

Patient/klientsäkerhetsplan

Vad bör en patient/klientsäkerhetsplan innehålla enligt
Finlands lagstiftning

Susanne Nygård-Kukko

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2017



EXAMENSARBETE

Författare: Susanne Nygård-Kukko

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Gunilla Hallvar-Hudd

Titel: Patient/klientsäkerhetsplan

Datum: Oktober 2017

Sidantal 34

Bilagor 2

Abstrakt

Syftet med examensarbete är att genom att studera dokument, lagar och förordningar redogöra för vad en patient/klientsäkerhetsplan bör innehålla och att uppdatera kvalitets- och patient/klientsäkerhetsplanen för vård- och omsorgscentralen i Kristinestad för att säkerställa en trygg, kvalitativ och säker vård. Som teoretisk utgångspunkt har använts begreppet trygghet enligt Kerstin Segesten. Metoden som valts till examensarbetet är Arksey och O'Malleys scoping review och materialet till examensarbetet har främst hämtats från den finländska lagstiftningen. Materialet har sökts främst elektroniskt men också manuell sökning har använts. Materialet har analyserats utgående från Arksey och O'Malleys sex steg som metoden scoping review består av.

Utgående från analysen bör en patient/klientsäkerhetsplan innehålla ledning av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet och ledningens ansvar; principer, praxis och metoder som möjliggör en öppen säkerhetskultur; personalens, patientens och anhörigas deltagande; utbildning, handledning, riskhantering och kvalitetsledningsdokument; identifiering och rapportering av risker och negativa händelser/avvikelser och samarbete mellan enheter och inom sjukvårdsdistriktet.

Dessa punkter beskrivs i bakgrunden för att sedan sammanfattas i en kvalitets- och patient/klientsäkerhetsplan för vård- och omsorgscentralen i Kristinestad. Planen består av tre delar. I resultatet av detta examensarbete beskrivs två delar. Del ett innehåller organisationens verksamhetsomgivning, säkerhetspolicy och lagstiftning. Del två består av organisering av patient/klientsäkerhetsarbetet.

Kvalitets- och patient/klientsäkerhetsplanen vid vård- och omsorgscentralen i Kristinestad är ett lagstadgat dokument och en säkerhetshandbok för speciellt personalen men också för patienter och anhöriga.

Språk: Svenska

Nyckelord: patient/klientsäkerhet, patient/klientsäkerhetsplan, trygghet

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Susanne Nygård-Kukko

Koulutus ja paikkakunta: Sairaanhoidaja, Vaasa

Ohjaaja(t): Gunilla Hallvar-Hudd

Nimike: Potilas/asiakasturvallisuussuunnitelma

Päivämäärä: Lokakuu 2017

Sivumäärä 34

Liitteet 2

Tiivistelmä

Opinnäytetyön tarkoitus on lakeja ja asetuksia tutkimalla kuvata mitä potilas/asiakasturvallisuussuunnitelma pitää sisältää ja päivittää Kristiinankaupungin perusturvakeskukseen laatu- ja potilas/asiakassuunnitelma varmistaakseen turvallisen ja laadukkaan hoidon. Teoreettisena lähtökohtana on käytetty Kerstin Segestenin käsite turvallisuus. Opinnäytetyön menetelmäksi valittiin Arksey ja O'Malley'n scoping review. Materiaali opinnäytetyöhön haettiin pääasiallisesti Suomen lainsäädännöstä mutta myös manuaalista hakua käytettiin. Materiaali on analysoitu Arkesey ja O'Mallyn kuuden scoping review-askelen mukaan.

Analyysin perusteella potilas/asiakassuunnitelma tulisi sisältää potilasturvallisuutta edistävät johtamisen käytännöt, johdon vastuu ja avoimen turvallisuuskulttuurin periaatteita, käytäntöjä ja menetelmiä. Potilas/asiakasturvallisuussuunnitelmassa pitäisi myös käsitellä henkilökunnan, potilaan ja omaisten osallistumista; koulutus, ohjaus, riskien hallinta ja laadunhallinta-asiakirjat ja raportointi; ilmoitusjärjestelmät sekä korjaavat toimenpiteet; yhteistyö yksiköiden välillä ja sairaanhoitopiirissä. Nämä kohdat kuvataan opinnäytetyön taustassa ja yhdistetään Kristiinankaupungin perusturvakeskukseen laatu- ja potilas/asiakasturvallisuussuunnitelmaan. Suunnitelma käsittää kolme osaa. Tämän opinnäytetyön tulos sisältää kaksi osaa. Osa yksi sisältää organisaation toimintaympäristön, turvallisuuspolitiikan ja lainsäädännön ja osa kaksi potilas/asiakas- turvallisuustyön organisointi.

Kristiinankaupungin perusturvakeskukseen laatu- ja potilas/asiakas turvallisuus suunnitelma on lakisäiteinen dokumentti ja turvallisuusopas etenkin henkilökunnalle mutta myös potilaille ja omaisille.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: potilas/asiakasturvallisuus, turvallisuus
potilas/asiakasturvallisuussuunnitelma,

BACHELOR'S THESIS

Author: Susanne Nygård-Kukko

Degree Programme: Nurse, Vaasa

Supervisor(s): Gunilla Hallvar-Hudd

Title: Quality and patient / client safety plan

Date: October 2017

Number of pages 34 Appendices 2

The purpose of this graduate work is to describe, by studying documents, laws and regulations, what a patient/client safety plan should contain and to update the quality and patient / client safety plan for the healthcare center in Kristinestad to ensure safe and qualitative care. The term "safety" according to Kerstin Segesten has been used as the theoretical reference. The method chosen for the study is Arksey and O'Malley's scoping review and the material has been obtained mainly from Finnish legislation. The material has been searched primarily electronically, but manual search has also been used. The material has been analyzed based on Arksey and O'Malley's six steps that the scoping review method consists of.

Based on the analysis, a patient/client safety plan should include the management of quality and patient safety and responsibilities of management; principles, practices and methods that enable an open security culture; participation of staff, patient and relatives; education, supervision, risk management and quality management documents; identification and reporting of risks and negative events / deviations and cooperation between units and within the healthcare district. These points are described in the background and then summarized in a quality and patient / client safety plan for the healthcare center in Kristinestad. The plan consists of three parts. The result of this study describe two parts. Part one describes the operation environment and security policy of the organization and legislation. Part two consists of organizing patient / client safety work.

The quality and patient / client safety plan at the healthcare center in Kristinestad is a statutory document and a safety manual for especially the staff but also for patients and relatives.

Language: Swedish

Key words: patient/client safety, patient/client safety plan, security

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte och frågeställning	2
3	Teoretisk utgångspunkt.....	2
3.1	Grundtrygghet och situationsrelaterad trygghet	3
3.2	Trygghetsresurser och störningar	4
4	Bakgrund	5
4.1	Patientsäkerheten internationellt	5
4.2	Patientsäkerheten i Finland	7
4.3	Vad bör en kvalitets- och patient/klientsäkerhetsplan innehålla	9
4.3.1	Ledning av kvalitets- och patient/klientsäkerhetsarbetet och ledningens ansvar	9
4.3.2	Öppen säkerhetskultur	12
4.3.3	Personalens deltagande	13
4.3.4	Utbildning och handledning	13
4.3.5	Patientens/klientens och de närståendes deltagande	15
4.3.6	Kvalitetsledningsdokument	16
4.3.7	Säkerhetsrisker – hantering, dokumentering och informationsutbyte	18
4.3.8	Rapportering, anmälningssystem och korrigerande åtgärder	20
4.3.9	Regionalt samarbete	21
5	Metod	21
5.1	Scoping review- en översiktsstudie	21
5.2	Scoping review steg för steg	23
6	Resultat	25
7	Diskussion	25
7.1	Metoddiskussion	26
7.2	Resultatdiskussion.....	27
7.3	Slutledning.....	28
8	Källförteckning	30

Bilageförteckning

Bilaga 1	Tjänsteinnehavarens beslutsprotokoll
Bilaga 2	Kvalitets- och patient/klientsäkerhetsplan

1 Inledning

Enligt Institutet för hälsa och välfärd (THL) lider var tionde patient av skador som uppkommit i vården samt en patient av tusen får en vårdrelaterad skada eller fel som kan leda till döden (2012, 9). Patientsäkerheten är grunden för kvalitativ vård. Alla patienter har rätt till säker och god vård. Patientsäkerhet innebär att patienten får rätt vård vid rätt tidpunkt och på rätt sätt. Vården skall vara säker och effektiv. Vården skall alltså vara till nytta för patienten/klienten, men den innehåller alltid risker och patienten/klienten kan komma till skada. Därför är det viktigt att hela vårdpersonalen också vet hur risker hanteras. Målsättningen är att vården och omgivningen inte förorsakar patienten fara eller skada och att riskerna kan förutses och förebyggas. Enligt social- och hälsovårdsministeriet (STM) utgör patientsäkerhet grunden för vårdens kvalitet. (STM, publikation 4:2009. Finländska Patientsäkerhetsstrategin 2009 - 2013). Patientsäkerheten har främjats genom en mängd olika lagar. I 8§ i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) finns lagstiftningsgrunden för främjandet av patientsäkerheten. Lagen förutsätter att hälso- och sjukvårdsorganisationerna gör upp en plan för att säkerställa patientsäkerheten och kvaliteten i vården. I social- och hälsovårdsministeriets förordning (341/2011) finns beskrivet hur planen skall uppgöras och dess innehåll. Varje organisation skall ha klara, uppdaterade och lättillgängliga anvisningar som styr vården av patienter och personalens arbetssätt. Metoder för att säkerställa patientsäkerheten har utvecklats mycket och instruktioner och anvisningar måste vara uppdaterade för att vårdpersonalen skall kunna arbeta på ett för patienten tryggt och säkert sätt.

År 2012 var jag med och utarbetade kvalitets- och patient/klientsäkerhetsplanen vid vård- och omsorgscentralen i Kristinestad. Denna plan är nu föråldrad och måste uppdateras. För att få en mer vetenskaplig grund för kvalitets- och patient/klientsäkerhetsplanen, kommer jag i mitt examensarbete att forska mer i begreppet patientsäkerhet och försöka ta reda på vad som idag borde ingå i en patientsäkerhetsplan för att den skall upprätthålla och förbättra patientsäkerheten. Arbetet handlar främst om patientsäkerhet, kvalitet ingår i patientsäkerheten.

Eftersom Vasa Centralsjukhus är en föregångare i Finland då det gäller patientsäkerhet och att vård- och omsorgscentralen i Kristinestad hör till både Vasa sjukvårdsdistrikt och Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård (K5) kommer jag att använda dessa organisationers kvalitets- och patient/klientsäkerhetsplaner som referenser i mitt examensarbete. Jag kommer också att använda *Handboken om patientsäkerhet* som Institutet för hälsa och välfärd utgav år 2012.

Resultatet av mitt examensarbete är alltså en uppdaterad version av kvalitets- och patient/klientsäkerhetsplanen vid vård- och omsorgscentralen i Kristinestad.

2 Syfte och frågeställning

Syftet med examensarbete är att genom att studera dokument, lagar och förordningar redogöra för vad en patient/klientsäkerhetsplan bör innehålla och att uppdatera kvalitets- och patient/klientsäkerhetsplanen för vård- och omsorgscentralen i Kristinestad för att säkerställa en trygg, kvalitativ och säker vård. Innehållet i planen, som godkänts i maj år 2012, måste uppdateras. Dessutom kommer jag att ta med nytt material i den nya versionen. Planen har fungerat som en praktisk handbok för personalen med både allmänna och organisationens egna anvisningar och förfaringssätt. Detta är också syftet med den uppdaterade planen.

Arbetet kommer att utgå från frågeställningen: Vad bör den uppdaterade kvalitets- och patient/klientsäkerhetsplanen vid vård- och omsorgscentralen i Kristinestad innehålla för att säkerställa patient/klientsäkerheten.

3 Teoretisk utgångspunkt

Den teoretiska utgångspunkten har valts med tanke på syftet och frågeställningen i undersökningen. Respondenten har valt att undersöka begreppet trygghet enligt Kerstin Segesten (1994).

Enligt K. Segesten (1994) är känslan av trygghet och förmågan att hantera otrygghet ett mycket centralt fenomen. Segestens intresse för trygghet inom vården uppkom då hon undervisade blivande vårdlärare. Segesten upptäckte att begreppen trygghet och otrygghet ansågs mycket viktiga, men ingen av de blivande lärarna kunde beskriva vilka konkreta

handlingar kunde åstadkomma trygghet. Segesten märkte också att hon inte själv kunde göra begreppet trygghet till något konkret (Segesten 1994, 1).

Teorin skapades genom att K.Segesten först undersökte begreppet trygghet mer allmänt ”trygghet för alla människor” för att till slut fokusera på en bestämd patientgrupp (Segesten 1994, 2). Resultatet av studien blev en begreppsmodell som beskriver hur man kan se på trygghet och otrygghet och på patienters upplevelser (Segesten 1994).

Trygghet som känsla, behov och mål beskrivs som tilltro till egna jaget och till tillvaron i allmänhet. Trygghet är också känsla av välbefinnande och frånvaro av fara eller hot. Människan har en stark överlevnadsinstinkt och detta kräver att hon reagerar rätt vid möjlig fara. Vid känsla av otrygghet blir människan försiktig, vaksam och försvarar sig. Trygghet däremot upplevs som belöning och känsla av välbehag. Dessa kan sägas vara mål som människan strävar emot (Segesten 1994, 19). Segesten (2013, 279) skriver att trygghet är ett grundläggande behov hos människan. Man kan dela in trygghet i grundtrygghet och situationsrelaterad trygghet (Segesten 1994, 22 - 26).

3.1 Grundtrygghet och situationsrelaterad trygghet

Den psykologiska litteraturen har visat stort intresse för grundtrygghet och kopplar det till begrepp som identitet, egenvärde och jagstyrka. Också ord som självsäker, självständig, jagmedveten och karsk kan ges samma betydelse. Grundtrygghet innebär självtillit och oräddhet. Grundtryggheten eller brist på den grundläggs tidigt i barndomen och påverkar människan genom hela livet. Grundtryggheten kan dock förstärkas respektive försvagas också i vuxen ålder (Segesten 1994, 23 - 24).

En annan sida av begreppet trygghet är situationsrelaterad trygghet som kan beskrivas som en känsla av säkerhet och sorgfrihet. Också känslan av att vara i skydd och få stöd beskriver Segesten (2013, 279 - 280) som situationsrelaterad trygghet. Situationsrelaterad trygghet förbinds till människans verklighet, till de omständigheter och förhållanden hon befinner sig i och hur hon tolkar och upplever dessa. Enligt Segesten (1994) beror individens optimala livskvalitet delvis på de faktorer och resurser som skapar trygghet. Det finns olika teorier och modeller som analyserar och diskuterar livskvalitet. Innehållet i begreppet livskvalitet består till viss del av delar som är gemensamma för alla individer. Men livskvalitet är också kopplad till den enskilde individen och kulturen. Man förstår en

människas trygghetsbehov genom att man bildar sig en uppfattning om vad livskvalitet innebär för henne. En hög grad av situationsrelaterad trygghet är beroende av resurser som garanterar ett stort mått av livskvalitet. Det är också viktigt att människan känner till dessa resurser och vet hur hon kan använda dem (Segesten 1994, 25).

3.2 Trygghetsresurser och störning

Enligt Segesten kan trygghetsresurser vara direkt fakta (information), intuition eller sannolikhet. Det finns dessutom olika centrala faktorer som påverkar människan då hon bearbetar och gör tolkningar. Till exempel individens fysiska och psykiska förmåga, tidigare erfarenheter och förmågan att förstå följder av handlingar. Enligt undersökningar är ofta brist på information en faktor som påverkar tryggheten (Segesten 1994, 26). Kerstin Segesten beskriver begreppet störning som en händelse som påverkar tryggheten negativt, en förlust av resurser. Att vara sjuk eller att tro att man är sjuk är en störning. Varje människa påverkar själv graden av störningen. Men ibland kan också en störning vara en trygghetsresurs, något att gömma sig bakom eller något som medför att man blir uppmärksam och på så sätt känner sig tryggare. En störning innebär att människan känner att hon är i fara och känner sig hotad. Hon får en känsla av otrygghet och hennes livskvalitet blir sämre. Människan reagerar alltid individuellt på störningar beroende på henne själv men också beroende på omgivningen och på hotets karaktär (Segesten 1994, 28).

En människa kan åter känna trygghet om hennes trygghetsresurs(er) återställs, om hon märker att hotet inte var verkligt eller om hotet blir verklighet. Människan utgår då från den nya situationen och återgår till den tidigare tryggheten eller formar en ny. Detta är en cirkel som människan lever i. Nya situationer ger ofta upphov till nya hot och otrygghet (Segesten 1994, 29). Trygghet som känsla, behov och mål beskrivs som tilltro till egna jaget och till tillvaron i allmänhet. Trygghet är också känsla av välbefinnande och frånvaro av fara eller hot. Grundtryggheten och den situationsrelaterade tryggheten ger människan en känsla av trygghet som kan beskrivas som till exempel harmoni, tillit och balans. Känsla av otrygghet ger upphov till osäkerhet, rädsla och oro. Människan har en stark överlevnadsinstinkt och detta kräver att hon reagerar rätt vid möjlig fara och eftersom människan ofta har ett stort behov av trygghet är det ett mål för henne att återskapa den. Vid känsla av otrygghet blir människan försiktig, vaksam och försvarar sig. Trygghet

däremot upplevs som belöning och känsla av välbehag. Dessa kan sägas vara mål som människan strävar emot (Segesten 1994, 19; 2013, 279 - 280).

Enligt Segesten upplever varje människa sin egen trygghet. Vårdaren skall skapa förutsättningar för att patienten skall kunna känna sig trygg. Det är också viktigt att patienten får så god vård som möjligt, att hens behov blir uppfyllda och att patientens lidande minimeras. Patienten och hens behov av information/vetskap bör också tillgodoses. Också negativ information som till exempel besked om cancerdiagnos kan ge patienten en känsla av trygghet och möjlighet för hen att forma en ny trygghet (Segesten 2013, 280 - 281).

”Trygghet innebär en tillförsäkran om optimal livskvalitet för den enskilde individen” (Segesten 1994, 30).

4 Bakgrund

Respondenten kommer i detta kapitel att kort redogöra för begreppet patientsäkerhet och uppkomsten och utvecklingen av patientsäkerheten både globalt och i Finland utgående från lagstiftning, social- och hälsovårdsministeriets förordningar och publikationer och organisationer som verkar för patientsäkerheten. En del av materialet kommer också från utländska organisationer, nätverk och kommissioner som finns tillgängliga på websidor.

Ur patientens synvinkel betyder patientsäkerhet att patienten får rätt vård vid rätt tidpunkt och på rätt sätt och att vården orsakar så liten skada som möjligt. Begreppet patientsäkerhet kan indelas i tre kategorier: Säker vård, säker utrustning och säker läkemedelsbehandling (THL. Sote-uudistus. Potilasturvallisuus).

Enligt Avelin & Lepola indelas begreppet säker vård i säkra vårdmetoder och riskmoment i processer. Säker utrustning indelas i själva utrustningens säkerhet och användningssäkerhet. Säker läkemedelsbehandling indelas i läkemedelssäkerhet och medicineringssäkerhet (Avelin & Lepola 2008, 10).

4.1 Patientsäkerheten internationellt

År 1999 publicerade Institute of Medicine sin rapport ”To Err Is Human- Building a safer health care system”. I rapporten hänvisades till forskningresultat som upp gav att mellan

44 000 och 98 000 patienter dog varje år i USA på grund av felbehandlingar. De flesta av dessa kunde ha undvikits. Enligt rapporten kan största delen av uppkomna fel och misstag i vården förhindras genom att utarbeta och använda system som gör det svårt att handla fel och lätt att handla rätt (Kohn & Corrigan & Donaldson 1999, 1 - 2).

Efter rapporten som utgavs av Institute of Medicine fick patientsäkerheten, och utvecklingen av denna, världsomfattande uppmärksamhet. Fem år senare grundade Världshälsoorganisationen (WHO) programmet World Alliance for Patient Safety. WHO tar regelbundet fram nya riktlinjer och strategier för en säker vård (World Health Organization. Patient safety. Policies and strategies). Enligt WHO (Ten facts on patient safety) är patientsäkerhet ett allvarligt globalt folkhälsoproblem. Av 100 patienter får 14 patienter sjukhusinfektioner och en patient av tio kan skadas på sjukhus. Enligt WHO går 20 - 40% av hälsovårdens resurser till spillo på grund av sjukvårdens dåliga kvalitet. WHO anser också att sjukvården har en dålig säkerhetsstatistik.

Nätverket European Union Network for Patient Safety and Quality of Care (PaSQ) som grundades i Europa år 2008 har som uppgift att sprida information, utveckla samarbete, strukturera utbildning, främja patientsäkerhetskulturen och implementera säker läkemedelsbehandling (European Union Network for Patient Safety).

Enligt Europeiska kommissionen råkar uppskattningsvis 8–12 procent av alla patienter som läggs in på sjukhus i ett EU-land ut för någon form av incident eller felbehandling: vårdrelaterade infektioner (25% av alla avvikelser), felmedicinering, fel på sjukvårdsutrustning, feldiagnos och utebliven åtgärd (Europeiska kommissionen. GD Hälsa och livsmedelssäkerhet. Folkhälsa. Patientsäkerhet. Policy).

I Sverige har Sveriges kommuner och landsting utvecklat ett verktyg för patientsäkerhetsarbetet som fått namnet *Nationellt ramverk för patientsäkerhet*.

Ramverket består av tre perspektiv: hälso- och sjukvården är patientfokuserad, kunskapsbaserad och organiserad.

Det är en enkel struktur som åskådliggör patientsäkerhetsarbetet och hjälper vårdorganisationerna att utveckla och förbättra patientsäkerheten och att identifiera det som är bra och säkert inom organisationen och det som bör förstärkas.

USA:s nationella patientsäkerhetsorganisationer är Patient Safety Network, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) och Joint Commission on the Patient Safety Agency (NPSA) och i Danmark Dansk Selskab for Patientsikkerhed (DSFP). I Australien Australian Patient Safety Foundation (APSF) och i Sverige är det Socialstyrelsen som fungerar som ansvarig.

4.2 Patientsäkerheten i Finland

I mitten av 2000-talet lyftes patientsäkerheten fram som en del av kvalitetssäkringen i vården i Finland. År 2005 förvekligades projektet ”Viisas oppii virheistä” vid Peijas sjukhus och resulterade i att patientsäkerheten började utvecklas i Finland (Mustajoki 2005, 2623-2625).

Enligt social- och hälsovårdsministeriet är patientsäkerhet en central del av vårdkvaliteten. År 2009 utgavs den första finländska patientsäkerhetsstrategin genom försorg av social- och hälsovårdsministeriet som också tillsatte en styrgrupp för främjande av patientsäkerheten. Denna styrgrupp utarbetade strategin vars syfte var att utveckla en enhetlig patientsäkerhetskultur i Finland. Institutet för hälsa och välfärd (THL) ansvarade för uppdatering av strategin och STM stadfäste den (STM, publikation 4:2009. Finländska Patientsäkerhetsstrategin 2009 -2013).

Huvudmålen i den finländska patientsäkerhetsstrategin 2009–2013 var: patientens deltagande, patientsäkerheten hanteras genom förutseende arbete och erfarenhet, riskmoment rapporteras och vi lär oss av dem, patientsäkerheten främjas systematiskt och med tillräckliga resurser samt att patientsäkerheten beaktas i forskningen och undervisningen inom hälsovården (STM, publikation 4:2009. Finländska Patientsäkerhetsstrategin 2009-2013).

I juni 2017 utgav STM en uppdaterad patient- och klientsäkerhetsstrategi 2017 - 2021. Denna strategi är uppgjord i samarbete med förvaltningsinstitutioner, Finlands patientsäkerhetsförening och aktörer på fältet. I detta nya åtgärdsprogram behandlas säkerheten ur fyra perspektiv: säkerhetskultur, ansvar, ledarskap och förordningar (STM. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021).

Den nya patient- och klientsäkerhetsstrategins (2017 - 2021) centrala innehåll är att vården och servicen skall ges vid rätt tidpunkt, vara säker och effektiv och orsaka minsta möjliga risker för patienten och klienten. Strategin betonar patientens/klientens och anhörigas aktiva roll och betonar också att riskhanteringen är en del av kvaliteten och patient/klientsäkerheten. Enligt social- och hälsovårdsministeriets nya strategi skall processerna och verksamheten trygga och skydda patienter och klienter från riskhändelser. Resurser och kunskap som krävs för en säker vård och uppföljning och utveckling av kvalitet och säkerhet bör vara säkerställda. Också nationellt bör patient/klientsäkerheten utvecklas (STM. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017 - 2021).

