervi.kirjola@itauusimaa.fi

ssk Henna Nykänen, henna.nykanen@itauusimaa.fi

1.5.4 Köptjänster och underleverans

Köptjänster som används av enheten

Vårdare service: Tempore

Läkartjänst: egna tjänsteläkare samt vikarier för köpta tjänsteläkare vid behov.

Uthyrning och tvätt av arbetskläder: Puro

Uthyrning och tvätt av patient- och linne: Puro

Laboratorietjänster: HUS (vardagar)

Röntgentjänster: HUS (vardagar)

Apotekstjänster: HUS Apotek, Beställningssystem Osti

Företagshäsovård: Mehiläinen

Förflyttning av avlidna: Andersson, Lindqvist, Calla

Patient- och personalalarmsystem: Everons patientalarmsystem

Bevakning: Securitas

Med köptjänstens egenkontroll följer man upp att tjänstetillhandahållaren producerar de tjänster för vårdsområdet 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 vårdsområdets beredskapsplan. Vårdsområdet har också varje vecka beredskapsmöten där beredskapsrisker behandlas.

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

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

2.1 Verkställande

Planen för egenkontroll finns på enheten och kan läsas av hela personalen. Det är 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 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: Annette Lindberg

Titel: Chef

Datum: 26.3.2025

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

Namn: Annette Lindberg

Titel: Chef