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) skall vården baseras på evidens, god vårdpraxis och goda rutiner. Den ska vara högkvalitativ och säker och bedrivs på behörigt sätt. Enligt lagen ska verksamhetsenheterna göra upp en plan för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses. I planen ska samarbetet med serviceproducenterna inom socialvården beaktas i syfte att främja patientsäkerheten. I social- och hälsovårdsministeriets förordning (341/2011) om kvalitetsledning och patientsäkerhet anges mer detaljerat vad planen skall innehålla.

År 2010 grundades Patientsäkerhetsföreningen i Finland. Föreningens mål är att främja patientsäkerheten och forskning om patientsäkerhet. Föreningen ordnar också seminarier, konferenser och utbildning inom patientsäkerhet. Föreningen har också som mål att utveckla samarbetet med andra organisationer inom vården (Patientsäkerhetsföreningen i Finland rf).

År 2011 startade THL programmet ”Potilasturvallisuutta taidolla”. Syftet med programmet var att man inom hälso- och sjukvården (och delvis inom socialvården) skulle arbeta i en för patientsäkerheten gynnsam miljö och att det i vården skulle finnas kvalitativa och användbara redskap för främjandet av patientsäkerheten. Programmet avslutades 2015 och enligt slutrapporten uppnådde man målet som var kommunikation och en bra nationell grund för patientsäkerhetsarbetet (THL. Potilasturvallisuus taidolla-ohjelma).

Patientsäkerhetsporten (Potilasturvaportti) är ett digitalt utbildningsredskap i patient/klientsäkerhet. Webb-kurserna ger vårdpersonalen grundkunskaper och praktiska arbetssätt för att främja patientsäkerheten. Utbildningen är avsedd för personer som arbetar i direkt

patientkontakt, det vill säga läkare och skötare, men den innehåller viktig information även för andra yrkesmänniskor inom social- och hälsovården.

4.3 Vad bör en kvalitets- och patient/klientsäkerhetsplan innehålla

Patient/klientsäkerhetsplanen är ett instrument för att minska de vårdrelaterade skadorna och felbehandlingarna.

Omsättningen av planen i praktiken förutsätter ett effektivt patientsäkerhetssystem.

Enligt Social- och hälsovårdsministeriets förordning 341/2011 skall planen innehålla:

1. Ledning av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet och ledningens ansvar
2. Principer och praxis som stöder en säker och kvalitativ vård samt värderingar och metoder som möjliggör och stöder en öppen säkerhetskultur
3. Personalens deltagande i utvecklandet av patientsäkerheten
4. Utbildning och handledning av personalen
5. Hantering av säkerhetsrisker
6. Kvalitetsledningsdokument
7. Patienten och anhörigas deltagande
8. Identifiering och rapportering av avvikelser och negativa händelser
9. Samarbete mellan enheter och inom regionen/sjukvårdsdistriktet

I planen skall också beskrivas hur den skall verkställas och hur patienter och anhöriga skall få information om planen och deras möjligheter att påverka.

4.3.1 Ledning av kvalitets- och patient/klientsäkerhetsarbetet och ledningens ansvar

I planen ska överenskommas de ansvariga personerna samt aktörerna i fråga om kvalitetsledning och tillgodoseende av patientsäkerheten samt på vilket sätt ledningen svarar för förutsättningarna och resurserna att bedriva verksamhet som är högkvalitativ och säker för patienterna.

Enligt Rosengren (2014, 87) är det ledningens uppgift att hushålla med offentliga finanser på ett optimalt sätt. Resurserna är begränsade och focus borde ligga på effektivitet och hög kvalitet och inte enbart på produktivitet.

Ledningen bär huvudansvaret för kvaliteten och patientsäkerheten. Det hör till organisationens ledning att betona patientsäkerheten i all verksamhet. Ledningen har också ansvar för att det finns tillräckligt med resurser som till exempel personal och kompetens och att resurserna är rätt fördelade. Då ekonomiska beslut görs skall alltid patientsäkerheten tas i beaktande (Institutet för hälsa och välfärd 2012, 12).

Enligt planen för verkställande av kvalitetsledning och patientsäkerhet vid Vasa centralsjukhus skall organisationens ledning:

- lyfta fram kvaliteten och patientsäkerheten som primära värden i verksamheten samt stöda utvecklingen av en öppen och rättvis patientsäkerhetskultur
- årligen, i verksamhetsberättelsen, redogöra för de åtgärder som vidtagits för att främja patientsäkerheten, men även för de effekter som dessa åtgärder har haft
- styra organisationens strategiska mål utgående från patienternas behov och följa upp hur den patientorienterade verksamheten har omsatts i praktiken
- i samband med beslutsfattande utvärdera hur de planerade åtgärderna inverkar på de befintliga tillvägagångssätten, resurserna och kunskapskraven
- följa upp utvecklingen av patientsäkerheten utgående från fastställda mätare och använda mätningresultaten för att utveckla verksamheten
- säkerställa att aktuella och behövliga processbeskrivningar, vårdprotokoll samt vårdkedjor har uppgjorts och finns till förfogande

(Plan för verkställande av kvalitetsledning och patientsäkerhet vid Vasa centralsjukhus 2016, 6 - 7).

För att personalen skall kunna utföra en kvalitativ och säker vård bör det finnas klara regler, rutiner och en klar ansvarsfördelning. Organisationens ledning ansvarar för att det finns en sorts ordning och reda i verksamheten och att den kontinuerligt utvärderas och förbättras (Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård 2012, 5).

I Vasa Centralsjukhus plan för verkställande av kvalitetsledning och patientsäkerhet vid Vasa Centralsjukhus (2016) finns också en klar beskrivning om förmännens ansvar och

primära uppgifter som är att säkerställa, följa upp och utveckla smidigheten i verksamheten.

Vid verkställandet av kvalitets- och patientsäkerhetspolicyn ska förmännen:

- på arbetsenheten upprätthålla en öppen diskussion om kvalitet och patientsäkerhet samt främja utvecklingen av en icke skuldbeläggande atmosfär
- uppmuntra till rapportering av kvalitetsavvikelser och farliga situationer samt utveckla verksamheten utgående från den inkomna responsen
- regelbundet lyfta fram kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor på arbetsplatsmöten, personalmöten och avdelningstimmar samt förbinda sig vid att följa upp enhetens fastställda mätare på uppföljningstavlan i enlighet med det fastställda uppdateringsintervallet. Dessutom ska de ge personalen möjlighet att framföra egna åsikter om hur verksamheten kunde utvecklas
- ansvara för prioriteringen och förverkligandet av de utvecklingsidéer som antecknats på uppföljningstavlan
- satsa på att få alla personalgrupper engagerade i de gemensamma tillvägagångssätten. Personalens kunskaper om teamarbete stöds med fortbildning.
- säkerställa att det på verksamhetsenheten finns ett klart introduktionsprogram för vikarier och nya arbetstagare, samt övervaka att programmet tillämpas. Dessutom ska förmännen planera hur nyanställda ska delta i organisationens mångprofessionella introduktionsprogram samt se till att personalen i tillräcklig utsträckning ges introduktion innan nya tillvägagångssätt, ny vårdpraxis eller utrustning tas i bruk
- att ge personalen konstruktiv kritik regelbundet och i rätt tid

(Plan för verkställande av kvalitetsledning och patientsäkerhet vid Vasa Centralsjukhus 2016, 7).

Organisationens ledning skall också utse en eller flera personer som ansvarar för patientsäkerheten. Vid behov kan organisationens ledning utse en grupp som ansvarar för genomförandet, uppföljning och utveckling av patientsäkerheten (Institutet för hälsa och välfärd 2012, 12). Det rekommenderas också att organisationen utser en person som är ansvarig för utvecklingen av kvalitetsarbetet. Dessa ansvarspersoner ansvarar för att kvalitetsledningen och patientsäkerheten utvecklas och fungerar som sakkunniga inom organisationen (Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård 2012, 6).

4.3.2 Öppen säkerhetskultur

I planen ska överenskommas om sådana principer och praxis för personalledningen som stöder en högkvalitativ och säker verksamhet samt värderingar och förfaranden som stöder en öppen säkerhetskultur

1 § 1 mom. 2 punkten i SHM:s förordning

Gott ledarskap är mycket viktigt för att skapa en öppen säkerhetskultur. Avsikten med 1 § 1 mom. 2 punkten i förordningen är att fästa uppmärksamhet vid vikten av ett gott ledarskap vid åstadkommandet av en öppen säkerhetskultur på arbetsplatsen. Ett ledarskap som stöder en högklassig och säker verksamhet inbegriper en öppen och icke skuldbeläggande verksamhetskultur. Att personalen förbinder sig till patientsäkerhetsarbetet är avgörande för hur arbetet lyckas.

Enligt Arbetsskyddsförvaltningen skall arbetsgivaren leda säkerheten och:

- skapa en säkerhetskultur och rutiner på arbetsplatsen
- fastställa skyldigheterna och befogenheterna
- säkerställa kompetensen och resurserna
- informera om säkerhetsrelaterade frågor

(Arbetarskyddsförvaltningen 2017)

Enligt Arbetarskyddsförvaltningen påverkas säkerhetskulturen av ledningens uppfattning om säkerhetsarbetet och dess betydelse. Ledningen visar sitt intresse och engagemang för säkerhet genom regelbundna rundvandringar på avdelningarna och att säkerhetsfrågor diskuteras kontinuerligt (Arbetarskyddsförvaltningen 2017).

Enligt Reiman (2013) är patientsäkerheten inte något stabilt som man kan börja ”använda” eller ”uppnå”. Patientsäkerheten måste återskapas varje dag. Människorna i en organisation skapar både säkerhet och risker.

Reiman anser också att det är viktigt att förbättra organisationens förmåga att förutse och monitorera faror, att reagera och att lära sig något av det som hänt då säkerheten brister (Reiman 2013).

4.3.3 Personalens deltagande

I planen ska överenskommas om förfaranden genom vilka personalen deltar i det multidisciplinära utvecklandet av kvalitetsledningen och patientsäkerheten samt får respons med tanke på lärandet i arbetet och utvecklandet av sin egen verksamhet.

1 § 1 mom. 3 punkten i SHM:s förordning

Personalen bör få delta och höras då organisationen gör upp en säkerhetsplan. Detta för att personalens kunskap om, förståelse och motivation för patient/klientsäkerhet skall stärkas och utvecklas. Organisationen och personalen lär sig upptäcka/se och förhindra risker som finns i vården (Institutet för hälsa och välfärd 2012, 15).

Hela personalen bör vara medveten om de risker som finns i vården och hur dessa risker hanteras både inom den egna enheten men också inom hela organisationen. Detta kallas patientsäkerhetskompetens. Till patientsäkerhetskompetens räknas också förmågan till kommunikation och samarbete (Institutet för hälsa och välfärd 2012, 15).

Det är ledningens uppgift att se till att det finns klara direktiv om förfarande då patientsäkerhetsrisker upptäcks. Också arbetsprocesserna, arbetsmetoder och rekommendationer skall vara begripliga och finnas lättillgängliga för personalen i det dagliga arbetet (Institutet för hälsa och välfärd 2012, 15).

4.3.4 Utbildning och handledning

I planen ska överenskommas om sådan inskolning av personalen som är ett villkor för högkvalitativ och säker verksamhet samt utbildning och handledning för studerande vid verksamhetsenheterna.

1 § 1 mom. 4 punkten i SHM:s förordning

Organisationens kompetens- och resurskrav måste finnas beskrivna i patient/klientsäkerhetsplanen. Patientsäkerheten kan tryggas och utvecklas om ny personal har kompetens för sin uppgift och får tillräckligt med adekvat inskolning. Också

kontinuerlig fortbildning och kompetensbedömning påverkar patientsäkerheten positivt (Institutet för hälsa och välfärd 2012, 15).

I arbetskyddslagen § 14 (23.08.2002/738) finns angivet arbetsgivarens skyldighet att ge arbetstagarna tillräckligt med introduktion, information, undervisning och handledning. Detta för att säkerställa arbetstagarens säkerhet på arbetsplatsen. Tillräcklig introduktion, handledning och information om rätta arbetsmetoder och säkerhetsanvisningar främjar också patientsäkerheten på vårdenheter. Enligt Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård bör arbetsgivaren säkerställa att personalen får den introduktion som behövs för att kunna utföra ett gott arbete (2012, 16).

Enligt lagen om samarbete mellan kommunal arbetsgivare och arbetstagare § 4 a (13.4.2007/449) skall en utbildningsplan utarbetas årligen. Då planen utarbetas skall personalens yrkeskunnande och förändringarna i kraven på yrkeskunnande bedömas. Planen görs upp enligt denna bedömning. Enligt Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård är fortbildningens mål att personalen upprätthåller, förbättrar och fördjupar kompetensen. Utbildningen planeras enligt organisationens målsättning, personalens behovsbedömning och förbättringsplaner (2012, 17).

Att utveckla personalens patientsäkerhetskompetens är en viktig del i patientsäkerhetsplanen. Personalen skall också systematiskt skolas i organisationens metoder och praxis vad gäller patientsäkerhet. Studerande och ny personal och deras kompetens bör tas i särskilt beaktande, men inskolning behövs också då arbetsuppgifter eller metoder ändras (Institutet för hälsa och välfärd 2012, 15).

Patientsäkerhetsporten (potilasturvaportti) är ett hjälpmedel i inskolning av personal. Det är en utbildning i patientsäkerhet i en digital verksamhetsmiljö. Patientsäkerhetsporten har utvecklats i samarbete med Institutet för hälsa och välfärd (THL). Duodecim har också en omfattande nätkurs i Oppiportti som består av nio olika delar som behandlar patientsäkerhet. Kursen har utvecklats i samarbete med styrgruppen för främjande av patientsäkerhet vid HNS (HUS). Båda dessa kurser behandlar patientsäkerhet ur ett brett perspektiv.

Om arbetsgivaren upptäcker brister i kompetens hos personalen kan arbetsgivaren beordra utbildning, ge handledning, anmärkning eller varningar. Organisationens ledning har det

övergripande ansvaret för patientsäkerheten och är vid behov skyldig att anmäla till tillsynsmyndigheterna eller avbryta en sådan verksamhet som äventyrar patientsäkerheten (Institutet för hälsa och välfärd 2012, 15).

4.3.5 Patientens/klientens och de närståendes deltagande

I planen ska överenskommas om förfaranden för att patienter och deras anhöriga ska kunna ge respons på brister i kvalitetsledningen och patientsäkerheten, samt förfaranden för att informera och stödja patienter och deras anhöriga efter det att en patient drabbats av en negativ händelse.

1 § 1 mom. 5 punkten i SHM:s förordning

I planen ska överenskommas om förfaranden genom vilka patienterna och deras anhöriga ska informeras om planen och om sina möjligheter att främja och påverka kvalitetsledningen och patientsäkerheten.

3 § Information till patienter i SHM:s förordning

Enligt THL borde patienten ha möjlighet att delta i planeringen och utförandet av vården. För att patienten skall ha möjlighet att aktivt delta måste hen få tillräckligt med information och rådgivning redan i planeringsskedet. Patienten måste få information så att hen förstår den och hen måste ha möjlighet att diskutera med personalen. Också patientens närstående kan ta del av given information om patienten så vill. Det är också ytterst viktigt att uppmana patienten att ge personalen uppgifter som inte kanske annars finns tillgängliga (Institutet för hälsa och välfärd 2012, 17).

Trots att både patienten och personalen skall ta ansvar för säkerheten då vården planeras och utförs är det alltid organisationens ledning som bär huvudansvaret för patientsäkerheten (Institutet för hälsa och välfärd 2012, 18).

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) är sjukvården baserad på en plan. I lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992), finns i 4 § beskrivet hur en plan för undersökning, vård och medicinsk rehabilitering skall utarbetas. Inom hälso- och sjukvården kallas denna plan för *hälso- och vårdplan* medan den inom äldreomsorgen kallas *service- och vårdplan*. Inom rehabiliteringen kallas planen för *rehabiliteringsplan*.

Enligt K5:s plan för kvalitetsledning och patientsäkerhet stärker vårdplanen patientens ställning, vårdens kvalitet och patientsäkerheten. Patienten (eller någon närstående/ anhörig) och vårdpersonalen utarbetar och uppdaterar vårdplanen som skriftligt dokumenteras i patientjournalen. Vårdplanen ger också patienten ansvar genom egenvård. Grunden i planen är patientens vårdbehov och uppställda mål (2012, 18)

Om en patient råkar ut för en negativ händelse i vården eller om patienten är missnöjd med den vård hen fått bör personalen öppet informera patienten eller dennes företrädare om detta. I patientsäkerhetsplanen skall finnas information om hur patienter/anhöriga skall gå tillväga vid misstanke om patientskada eller om patienten vill göra en anmärkning eller ett klagomål. Det är ytterst viktigt att både patienter, anhöriga och personalen rapporterar om brister i patientsäkerheten. I patientsäkerhetsplanen bör också framgå hur dessa rapporter behandlas inom organisationen (Kust-Österbottens samkommun för social- och primärvård 2012, 19).

4.3.6 Kvalitetsledningsdokument

I planen ska överenskommas om de kvalitetsledningsdokument som används i verksamheten.

1 § 1 mom. 6 punkten i SHM:s förordning

I patientsäkerhetsplanen bör finnas upptaget de dokument som organisationen använder för att garantera en säker och kvalitativ vård. Planen för läkemedelsbehandling, instruktioner hur bekämpa vårdrelaterade infektioner, beredskapsplan för pandemi och räddningsplan (THL 2012, 19 - 22).

Varje organisation bör ha en läkemedelsplan och varje enhet som hanterar läkemedel inom organisationen gör upp en egen plan utifrån organisationens direktiv.

Läkemedelsplanen bör innehålla ansvars- och arbetsfördelning, personalens skyldigheter, tillståndspraxis, anvisningar om hur avvikelser anmäls och behandlas. Också läkemedelsförsörjning, dokumentation och patientinformation bör finnas beskrivet i planen. Planen för läkemedelsbehandlingen bör uppdateras årligen och riskerna inom läkemedelsbehandling på enheterna skall då tas i beaktande (THL 2012, 20).

Inom Vasa sjukvårdsdistrikt används den av Vasa centralsjukhus uppgjorda läkemedelsplan för hela distriktet: *Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen Vaasan sairaanhoitopiirissä opas turvallisen lääkehoidon toteuttamiseen 2016*.

VCS har dessutom gjort en modell till en läkemedelsplan för primärhälsovårdens enheter för att underlätta och harmonisera principerna för läkemedelsbehandling. Organisationens/enhetens ledning har ansvaret för att planen uppgörs, verkställs och efterföljs. Regionförvaltningsverkets uppgift är att kontrollera att organisationerna har en uppdaterad verkställd plan för läkemedelsbehandling (Vasa sjukvårdsdistrikt 2016, 4).

Bekämpning av vårdrelaterade infektioner hör till patientsäkerheten. Begreppet vårdrelaterad infektion kallades tidigare sjukhusinfektion. En vårdrelaterad infektion uppkommer på sjukhus eller är sammankopplad med en åtgärd som utförts på ett sjukhus. De mest förekommande vårdrelaterade infektionerna är infektioner i operationsområdet och urinvägarna, lunginflammation och sepsis. Det har uppskattats att det årligen förekommer 50 000 vårdrelaterade infektioner i Finland, och 1 500–5 000 personer dör på grund av en vårdrelaterad infektion (Institutet för hälsa och välfärd 2017).

Infektionsprogrammet SIRO används för att bekämpa vårdrelaterade infektioner. Alla universitetssjukhus i Finland och en del andra sjukhus deltar i detta program. Målet med SIRO är att övervaka, hitta gemensamma definitioner, metoder, anvisningar och rekommendationer. Andra mål är utbildning och forskning (Institutet för hälsa och välfärd 2017).

I Statsrådets förordning om smittsamma sjukdomar (2017/146) och i lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) finns sjukdomarna klassificerade och angivet myndigheternas och kommunernas uppgifter. I denna lag och förordning finns också direktiv om vårdrelaterade sjukdomar och om registreringen av dessa. Kommunerna är enligt lagen om smittsamma sjukdomar skyldiga att bekämpa dessa sjukdomar. Sjukvårdsdistrikten fungerar som styrande organ.

Enligt Social- och hälsovårdsministeriet är målet för beredskapsplanen för pandemi att begränsa de skadliga verkningar som en pandemi orsakar samt säkerställa samhällsfunktionerna. I beredskapsplanen beskrivs till exempel metoder för bekämpning,

etik, ansvarsområden, material som behövs, vaccinationer och samarbete (Social- och hälsovårdsministeriet, publikation 2012:259. Nationell beredskapsplan för en influensa-pandemi).

Varje organisation är enligt lagen också skyldig att utarbeta en räddningsplan som skall beskriva olika risksituationer som kan uppkomma inom enheterna. Planen skall innehålla anvisningar och dokument för enheterna. Patientsäkerheten och kvaliteten tryggas genom systematisk utvärdering av risker och säkerhet. I säkerhetsplanen (räddningsplanen) ingår allmän information om säkerheten, säkerhetsrisker, säkerhetssystem och åtgärdsplaner (Social- och hälsovårdsministeriet, publikation 2011/16. Riskhantering och säkerhetsplanering).

4.3.7 Säkerhetsrisker - hantering, dokumentering och informationsutbyte

I planen ska överenskommas om kartläggning av säkerhets- och kvalitetsproblem samt identifiering och hantering av säkerhetsrisker.

1 § 1 mom. 7 punkten i SHM:s förordning

Planen ska behandla åtminstone nödvändig tillgång på service, vårdkedjor, verksamhetsenhetens fysiska miljö, infektioner som anknyter till hälso- och sjukvården, läkemedelsbehandling och tillhandahållande av läkemedelsförsörjning, produkter och utrustning för hälso- och sjukvården, personalen, personalens arbetsfördelning och kompetens, informationssystemen och anteckningar i journalhandlingar samt informationsutbytet inom verksamhetsenheterna och mellan dem.

1 § 2 mom. i SHM:s förordning

Då en vårdenhet fokuserar på säkerhet beaktas både patienternas och personalens säkerhet. Ledningen i en välfungerande organisation måste ge klara riktlinjer och strukturer hur säkerhetsrisker skall utvärderas och hanteras. Riskerna i arbetsmiljön, processerna,

handlingssätten och instruktionerna måste identifieras och värderas kontinuerligt (Kust-Österbottens samkommun för social- och primärvård 2012, 10).

Riskhantering är en kontinuerlig process där risker identifieras, analyseras och konsekvenser minimeras. Man försöker också hitta orsaken till risken. Målet med riskhantering är att eliminera eller att minska riskerna och konsekvenserna av dessa, till en acceptabel nivå (Helovu, Kinnunen, Kuosmanen & Peltomaa, 2015).

I planen för verkställande av kvalitetsledning och patientsäkerhet vid Vasa centralsjukhus beskrivs riskhantering i en modell. Det rekommenderas att både organisationen och arbetsenheterna använder samma modell för riskbedömning. Både organisationen och dess arbetsenheter bör identifiera de risker som finns i deras verksamhet samt bedöma hur allvarliga riskerna är och om det finns risk att de förverkligas (Vasa sjukvårdsdistrikt 2016, 24 - 25).

I social- och hälsovårdsministeriets publikation 2011/16 om riskhantering och säkerhetsplanering finns en modell för riskhantering. Modellen utgår från begrepp som bedömning, utvärdering, uppföljning och intern kontroll.

Riskanalyser görs på enskilda arbetsprocesser, enheter och samarbete mellan dessa och också på organisatorisk nivå. En riskanalys på organisatorisk nivå är mer omfattande än en riskanalys på en enskild process (Kust-Österbottens samkommun för social- och primärvård 2012, 11).

Enligt THL borde enheterna också utarbeta behandlingsprotokoll för de vanligaste sjukdomar som behandlas vid enheten. Då behandlingskedjor (servicekedjor), som sträcker sig mellan organisationerna utarbetas, bör man speciellt fästa uppmärksamhet vid informationsutbytet och patientförflyttningarna (Institutet för hälsa och välfärd 2012, 23).

Enligt lagen om produkter och utrustning för hälso- och sjukvård (2010/629) skall varje organisation ha en ansvarsperson för säkerheten hos produkter och utrustning. I 25§ i denna lag finns direktiv om tillvägagångssätt vid riskhändelser (Lag om produkter och utrustning för hälso- och sjukvård 2010/629).

I patientsäkerhetsplanen bör också finnas direktiv om dokumentation. I THL:s handbok om strukturerad dokumentation och på Kanta-tjänsters webskola (Kanta 2017) finns utförlig information som organisationerna kan använda vid skolning av personal. Strukturerad

dokumentation är grundläggande då elektroniska patientjournaler används. Patientjournalerna är viktiga dokument som påverkar patientsäkerheten (Virkkunen, H., Mäkelä-Bengs, P. & Vuokko, R 2015, 15). Dokumenteringen är lagstadgad. I social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar (2009/298) finns anvisningar som är klara och tydliga och är till hjälp då organisationen gör upp anvisningar (Social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar 2009/298).

År 2012 utgav social- och hälsovårdministeriet publikationen *Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely – opas terveydenhuollolle*. Handboken innehåller information och lagstiftning om dokumentation och journalhandlingar. I handboken finns också direktiv om informationsutbyte mellan organisationer inom vården samt mellan patienter och vårdpersonal (Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely opas terveydenhuollolle Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus julkaisuja 2012:4).

4.3.8 Rapportering, anmälningssystem och korrigerande åtgärder

I planen ska överenskommas om identifiering och rapportering av avvikelser och negativa händelser, anmälandet av negativa händelser till vårdanmälningssystemet samt rapportering som krävs enligt andra författningar och förfaranden vid korrigerande åtgärder.

1 § 1 mom. 8 punkten i SHM:s förordning

Att rapportera avvikelser, risker och negativa händelser förbättrar patientsäkerheten. Varje organisation bör ha klara direktiv om hur personalen och patienter/anhöriga skall gå tillväga då en avvikelse, risk eller negativ händelse upptäcks. Det hör till organisationens ledning och förmän att skapa ett klimat som inte är skuldbeläggande utan öppet och rättvist. Inkomna rapporter om risker bör behandlas regelbundet och systematiskt på både enheterna och på organisationsnivå. Dessa anmälningar och rapporter används för att förbättra patientsäkerheten och också arbetsmiljön (THL 2012, 28 - 29).

4.3.9 Regionalt samarbete

I planen ska överenskommas om det samarbete som behövs med andra verksamhetsenheter inom social- och hälsovården vid kvalitetsledning och tillgodoseende av patientsäkerheten inom området för en samkommun och för ett sjukvårdsdistrikt.

1 § 1 mom. 9 punkten i SHM:s förordning

En säker vård förutsätter samarbete. Vård- och servicekedjor är överenskommelser mellan vårdgivare om hur patientgrupper skall skötas. Det är viktigt att beakta patientsäkerhetsriskerna då dessa kedjor görs. Också samarbete med socialvården skall tas i beaktande. Det finns olika aktörer både i den privata som i den offentliga sektorn som vårdar patienten. Det är därför ytterst viktigt, med tanke på patientsäkerheten, att vård- och servicekedjorna är smidiga och välplanerade. Patientsäkerhetsplanen beskriver hur man inom regionen arbetar för att samordna kvalitet och patientsäkerhet (THL 2012, 31).

5. Metod

I detta avsnitt av arbetet beskrivs metoden för datainsamling och dataanalys. Respondenten kommer att utföra examensarbetet i form av en litteraturstudie. Examensarbetet kommer att basera sig till största delen på studie av lagar, förordningar och dokument. Respondenten har valt att utgå från Arksey och O'Malleys scoping review, också kallad översiktsstudie.

5.1 Scoping review – en översiktsstudie

Scoping review har beskrivits som en bred översiktsstudie. Enligt Dijkers (2015) har de flesta forskarna som beskrivit scoping review utgått från Arksey och O'Malleys metodologiska ram som publicerades 2005. Denna metod kan användas för att få en uppfattning om forskning inom ett område och sedan avgöra om en heltäckande, systematisk studie kan göras. En översiktsstudie kan också göras för att finna och identifiera forskningsområden inom vilka det gjorts lite eller ingen forskning (Forsberg & Wengström 2016, 169).

Enligt Forsberg och Wengström (2016, 169 - 172) kan scoping review användas för att undersöka omfattningen av forskningen inom ett område, identifiera passliga parametrar

och definiera syfte och frågeställning till en systematisk litteraturstudie. Resultaten då man undersöker omfattningen av forskning behöver inte beskrivas i detalj utan mer översiktligt. Scoping review inkluderar ett begränsat antal studier. Den innefattar vetenskapliga artiklar, rapporter, avhandlingar och kliniska riktlinjer.

Scoping review är användbar som grund då en systematisk litteraturstudie planeras. Den ger en uppfattning om forskning som gjorts inom området utan kvalitetsvärdering och slutledning (Forsberg & Wengström 2016, 172). Arksey och O'Malley betonar att detta inte är en linjär process som i en systematisk litteraturstudie, utan processen går fram och tillbaka mellan tidigare fakta och ny data och förändringar kan ske både i sökningarna och frågeställningen under studiens gång (Dijkers 2015).

Trots att scoping review ger en stor frihet finns det dock en klar och tydlig arbetsordning som bör följas. I Forsberg och Wengström (2015, 173) beskrivs en arbetsordning som använts i en scoping review som gjorts inom hemvården (Godfrey, Harrison & Lang 2013, 82 - 130). Enligt Forsberg och Wengström (2015, 173) bör titeln vara koncis och beskrivande. Bakgrunden skall klarlägga huvudområdet, begreppen och den kunskap som redan finns inom området. Målet, som kan vara brett, skall beskrivas tydligt. Frågorna skall vara styrande, specifika och konsistenta med titeln. Litteratursökning i scoping review och systematiska litteraturstudier görs på samma sätt. I scoping review söks både publicerad och opublicerad litteratur (Forsberg & Wengström 2016, 175).

I resultatet skall identifierade och inkluderade studier anges. Sökprocessen skall också beskrivas samt beslut som fattas under processens gång. Processen beskrivs i ett flödesschema (Forsberg & Wengström 2016, 176). Enligt Forsberg och Wengström (2016, 177) kan resultatet presenteras i text eller med hjälp av tabeller och diagram. Resultatet skall relatera till syftet och frågeställningarna. I diskussionsdelen bör resultaten diskuteras djupgående i förhållande till befintlig litteratur, klinisk praktik och riktlinjer. Enligt Arksey och O'Malley (2005, 11) är konsultation ett valfritt steg i scoping review. Konsultation innebär att man delar, diskuterar och värderar resultaten med expertis. Enligt författarna har konsultation väsentligt förbättrat deras arbete.

5.2 Scoping review steg för steg

I examensarbetet har respondenten följt Arksey och O'Malleys modell för scoping review som innehåller sex olika steg. Stegen i modellen är att identifiera frågorna, identifiera relevanta studier, urval, datasammanställning, resultat och konsultation.

I en scoping review upprätthåller man en bred, undersökande och öppen forskningsfråga (Forsberg & Wengström 2016,171). Enligt Arksey och O'Malley (2005, 9) är utgångspunkten att identifiera den forskningsfråga som ska behandlas. Den är vägledande då sökstrategier uppgörs. Författarna rekommenderar att hålla forskningsfrågan bred, öppen och undersökande. Forskningsfrågan i detta examensarbete uppkom genom att respondenten planerade att uppdatera organisationens kvalitets- och patient/klientsäkerhetsplan och ville gå grundligare in på vad en sådan plan bör innehålla för att säkerställa patient/klientsäkerheten. Resultatet blev en uppdaterad kvalitets- och patient/klientsäkerhetsplan.

I en översiktsstudie (scoping review) söks litteratur till exempel på websidor, databaser, tidskrifter, nätverk och referenslistor (Forsberg & Wengström 2016,171). Eftersom examensarbetet baserar sig på lagar och förordningar gjordes sökningar främst i Finlands författningssamling och på beprövade och tillförlitliga finländska och utländska websidor, främst inom Europa.

Vid urval av relevant litteratur till en översiktsstudie skall man använda breda kriterier oftast utan kvalitetsbedömning för att skapa en bred täckning, att söka bredd snarare än djup. Täckningen skall vara så omfattande som möjligt vid identifiering av material som kan användas för att svara på forskningsfrågan (Arksey & O'Malley 2005, 10). Enligt Forsberg och Wengström (2016, 171) är urvalet i en scoping review en process och inkludering- och exkluderingkriterierna utvecklas efter att man granskat artiklar man funnit. Vid urvalet utgick respondenten från de lagar som stiftats i Finland vad gäller patientsäkerhet. Vid sökning på websidor och i databaser har respondenten använt sökorden ”patientsäkerhet”, ”potilasturvallisuus”, ”patientsafety”, ”patientsäkerhetsplan” och ”potilasturvallisuussuunnitelma”. Sökkriterierna var att språket skulle vara på svenska, finska eller engelska.

Under arbetets gång kan den dokumenterade datan grupperas i en matris som kan innehålla rubriker som till exempel författare, publiceringsår, undersökningsgrupp, studietyp, syfte,

metod, utgång och resultat (Forsberg & Wengström 2016,171). Respondenten försökte först få en överblick över ämnet patient/klientsäkerhet för att sedan fokusera på patient/klientsäkerhetsplanen. Under arbetets gång har respondenten använt nationella anvisningar som styr både urvalet och sammanställningen av data. Vid insamlingen av data har Finlands lagstiftning fungerat som en ram som både begränsat och gett substans.

Scoping review strävar till att presentera en översikt över allt material som granskats och på grund av detta kan det uppstå problem med rapportering av resultat (Arksey & O'Malley 2005, 17). Enligt Forsberg och Wengström (2016,172) skall resultaten av varje studies utfall sammanfattas och diskuteras. Respondenten har följt riktlinjer som sakkunniga utfärdat och studerat lagar och förordningar samt andra organisationers patient/klientsäkerhetsplaner. Resultatet av detta blev en indelning enligt THL:s anvisningar. Respondenten har försökt se patient/klientsäkerheten ur ett brett perspektiv och sedan förenklat riktlinjerna för att till slut presentera den egna organisationens riktlinjer i en kvalitets- och patient/klientsäkerhetsplan.

Att konsultera till exempel forskare, organisationer och annan expertis ger enligt Arksey och O'Malley (2005, 20 - 21) ytterligare upplysning om potentiella studier samt värdefulla insikter om ämnet. Detta steg i modell för scoping review är viktig men valbar.

År 2012 utarbetades den första kvalitets- och patient/klientsäkerhetsplanen för vård- och omsorgscentralen i Kristinestad. Planen från år 2012 utarbetades enligt den finländska patientsäkerhetsstrategin som utgavs 2009 av social- och hälsovårdsministeriet. Kvalitets- och patient/klientsäkerhetsplanen för vård- och omsorgscentralen i Kristinestad utarbetades år 2012 som ett fyra månaders projekt och respondenten och organisationens kvalitetsansvarige fungerade som ansvarspersoner. För enheterna utsågs ansvars- och kontaktpersoner och förmännen fungerade som ansvarspersoner. Kontaktpersonerna valdes från olika yrkesgrupper inom organisationen. Detta för att garantera ett brett perspektiv. I organisationens arbetsgrupp för patientsäkerhet ingick representanter från högsta ledningen, förmän och ansvarspersonerna. Vasa centralsjukhus ordnade workshops som arbetsgruppen deltog i. Dessutom tillfrågades personalen på vård- och omsorgscentralen om deras syn på patientsäkerhet (Vård- och omsorgscentralen i Kristinestad 2012, 1). Vid uppdateringen av kvalitets- och patient/klientsäkerhetsplanen har respondenten använt sig av konsultation under hela processen. En ny arbetsgrupp för patient/klientsäkerhet på vård- och omsorgscentralen i Kristinestad (bilaga 1) har under arbetets gång varit till stor hjälp

för respondenten. Gruppen består förutom av respondenten av medlemmar från ledningen och personalen. Gruppen har sammanträtt med jämna mellanrum och diskuterat, utvärderat, gett riktlinjer och idéer och styrt innehållet i planen som lagarna ramat in. Gruppen har också vid behov behandlat olika problem och gett etiska riktlinjer. Denna styrgrupp har också varit aktiv och gett förslag till fortsatt utveckling av patientsäkerhetsarbetet inom organisationen. Respondenten har under en tre månaders period arbetat fyra timmar per vecka med uppdateringen av kvalitets- och patient/klientsäkerhetsplanen vid vård- och omsorgscentralen i Kristinestad.

6. Resultat

Resultatet för examensarbetet är en uppdaterad kvalitets- och patient/klientsäkerhetsplan för vård- och omsorgscentralen i Kristinestad (bilaga 2). Planen är indelad i tre delar. Del ett beskriver vård- och omsorgscentralens verksamhetsomgivning och organisationens patientsäkerhetspolicy. Del två innehåller organiseringen av kvalitets- och patient/klientsäkerhetsarbetet inom organisationen och del tre informationssäkerhet och dataskydd samt lagstadgade planer som stöder säkerhetsarbetet inom organisationen.

Respondenten kommer att enbart presentera del ett och del två i sitt examensarbete. Del tre kommer att uppdateras senare av organisationens dataskydds- och datasäkerhetsansvariga samt av organisationens ledning. Denna plan kommer att framläggas för godkännande i välfärdsnämnden i Kristinestad då alla delar av planen är uppdaterade.

7. Diskussion

Enligt Henricson (2016, 471-472) skall diskussionen binda ihop examensarbetet. I diskussionen skall resultatet tolkas och dess konsekvenser för vetenskap och kliniska praktik skall förklaras. Forsberg och Wengström skriver att resultatet av studien skall diskuteras djupgående och i förhållande till frågeställningen och befintlig kunskap. Också brister, svagheter och begränsningar bör diskuteras. Studiens teoretiska utgångspunkt bör också tas upp i diskussionen samt respondentens personliga och professionella utveckling som skett under arbetets gång (Forsberg & Wengström 2016, 178-179, 41-42).

7.1 Metoddiskussion

Bakgrunden i examensarbetet var baserad på givna förordningar och stiftade lagar vilket gjorde den både trovärdig och pålitlig men också ganska snäv och rigid. Andra organisationers kvalitet- och patient/klientsäkerhetsplaner användes också som referens för att stärka trovärdigheten. För att ge en sorts bas för patientsäkerheten tog jag också med patientsäkerhetens utveckling både internationellt och inom Finland vilket jag själv fann mycket intressant.

Scoping review användes som metod i examensarbetet. Metoden är utvecklad av Arksey och O'Malley. Denna metod passade bra i detta examensarbete eftersom det mesta av litteraturen som användes inte var direkt forskningsresultat utan lagar, förordningar, databaser och nätverk. I analysen av data användes alla sex stegen som beskrivs av Arksey och O'Malley. Som ett av de viktigare stegen i dataanalysen i detta examensarbete var konsultation. Detta steg är egentligen valbart enligt Arksey och O'Malley men blev en mycket grundläggande del av metoden för att resultatet av detta examensarbete skall kunna implementeras i praktiken.

Datainsamlingen begränsades ganska mycket av frågeställningen och syftet. Sökorden var få och jag försökte främst hitta litteratur om patientsäkerhetsplaner. Sökstrategin var inte tillräckligt genomtänkt utan utgick till viss del från min egen erfarenhet. Men eftersom examensarbetet resulterade i ett utvecklingsarbete så styrdes också datainsamlingen och dataanalysen av detta. Också den tidigare planen och dess innehåll och utformning spelade en stor roll då jag sökte material till den uppdaterade versionen. Jag anser dock att trovärdigheten och pålitligheten är ganska god i detta examensarbete eftersom resultatet baserar sig på Finlands lagar och förordningar och syftet och frågeställningen besvarades med hjälp av metoden. Också arbetsgruppens engagemang i detta utvecklingsarbete har höjt resultatets kvalitet.

Resultatet av detta examensarbete är till stor del specifikt för vård- och omsorgscentralen i Kristinestad. Del ett innehåller organisationens säkerhetspolicy och verksamhetsomgivning och del två metoder för patient/klientsäkerheten inom organisationen. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010, 8 § 4 mom) skall varje verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården göra upp en plan för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten

tillgodoses. Det finns alltså ingen allmän plan som gäller för alla organisationer inom hälso- och sjukvården i Finland, utan varje organisation gör upp en egen kvalitet- och patient/klientsäkerhetsplan utifrån förordningar som getts. Resultatet av detta examensarbete kan generaliseras endast till en del på grund av detta.

7.2 Resultatdiskussion

Syftet med examensarbetet var att genom att studera dokument, lagar och förordningar redogöra för vad en patient/klientsäkerhetsplan bör innehålla och att uppdatera kvalitets- och patient/klientsäkerhetsplanen för vård- och omsorgscentralen i Kristinestad för att säkerställa en trygg, kvalitativ och säker vård. Frågeställningen besvarades genom att respondenten studerade främst lagstiftningen i Finland men också olika tillförlitliga organisationers websidor och vetenskapliga artiklar användes. Dessa sammanfattades sedan i en plan för kvalitet och säkerhet (bilaga 2).

Frågeställningen var: Vad bör den uppdaterade kvalitets och patient/klientsäkerhetsplanen vid vård- och omsorgscentralen i Kristinestad innehålla för att säkerställa patient/klientsäkerheten. Respondenten utgick under hela arbetets gång från denna fråga. Det övergripande syftet med examensarbetet var att säkerställa en trygg, kvalitativ och säker vård för patienter och klienter som vårdas inom organisationen. Den bakomliggande teorin valdes för att förankra syftet och frågeställningen. Bakgrunden var stommen och svarade på syftet. Som forskningsmetod användes översiktsstudie. Jag anser att både syftet och frågeställningen i examensarbetet var tydliga.

Som teori valdes K.Segestens teori om trygghet. Segesten har beskrivit begreppet trygghet för att sedan redogöra för en begreppsmodell och konkreta handlingar för att åstadkomma trygghet. Segesten delar in trygghet i grundtrygghet och situationsrelaterad trygghet. Den situationsrelaterade tryggheten är beskrivande och användbar i ett examensarbete om kvalitet och patient/klientsäkerhet. Som exempel kan ges Segestens beskrivning av människans behov av information – också negativ. Information ger patienten en känsla av trygghet och på så sätt en möjlighet att forma en ny trygghet. Informationsutbyte mellan alla parter är en viktig del av säkerheten i vården. Enligt Segesten är den situationsrelaterade tryggheten en känsla av säkerhet och den förbinds till människans verklighet och omständigheter hon befinner sig i. Utgående från Segestens beskrivning kan patient/klientsäkerheten och dess synbarhet inom vården ge patienten/klienten en känsla av

situationsrelaterad trygghet i den situation hen befinner sig i. En plan för patient/klientsäkerhet ger information åt patienten om organisationens säkerhetspolitik och fungerar också som en metodbok för personalen och på så sätt stärks patientens trygghetskänsla och personalens kunnande.

Resultatet av examensarbetet är en kvalitets- och patient/klientsäkerhetsplan som utgår från bakgrunden i examensarbetet. Resultatet är egentligen föråldrat i det skede den publiceras. Patient/klientsäkerhet är något som hela tiden utvecklas och processer och metoder i en organisation skall förbättras kontinuerligt genom hantering av risker och avvikelser. Denna plan måste sålunda uppdateras kontinuerligt. Resultatet är upplagt i en logisk ordning från organisationen och dess syn på patientsäkerhet, till olika metoder som är specifika för organisationen vad gäller upprätthållande och utveckling av patientsäkerhet. Det fattas dock en del i planen. Orsaken till detta är att organisationen inte ännu har utvecklat tillräckligt med egna föreskrifter och metoder. Trots arbetsgruppens stora hjälp, är en del av planen ganska generell. Då den första planen uppgjordes 2012 arbetade jag tillsammans med en socialskötare som gav ett annat perspektiv och på så sätt möjliggjorde en helhetsbild av bristerna i patient/klientsäkerheten. Detta mångprofessionella samarbete fattas i den uppdaterade versionen av planen.

Planens design anser jag är både tilltalande och lättläst. Det är dessutom viktigt att det är lätt att hitta det man söker och också att man får svar. Resultatet av examensarbetet har god validitet och reliabilitet för att strukturen och innehållet baseras på lagar, förordningar, andra organisationers planer och inte minst på den egna organisationens arbetsgrupp bestående av experter på sitt eget område.

7.3 Slutsats

Detta examensarbete har gett mig en bättre grund för att arbeta för patient/klientsäkerheten inom vår organisation. För att kunna föra fram patient/klientsäkerheten bland personalen bör man känna till bakgrunden till säkerhetsarbetet inom vården.

Vid nästa större uppdatering av kvalitets- och patient/klientsäkerhetsplanen bör en representant från socialarbetet finnas med i arbetsgruppen eftersom planen också täcker den sociala sidans klientsäkerhet. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010, 8§) bör samarbetet med serviceproducenterna inom socialvården beaktas i syfte att främja patientsäkerheten. Detta fattas till viss del i den uppdaterade planen.

Detta examensarbete är ingen traditionell litteraturstudie utan en översikt över lagar och förordningar som styr patient/klientsäkerhetsarbetet inom en specifik organisation.

Den svåraste delen av denna uppdaterade kvalitets- och patient/klientsäkerhetsplan blir dock att implementera säkerhetsarbetet i vården. Det är endast personalens engagemang som säkerställer att säkerhetstänkandet sprids till det dagliga arbetet. Därför ska säkerhetsarbetet utgöra en del av varje chefs och arbetstagares arbetsbeskrivning och ledningen måste uppmuntra och visa sin positiva inställning då personalen påpekar brister i säkerheten i vården.

Källförteckning

- Arbetskyddsförvaltningen, 2017. Säkerhetsledning [Online] <http://www.tyosuojelu.fi/web/sv/arbetskydd-pa-arbetsplatsen/sakerhetsledning>. [hämtat: 12.05.2017].
- Arksey, H.& O'Malley, L. 2005. Scoping studies: towards a methodological framework., *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. <http://www.journalsonline.tandf.co.uk/openurl.asp?genre=article&eissn=1464-5300&volume=8&issue=1&spage=19> [hämtat: 2.10.2017].
- Avelin, T. & Lepola, L., 2008. Potilasturvallisuuden edistäminen. Toimintatutkimus vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotosta. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö. Hyvinvointiteknologian koulutusohjelma. Hämeen ammattikorkeakoulu.Pdf-dokumentti. [Online] http://www.haipro.fi/aineisto/HaiPro_opinnaytetyo_Hamk_avelin_lepola.pdf [hämtat: 12.05.2017].
- Dahlberg, K. & Segesten, K., 2010. *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Dijkers, M., 2015. What is a Scoping Review? *KT Update*, (4)1. <http://ktddr.org/products/update/v4n1>
- Duodecim. [Online] http://www.oppiporrti.fi/op/dvk00037/avaa?p_url=okk00002/avaa [hämtat: 05.06.2017].
- European Union Network for Patient Safety. [Online] http://www.cpme.eu/cpme_press_release_-_european_union_network_for_patient_safety_eunetpas_officially_launched_in_utrecht_netherlands28-29_february/ [hämtat: 17.04.2017].
- Europeiska kommissionen > GD Hälsa och livsmedelssäkerhet > Folkhälsa > Patientsäkerhet > Policy. [Online] http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy_sv [hämtat: 17.04.2017]. Policy. [Online] http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy_sv [hämtat: 17.04.2017].
- Finlands sjuksköterskeförbund rf, 28.09.1996. *Etiska riktlinjer för sjukskötare*. [hämtat 21.01.2017].
- Finländska Patientsäkerhetsstrategin 2009-2013. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 4:2009. Vi främjar patientsäkerheten tillsammans [hämtat: 19.11.2016].
- Forsberg, C.& Wengström, Y., 2016. *Att göra systematiska litteraturstudier – Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Helovuoto, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K., Pennanen, P., 2011. *Potilasturvallisuus*. Helsinki: Fioca.

Helovuoto, A., Kinnunen, M., Kuosmanen, A., Peltomaa, K., 2015. *Potilasturvallisuus ja riskien hallinta –opas sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoille ja johdolle*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Henricson, M., 2012. Kapitel 27, Diskussion. i: M. Henricson, red. *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Pozkal: Studentlitteratur.

Institutet för hälsa och välfärd. Kvalitet och patientsäkerhet. [Online] <https://www.thl.fi/web/kvalitet-och-patientsakerhet/patientsakerh> [hämtat: 29.11.2016].

Institutet för hälsa och välfärd, 2011. Potilasturvallisuus taidolla-ohjelma. [Online] https://www.thl.fi/documents/584227/1449683/Potilasturvallisuutta+taidolla+-ohjelman+viestinn%C3%A4n+loppuraportti_taitto.pdf/da4235a3-c0a5-4aee-9c9c-80459d1f01c4 [hämtat: 17.04.2017].

Institutet för hälsa och välfärd, 2012. Handbok om patientsäkerhet som stöd för verkställandet av patientsäkerhetslagstiftningen och patientsäkerhetsstrategin. [Online] <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79937/d7da94ba-7232-4e48-bf17-ea684ef84146.pdf?sequence=1> [hämtat:20.11.2016].

Institutet för hälsa och välfärd, 2017. Sote-uudistus. Potilasturvallisuus. [Online] <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus> [hämtat 11.09.2017].

Institutet för hälsa och välfärd, 2017. Vårdrelaterade infektioner. [Online] <https://www.thl.fi/sv/web/infektionssjukdomar/sjukdomar-och-mikrober/enligt-sjukdomsgrupp/vardrelaterade-infektioner> [hämtat 13.09.2017].

Kanta, 2017. Kanta-tjänster webskolor. [Online] <https://verkkokoulut.thl.fi/web/kanta-sv/utbildningar> [hämtat: 14.09.2017].

Kohn, L., Corrigan, J. & Donaldson, M. Eds., 1999. *To Err Is Human*. Institute of Medicine. Washington D.C: National Academy Press.

Kust-Österbottens samkommun för social- och primärvård (K5), 2012. *Plan för kvalitetsledning och patientsäkerhet*.

Lindh, M. & Sahlqvist, L., 2012. *Säker vård. Att förebygga skador och felbehandlingar inom vård och omsorg*. Stockholm: Natur & Kultur.

Mustajoki, P. 2005. Hoitoon liittyvät virheet ja niiden ehkäisy. Peijaksen sairaalan projekti. *Suomen Lääkärilehti*, 60 (23), s. 2623-2625.

Nationell beredskapsplan för en influensapandemi 2012. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 25:2012 <http://stm.fi/sv/beredskapsarenden/pandemi> [hämtat 13.09.2017].

Patientsäkerhetsporten. [Online] <https://potilasturvaportti.fi/portal/LearningJourney.aspx?get=catalog&docid=6961> [hämtat:17.05.2017].

Patientsäkerhetsföreningen i Finland rf. [Online] <http://spty.fi/yhteystiedot/> [hämtat: 12.05.2017].

Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 9:2017. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09_2017_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf?sequence=1 [hämtat 12.09.2017].

Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely opas terveydenhuollolle. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2012:4 [hämtat 14.09.2017].

Regionförvaltningsverket. Hälsa. [Online] <https://www.avi.fi/sv/web/avi/terveys> [hämtat: 29.11.2016].

Reiman, T., 2013. Turvallisuuskulttuuri ja turvallisuuskriittisten organisaatioiden erityishaasteet. [Online]<http://www.hus.fi/hustietoa/materiaalipankki/esitysmateriaalit/Vaaratapahtumien%20piv%203102013/Reiman%20HUS%20031013%20turvallisuuskulttuuri.pdf> Valtakunnallinen vaaratapahtumien raportointiverkoston päivä 3.10.2013 [hämtat: 21.01.2017].

Reiman, T., Silla, I. & Pietikäinen, E., 2013. The validity of the Nordic patient safety culture questionnaire TUKU. *International Journal of Risk and Safety in Medicine* 25 (3).

Riskhantering och säkerhetsplanering. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2011/16 https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74506/STM_julkaisu_16_2011_riskienhallinta_sv.pdf?sequence=1 [hämtat: 13.09.2017].

Segesten, K., 1994. *Patients upplevelser av trygghet och otrygghet*. Göteborg: Segestens förlag.

Segesten, K., 2013. Trygghet. i: B. Andershed, B-M. Ternstedt & C. Håkansson red. *Palliativ vård. Begrepp och perspektiv i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Sveriges kommuner och landsting, Nationellt ramverk för patientsäkerhet [Online] <http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/nationellt-ramverk-for-patientsakerhet.html> [hämtat 02.06.2017].

Valvira. Avoin turvallisuuskulttuuri edistää potilasturvallisuutta ja auttaa työnantajaa valvomaan toiminnan asianmukaisuutta [Online] www.valvira.fi/ [hämtat: 29.11.2016].

Vasa Centralsjukhus, 2016. Plan för verkställande av kvalitetsledning och patientsäkerhet vid Vasa Centralsjukhus. Vasa: Vasa centralsjukhus.

Vasa Centralsjukhus, 2016. Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen Vaasan sairaanhoitopiirissä opas turvallisen lääkehoidon toteuttamiseen 2016. Vasa: Vasa Centralsjukhus.

Virkkunen, H., Mäkelä-Bengs, P. & Vuokko, R. (red). 2015. Handbok för strukturerad dokumentation inom hälso- och sjukvården - Dokumentation av de viktigaste journalstrukturerna i en elektronisk patientjournal, Del I. Helsingfors: THL.

World Health Organization. Patient safety. Policies and strategies. [Online]http://www.who.int/patientsafety/policies/policy_resources/en/ [hämtat: 18.04.2017]. [Online]http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/[hämtat: 18.04.2017].

Vård- och omsorgscentralen i Kristinestad, 2012. Kvalitets- och patient/klientsäkerhetsplan för vård- och omsorgscentralen i Kristinestad. Kristinestad: Vård- och omsorgscentralen i Kristinestad.

Finlands författningssamling:

Arbetarskyddslag 23.8.2002/738 www.finlex.fi [hämtat 05.06.2017].

Finlands författningssamling 06.04.2011/341 Social- och hälsovårdsministeriets förordning om uppgörande av en plan för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2011/20110341> [hämtat: 29.11.2016].

Hälso- och sjukvårdslag 30.12.2010/1326 www.finlex.fi [hämtat: 29.11.2016].

Lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 22.12.2000/812 www.finlex.fi [hämtat: 21.01.2017].

Lag om patientens ställning och rättigheter 17.08.1992/785 www.finlex.fi [hämtat: 21.01.2017].

Lag om produkter och utrustning för hälso- och sjukvård 24.06.2010/629 <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2010/20100629> [hämtat 14.09.2017].

Lag om smittsamma sjukdomar 21.12.2016/1227 <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2016/20161227> [hämtat 13.09.2017].

Social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar 30.03.2009/298
<https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2009/20090298#Pidp450205376> [hämtat: 14.09.2017].


Statsrådets förordning om smittsamma sjukdomar 09.03.2017/146
<https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2017/20170146> [hämtat: 13.09.2017].

Kristinestad
Vård- och omsorgscentralen

TJÄNSTEINNEHAVARENS BESLUTSPROTOKOLL

Kristiinankaupunki
Perusturvakeskus

VIRANHALTIJAN PÄÄTÖSPÖYTÄKIRJA

Chef för vårdarbete / hoitotyön johtaja Christian Lindedahl	Datum -Päivämäärä 26.1.2017	§ 12
<p>Framställning – Esitys:</p> <p>I lagen om hälso- och sjukvård (1326/2010) § 8 behandlas kvalitet och patientsäkerhet. I den sågs att en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården skall göra upp en plan för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses. Främjande av patientsäkerheten skall i tillämpliga delar utföras i samarbete med socialvårdstjänsterna.</p> <p>Kvalitets- och patientsäkerhetsplanen för vård- och omsorgscentralen utarbetades 2012. Planen indelades i tre delområden: säker vård, säker läkemedelsbehandling och säker utrustning. Målsättningen med planen är att vården och vårdomgivningen inte förorsakar patienten/klienten fara eller skada, att riskerna förutses, förebyggs och rapporteras. Att skapa en trygg arbetsmiljö innebär ett kontinuerligt förbättringsarbete och beaktar både patienters/klienters och personalens säkerhet.</p>		
<p>Beslut – Päättö:</p> <p>Kristinestads vård- och omsorgscentrala Kvalitets- och patient-/klientsäkerhetsplan uppdateras och följande arbetsgrupp utnämns:</p> <p>Susanne Nygård, tf biträdande avdelningsskötare, patientsäkerhetsansvarig Eeva-Liisa Vainioranta, avdelningsskötare på Rehabiliteringsavdelningen Anette Hakala, familjeomsorgschef Anneli Älgars, ADB-ansvarig Elisabeth Sjöberg, chef för vårdarbete Kati Kärki, sekreterare</p> <p>Övriga sakkunniga kan inkallas enligt behov.</p> <p>Arbetsgruppen utser ordförande och en kvalitetsansvarig bland medlemmarna. För arbetet reserveras resurser sålunda att patientsäkerhetsansvariga arbetar 4 timmar/vecka under tiden 1.2-30.4.2017 för att uppdatera planen.</p>		
<p>Underskrift – Allekirjoitus:</p>  <p>Christian Lindedahl, Vård- och omsorgsdirektör / Perusturvajohtaja</p>		
<p>Till kännedom – Tiedoksi: Arbetsgruppen</p>		



KRISTINESTAD
KRISTIINANKAUPUNKI

KVALITETS- OCH PATIENT/KLIENTSÄKERHETSPLAN

Godkänd i välfärdsnämnden: ___ / ___ 2017

INNEHÅLL	Sida
1. Inledning.....	1
2. Verksamhetsomgivning.....	2
2.1 SOTE-reformen och regionalt samarbete.....	3
2.2 Administrativa tjänster.....	4
2.3 Öppen vård.....	4
2.4 Tandvård.....	4
2.5 Individ- och familjeomsorg.....	5
2.6 Anstaltsvård och effektiverat serviceboende.....	5
2.7 Specialsjukvård.....	5
2.8 Stödfunktioner.....	6
3. Utgångspunkter för patient/klientsäkerhet och kvalitet.....	7
3.1 Centrala begrepp.....	7
3.2 Säkerhetskultur.....	9
3.3 Kvalitetsarbete och Lean.....	10
3.4 Lagstiftning.....	12
4. Kvalitets- och patient/klientsäkerhetspolicy.....	14
4.1 Bakgrund och målsättningar.....	14
4.2 Personalens deltagande och förankring.....	14
4.3 Patientens/klientens och anhörigas deltagande.....	14
4.4 Risk- och avvikelshantering.....	15
4.5 Resurser och kompetens.....	15
4.6 Information.....	16
4.7 Regionalt samarbete.....	17
5. Organisering av patient/klientsäkerhetsarbetet.....	18
5.1 Välfärdsnämnden.....	18
5.2 Ledningsgruppen.....	18
5.3 Vård- och omsorgsdirektören.....	18
5.4 Enhetsområdets förmän.....	18
5.5 Ansvarsområdets förmän.....	19
5.6 De anställda.....	19
5.7 Patient/klientsäkerhetsarbetsgruppen.....	19
5.8 Patient/klientsäkerhetsansvarig.....	19
5.9 Regional styrgrupp.....	20
5.10 Patientombudsmannen.....	20
5.11 Socialombudsmannen.....	21
5.12 Socialjouren.....	21
5.13 LAS-arbetsgruppen.....	21
5.14 SAS-arbetsgruppen.....	22
5.15 Rehabiliteringsarbetsgruppen.....	23

5.16 Krisgruppen.....	24
5.17 Barnteamet.....	25
6. Metoder och mätare för patient/klientsäkerheten och kvalitet.....	26
6.1 HaiPro – rapportering av riskhändelser.....	26
6.1.1 Användningssyfte.....	26
6.1.2 Förverkligande.....	27
6.1.3 Att göra en HaiPro-rapport.....	28
6.1.4 Uppföljning av handläggningen av din rapport.....	31
6.1.5 Handläggare.....	31
6.1.6 Snabbguide för ifyllning av HaiPro-rapport.....	31
6.2 Anmärkning, klagomål, patientskadeanmälan, patient/klient-journaler.....	33
6.3 Barnskyddsanmälan.....	34
6.4 Anmälan om behov av socialvård.....	35
6.5 Anmälan om äldre personers servicebehov.....	35
6.6 Anmälan om brott mot liv och hälsa.....	36
6.7 LOVe-utbildning i läkemedelsbehandling.....	36
6.7.1 Så här loggas du in på Moodle.....	39
6.7.2 Tentamen.....	39
6.7.3 Deltagarintyg och tillstånd.....	40
6.7.4 LOP – grundkunskaper i läkemedelbehandling.....	41
6.7.4.1 LOP-blankett för <u>praktiska prestationer</u> för Sjukskötare.....	42
6.7.4.2 LOP-blankett för <u>praktiska prestationer</u> för yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården med skyddad yrkesbeteckning och som utbildats i läkemedelsbehandling (närvårdare).....	43
6.7.5 IV – intravenös läkemedels- och vätskebehandling.....	44
6.7.5.1 IV-blankett för praktiska prestationer.....	45
6.7.6 ABO – blodtransfusion.....	46
6.7.6.1 ABO-blankett för praktiska prestationer.....	46
6.8 Säker läkemedelsbehandling.....	47
6.9 Enheternas register över apparatur (produkter) och utrustning.....	47
6.9.1 Apparatpass.....	50
6.10 Kontrollistor.....	52
6.11 Strukturerad dokumentation.....	52
6.12 RAI.....	53
6.13 Servicesedlar.....	54
6.14 Vårdplan.....	54
6.15 Egenkontroll.....	55
6.16 Patientsäkerhetsprevalens.....	55
6.17 Bestämmelser gällande vårdpersonalens vaccinationer.....	56

6.18 Kinestetik.....	56
6.19 Utbildning och introduktion.....	57
6.20 Väktar service.....	59
6.20.1 Konflikthantering på arbetsplatsen.....	59
6.20.2 Rapportering.....	61
7. Räddningsplan och beredskapsplan.....	62
7.1 Pandemiplanen.....	64
7.2 Säkerhetsrundvandringar.....	65
Källförteckning.....	66

1. INLEDNING

I lagen om hälso- och sjukvård (1326/2010) behandlas kvalitet och patientsäkerhet. I den sägs att en verksamhetsenhet skall göra upp en plan som skall innehålla principer och rutiner som personalen, enheterna och organisationen skall följa och som garanterar säkra vårdtjänster. **Målsättningen med planen är att patienten/klienten skall få nödvändig och rätt vård.**

Kvalitets- och patientsäkerhetsplanen för Kristinestads vård- och omsorgscentral utarbetades 2012. Den planen indelades i tre delområden: säker vård, säker läkemedelsbehandling och säker utrustning. Till denna uppdaterade plan har ett fjärde område tillagts: Informationssäkerhet och dataskydd. Lagstiftning som är i nära anknytning till informationssäkerheten finns uppräknade i kapitel 8.6.

Arbetsgruppen som arbetat med planen består av följande personer: Susanne Nygård-Kukko, Eeva-Liisa Vainioranta, Anette Hakala, Anneli Ålgars, Elisabeth Sjöberg och Kati Kärki. Övriga sakkunniga har inkallats vid behov. För arbetet har reserverats resurser sålunda att patientsäkerhetsansvariga Susanne Nygård-Kukko har kunnat arbeta 4 timmar/vecka under tiden 1.2 - 30.4.2017 för att uppdatera planen. Därtill har hon i anslutning till sina YH-studier vid Novia gjort ett slutarbete "*Vad bör en patient/klient säkerhetsplan innehålla?*" I slutarbetet analyseras denna plan i relation till de nationella rekommendationerna.

Innehållet i planen skall utvärderas regelbundet och uppdateras då kraven på verksamheten förändras. Därför kommer arbetsgruppen att sammankomma årligen i november för att uppdatera planen och ge förslag på åtgärdsområden inför inkommande år. Detta åtgärdsprogram kommer att innehålla tyngdpunktsområden och konkreta åtgärder som skall vidtas, tidtabeller och personerna som skall ansvara för dessa åtgärder. Meningen är att tillsammans förbättra vår organisations kvalitet- och patientsäkerhetskultur i linje med de rekommendationer som VSVD har.

Kristinestad den 11.10.2017

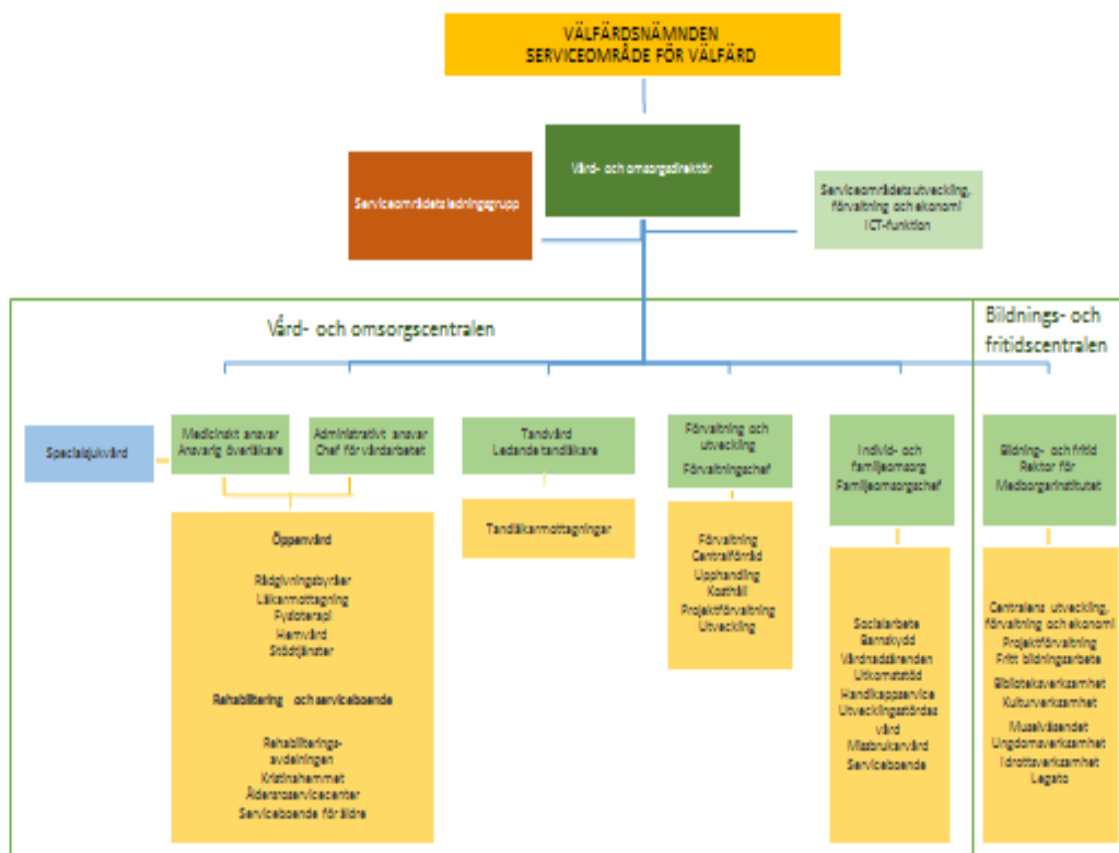
Christian Lindedahl
Vård- och omsorgsdirektör

DEL 1

2. VERKSAMHETSOMGIVNING

Det tvåspråkiga Kristinestad tillhör landskapet Österbotten, mitt emellan Björneborg, Vasa och Seinäjoki. Kristinestad är Finlands första Cittaslow-stad med 6.724 invånare (31.12.2016). Kristinestad hör till Vasa sjukvårdsdistrikt. I enlighet med lagen om kommun- och servicestrukturreformen har inom området bildats Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård K5, till vilken hör förutom Kristinestad även Kaskö, Korsnäs, Malax och Närpes. Samkommunen ordnar sin verksamhet i enlighet med beställar-utförarmodellen där samkommunen är beställare och kommunerna utförare. Samkommunens befolkningsgrund är cirka 26 000 personer.

Social- och hälsovårdstjänsterna i Kristinestad sammanslogs år 2009 under en gemensam nämnd, vård- och omsorgsnämnden som numera heter välfärdsnämnden. Vård- och omsorgscentralen i Kristinestad är placerad i hälsocampuset och omfattar ca 28.000m². Campuset har idag 26 olika aktörer och totalt över 300 anställda. I figur 1 presenteras vård- och omsorgscentralens organisationsschema.

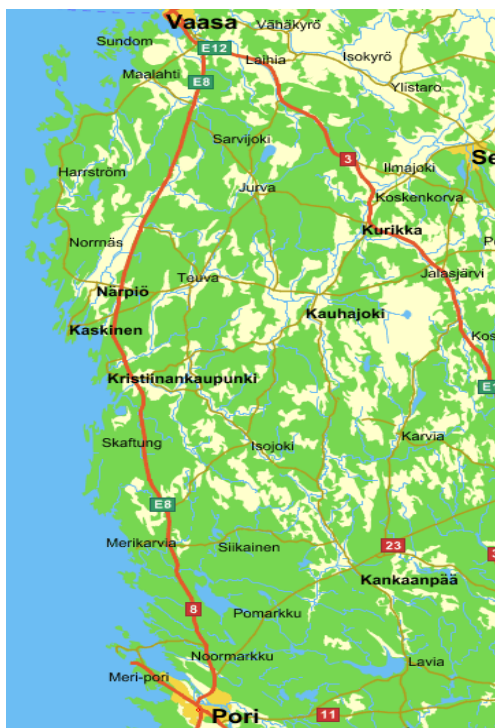


Figur 1. Vård- och omsorgscentralens organisation

Vård- och omsorgscentralens strategiska målsättning är att **stöd**a välfärden, hälsan och säkerheten för människor i olika åldrar under olika livsskeden och i olika livssituationer. Verksamheten ordnas som lokal närservice eller regional service i samarbete med andra aktörer. Servicen utformas med patienten/klienten i centrum och verksamhetssättet ses som ett yrkesövergripande teamarbete. **Ett** förutseende, förebyggande arbetssätt som främjar funktionsförmågan anses viktigt i all service.

2.1 SOTE-REFORMEN OCH REGIONALT SAMARBETE

Social-, hälso- och landskapsreformen SOTE medför att verksamheten överförs från kommunerna, samkommunerna och de statliga myndigheterna till landskapen den 1 januari 2019. Regeringen skall lämna ett förslag till riksdagen om inrättande av de nya landskapen från och med den 1 juli 2017.



Avsikten med reformen är att säkerställa de viktiga offentliga tjänsterna, öka medborgarnas möjligheter att delta, påverka samt att välja tjänster. Strävan är att social- och hälsovårdstjänsterna ska vara en fungerande helhet, där människor har tillgång till tjänster på ett jämlikare sätt än för närvarande. De verksamhetsformer som tas i bruk ska vara så effektiva som möjligt och ha gott genomslag.

Genom de lagar som förslagsvis kommer att ändras, inrättas 18 landskap i Fastlands-Finland, i huvudsak enligt den nuvarande landskapsindelningen. Landskapen ska vara offentligrättsliga samfund som är självstyrande inom sitt område. Landskapen är myndigheter som ansvarar för flera sektorer, och bestämmelser om landskapens uppgiftsområden finns i landskapslagen. Samtidigt ser man över bestämmelserna om ordnandet, produktionen, administreringen, planeringen, finansieringen och övervakningen inom den offentliga social- och hälsovården. För det regionala samarbetet mellan landskapen finns det dessutom fem samsamarbetsområden. Landskapets affärsverk ansvarar för produktionen av tjänsterna. Dessutom kompletteras den egna tjänsteproduktionen med tjänster som upphandlas av privata tjänsteproducenter. Finansieringen anser man inte kommer att minska från nuvarande nivå, men den kommande kostnadsökningen ska bromsas upp. Målet är att kostnaderna vid utgången av 2030 är 3 miljarder euro mindre, än de skulle vara utan SOTE reformen.

Mer än 215 000 arbetstagare kommer att övergå från anställning hos kommuner, samkommuner och statliga myndigheter till anställning hos landskapen i enlighet med principerna för överlåtelse av rörelse. De tillgångar och skulder som de nuvarande lagstadsstadsade samkommunerna har, överförs till landskapen. Från kommunerna överförs dessutom till landskapen det lösöre som hör samman med överföringen av uppgifter samt de avtal som gäller uppgifterna. Landskapet kommer att hyra kommunernas social- och

hälsovårdslokaler för viss tid. Avsikten är att landskapen ska inleda sin egentliga verksamhet den 1 januari 2020.

2.2 ADMINISTRATIVA TJÄNSTER

Målsättningen för de administrativa tjänsterna är att **producera interna och externa tjänster som stöder alla serviceområden och invånarnas välmående inom vård- och omsorgscentralens verksamhetsområde**. Stödtjänsterna och stafettfunktionen är verksamheter som upprätthåller enheternas materialhantering och ger den service som behövs för enheternas verksamheter. Till de administrativa tjänsterna hör kanslifunktionen, upphandlingstjänsterna (centralförrådet), kosthålllet och diverse projekt.

2.3 ÖPPEN VÅRD

Till den öppna vården hör **rådgivningen, läkarmottagningsverksamheten, fysioterapin och hemvården**. Dess viktigaste uppgift är att **stöd patienters/klienters möjligheter att sköta och ta ansvar för sitt eget välbefinnande och sin egen hälsa**.

Rådgivningen och läkarmottagningen upprätthåller och främjar hälsan och välmående samt åtgärdar uppkomna problem. Jouren erbjuder akut första hjälp och vård i brådskande situationer. Familjecentralens syfte och mångprofessionella verksamhet skall stöda barns och ungas samt deras familjers välfärd. Fysioterapin producerar både förebyggande och korrigerande tjänster för vården av stöd- och rörelseorganen hos alla åldersgrupper. Dessutom satsar fysioterapin på att upprätthålla befolkningens arbets- och funktionsförmåga. Hemvårdens uppgift är att stöda människors möjligheter att klara sig hemma så länge som möjligt. Arbetssättet inom all service skall främja funktionsförmågan och välmåendet. Till hemvården hör Akut-teamet vars viktigaste uppgift är att samarbeta med alla enheter och sakkunniga inom organisationen för att stöda klienterna med tanke på deras behov och helhetsmässiga vård.

2.4 TANDVÅRD

Tandvården betonar i enlighet med lagen om hälso- och sjukvård **den förebyggande tandvårdens betydelse för alla åldrar**. I verksamheten tillämpas ett system med regelbunden kallelse för kontroll av munhälsan. Systemet har visat sig vara effektivt i förebyggande syfte eftersom invånarnas munhygien förbättrats och tandsjukdomar har kunnat förebyggas. För de klienter som har rädsla för besöket eller eventuella behov av åtgärder finns möjlighet att få lustgas. Specialiserad tandvård när det gäller implantat kan även utföras. Munhygienisten besöker regelbundet åldringshemmen, rehabiliteringsavdelningen och vårdenheterna för utvecklingsstörda inom Kristinestad. Profylaxtandskötaren cirkulerar i alla kommunens skolor och informerar samt handleder eleverna i regelrätt munhygien.

2.5 INDIVID- OCH FAMILJEOMSORG

Individ- och familjeomsorgen är en del av familjecentret och omfattar socialt arbete, familjevård, utkomststöd, handikappservice, vården av utvecklingsstörda samt missbrukarvård. Man producerar lagstadgade tjänster inom lagstadgade tidsfrister. Barnskyddets målsättning är att alltid arbeta utgående från en förebyggande utgångspunkt och genom ett mångprofessionellt samarbete. Familjearbetarens arbete är betydelsefullt för att familjer skall kunna vägledas eller få det stöd de behöver i uppfostringsuppgifter och rollen som föräldrar. De utvecklingsstördas vård stöds genom samarbete med Eskoo och Kårkulla. Genom ett regelbundet samarbete (barnskyddet, handikappservicen, socialarbetet) med övriga K5-kommuner, garanteras enhetliga principer inom socialvården.

2.6 ANSTALTSVÅRD OCH EFFEKTIVERAT SERVICE-BOENDE

Rehabiliteringsavdelningen, Åldersro och Kristinahemmet är enheter med anstaltsvård och effektiverat serviceboende. Dessutom köps tjänster för äldre främst från **De gamlas hem, Esperis serviceboendet Ulrika och Mikevas Toves stuga**.

Den nationella målsättningen är att minska anstaltsvården genom att flytta tyngdpunkten till serviceboende eller hemvård. Rehabiliteringsavdelningens tyngdpunktsområde är akutvård, rehabiliterande intervallvård, utvärderingsplatser och palliativ vård. En fortsatt god vård ges även till de patienter som behöver fortsättningsvård vid Rehabiliteringsavdelningen innan eventuell hemfärd eller förflyttning till annat vårdställe. Speciell vikt läggs vid att stöda klienternas funktionsförmåga med hjälp av daglig stimulerande verksamhet.

2.7 SPECIALSJUKVÅRD

Specialsjukvårdstjänsterna köps av samkommunen för Vasa sjukvårdsdistrikt. Klienten kan också anlita andra vårdinrättningar med specialiserad sjukvård. Dessutom köps tjänster av utomstående aktörer så som då egen samkommun inte kan erbjuda dessa inom vårdgarantins tidfrister. Specialsjukvårdens uppgift är att säkerställa tillgången till en kvalitativ och tvåspråkig specialsjukvård som är tillgänglig för hela befolkningen. Kristinestads målsättning och utmaning har varit att stävja den ökande kostnadsökningen inom specialsjukvården. Detta har lyckats genom egen satsning på öppenvård och läkarmottagning.

2.8 STÖDFUNKTIONER

Inom de administrativa tjänsterna hör olika kanslifunktioner som stöder verksamheterna. Upphandlingstjänsterna koncentreras till centralförrådet gällande material och logistiken sköts gällande materialhanteringen till alla Kristinestads centraler. Centralköket producerar kost i samarbete med stadens båda kök på de båda effektiverade serviceboenden för personal och patienter. Diverse mindre och större projekt som vård och omsorg administrerar syftar till att utveckla och förstärka processer och funktioner inom olika verksamheter.



Figur 2. Vård- och omsorgscentralen i Kristinestad

3. UTGÅNGSPUNKTER FÖR PATIENT/KLIENTSÄKERHET OCH KVALITET

3.1 CENTRALA BEGREPP

*”**Patientsäkerhet** avser principer och funktioner hos hälso- och sjukvårdspersonal och inom organisationer vars syfte är att trygga vårdens säkerhet och skydda patienten från att skada sig. Ur patientens perspektiv innebär patientsäkerhet att patienten får rätt vård, i rätt tid och på rätt sätt och att vården medför så få nackdelar som möjligt.”¹*

*”**Kvalitet** är en helhet av sådana egenskaper som gör att ett servicesystem, en organisation, en produkt, en tjänst eller en viss process kan uppfylla de krav och de förväntningar som ställs på den. God kvalitet är service som baserar sig på bästa tillgängliga information eller evidens och som främjar befolkningens välfärd och strävar efter att maximera hälsa och välfärd och minimera risker. Kvalitet är god verksamhet som fungerar enligt de krav och förväntningar som ställts på den och inom gränserna för de ekonomiska resurser som finns.”²*

- **Patient/klientsäkerhet** innebär att patienten/klienten får rätt vård vid rätt tidpunkt och på rätt sätt. Vården ska vara säker och effektiv.
- **Patient/klientsäkerhetens målsättning** är att vården och vårdomgivningen inte förorsakar patienten/klienten fara eller skada, att riskerna kan förutses och förebyggas.
- **Klientorientering** är respekt för individen och självbestämmanderätt är utgångspunkter i genomförandet av servicen. Klientens ställning är lagstiftningsmässigt säkrad.
- **Tjänsternas tillgänglighet och tillgång till tjänster** betyder att medborgare ska få service inom skälig tid och på ett jämlikt sätt, oberoende av boningsort, socioekonomisk ställning, kön eller etnicitet.
- **Rättvisa** betyder klienter i en likadan situation får en likvärdig vård eller service. Brådskaande vård ska ges till alla utan onödiga dröjsmål.
- **Patientsäkerhet** avser säker vård, läkemedelsbehandling och utrustning. Organisationer ska utarbeta en plan för patientsäkerheten.

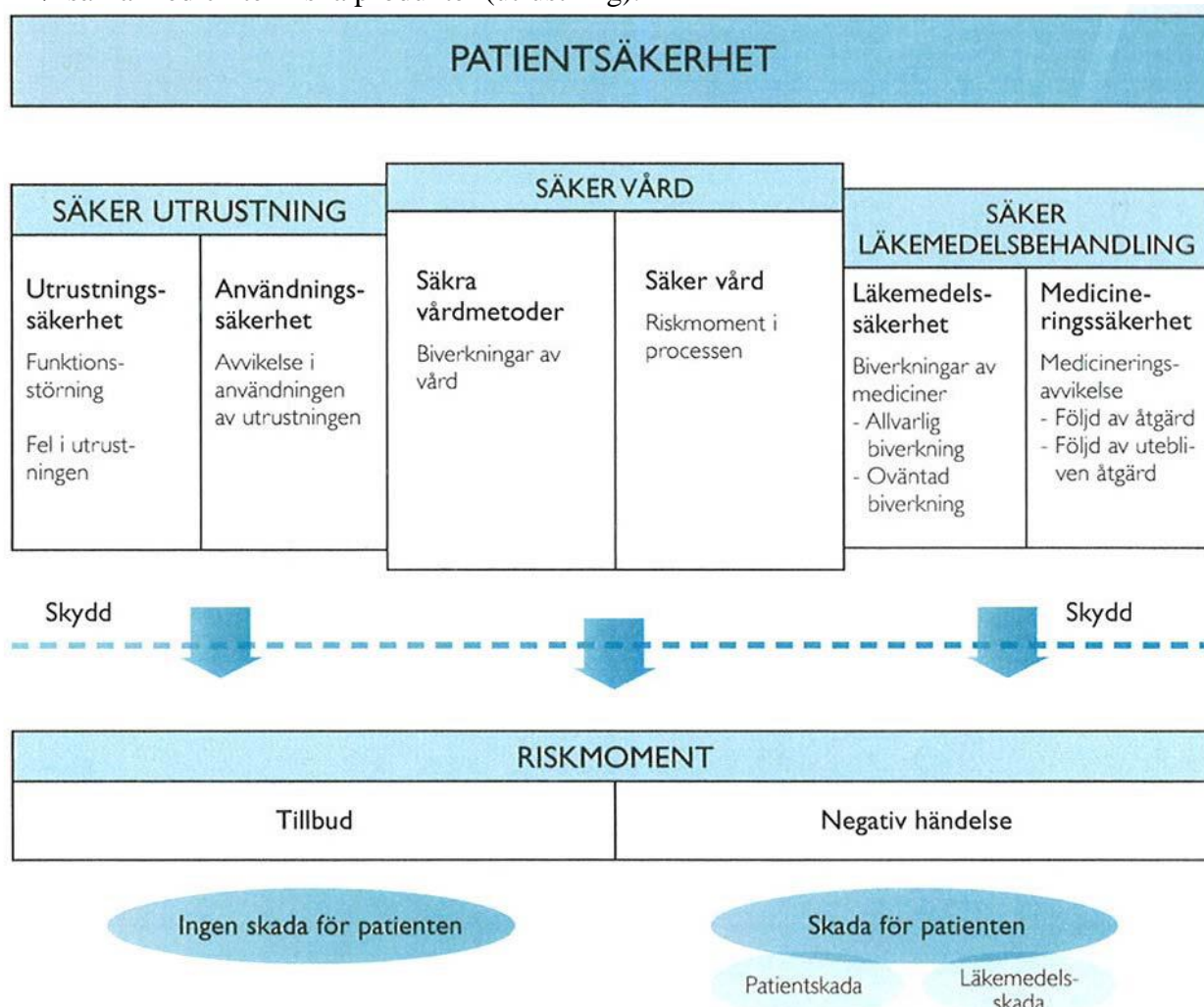
¹ Institutet för hälsa och välfärd. Kvalitet och patientsäkerhet. [Online] <https://www.thl.fi/sv/web/kvalitet-och-patientsakerhet/patientsakerhet>

² Institutet för hälsa och välfärd. Kvalitet och patientsäkerhet. [Online] <https://www.thl.fi/sv/web/kvalitet-och-patientsakerhet/patientsakerhet>

- **Högklassig kompetens** till den yrkesmässiga kompetensen är de färdigheter som krävs i själva verksamheten, förmågan att bemöta människor, värderingar och etik.
- **Effektivitet** är effektiva social- och hälsovårdstjänster med målsättningen att avsevärt öka klientens/patientens hälsa och välbefinnande.³

Patient/klientsäkerheten är en gemensam sak för hela organisationen. Att säkerställa säkerheten är en gemensam målsättning för patienter/klienter, deras anhöriga, (organisationens) personal, förmän, ledning och beslutsfattare. Patient/klientsäkerheten indelas i tre delområden:

- säker vård
- säker läkemedelsbehandling
- säkra medicintekniska produkter (utrustning).



Figur 3. Terminologi för patient- och klientsäkerheten (Avelin & Lepola 2008, 10)

³ Institutet för hälsa och välfärd. Kvalitet och patientsäkerhet. [Online] <https://www.thl.fi/sv/web/kvalitet-och-patientsakerhet/patientsakerhet>

3.2 SÄKERHETSKULTUR

Säkerhetskulturen innebär att individerna och organisationen handlar på ett sätt som garanterar att patienterna och klienterna får säker vård. **En positiv säkerhetskultur främjar patient/klientsäkerheten.** Genom att stärka säkerhetskulturen minskas eventuella risker i anslutning till vården och skador som patienterna förorsakas i samband med vården.

Enligt Vasa centralsjukhus⁴ kan en öppen säkerhetskultur skönjas i personalens verksamhet på följande sätt:

- Säkerhet ses som ett genuint värde som tas i beaktande vid beslutsfattande och i den dagliga verksamheten. På enheten kommer säkerheten till uttryck i praxis, dokument och diskussioner osv. I positiv bemärkelse ses det som något betydelsefullt för organisationen.
- Personalen har en god uppfattning om vad man bör behärska för att kunna utföra sin grundläggande uppgift väl och hantera de risker som är förknippade med verksamheten
- På enheten är man medveten om osäkerheten i verksamheten och är på alerten då det gäller risker.
- Även om verksamheten utvecklas hela tiden är man medveten om att uppgifter och verksamhetsmodeller är ofullständiga. Dessutom tolererar man att osäkerhet framförs och uppmuntrar till ett ifrågasättande arbetssätt.
- Personalen tar ansvar för all verksamhet som bedrivs i organisationen. På enheten råder det en uppfattning om att var och en har en möjlighet och skyldighet att främja säkerheten i vården. Ansvar tas för hela den verksamhet som bedrivs i organisationen, inte bara för den egna verksamheten och den verksamhet som bedrivs på enheten.
- Verksamheten är organiserad på ett hanterligt sätt. Kvalitetsmässigt kan arbetet utföras väl. Enheten har tillräckliga resurser för att utföra ett högklassigt arbete enligt planerna.

<https://www.vaasankeskussairaala.fi/globalassets/hallinnon-tiedostot/potilasturvallisuus/laadunhallinnaja-potilasturvallisuuden-suunnitelma-svenska.pdf>

Patient/klientkulturen inom en social- och hälsovårdsenhet är positiv och främjar säkerheten då:

1. Alla anställda tar ansvar för patientens säkerhet.
2. Säkerheten prioriteras framom ekonomiska och verksamhetsmässiga målsättningar.
3. Personalen uppmuntras att identifiera säkerhetsavvikelser.
4. Enheten stöder personalen att lära sig av fel i systemet.
5. Resurser satsas på säkerhetssystem som enligt erfarenhet är goda.

En god säkerhetskultur förhindrar i sig risksituationer och bör absolut eftersträvas.

(WHO, 2008)

⁴ Vasa centralsjukhus. 2016. Plan för verkställande av kvalitetsledning och patientsäkerhet. Version 3, uppdaterad 25.5.2016.

3.3 KVALITETSARBETE OCH LEAN

Regionförvaltningsverket (RFV) övervakar att hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerheten planeras, realiseras och följs upp såsom bestäms i lag och förordning. Kvaliteten bedöms bl.a. utifrån följande kriterier⁵:

- **Patienten i centrum.** Patientens individuella behov, värderingar och önskemål skall tas i beaktande. Patienten skall få tillräckligt med information och patienten skall vara delaktig i sin vård och planeringen av denna.
- **Patientsäkerheten** skall garanteras genom bedömning, förutsägning och hantering av risker
- **Vård i rätt tid.** Kvalitativ vårdbedömning skall göras. Väntetider skall minimeras. Patienten bör få information om väntetider.
- **Kompetens och personaldimensionering.** Vården skall vara baserad på vetenskap och evidens. Personalen skall ha tillräcklig skolning och kompetens. Personalen skall arbeta tillsammans för att främja patientens hälsa. Tillräckligt med personal.
- **Smidighet och effektivitet.** Patienten skall få rätt behandling utan onödiga förseningar. Vården skall ges i samverkan så att onödig förbrukning av alla resurser undviks.
- **Jämlikhet.**

I handboken om patientsäkerhet (THL 2012) anges att de i patient-/klientsäkerhetsplanen överenskomna dokumenten skall styra vården så att den är högklassig och säker. Exempel på *kvalitetsledningsdokument* är vårdkedjor, instruktioner och planen för läkemedelsbehandling. I kommunförbundets handbok Terveidenhuollon Laatuopas (enbart på finska) finns ingående beskrivet om kvalitetsarbetet.^{6 7}

Enligt planen för kvalitetsledning och patientsäkerhet inom K5 måste kvaliteten regelbundet mätas och utvärderas för att kunna övervakas och förbättras. *Kvalitetsindikatorer* används för att kunna följa upp, jämföra och göra förbättringar. Exempel på kvalitetsindikatorer är postoperativa infektioner, trycksår och fel i läkemedelsbehandling. I kvalitetsssäkringsinstrumentet RAI som används inom K5 (äldreomsorgen) är kvalitetsssäkringsindikatorer en av grundstenarna.⁸

Egenkontroll (omavalvonta) är ett verktyg för att uppfölja och utvärdera kvaliteten på tjänster inom social- och hälsovård. Med egenkontroll kan organisationen säkra kvaliteten följa med att man uppfyller lagstiftning, kvalitetsrekommendationer och organisationens egna uppställda krav. Grundtanken med egenkontroll är riskhantering- att osäkra och riskfyllda moment och situationer snabbt identifieras, förebyggs och åtgärdas.⁹

⁵ AVI. Kvalitet och patientsäkerhet. [Online] <https://www.avi.fi/sv/web/avi/laatu-ja-potilas-turvallisuus1#.WRnf3HmweP8>

⁶ THL. Handboken om patientsäkerhet. [Online] <http://hoidonvaikuttavuus.fi/wordpress/wp-content/uploads/2014/02/Tlaatuopas.pdf>

⁷ Kommunförbundet. Terveidenhuollon laatuopas [Online] <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79937/d7da94ba-7232-4e48-bf17-ea684ef84146.pdf?sequence=1>

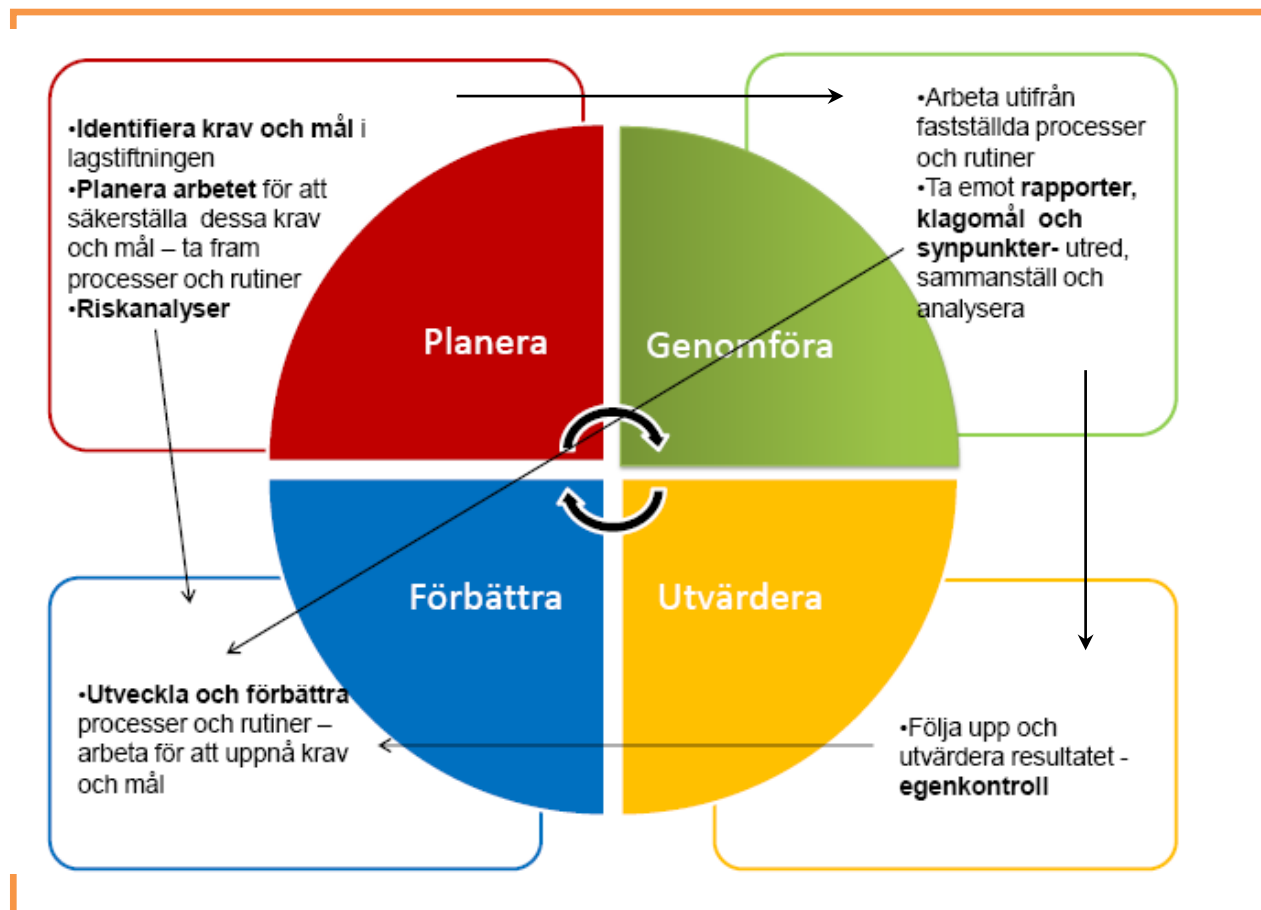
⁸ Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård. Plan för kvalitetsledning och patientsäkerhet.

⁹ Valvira. Omavalvonta. [Online] <http://www.valvira.fi/sosiaalihuolto/sosiaalihuollon-valvonta/omavalvonta>

Enligt planen för verkställande av kvalitetsledning och patientsäkerhet vid Vasa centralsjukhus bör man sträva till att beskriva och utveckla processerna inom vården i en mer **patientorienterad riktning**. Att kontinuerligt utveckla processerna är en viktig del av kvalitetsarbetet och patientsäkerheten¹⁰. **Lean** är en ideologi som går ut på att maximera kundnyttan och samtidigt minimera slös av resurser genom olika typer av effektiviseringar och rationaliseringar. Lean grundar sig på respekt för individen, att systematiskt utveckla problemlösningar, förbättra praxis, öppenhet/transparens och en beslutsam, ständig rörelse mot målen man ställt upp. Kärnan i Lean inom vården är ett antal principer om att förbättra processer ur patientens synvinkel och låta medarbetare kontinuerligt förbättra arbetsätten.

Lean bygger alltså på att en organisation hela tiden kan utvecklas och bli bättre genom att alla medarbetare tar ansvar för att reducera/eliminera onödiga element i verksamheten. Alla inom organisationen arbetar strukturerat och standardiserat mot gemensamma mål.

Systematiskt utvecklande av kvalitet:



Figur 3. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete – Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

<https://www.fagersta.se/omsorgstod/kvalitetsarbete.4.77ce246e14d7ac0b88246da5.html>

¹⁰ <https://www.vaasankeskussairaala.fi/globalassets/hallinnon-tiedostot/potilasturvallisuus/laadunhallinnan-ja-potilasturvallisuuden-suunnitelma-svenska.pdf>

3.4 LAGSTIFTNING

Enligt lagen om hälso- och sjukvård (1326/2010) ska en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården göra upp en plan för kvalitetsledningen och för hur patient/klientsäkerheten tillgodoses. Planen ska göras upp i samråd med socialväsendet.¹¹ Organisationens ledning har det övergripande ansvaret för planen och dess innehåll.

Lagstiftningen, riksomfattande rekommendationer, god vårdpraxis och de mål som ställts upp i den nationella patientsäkerhetsstrategin samt de rekommendationer som Europeiska kommissionen gett om patient- och klientsäkerhet iakttas när en patient/klientsäkerhetsplan uppgörs. Enligt *social- och hälsovårdsministeriets förordning (341/2011)* om uppgörande av en plan för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses, skall planen kontinuerligt utvecklas på grundval av organisationens behov samt i samband med att lagarna och rekommendationerna ändras. Planen ska vara förståelig och styra det praktiska arbetet¹². Redan före fastställda lagar hade social- och hälsovårdsministeriet tillsatt en arbetsgrupp, vars uppgift var att utarbeta en nationell patientsäkerhetsstrategi för åren 2009 – 2013.

Huvudmålsättningarna i den nationella patientsäkerhetsstrategin är:

- Patienten/klienten deltar i förbättrandet av patientsäkerheten.
- Patient/klientsäkerheten hanteras genom förutseende arbete och erfarenhet.
- Riskmoment rapporteras och vi lär oss av dem.
- Patient/klientsäkerheten främjas systematiskt och med tillräckliga resurser.
- Patientsäkerheten beaktas i forskningen och undervisningen inom hälsovården.

Säkerheten hos utrustning¹³ regleras i speciallagstiftningen om utrustning. Lagen kräver bland annat att utrustningen granskas och riskhändelser meddelas till övervakningsmyndigheten (Valvira) <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2010/20100629>

Till läkemedelsbehandlingens säkerhet hör läkemedlens och medicineringens säkerhet. Den första termen innebär produktsäkerhet och den andra vårdprocessens säkerhet. Läkemedlens produktsäkerhet övervakas av Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet Fimea http://www.fimea.fi/web/sv/lakemedelssakerhet_och_information/lakemedelssakerhet/anmalan_av_lakemedelsbiverkningar.

Valvira och regionförvaltningsverken övervakar för sin del patient- och klientsäkerheten och vårdens kvalitet <http://www.valvira.fi/web/sv/framsida> och <https://www.avi.fi/sv/web/avi/aiheet>.

Patientskadlagen 25.7.1986/585 gäller ersättningar som ur en patientförsäkring betalas för en personskada som orsakats en patient i samband med hälso- och sjukvård i Finland. <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/1986/19860585?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=patientskadlag>

¹¹ <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326>

¹² <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2011/20110341>

¹³ Lagen om produkter och utrustning för hälso- och sjukvård 629/2010.

Lagen om patientens ställning och rättigheter 17.8.1992/785

- Vården och behandlingen skall ges i samförstånd med patienten.
- Om en patient måste köa informeras han/hon om orsak och uppskattad kötid.
- En patient som är missnöjd med vården kan göra en anmärkning till vårdinrättningen eller ett klagomål till hälso- och sjukvårdens övervakningsmyndighet
- Vårdinrättningen ska ha en patientombudsman.
<http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/1992/19920785>

Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 22.9.2000/812

Syftet med denna lag är att främja klientmedverkan och förtroendefulla klientrelationer samt klientens rätt till god service och gott bemötande inom socialvården.

- Genom att informera klienten om hans/hennes rättigheter
- Genom att ge råd om klientens ställning och rättigheter
- Genom att årligen rapportera till kommunstyrelsen om hur klientens ställning och rättigheter utvecklats
- Genom att på annat sätt främja klientens rättigheter inom socialvården
<http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2000/20000812>

**Om en patient eller klient upplever sig ha blivit fel bemött inom social- och hälsovården,
kan han/hon reda ut situationen med patientombudsmannen eller socialombudsmannen.**



4. KVALITETS- OCH PATIENT/KLIENTSÄKERHETSPOLICY

4.1 BAKGRUND OCH MÅLSÄTTNINGAR

Kristinestads vård- och omsorgscentralers strategi betonar vikten av en fungerande vård- och servicekedja, hälsovård och förebyggande vård samt nya servicemöjligheter och koncentrerade och väl planerade vårdinrättningar. **Invånarna skall få personlig service på nära håll och snabbt. Basservicen skall kunna nås av alla.**

Vård- och omsorgscentralens tjänster garanteras och anpassas för hela befolkningen under hela livsrytmen antingen som lokal närservice eller som regional service i samarbete med övriga aktörer. Tjänsterna är individanpassade och ges av multiprofessionella team vars medlemmar representerar högsta möjliga kunskapsnivå. Alla vård- och omsorgstjänster erbjuds från en och samma lucka där en sakkunnig personal ger den information som behövs. Åt den enskilda individen erbjuder vård- och omsorgscentralen effektiv, god och säker vård i livets alla skeden.

Patient- och klientsäkerhetspolicyn ställer krav på de principer och funktioner som organisationerna ska fastställa och verkställa internt. För detta ändamål har vård- och omsorgscentralen utvecklat en blankett som skall verkställa förslag till insatsområden. Förslagen utarbetas för ett år i gången av Kanta-Kansa **gruppen** och verkställs årligen via avdelningsskötarna på deras möte i november.

4.2 PERSONALENS DELTAGANDE OCH FÖRANKRING

Vård- och omsorgscentralens ledning förbinder sig att iaktta de principer som främjar patient- och klientsäkerheten och förutsätter detsamma även av alla yrkesutbildade personer som är verksamma inom ansvarsområdet. **Varje anställd, inte bara de som deltar i vården av patienterna/klienterna, har ett ansvar när det gäller att främja patient/klientsäkerheten.**

4.3 PATIENTENS/KLIENTENS OCH ANHÖRIGAS DELTAGANDE

Patient/klientsäkerheten ska främjas i samarbete med patienten/klienten även anhöriga har en viktig roll då det gäller att garantera vårdens effekt och säkerhet. När en negativ händelse har inträffat bör detta öppet berättas för patienten/klienten eller/och anhöriga. Händelsen och eventuella följder bör i genomgående med patienten/klienten. Institutet för hälsa och välfärd (THL) har tagit fram en **patientguide** som ger patienterna och deras anhöriga information om möjligheter att påverka säkerheten i vården http://www.potilaanopas.fi/sv/10_vinkkia.html

Det Nationella hälsoarkivet (Kanta) är ett gemensamt namn på de riksomfattande informations-systemtjänsterna för hälso- och sjukvårdsenheterna, apoteken och medborgarna. Via Kanta kan patienten granska sina elektroniska recept och sina hälso- och vårduppgifter som lagrats i Patientdata arkivet. <http://www.kanta.fi/sv/kanta>

4.4 RISK- OCH AVVIKELSEHANTERING

Riskhändelser skall man ta lärdom av, likaså negativa händelser och säkerhetsrisker. Händelserna skall man se ur en konstruktiv aspekt och hjälpa oss att utveckla en säkrare vård. Därför är det viktigt att både personalen och patienterna/klienterna och anhöriga rapporterar om eventuella riskhändelser.

Rapporteringskanaler är följande:

- HaiPro för personalen (se punkt 6.1)
- Anmärkning
- Klagomål
- Patientskadeanmälan (se punkt 6.2)

I *handboken om patientsäkerhet* och guiden *Potilasturvallisuus ja riskien hallinta* finns beskrivet hur säkerhetsrisker skall hanteras. En övergripande riskhantering innebär att man beaktar vården av patienten, arbetssätt och miljö, användning och underhåll av apparatur, dokumentation och information, patienter och anhöriga samt processer och handlingsätt inom organisationen^{14 15}

4.5 RESURSER OCH KOMPETENS

Varje yrkesutbildad person inom vård- och omsorgscentralen ska ha den utbildning och kompetens som uppgiften kräver samt tillräckligt med kunskaper och färdigheter att utföra arbetet säkert och väl. Det är arbetsgivarens skyldighet att säkerställa att varje anställd ges tillräcklig introduktion i arbetsuppgifterna. Introduktion ska ges även då arbetsuppgifterna ändras eller om en anställd har varit ledig en längre tid. En handledare ska utses som introducerar den anställda i enlighet med introduktionsplanen. **Personalens utbildning är lagstadgad.** Detta innebär att arbetsgivaren är skyldig att ordna så att personalen kan delta i utbildningar och att den anställda har rätt och skyldighet att delta i utbildningar som ordnas för att utveckla yrkesfärdigheterna.

→ Inom vård- och omsorgscentralen används en **utbildningskalender** som sänds till avdelningarna varje månad med en sammanställning på kommande utbildningar.

¹⁴ THL. Handbok om patientsäkerhet. [Online] <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79937/d7da94ba-7232-4e48-bf17-ea684ef84146.pdf?sequence=1>

¹⁵ Suomen potilasturvallisuusyhdistys ry. Potilasturvallisuus ja riskien hallinta.

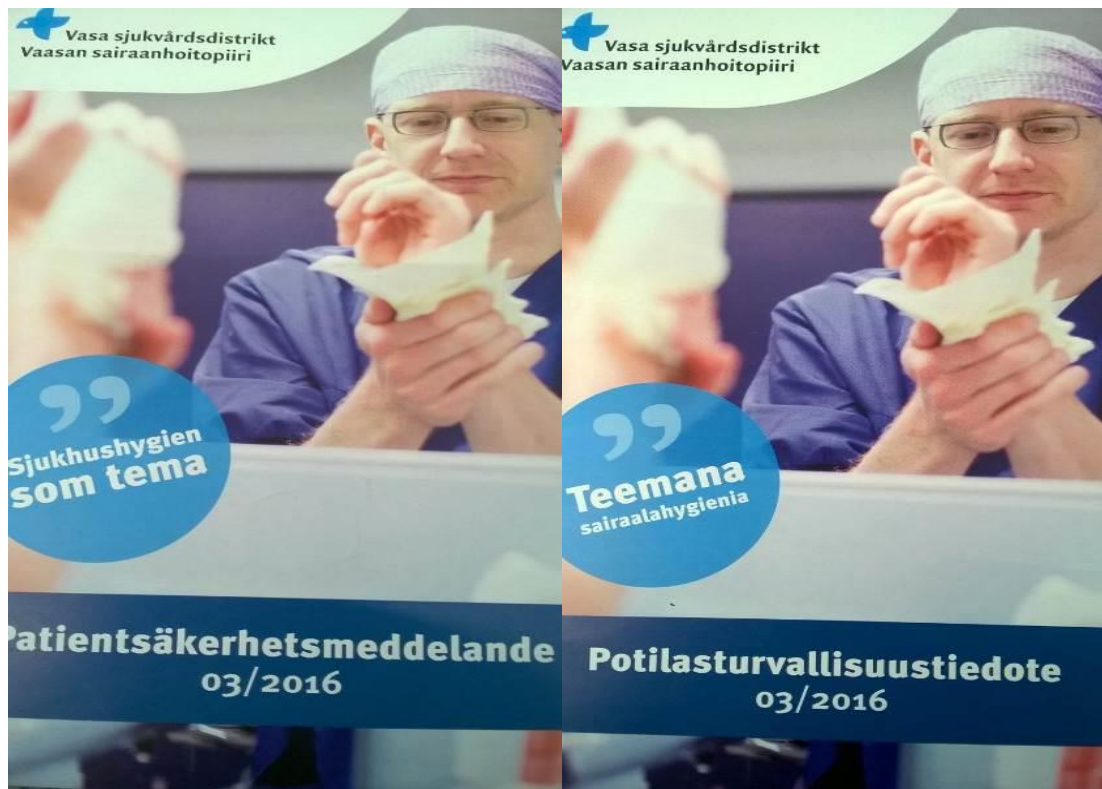
Personalen inom vård- och omsorgscentralen förutsätts också att **aktivt och självständigt skaffa information** som säkerställer kvaliteten och säkerheten. Den **anställda är skyldig att läsa pm och protokoll från möten och avdelningstimmar** som gäller den egna avdelningens/organisationens verksamhet.

Förmännen ska förmedla viktig information vidare både åt underlydande och ledning.

4.6 INFORMATION

En förutsättning för att man ska kunna dra lärdom av riskhändelser är att de behandlas inom enheterna och information om dessa sprids. **Viktig information ska aktivt och öppet spridas inom och mellan enheterna. Det är också mycket viktigt att ledningen får information om risksituationer inom vård- och omsorgscentralen.**

Inom Vasa sjukvårdsdistrikts område publiceras 2-4 gånger per år ett **Patientsäkerhetsmeddelande** om patientsäkerheten. Tanken är att lyfta fram olika teman och aktuella saker med tanke på patientsäkerheten och varje enhet kan se över sin egen verksamhets säkerhet utgående från de händelser och teman som presenteras.



Figur 4. Vasa sjukvårdsdistrikts Patientsäkerhetsmeddelande.

4.7 REGIONALT SAMARBETE

Det regionala samarbetet som ansluter till kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet har utgått från Vasa sjukvårdsdistrikts plan för ordnande av hälso- och sjukvårdstjänster. Den regionala utvecklingsgruppen för kvalitet och patientsäkerhet består av representanter för distriktets alla sjukhus, hälsovårdscentraler, räddningsverket (prehospitala akutsjukvården) och utbildningsorganisationer.

Arbetsgruppen Pak-Lak har till uppgift att främja kvaliteten och patientsäkerheten i sjukvårdsdistriktet som helhet. Målsättningen är att förenhetliga praxis, utvärdera nivån på kvaliteten och patientsäkerheten i distriktet samt bistå arbete då utvecklingsåtgärder ska implementeras i praktiken. Vasa centralsjukhus ansvarar för koordineringen av den verksamhet som bedrivs i den regionala utvecklingsgruppen.

DEL 2

5. ORGANISERING AV PATIENT/KLIENTSÄKERHETS- ARBETET

5.1 VÄLFÄRDSNÄMNDEN

Leder, övervakar och utvecklar de uppgifter som hör till verksamhetsområdet. Nämnden har den högsta beslutanderätten inom patient- och klientsäkerhetssystemet. Till deras uppgifter hör att godkänna patient/klientsäkerhetsplanen och se till att det reserveras tillräckliga resurser för att vårdtjänsterna som tillhandahålls patienterna och klienterna ska vara säkra.

5.2 LEDNINGSGRUPPEN

Vård- och omsorgscentralens ledning har det högsta ansvaret för patient/klientsäkerheten som helhet och för genomförandet av denna. Ledningsgruppen koordinerar organisationens verksamhet, under ledning av vård- och omsorgsdirektören. Till ledningsgruppen hör vård- och omsorgsdirektören, den administrativa biträdande överläkaren, chefen för vårdarbetet, ledande tandläkaren, familjeomsorgschefen och personalens representant. Som gruppens sekreterare fungerar administrationens kanslisekreterare.

5.3 VÅRD- OCH OMSORGS DIREKTÖREN

Har i uppgift att se till att definitionerna av ansvarsområdena i anslutning till säkerheten och kvaliteten är tydliga. Till ansvarsområdet hör också säkerställandet att varje organ och ansvarig person inom patient- och klientsäkerhetsorganisationen har förutsättningar och tillräckliga resurser för att sköta sina uppgifter. Som uppgift är också att ge bemötanden med anledning av organisationens patientanmärkingar och patientskador, kontrollera risksituationsrapporten i HaiPro och vid behov godkänna nödvändiga åtgärder och resurser som situationen kräver.

5.4 ENHETSOMRÅDENS FÖRMÄN

Enhetsområdets förmän är chefen för vårdarbetet, familjeomsorgschefen, ledande tandläkaren och för det medicinska ansvaret har administrativa biträdande överläkaren. När det gäller vårdarbetet är det chefen för vårdarbetet som skall säkerställa att arbetsmetoderna baserar sig på evidens och följer rekommendationerna om god praxis. Till detta ansvarsområde hör också att patient- och klientsäkerheten beaktas i patient- och klientarbetet inom och i samarbete mellan de olika enheterna. Till arbetsuppgifterna hör att ansvara för upprätthållandet av vårdpersonalens kunnande med hjälp av utbildning och forskningsverksamhet, leda och utveckla vårdarbetet i samarbete med vårdpersonalen, sköta kontakterna

till intressegrupper samt ansvara för ärenden som gäller vårdarbetet. Till familjeomsorgschefens och ledande tandläkarens uppgifter hör motsvarande uppgifter inom socialt arbete samt tandhälsa.

5.5 ANSVARSOMRÅDENS FÖRMÄN

Ansvarar för patient- och klientsäkerheten och dess utveckling på den egna enheten. Till uppgifterna hör att aktivt delta i processerna för uppföljning, utvärdering och utveckling av patient- och klientsäkerheten internt på arbetsenheten. De informerar om ärenden som gäller patient- och klientsäkerheten och tar regelbundet upp HaiPro-rapporterna vid möten som hålls på arbetsenheterna. Förmännen är primärt ansvarspersoner för patient- och klientsäkerheten i den direkta vårdkontakten.

5.6 DE ANSTÄLLDA

Det hör till alla anställdas skyldigheter att främja och utveckla patient- och klientsäkerheten. Om en anställd lägger märke till negativa händelser eller riskhändelser i patient- eller klientarbetet ska han eller hon göra en HaiPro-rapport. Till de direkta uppgifterna hör också åtgärder för att undanröja riskhändelser och förebygga att de upprepas. De anställda bör alltid omedelbart göra en anmälan om allvarliga negativa händelser också till förmännen. Personalen bör på ett öppet sätt tala om negativa händelser för patienten eller klienten och gå igenom de eventuella konsekvenserna med honom eller henne.

5.7 PATIENT/KLIENTSÄKERHETSARBETSGRUPPEN¹⁶

Arbetsgruppen tillsattes 2/2017 för att koordinera patientsäkerheten inom vård- och omsorgscentralen och för att uppdatera kvalitets- och patient/klientsäkerhetsplanen. Den huvudsakliga arbetsuppgiften är att utveckla och leda samt uppfölja och utvärdera patient- och klientsäkerheten. Arbetsgruppen ansvarar också för uppgörande och uppdatering av patient- och klientplanen. Arbetsgruppen sammanträder en gång per år i november. Sammankallare är ordförande tillsammans med patient/klientsäkerhetsansvarig. Till arbetsgruppens sammanträden kan vid behov kallas övriga sakkunniga.

5.8 PATIENT/KLIENTSÄKERHETSANSVARIG

Utsågs för vård- och omsorgscentralen år 2010. Inom Vasa sjukvårdsdistrikt har patient- och klientsäkerheten utvecklats systematiskt. Inom sjukvårdsdistriktet har varje organisation en patient- och

¹⁶ År 2011 tillsattes vård- och omsorgscentralens första patient-/klientsäkerhetsarbetsgrupp

klientsäkerhetsansvarig som koordinerar patient- och klientsäkerhetsarbetet och -kunskapen inom den egna organisationen. Den patient/klientsäkerhetsansvarigas arbetsuppgifter är bl.a. att:

- aktivt följa med utvecklingen inom patient/klientsäkerheten och förankra patient- och klientsäkerheten i den egna verksamhetsenhetens arbetssätt,
- upprätthålla patient/klientsäkerhetstemat inom arbetsenheten,
- främja genomförandet av den nationella och regionala patientsäkerhetsstrategins rekommendationer vid den egna arbetsenheten,
- aktivt informera och främja en ändamålsenlig tillämpning av information inom den egna arbetsenheten.

5.9 REGIONAL STYRGRUPP

Den regionala styrgruppen för kvalitet och patientsäkerhet organiseras från Vasa sjukvårdsdistrikt. Vasa centralsjukhus har ansvaret för styrgruppens verksamhet och vilket innehåll som förmedlas vidare. I arbetsgruppen finns representanter för de olika organisationerna inom sjukvårdsdistriktet. Kristinestads vård- och omsorgscentral har två representanter i gruppen. Arbetsgruppen har i uppgift bl.a. att:

- främja tillämpningen av den nationella patientsäkerhetsstrategins rekommendationer inom sjukvårdsdistriktets område,
- följa med de nationella och internationella trenderna då det gäller kvaliteten och patientsäkerheten samt styra utvecklingen i enlighet med dessa
- ordna regional utbildning i patientsäkerhet och utveckla vårdprocesserna.

5.10 PATIENTOMBUDSMANNEN

Skall företräda patienten/klienten och närma sig frågan ur patientens/klientens synvinkel. Hon fungerar som en viktig kontaktlänk och rådgivande opartisk instans mellan patienterna/klienterna och organisationen.

Patientombudsmannen har till uppgift att:

- ge råd åt patienterna/klienterna om tillämpningen av patientlagen,
- ge råd och vid behov bistå i frågor som gäller patientens/klientens rättigheter,
- informera om patientens/klientens rättigheter, även åt vårdpersonalen,
- även i övrigt arbeta för att främja patientens/klientens rättigheter och för att de ska bli tillgodosedda.

Se mer information och kontaktuppgifter:

<http://www.kristinestad.fi/vard-and-omsorg/lakarmottagning/patientombudsmannen/>

5.11 SOCIALOMBUDSMANNEN

Främjar klientens rättigheter genom att informera, ge råd, rapportera och arbeta för att klienternas rättigheter inom socialvården blir tillgodosedda.

Socialombudsmannens uppgifter är:

- ge klienten råd i frågor som gäller tillämpningen av lagen.
- hjälpa klienten med att göra anmärkningar om det sätt som klienten har blivit bemött på inom socialvården.
- informera om klientens rättigheter och att arbeta för att främja klientens rättigheter och för att dessa skall bli tillgodosedda.
- Följa med hur klienternas rättigheter och ställning utvecklas i kommunen och årligen avge en redogörelse för detta till kommunstyrelsen.

5.12 SOCIALJOURNEN

Enligt lagen om anordnande av brådskande socialservice måste kommuner garantera att alla invånare har rätt till nödvändig och brådskande socialservice i nöd- och krissituationer under dygnets alla timmar. Efter tjänstetid mellan kl.16.00 – 08.00 samt under veckoslut sköts socialjouren från Vasa. Under arbetstid sköts akuta ärenden av kommunens egna socialarbetare. Brådskande socialservice kan behövas t.ex. vid följande:

- barnskydd, t.ex. om barn eller unga personer blir utan vård, omsorg p.g.a. vårdarens oförmåga att ta hand om barnet.
- vid familjekriser.

Se mer information och kontaktuppgifter: <http://www.kristinestad.fi/vard-and-omsorg/socialservice/>

5.13 LAS-ARBETSGRUPPEN

Grunder för beviljande av stöd för närståendevård: långtidssjuka och barn och unga under 18 år med funktionsnedsättning samt personer över 18 år med utvecklingsstörning.

Målsättning

Med stöd för närståendevård som riktar sig till vuxna personer med utvecklingsstörning stöder man boende hos föräldrarna tills den vuxna personen med utvecklingsstörning flyttar hemifrån och får boendeservice enligt handikappservicelagen eller specialomsorgslagen.

Stöd för närståendevård ansöks skriftligt genom att fylla i ansökningsblanketten för stöd för närståendevård. Till ansökan bifogas läkarutlåtande om sjukdomen eller funktionsnedsättningen. Innan beslutet fattas görs alltid ett mångprofessionellt hembesök hos klienten. Vid besöket bedöms:

- den vårdbehövandes fysiska, kognitiva, psykiska och sociala funktionsförmågan
- vårdarens hälsa, resurser, livssituation och förmåga att sköta sin närstående
- bundenhet på grund av vård och omsorg
- vårdmiljö: behovet av eventuella hjälpmedel och förändringsarbeten i hemmet.

Bedömningsbesöket görs av socialarbetaren som handhar handikapparbetet + en annan person (hemvård/rådgivning/dagvård) utgående från situationen.

LAS-arbetsgruppen är en mångprofessionell arbetsgrupp (sammankallare = familjeomsorgschefen, medlemmar; socialarbetare, hälsovårdare inom barnrådgivningen, specialbarntädgårdslärare, läkare samt sekreterare) som sammankallas varannan månad.

Dessutom kan LAS-arbetsgruppen enligt behov konsultera sakkunniga inom olika områden.

LAS-arbetsgruppen är inget beslutande organ. Den har till uppgift att bereda, stöda, ge förslag samt ge utlåtanden och ta beslut till stöd för tjänsteinnehavarna. Beslutet om handikappservice görs av ansvariga socialarbetaren och beslutet med motiveringar samt besväransvisningar skickas till klienten. Om behandlingen av ärendet fördröjs ska klienten informeras om orsakerna till fördröjningen samt hur och när ärendet framskrider.

5.14 SAS-ARBETSGRUPPEN

Uppgifter och befogenheter

SAS-arbetsgruppen (selvitä, arvioi, sijoita - utred, bedöm, placera) är en mångprofessionell arbetsgrupp inom äldreomsorgen. Dess huvudsakliga uppgift är att:

- utreda och bedöma möjligheter och hinder för äldre att bo hemma,
- behandla nya ansökningar gällande stöd för närståendevård och ge utlåtande (skriftligt),
- behandla nya ansökningar om serviceboende/anstaltsvård samt ge utlåtande (skriftligt),
- i samarbete med klienten söka den bästa möjliga boende- och vårdformen.

SAS-arbetsgruppen är inte ett beslutande organ utan bereder, stöder, ger förslag och skriftliga utlåtanden samt beslut som skall vara till grund för tjänstemannen. Innan ärendet besluts skall klienten alltid bli hörd. Ett mångprofessionellt hembesök hos klienten görs alltid, för att bedöma klientens fysiska, psykiska och sociala funktionsförmåga samt boendemiljö. Servicebehovet utreds i samarbete med klienten och om klienten så önskar, med en närstående/anhörig eller allmän intressebevakare. RAI används alltid för att bedöma funktionsförmågan. Ärenden som behandlas på SAS-gruppens möten delges eller också kontaktas alltid servicehandledaren. Även de enheter som erbjuder tjänster inom äldreomsorgen genom ansvariga skötaren meddelar alltid klientsituationen, och eventuella övriga ärenden som skall behandlas, till servicehandledaren. Ärenden bereds alltid av servicehandledaren. Klienten skall alltid erhålla en skriftlig motivering till beslutet. Om behandlingen av ärendet fördröjs, skall klienten informeras om orsakerna till fördröjningen samt hur och när ärendet framskrider. Blankett för rättelseyrkan skall alltid bifogas. SAS-arbetsgruppen sammanträder 1 gång/månad, vid behov oftare om det behövs.

SAS-arbetsgruppens sammansättning:

- chefen för vårdarbete, ordförande.
- hemvårdens avdelningsskötare (servicehandledaren)
- administrativa biträdande överläkaren,
- representant från fysioterapi
- familjeomsorgschefen eller ställföreträdare
- sekreterare (namngiven).

Dessutom kan SAS-arbetsgruppen konsultera sakkunniga inom olika områden enligt behov.

5.15 REHABILITERINGSARBETSGRUPPEN

Med medicinsk rehabilitering¹⁷ avses de verksamhetsformer inom hälso- och sjukvården som syftar till att förbättra och upprätthålla rehabiliteringsklientens fysiska, psykiska och sociala funktionsförmåga).

Målsättningen är att stöda klienten att klara av sin livssituation och de dagliga göromålen.

Till medicinska rehabiliteringstjänster räknas följande områden:

- fysioterapi
- ergoterapi
- talterapi
- neuropsykologisk rehabilitering
- anpassningsträning
- rehabiliteringsperioder i form av anstaltsvård
- hjälpmedel.

¹⁷ Förordningen om medicinsk rehabilitering 1991/1051.

Rehabiliteringsåtgärderna och besluten baserar sig på en **individuell rehabiliteringsplan** som uppgörs av någon av de instanser som sköter rehabiliteringsklienten. De medicinska rehabiliteringstjänsterna ska **ordnas i första hand som hälsovårdscentralens egen verksamhet**.

Rehabiliteringsarbetsgruppen tar beslut och beviljar **betalningsförbindelse** för rehabilitering som genomförs som köptjänst i enlighet med rehabiliteringsplanen och för anskaffning av hjälpmedel. Betalningsförbindelser för medicinsk rehabilitering beviljas inte i efterhand för redan köpta eller erhållna tjänster. För medicinsk serierehabilitering betalar en vuxen klient 11,50€ i självrisk per besök. Hjälpmedelsservicen är gratis. Hjälpmedel som hör till den medicinska rehabiliteringen är hjälpmedel som är avsedda för att korrigera funktionsnedsättningar som konstaterats på medicinska grunder och som personen behöver för att klara sina dagliga göromål. Hjälpmedel som är kortvarigt utlånade kan på individuella skäl beviljas för längre bruk.

Rehabiliteringsarbetsgruppens sammansättning:

- administrativa biträdande överläkaren
- socialarbetare
- fysioterapiavdelningens avdelningsskötare/fysioterapeut.

Sekreterare är fysioterapiavdelningens närvårdare. Rehabiliteringsarbetsgruppen sammanträder en gång i månaden beroende på antalet ärenden som ska behandlas.

Rehabiliteringsarbetsgruppens uppgifter är:

- att utarbeta budget för rehabiliteringen och följa upp den
- att besluta om köp av tjänster
- att besluta om anskaffning av individuella hjälpmedel.

Till rehabiliteringsarbetsgruppens klienter hör personer i olika åldrar som varit sjuka en längre tid, såsom neurologiska patienter, reumapatienter, personer med svår kronisk sjukdom samt personer som skrivs ut från bäddavdelning t.ex. personer som behöver rehabilitering efter en operation, och gravt handikappade personer över 65 år (som inte längre hör till FPA).

5.16 KRISGRUPPEN

Psykologisk debriefing är ett gruppmöte där man går igenom de överlevandes, anhörigas och hjälparnas känslor och reaktioner efter krishändelser. **Målsättningen med psykologisk debriefing är att förhindra onödiga följder av en traumatisk situation, bl.a. traumatiska stressreaktioner.** Andra målsättningar är att stärka gruppens samhörighet och normalisera reaktionerna och dessutom har deltagarna möjlighet att klä sina erfarenheter, känslor och reaktioner i ord. Systematisk psykologisk debriefing ska inte ordnas

samma dag som olyckan inträffat, eftersom chocken och överklighetskänslorna gör att det tar ett tag innan man förstår vad som hänt. Helst ska den psykologiska debriefingen sättas in inom 24-72 timmar efter händelsen.

Alla kommuner inom K5 ska ha en fungerande krisberedskap. För att detta ska lyckas är det viktigt att kommunerna tar ansvar för krisgruppens arbete. Hittills har krisgrupper inrättats i Malax-Korsnäs, Närpes, Kristinestad och Kaskö.

Krisgruppen kan kontaktas i akuta, oväntade situationer, t.ex. i samband med trafikolyckor med dödlig utgång, självmord, drunkning, plötslig spädbarnsdöd och tillbud samt för att ordna debriefing för personal som deltagit i dylika händelser.

Krishjälp kan ges av akutvårdens personal som vid behov informerar om möjligheten till krismöte.

Alarm om krisgruppsärende görs till Psykosociala centret i Närpes under tjänstetid 8.00 - 16.00, tfn 06-224 1831, som bedömer om ärendet hör till krisgruppen och i så fall tar kontakt med ifrågavarande lokala krisgrupp.

Skolorna och daghemmen har egna krisplaner och de får i första hand stöd av skolornas hälsovårdspersonal.

5.17 BARNTEAMET

I Kristinestad finns en mångprofessionell arbetsgrupp ”Barnteamet”, som har som uppgift att upptäcka barns behov av stöd i ett så tidigt skede som möjligt, att samarbeta kring stödinsatser och kartlägga möjligheter till stöd.

I barnteamet ingår:

- barnomsorgschefen
- specialbarntädgårdsläraren
- personal från barnrådgivningen (hälsovårdare och/eller läkare)
- talterapeuten
- skolkuratoren
- familjearbetaren.

Teamet träffas cirka 4 gånger per år.



6. METODER OCH MÄTARE FÖR PATIENT/KLIENTSÄKERHETEN OCH KVALITET

6.1 HAIPRO - RAPPORTERING AV RISKHÄNDELSE

Verksamhetsidén för den nationella patientsäkerhetsstrategin är att patientsäkerheten ska främjas gemensamt. **Målsättningen är att förankra patientsäkerheten i organisationens strukturer och verksamhetssätt så att vården är säker och effektiv.** Rapporteringen av riskhändelser och att ta lärdom av dessa är en viktig del för att uppnå denna målsättning.

HaiPro är ett tekniskt redskap med vilket händelser som är till fara för patientsäkerheten inom hälsovården rapporteras. Inom vård- och omsorgscentralen togs HaiPro-systemet för rapportering av farliga händelser i bruk år 2010. **Syftet är att rapporteringsförfarandet ska vara enkelt, snabbt och inte skuldbeläggande.**

Anmälan görs anonymt och i anmälarens blankett finns bara sådana fält som är nödvändiga för att handlägga anmälan. Efter att anmälan lagrats sänds den för handläggning till enhetens handläggare som klassificerar händelsen noggrannare och bl.a. fastställer vilka förebyggande åtgärder som ska vidtas. Handläggaren kan också styra anmälan till handläggning på en högre nivå i organisationen.

- Rapporteringen av riskhändelser baserar sig på den anställdas initiativ.
- Genom att rapportera riskhändelser kan man förhindra att andra patienter och anställda hamnar i samma situation.
- Chefer och förmän ansvarar för att de anställda deltar aktivt i utvecklingen av verksamheten på alla nivåer i organisationen.

Alla händelser i anslutning till vården som skadade eller kunde ha skadat patienten omfattas av rapporteringen. Farliga händelser delas in i tillbud och negativa händelser (som orsakar skada för patienten).

6.1.1 ANVÄNDNINGSSYFTE

Avsikten med att rapportera riskhändelser är att:

- samla information om tillbud och negativa händelser (riskhändelser)
- spara informationen
- möjliggöra en noggrannare analysering av informationen och händelserna
- ta lärdom av händelserna
- utveckla verksamheten

6.1.2 FÖRVERKLIGANDE

Förfarandet med att rapportera riskhändelser används inom den offentliga och privata social- och hälsovården. Alla anställda och studerande ska ha möjlighet att rapportera avvikelser och riskhändelser. För anmälan kan användas olika rapporteringssätt som följer de nationella grunddefinitionerna. I tabellen presenteras principerna för en god rapporteringspraxis.

FRIVILLIGHET

Anställda har rätt och möjlighet att rapportera riskhändelser. Anmälan baserar sig på individens initiativ.

KONFIDENTIALITET

Anmälan görs konfidentiellt, antingen anonymt eller med namn. Rapporterade riskhändelser behandlas konfidentiellt. Endast särskilt utsedda personer har tillgång till enskilda rapporter.

STRAFFRIHET

De uppgifter som erhålls via rapporteringen av farliga situationer används inte för att vidta administrativa åtgärder mot individer.

Samma händelse kan på annat håll leda till ibruktagning av rättskyddsmedel som finns till för patienter.

ANVÄNDBARHET

Rapporteringen kan genomföras lätt, snabbt och enkelt och alla anställda har möjlighet att delta i rapporteringen. Anmälaren får feedback och informationen används ändamålsenligt och metodiskt för att utveckla verksamheten och säkerheten.

SYSTEMORIENTERAT

Åtgärder som har som syfte att främja säkerheten inriktas på alla nivåer i organisationen.

FASTSTÄLLT ANSVAR, ÄNDAMÅLSENLIGHET

Rapporteringen sker systematiskt. Ansvarsfrågor och uppgifter är klart definierade i organisationen.

Hur och när rapporteras en händelse?

Riskhändelser antecknas elektroniskt. Anmälan görs konfidentiellt, antingen anonymt eller med namn. Möjlighet att få tilläggsinformation i rapporteringsförfarandet måste finnas för att vid behov kunna komplettera uppgifterna om den farliga händelsen. Rapporteringen av riskhändelser ger mervärde i och med att man kan rapportera mellan enheterna och organisationerna, till exempel regionalt.

Rapportens huvudsakliga innehåll är en fritt formulerad beskrivning av händelsen så att den ger rapportörens helhetsbild av omständigheterna som händelsen skedde i, hur händelsen uppstod och framskred samt följderna. Bakgrundsuppgifterna kan väljas bland färdiga alternativ i blanketten, vilket gör rapporteringen snabbare och lättare.

6.1.3 ATT GÖRA EN HAIPRO-RAPPORT

Riskhändelser rapporteras med en elektronisk anmälningsblankett där uppgifterna lagras direkt i en databas för handläggning.

Effica → yleinen kansio → HAIPRO → HaiPro-ilmoitus (fi)//HaiPro-ilmoitus SV (sve).

FYLL I ANMÄLAN ENLIGT ANVISNINGARNA:

Blankettifyllarens enhet:

Klicka fram valalternativen och välj den **enhet där du arbetar**.

Enhet där händelsen skedde:

Välj den avdelning där händelsen skedde. Om avvikelsen upptäckts på er enhet men uppkommit i något tidigare skede, välj i frågavarande enhet. **Händelsen överförs dit för fortsatt behandling då du fyllt i blanketten.**

Välj den yrkesgrupp du tillhör.

Under info-knappen kan du kontrollera yrkesbeteckningarna i olika yrkesgrupper. Om du inte hittar en lämplig grupp ska du välja gruppen "Annat, vad". Denna grupp kan du också välja om du till exempel som enda representant för din yrkesgrupp vid din enhet inte vill uppge din yrkesgrupp (säkerställa att anmälan förblir anonym).

Meddela tid och plats för händelsen.

Om händelsen skedde hos er, välj klockslag. Om du inte vet klockslaget välj ”Inte känd”.

Om din anmälan gäller en händelse som skett någon annanstans, välj ”Inte känd” Beskriv händelsen fritt, när och hur ni upptäckte att något avvikande måste ha hänt tidigare.

Välj händelsens karaktär:

Kontrollera vilka händelser termerna avser. Beskrivningarna finns under info-knappen.

Vid vård- och omsorgscentralen i Kristinestad används inte ännu arbetarskyddsanmälan.

TILLBUD: Oavsiktlig och oväntad farlig situation, som skulle ha skadat patienten, men som inte gjorde det. Skadan undveks på grund av en tillfällighet eller därför att avvikelsen eller den farliga situationen upptäcktes och följderna kunde förhindras i tid, t.ex. fel läkemedel hade administrerats till patienten, men den som gjorde det upptäckte det i tid och bytte ut läkemedlet.

DRABBADE PATIENTEN: En oavsiktlig och oväntad farlig situation som skadade patienten. Till exempel en tillfällig eller bestående skada, lidande eller tilläggs åtgärder.

Exempel 1: fel läkemedel har administrerats och patienten gavs den. Läkemedlet förorsakade inte patienten någon direkt skada.

Exempel 2: patienten fick fel medicin och det förorsakade allvarliga komplikationer.

Arbetskyddsanmälan via HaiPro används inte vid vård- och omsorgscentralen i Kristinestad. Information om arbetskydd och blankett för anmälan finns i personalstrategimappen.

Välj plats där händelsen skedde:

Välj lämpligt alternativ, t.ex. patientrum, korridor, dagsal, hemmet, kansliet e.dyl..

Välj typ av händelse

- Inte känd
- Förknippad med läkemedels- och vätskebehandling samt blodtransfusion.
- Förknippad med informationsflöde eller datahantering
- Förknippad med diagnos
- Förknippad med operativ åtgärd
- Förknippad med invasiv åtgärd
- Förknippad med annan vårdåtgärd
- Förknippad med apparat eller användning av apparat
- Förknippad med laboratorie-, eller diagnostisk avbildningsundersökning
- Förknippad med aseptik/hygien
- Olycksfall
- Våld
- Förknippad med akutvårdens verksamhetsmiljö
- Avvikelse i genomförande av strålbehandling
- Annat

Du kan låta bli att välja typ om du så önskar eller om du inte riktigt vet vad du ska välja. Om du väljer händelsetypen **läkemedelsbehandling eller apparatur**, begärs tilläggsuppgifter. Fyll i de **uppgifter** som begärs om **läkemedlet eller apparaten**.

Fyll i Anmälan till Valvira om händelsen är förknippad med apparatur, se info.

Beskrivning av händelsen:

Berätta vad som hände och hur det hände samt följderna för patienten och den vårdande enheten.

Kontrollera att följande saker framkommer i beskrivningen:

- Vad som gjordes
- Vad som skedde och hur det skedde
- Hantering av situationen
- Följderna för patienten
- Följderna för vårdande enhet

Anteckna inte patientens identifikationsuppgifter såsom namn eller socialskyddssignum. Av datasekretesskäl antecknas inte dessa uppgifter. Du kan hjälpa handläggaren på en annan avdelning att identifiera händelsen genom att skriva till exempel ”en ca 50 år gammal man avlämnades kl. 8.00, diagnosen var hjärtinfarkt.../ för åtgärder ...”

Använd personernas yrkesbeteckningar, inte namn!

Beskriv också **förhållandena** vid tidpunkten för händelsen och **andra faktorer som enligt din åsikt medverkade till händelsen. Undvik allt för allmänna och korta beskrivningar.** T.ex. ”brådskan” behöver preciseras, hur inverkade brådskan just i denna situation eller var det frågan om en situation med exceptionell eller ”normal” brådskan.

OBS! Om rapporten gäller händelse som skett på annat håll lämnas detta fält tomt.

Berätta hur du anser att händelsen kunde undvikas. Ge förslag på vad som borde göras annorlunda, ändras eller rättas till för att något motsvarande inte skulle hända igen eller för att förbättra patientsäkerheten. Framför hellre idéer om hur arbetsförhållandena eller -förutsättningarna kunde förbättras än att föreslå att någon ska vara noggrannare eller mera aktsam. Ingen är medvetet slarvig eller oaktsam den första gången heller.

Kontrollera att du fyllt i alla punkter. Om du av någon anledning inte vill göra en rapport kan du stänga webbläsaren innan du sparar eller skriver ut rapporten.

Avsluta ifyllandet av blanketten genom att klicka på **spara**-knappen eller **skriv ut rapporten**. Blanketten sparas via spara-knappen eller genom att skrivas ut. Efter att blanketten sparats kan rapporten inte längre återkallas. Samtidigt som blanketten sparas ger systemet en **beteckning** och en **personlig kod** åt rapporten. Du behöver den personliga koden för att kunna se din rapport senare och eventuellt ge tilläggsuppgifter. Om du inte skriver ut rapporten på papper, lägg koden på minne. Du kan också se till vem systemet skickar e-post om den nya rapporten. Om du i detta skede märker att meddelande gick åt fel handläggare, återgå till rapporten, korrigera enheten där händelsen skedde och spara blanketten. Om du önskar kan du också uppge din e-postadress i systemet och får då eventuell begäran om tilläggsuppgifter per e-post och kan svara direkt via e-postlänk. **Handläggaren får uppgifter om att e-postadress uppgetts, men ser inte adressen, vilket betyder att anmälaren förblir anonym.**

6.1.4 UPPFÖLJNING AV HANDLÄGGNINGEN AV DIN RAPPORT

Du kan kontrollera läget för din rapport via länken:

Effica > Yleinen kansio>HAIPRO> HaiPro- lista (fi) / HaiPro-lista SV (sve).

Logga in med rapportens personliga kod. Klicka ok.

Du kan se rapportens rubrikuppgifter och färgen som beskriver rapportens status. Medan blanketten väntar på handläggning (gult) kan du komplettera och ändra dina anteckningar. Då blanketten nått handläggning (blått) eller handläggningen är klar (grönt) kan du fortfarande läsa den, men ändringar är inte längre möjliga.

Via koden kan du öppna blanketten och antingen komplettera rapporten (gult), svara på begäran om tilläggsuppgifter (ljus beige) eller se uppgifter som skrivits in under handläggningen (blått eller grönt).

6.1.5 HANDLÄGGARE

Inom vård- och omsorgscentralen skall det finnas utnämnda handläggare (1-2st) på varje enhet. Handläggarna får meddelande till sin e-post om HaiPro-anmälningar som enheten fått och handläggarna kan vid behov överföra anmälan till en högre nivå (organisationens ledning).

HaiPro-anmälningarna behandlas regelbundet i ledningsgruppen.

Anmälningarna skall också behandlas regelbundet **på avdelningarna** t.ex. på avdelningstimmarna. Enhetens förman ska regelbundet ordna diskussioner med de olika yrkesgrupperna. Arbetsenheten ska gemensamt gå igenom rapporterade händelser och fundera på utvecklingsåtgärder. HaiPro-anmälningarna kan skrivas ut och samlas i en mapp på avdelningen så att alla kan läsa dem.

6.1.6 SNABBGUIDE FÖR IFYLLNING AV HAIPRO-RAPPORT

Avvikelser kan anmälas via Effica:

Yleinen kansio ► HAIPRO ► HaiPro-lista (fi)/HaiPro-lista SV (sve)

1. Välj din egen enhet från listan
2. Om du anmäler en händelse som har skett på en annan enhet skall du ange i frågavarande enhet i rutan "*Enhet där händelsen skedde*"
3. Välj blankettifyllare
4. Ange tidpunkt för händelsen. Datum (i formen 23.10.2016) och välj klockslag från listan
5. Välj plats för händelsen
6. Välj händelsens karaktär: tillbud eller drabbade patient (se vb info). Arbetskyddsanmälan kan inte göras via HaiPro i vår organisation.

7. Välj typ av händelse från listan
8. Beskrivning av händelsen

8.a.) Berätta här noggrant VAD hände och HUR det hände och vilka var följderna för PATIENTEN och för den vårdande enheten.

8.b.) Beskriv här så noggrant som möjligt OMSTÄNDIGHETER kring händelsen och FAKTORER som medverkade till händelsen.

[Startsidan](#) [Hjälp](#) Suomeksi | In English

HaiPro - Avvikelsesrapport

Obligatoriska fält markerade med asterisk (*) Datum: 22.3.2013

Avdelning	Blankettifyllarens enhet (*) <input type="text" value="Välj"/> <input type="button" value="Sök"/>	
	Enhet där händelsen skedde (*) <input type="text" value="Välj"/> <input type="button" value="Sök"/>	
Blankettifyllare	<input type="text" value="Välj"/> <input type="button" value="i"/>	
Händelse	Tidpunkt för händelsen(*)	Händelsens karaktär (*)
	datum (d.m.åååå): <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Inte känt	<input type="radio"/> tillbud <input type="button" value="i"/> <input type="radio"/> drabbade patient <input type="button" value="i"/>
	klockslag: <input type="text"/> : <input type="text"/> 00 <input type="checkbox"/> Inte känt	<input type="checkbox"/> Även en artetarskyddsanmälan ifylls
	Plats för händelse	
	<input type="text" value="Välj"/>	
Typ av händelse	<input type="text" value="Inte känd"/>	
Beskrivning av händelsen (*)	<p>Berätta vad som hände och hur det hände och vilka följderna var för patienten och den vårdande enheten <input type="button" value="i"/></p> <div style="border: 1px solid gray; height: 100px; width: 100%;"></div> <p>Beskriv även förhållandena vid tidpunkten för händelsen och andra faktorer som bidragit till uppkomsten av händelsen</p> <div style="border: 1px solid gray; height: 100px; width: 100%;"></div> <p>Ge din syn på hur man skulle kunna undvika en upprepning av denna händelse?</p> <div style="border: 1px solid gray; height: 100px; width: 100%;"></div>	
<input type="button" value="Spara uppgift"/>		Skriv ut rapporten

9. **Kolla att du har fyllt i alla punkter i blanketten!**
10. Spara rapporten till slut och om du har möjlighet, printa ut den.

11. Det viktigaste är att du lägger **KODEN** för rapporten på minnet, eftersom det är med denna kod som du sedan kan följa upp din rapport.

KOM IHÅG ATT FÖLJA UPP DIN RAPPORT I FALL DIN HANDLÄGGARE BER OM TILLÄGGSINFORMATION ANGÅENDE HÄNDELSEN!

Mera information om HaiPro på webbplatsen för HaiPro-projektet (www.haipro.fi).

6.2 ANMÄRKNING, KLAGOMÅL, PATIENTSKADEANMÄLAN, PATIENT/KLIENTJOURNALER

Anmärkning och klagomål kan göras vid missnöje med vård eller bemötande. Vårdpersonalen är skyldig att besvara patientens och, med patientens samtycke, även de anhörigas frågor och förklara omständigheterna på ett sådant sätt att den som ställer frågan förstår svaret. Problem förebyggs bäst genom att man frågar och samtalar. Vid behov skall personalen informera patienter/anhöriga om patientombudsmannen som kan ge råd och information om patientens rättigheter. Om patienten eller någon anhörig trots detta upplever att vården eller bemötandet har varit dåligt eller osakligt, eller att patienten inte intagits för vård inom utsatt tid, finns följande lagstadgade alternativ att välja mellan:

Om diskussion med vårdande instans inte ger önskat resultat eller frågorna inte besvaras kan en skriftlig anmärkning göras. **Anmärkningen** kan formuleras fritt eller på en särskild blankett som patienten till exempel får från infon eller enheten där patienten vårdas. Vård- och omsorgsdirektören ger inom rimlig tid ett skriftligt beslut där det framgår vilka åtgärder som eventuellt vidtagits med anledning av anmärkningen. Ändring i beslutet kan inte sökas genom besvär.

Om patienten/klienten vill eller är missnöjd med hur anmärkningen har behandlats kan patienten **föra klagan** till de myndigheter som övervakar hälso- och sjukvården såsom Regionförvaltningsverket (Avi) eller tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira).

Se information om hälsovårdsklagan: www.valvira.fi/web/sv/halso-och-sjukvard/missnoje-med-varden.

Patientskada

Vid en patientskada kan patienten ansöka om ersättning till Patientförsäkringscentralen (www.pvk.fi). Patientskadeanmälningsblanketter fås från patientombudsmannen eller patientförsäkringscentralens sidor. Patientförsäkringen ersätter personskada som uppkommit i samband med vård som getts inom hälso- och sjukvård i Finland. Med personskada avses sjukdom, handikapp eller annan tillfällig eller bestående nedsättning i hälsotillståndet eller död. Ersättning skall sökas inom tre år från att den som söker ersättning fick reda på eller borde ha vetat att skadan skett.

Läkemedelsskada

Läkemedelsskadeförsäkringen ersätter överraskande biverkningar som en person förorsakats av läkemedel som sålts eller överlåtits för konsumtion i Finland. Med läkemedelsskada avses kroppssjukdom eller kroppsskada eller med dem jämförbar allvarlig psykisk sjukdom, som sannolikt förorsakats av läkemedel som den skadelidande använt. Om ett läkemedel enligt patientens åsikt har förorsakat en överraskande biverkning, fås mera information på Läkemedelsskadeförsäkringens internetsidor (www.fimea.fi) eller via patientombudsmannen.

Patient/klientjournal

Patienten/klienten har rätt att ta del av sin journal, rätta felaktiga uppgifter och vid behov anhålla om utredning av logguppgifter i patientregistret. I infopunkten vid vård- och omsorgscentralen i Kristinestad finns blanketter och anvisningar för hur man går till väga. Se mer information i **Vård- och omsorgscentralens anvisningar för behandling och utlämnande av patientuppgifter.**

6.3 BARNSKYDDSANMÄLAN

Anmälningsskyldighet (Barnskyddslagen)25 §

De som är anställda eller innehar ett förtroendeuppdrag är skyldiga att utan dröjsmål och utan hinder av sekretessbestämmelserna göra en anmälan till det organ som ansvarar för socialvården i kommunen om de i sin uppgift fått vetskap om ett barn vars behov av vård och omsorg, omständigheter som äventyrar barnets utveckling eller eget beteende förutsätter att behovet av barnskydd utreds. Anmälningsskyldighet föreligger även om barnet/familjen motsätter sig. Anmälan kan göras skriftligen eller muntligen. Om anmälan görs å tjänstens vägnar kan anmälaren inte vara anonym.

Skyldigheten att anmäla misstanke om sexualbrott mot barn har ändrats 1.1.2012. Alla som är skyldiga att göra barnskyddsanmälan är också skyldiga att meddela polisen om de på basen av information de fått reda på i sin uppgift har skäl att misstänka att barnet blivit utsatt för sexualbrott (strafflagen § 20). Med barn avses personer under 18 år, men då det gäller sexualbrott är skyddsåldersgränsen i regel 16 år.

Barnskyddsanmälan: www.sosiaaliportti.fi/lastensuojelun handbok/barnskyddsanmälan.

6.4 ANMÄLAN OM BEHOV AV SOCIALVÅRD

Anmälningsskyldighet (Socialvårdslagen) 35§

Om en sådan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som avses i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994), en socialkurator eller en anställd hos socialväsendet, undervisningsväsendet, idrottsväsendet, barndagvården, räddningsverket, nödcentralverket, tullen, polisen, brottspåföljdsmyndigheten, arbets- och näringsmyndigheten, folkpensionsanstalten eller utökningsmyndigheten i sitt arbete har fått kännedom om en person vars behov av socialvård är uppenbart, ska han eller hon styra personen till att söka socialservice eller om personen samtycker till det kontakta den myndighet som ansvarar för den kommunala socialvården, så att stödbehovet kan bedömas.

Om samtycke inte kan fås och personen är uppenbart oförmögen att svara för sin omsorg, hälsa eller säkerhet, eller om ett barns bästa absolut kräver det, ska de personer som avses i 1 mom. utan dröjsmål göra en anmälan om behovet av socialvård trots sekretessbestämmelserna.

Även någon annan kan göra en anmälan trots sekretessbestämmelser som gäller honom eller henne.

I 25 och 25 c § i barnskyddslagen finns bestämmelser om att göra en barnskyddsanmälan och en föregripande barnskyddsanmälan. Om den anmälningsskyldiga personen i enlighet med 1-3 mom. utan dröjsmål har kontaktat den myndighet som ansvarar för socialvården och uppgett orsakerna till kontakten, behöver ingen barnskyddsanmälan göras på grundval av samma uppgifter.

6.5 ANMÄLAN OM ÄLDRE PERSONERS SERVICEBEHOV

Anmälningsskyldighet (Lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre) 25§

Om en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som avses i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, eller någon som är anställd inom socialvården i kommunen eller räddningsväsendet i området eller hos nödcentralen eller polisen i sitt uppdrag har fått kännedom om en äldre person som är i behov av social- eller hälsovård och som är uppenbart oförmögen att sörja för sin omsorg, hälsa eller säkerhet, ska den anställda oberoende av sekretessbestämmelserna utan dröjsmål göra en anmälan om saken till den kommunala myndighet som ansvarar för socialvården.

Utöver det som föreskrivs i 1 mom. ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården göra en anmälan till den kommunala myndighet som ansvarar för socialvården, när en äldre person kommer att skrivas ut från vård eller behandling på en institution inom hälso- och sjukvården. Anmälan ska göras i god tid före utskrivningen

6.6 ANMÄLAN OM BROTT MOT LIV OCH HÄLSA

I vissa situationer är det möjligt att lämna ut patientuppgifter utan patientens samtycke. Patientens samtycke behövs inte för utlämnande av uppgifter på grund av anmälningsskyldighet eller anmälningsrätt.¹⁸ Anmälningsskyldigheten berör grova brott, barnskydd, körrätt samt innehav av skjutvapen.

**Hälso- och sjukvårdens tystnadsplikt ger vika för till exempel grova brott.
Om man vet att ett grovt brott planeras
är man skyldig att på eget initiativ lämna information om det,
antingen till myndigheterna eller direkt till den person som hotas av fara.**

”I vissa särskilda situationer är det möjligt att lämna ut patientuppgifter utan patientens samtycke. Anmälningsskyldigheten berör grova brott, barnskydd, körrätt, innehav av skjutvapen, samt några riksomfattande personregister. Hälso- och sjukvårdens tystnadsplikt ger vika för till exempel grova brott. Om du vet att ett grovt brott planeras är du skyldig att på eget initiativ lämna information om det, antingen till myndigheterna eller direkt till den person som hotas av fara. Anmälningsrätt kan uppkomma för att avvärja en fara. Yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården har rätt att avslöja känsliga personuppgifter på grund av nödvärn eller för att avvärja en omedelbar eller tvingande fara. Det är inte möjligt att ge entydiga anvisningar om hur tystnadsplikten ska iakttas, eftersom varje enskilt fall bedöms i efterhand”¹⁹

6.7 LOVE – UTBILDNING I LÄKEMEDELSBEHANDLING

Sjukhusapoteket vid Kuopio universitetssjukhus (KYS) och samkommunen för sjukvårds- och socialservicen i Norra Karelen (PKSS) har tillsammans sammanställt ett nätutbildningsprogram i läkemedelsbehandling. Programmet riktar sig till personer som fått utbildning i läkemedelsbehandling och som är legitimerade yrkespersoner inom hälso- och sjukvården. LOP-LOVe lämpar sig väl som utbildnings- och tentamensmaterial för yrkesutbildade personer med skyddad yrkesbeteckning.

LOVe - nätutbildning i läkemedelsbehandling är en webbaserad utbildning som omfattar läkemedelsbehandlingens teori, uppgifter och tentamen. Utbildningen genomförs i Vasa centralsjukhus Moodle-miljö och är avsedd för legitimerade yrkespersoner inom hälso- och sjukvården.

LOVe-utbildningen startade år 2011 vid vård- och omsorgscentralen i Kristinestad. Alla vårdare med sjukskötarutbildning inom vård- och omsorgscentralen skall delta i utbildningen och tentera LOP och IV-delarna i LOVE-utbildningen. Dessutom skall rehabiliteringsavdelningens sjukskötare tentera ABO.

¹⁸ Se utlämnande av patientuppgifter i del 3.

¹⁹ THL. Kantatjänster – webbkolor för hälso- och sjukvårdspersonal. [Online] <https://verkkokoulut.thl.fi/web/kanta-sv/utbildningar>

Närvårdarna har deltagit i utbildningen och tenderat LOP. Även hemvårdarna har genom en intern utbildning i läkemedelsbehandling även tenderat LOP. Hemhjälparna rekommenderas delta i skolning som ordnas men behöver inte tendera LOP.

LOVe innehåller följande delar:

LOP = Grundkunskaper i läkemedelsbehandling (2014 och 2017)
 IV = Intravenös läkemedels- och vätskebehandling (2014)
 ABO = Tillståndsutbildning i blodtransfusioner
 KIPU= Läkemedelsbehandling vid smärta
 LAS = Barns läkemedelsbehandling
 PSYK = Läkemedelsbehandling av psykiska störningar samt alkohol- och drogberoende

Utgångspunkterna för LOVE-utbildning är:

- **SHM:s handbok om säker läkemedelsbehandling**
 - ansvar, skyldigheter och tillståndsförfarande gällande läkemedelsbehandlingen
 - förenhetligad praxis
 - säkerställa personalens kunskaper i läkemedelsbehandling
- **Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården**
 - skyldighet att upprätthålla sina yrkeskunskaper
- **Den nationella patientsäkerhetsstrategin 2009-2013**
 - främjande av säker läkemedelsbehandling med hjälp av fortbildning för personalen
- **Vasa sjukvårdsdistrikts patientsäkerhetsplan**
 - Säkerställande av kunnandet
- **Säker läkemedelsbehandling i Vasa sjukvårdsdistrikt (uppdaterad 2017)**
- **Ansvarsenheternas egna läkemedelsbehandlingsplaner**

Användarrättigheter: ADB- ansvariga sköter om användarrättigheterna till LOVE på basen av avdelningsskötarens ansökan. Meddelande om rättigheterna sänds per e-post till den som skall delta i utbildningen.

Vårdpersonalen skall med fem års mellanrum revidera sitt tillstånd i läkemedelsbehandling med godkänt resultat. Arbetstagaren måste själv se till att hon/han har ett giltigt tillstånd

Även personer som varit frånvarande från arbetslivet i tre år eller längre är skyldiga att utföra tentamen på nytt inom loppet av två månader.

DEN UTBILDNINGSNIVÅ I LÄKEMEDELSBEHANDLING SOM KRÄVS:

UTBILDNINGSHELHETEN FÖR DEN WEBBASERADE UTBILDNINGEN I LÄKEMEDELSBEHANDLING (LOVE)						
Avdelning	Legitimerade yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården	Grunderna i läkemedelskunskap (LOP) teori	Grunderna i läkemedelskunskap (LOP) räkneuppgifter	Intravenös läkemedels- och vätskebehandling (IV) teori	Intravenös läkemedels- och vätskebehandling (IV) räkneuppgifter	ABO-Blodtransfusioner
Rådgivningarna	Hälsovårdare (sjuksk.) Närvårdare	Ja Ja	Ja Ja	Ja Nej	Ja Nej	Nej Nej
Läkarmottagningen	Sjukskötare (hälsov.) Närvårdare	Ja Ja	Ja Ja	Ja Nej	Ja Nej	Nej Nej
Arbetshälsovården	Hälsovårdare (sjuksk.) Närvårdare	Ja Ja	Ja Ja	Ja Nej	Ja Nej	Nej Nej
Hemvården	Sjukskötare (hälsov.) Närvårdare	Ja Ja	Ja Ja	Ja Nej	Ja Nej	Nej Nej
Bäddavdelningen	Sjukskötare (hälsov.) Närvårdare	Ja Ja	Ja Ja	Ja Nej	Ja Nej	Ja Nej
Kristinahemmet	Sjukskötare (hälsov.) Närvårdare	Ja Ja	Ja Ja	Ja Nej	Ja Nej	Nej Nej
Åldersro	Sjukskötare (hälsov.) Närvårdare	Ja Ja	Ja Ja	Ja Nej	Ja Nej	Nej Nej

Figur 4. Den utbildningsnivå i läkemedelsbehandling som krävs av vårdpersonalen. Vård- och omsorgscentralen i Kristinestad 15.4.2017

6.7.1 SÅ HÄR LOGGAR DU IN PÅ MOODLE

LOVe-kurserna finns på adressen moodle.vshp.fi.

(Vasa centralsjukhus → utbildning → Moodle)

- Logga in: fyll i användarnamn (din e-postadress)
- Fyll i lösenordet *lovekurs* (byt lösenord då du loggar in första gången).
- Klicka logga in
- Välj nr 9 LOVE (på svenska eller finska)
- Välj kurs LOP, IV, ABO
- Fyll i kursnyckel *2872012* om den efterfrågas

Under titeln **1. regional utbildning – alueellinen koulutus** i Moodle finns en kurs i läkemedelsräkning som är att rekommendera. Klicka på kursen så ges anvisningar hur man loggar in. **Man får tentera LOVE på arbetstid, men man måste studera till tentamen på egen tid. Man kan också läsa till tentamen via hemdatorn.**

6.7.2 TENTAMEN

Anmälning till tentamen: Tentamen hålls med jämna mellanrum. Anmälning görs till ADB-ansvariga.

- Alla krävda LOVE-delar ska tenteras under samma tentamen.
- Programmet väljer slumpmässigt teorifrågor och räkningar.
- Teori examen: 10 frågor (godkänt utförande krävs 80% av svaren rätt)
- Examen i läkemedelsräkning: 5 räkningar (godkänt utförande krävs 100% av svaren rätt)
- Tentamenstiden är max. 2,5 h (sjuksk.) och 1 h 15 min (närvårdare etc.)
- Efter avlagd tentamen visar deltagaren upp sitt resultat för avdelningsskötaren som undertecknar blanketten då deltagaren har utfört de praktiska prestationerna.
- Räknare får användas.
- Tentamensövervakarna hjälper vid tekniska problem.
- Tentamensövervakaren antecknar tentresultatet i prestationsblanketten.
- Prestationsblanketterna fås av tentamensövervakaren.
- Man får delta i 10 tentamensförsök.
- Kom ihåg det personliga lösenordet.

Om du inte klarar tentamen: Om tentamensdeltagaren inte klarar av tentamen på det första försöket har hon/han möjlighet att ta om det underkända delområdet vid samma tentamenstillfälle. Omtagningar sker i form av en övervakad tentamen på arbetstid. Endast de underkända delarna tas om.

Om tentamensdeltagaren inte förmår klara av tentamen på sin fjärde gång har hon/han möjlighet att få tilläggsundervisning. Detta förutsätter överenskommelse med avdelningsskötaren och chefen för vårdarbetet.

Alla nödvändiga LOVE-delar skall vara avlagda inom ett år från det första tenttillfället. Om tiden överskrids, tenteras alla delarna på nytt.

6.7.3 DELTAGARINTYG OCH TILLSTÅND

Ansvarsenhetens förman fyller i ett deltagarintyg eller en tillståndsblankett åt den anställda efter godkänd tentamen, introduktion och praktiska prestationer (rekommenderas tre). Om en sjukskötare inte har iv-tillstånd från förr och hon/han inte deltagit i iv-utbildning (ordnades senast år 2010), skrivs ett **deltagarintyg**. Efter godkänd tentamen, introduktion och praktiska prestationer kan sjukskötaren beviljas **tillstånd** (ett så kallat iv-lov). Inom vård- och omsorgscentralen har överenskommit att en långvarig arbetstagares tidigare iv-tillstånd (inom vård- och omsorgscentralen) och iv-utbildning (senaste 10.11.2010 och 15.12.2010) räcker till som introduktion för att få tillståndet. Om sjukskötaren inte har iv-tillstånd från förr och inte har deltagit i skild iv-utbildning ordnas nödvändig introduktion och praktiska prestationer för henne/honom på avdelningen. Då hon/han avlagt dessa med godkänt resultat, beviljas tillståndet. IV-tillståndet bör vara ikraft utan avbrott. Påbörja tentamen i god tid, minst två månader före tillståndet går ut. De som deltar i tenter för att bekräfta deras kunskaper i läkemedelsbehandling eller för att förnya sitt IV/EPI-tillstånd behöver inte utföra någon praktik eller praktiska prestationer

Förmannen undertecknar tillståndsblanketten och skickar den till ledande läkaren som godkänner tillståndet första gången. Därefter undertecknas tillståndet av avdelningsskötaren. **Originalet av tillståndsblanketten förvaras på den avdelning som beviljat det, den anställda får en kopia. När arbetstagaren byter arbetsplats ges det ursprungliga tillståndet till arbetstagaren. Det tillstånd som ger den anställda rätt att delta i läkemedelsbehandling gäller endast på den avdelning som beviljat det.** Då en arbetstagare flyttar till en annan enhet måste hon/han vid behov genomgå en introduktion och avklara de praktiska prestationer (3) som krävs på i frågavarande avdelning.

Tillståndet är giltigt i fem år från det datum då det undertecknats, och **det ligger på arbetstagaren själv att se till att hon/han har ett giltigt tillstånd.** De som varit borta från arbetslivet i tre år eller längre ska utföra LOVE på nytt.

Både sjukskötare och närvårdare avlägger grunderna i läkemedelsbehandling (LOP). LOP innehåller tentamens prestationer, praktiska prestationer samt introduktion. När tentamens- och praktiska prestationerna och introduktionen är godkända beviljas närvårdaren ett **LOP-tillstånd**. Tillståndet förvaras på den avdelning som gett det. Även den anställda får en kopia av tillståndet.

När arbetstagaren byter arbetsplats ges det ursprungliga tillståndet till arbetstagaren.

6.7.4 LOP - Grundkunskaper i läkemedelbehandling

Antalet praktiska prestationer och de delområden som ska utföras i samband med introduktionen och de praktiska prestationerna bör finnas dokumenterade i enhetens läkemedelsbehandlingsplan.

LOP-LOVe-kursen innehåller:

Grunderna i läkemedelsbehandling

- Normer om läkemedelsbehandling
- Läkemedels klassificering och informationssökning
- Läkemedel i kroppen
- Läkemedelsförsörjning
- Aseptik som en del av säker läkemedelsbehandling
- Läkemedelsräkning och läkemedelsräkning övningstentamen

Läkemedelsbehandlingsprocessen

- Utredning av medicinering
- Bedömning och ordination av läkemedelsbehandling
- Hantering av läkemedel
- Administration av läkemedel via naturlig väg
- Administrering av läkemedel under huden eller i muskel
- Byte av läkemedelsfri infusionspåse
- Läkemedlets administreringstid
- Uppföljning av läkemedelsbehandlingens verkan
- Patientrådgivning

Läkemedelsbehandling under speciella omständigheter

- Faktorer som påverkar läkemedelsbehandling
- Riskläkemedel
- HCl-läkemedel
- Vacciner
- Medicinska gaser
- Behandling av anafylaktisk reaktion
- Agerande vid en felsituation

6.7.4.1 LOP -blankett för praktiska prestationer för sjukskötare.

Delområden som är förknippade med de praktiska prestationerna som anknyter till enteral läkemedelsbehandling: Mottagning och dokumentering av läkemedelsordinationer (medicinlista och -kort), utdelning av läkemedel på bricka, administrering av läkemedel på naturlig väg, utvärdering och dokumentering av läkemedlets verkning.

De praktiska prestationerna har utförts

Mottagare _____

Plats och tid _____

Övriga praktiska prestationer som anknyter till LOP-delen

Delområden som krävs på enheten	Delprestationer som anknyter till läkemedelsbehandling	Datum och mottagare av prestationen	Datum och mottagare av prestationen	Datum och mottagare av prestationen
	Iordningställande av parenteralt läkemedel för bruk			
	Administrering av läkemedel i muskel			
	Administrering av läkemedel under hud med spruta			

Den tentamen och de allmänna kunskapskriterierna som gäller för läkemedelsbehandling samt den introduktion och de praktiska prestationer som krävs på enheten är godkända:

Godkänd

Förman _____

Plats och tid _____

6.7.4.2 LOP -blankett för praktiska prestationer för yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården med skyddad yrkesbeteckning och som utbildats i läkemedelsbehandling (närvårdare)

Praktiska prestationer

Del-områden som krävs på enheten	Delprestationer som anknyter till läkemedelsbehandling	Datum och mottagare av prestation	Datum och mottagare av prestation	Datum och mottagare av prestation
	Mottagning och dokumentering av läkemedelsordinationer			
	Utdelning av läkemedel på bricka			
	Administrering av läkemedel på naturlig väg			
	Utvärdering och dokumentering av läkemedlets verkning			
	Iordningställande av enteralt läkemedel för bruk			
	Avlägsnande av perifer transfusionskanyl			
	Byte av infusionspåse som innehåller baslösning utan medicin			
	Temporär stängning av perifer transfusionskanyl			
	Iordningställande av parenteralt läkemedel för bruk			
	Injicering av läkemedel i muskel			
	Injicering av läkemedel under hud			

Den tentamen och de allmänna kunskapskriterierna som gäller för läkemedelsbehandling samt den introduktion och de praktiska prestationer som krävs på enheten är godkända:

Godkänd

Förman _____

_____ plats och tid

6.7.5 IV - Intravenös läkemedels- och vätskebehandling

Antalet praktiska prestationer och de delområden som ska utföras i samband med introduktionen och de praktiska prestationerna bör finnas dokumenterade i enhetens läkemedelsbehandlingsplan.

IV-LOVe kursen innehåller:

Grunderna i intravenös läkemedels- och vätskebehandling

- Ansvar och skyldigheter
- Allmänt om intravenös läkemedels- och vätskebehandling
- Intravenösa läkemedel och vätskor samt deras förvaring
- Identifiering av och agerande i risksituationer
- Läkemedelsräkning – IV och läkemedelsräkning övningstent
-

Genomförandet av intravenös läkemedels- och vätskebehandling

- Aseptik
- Utrustning, hantering och läkemedelstillsatser
- Hantering av IV-läkemedel och läkemedelstillsatser
- Perifer kanylering
- Tillförsel av läkemedel för administrering i central ven
- Patientuppföljning och dokumentation

IV – vätskebehandling

- Vätskebalansen och rubbningar i kroppens vätskebalans, samt syra-bas-balansen
- Planering, reglering och kontroll av vätskebalans

6.7.5.1 IV -blankett för praktiska prestationer

Namn _____

Arbetsenhet och yrkesbeteckning _____

Delområden som krävs på enheten	Delprestationer som anknyter till läkemedelsbehandling	Datum och mottagare av prestation	Datum och mottagare av prestation	Datum och mottagare av prestation
	I.v. kanylering; insättning av perifer venkanyl			
	Administrering av intravenöst läkemedel som injektion eller infusion i perifer venkanyl.			
	Intravenösa koncentrat, utspädning och administrering i ven.			
	Administrering av intravenöst läkemedel som injektion eller infusion i central venkateter.			
	Vaccinering			

Den tentamen och de allmänna kunskapskriterierna som gäller för läkemedelsbehandling samt den introduktion och de praktiska prestationer som krävs på enheten är godkända:

Godkänd

Förman _____ Plats och tid _____

6.7.6 ABO - blodtransfusion

Antalet praktiska prestationer och de delområden som ska utföras i samband med introduktionen och de praktiska prestationerna bör finnas dokumenterade i enhetens läkemedelsbehandlingsplan.

ABO-LOVe kursen innehåller undervisning i:

- blodprodukter
- blodgrupper och blodgruppsbestämning
- blodtransfusion
- blodbeställning
- möjliga transfusionsreaktioner
- organisationens blodtransfusionsanvisningar och praxis

6.7.6.1 ABO -blankett för praktiska prestationer

Namn _____

Arbetsenhet och yrkesbeteckning _____

Delområden som krävs på enheten	Delprestationer som anknyter till läkemedelsbehandling	Datum och mottagare av prestation	Datum och mottagare av prestation	Datum och mottagare av prestation
	Biologiskt förprov			
	Utförande av blodtransfusion			

Den tentamen och de allmänna kunskapskriterierna som gäller för läkemedelsbehandling samt den introduktion och de praktiska prestationer som krävs på enheten är godkända:

Godkänd

Förman _____ Plats och tid _____

6.8 SÄKER LÄKEMEDELSBEHANDLING

Social- och hälsovårdsministeriet publicerade 2005 handboken *Säker läkemedelshantering*. Handbokens syfte är att förenhetliga principerna för genomförande av högklassig läkemedelsbehandling, klarlägga ansvarsfördelningen vid genomförandet av läkemedelsbehandlingen och definiera vilka minimikrav som skall vara uppfyllda i alla enheter som genomför läkemedelsbehandling. Vasa sjukvårdsdistrikt har en arbetsgrupp för säker läkemedelsbehandling som har i uppgift att upprätthålla, uppdatera och utveckla främjandet av säker läkemedelsbehandling, men även att bistå i tillämpningen av planen i Vasa sjukvårdsdistrikt.

Sjukvårdsdistriktet har en egen handbok för säker läkemedelsbehandling där förverkligandet av riktlinjerna i den nationella handboken preciseras på distriktsnivå. Den uppdateras med två års mellanrum. Versionen som uppdaterats 2016 finns på Vasa centralsjukhus hemsida. **Varje enhet vid vård- och omsorgscentralen i Kristinestad som ger läkemedelsbehandling har en egen plan för läkemedelsbehandling som uppdateras varje år. Denna plan grundar sig på *Säker läkemedelsbehandling vid Vasa sjukvårdsdistrikt- handbok i säker läkemedelsbehandling 2016*. VCS har gett sitt samtycke till att alla organisationer inom sjukvårdsdistriktet kan använda denna plan vid uppdatering av enheternas egna planer.**²⁰



6.9 ENHETERNAS REGISTER ÖVER APPARATUR (PRODUKTER) OCH UTRUSTNING

Lagen om produkter och utrustning för hälso- och sjukvård 24.6.2010/629 ålägger verksamhetsenheterna för hälso- och sjukvården att ha en förteckning över produkter och utrustning som verksamhetsenheten besitter eller som har införts i en patient.

Varje avdelning inom vård- och omsorgscentralen i Kristinestad har utsett ansvarspersoner som sammanställt ett register/en förteckning över produkter och utrustning inom hälso- och sjukvården.

²⁰ <https://www.vaasan.keskussairaala.fi/sv/for-vardgivare/patientsakerhet/saker-lakemedelsbehandling>

Med tanke på spårbarheten ska i registret skrivas in och uppdateras följande uppgifter om produkten:

- identifikationsuppgifter (produktnamn, tillverkare, parti- eller serienummer)
- var produkten finns fysiskt sett (avdelning, verksamhetspunkt eller vem som lånat den)
- tidpunkten för bruktagandet eller upphandlingen.

Med tanke på riskhanteringen är det viktigt att veta:

- vilka tillbehör som har installerats
- användningen av produkten som en del av ett system
- eventuella ändringar som har gjorts av produkterna
- servicehistoria och uppdateringar av program
- bruksanvisningar för en säker användning av produkterna och var bruksanvisningarna finns.

Behovet av registrering bör beaktas redan i det skede då man kommer överens om praxisen gällande anskaffningen. Då en produkt tas ur bruk är det viktigt att komma ihåg att också ta bort den ur produktregistret.

Exempel på en registerblankett för en produkt (apparat). Denna blankett gäller alkometern som används på läkarmottagningen:

Utrustningens säkerhet

Handelsnamn	Alco-Sensor III
Serienummer	1072269
Tillverkare	Intoximeters, Inc., Saint Louis, Missouri, U.S.A
Plats	Krs HVC lager
Plats	Rum 1
Anskaffningsår	Inga uppgifter
Garantin utgår	Inga uppgifter
Tilläggsutrustning	Blåsrör
Gjorda ändringar	Kalibrering x 1/år
Servicebokens plats	Vårdbedömningens kansli
Serviceintervall	En gång i året
SERVICE:	Kuula Agency Oy, Drumsövägen 39, 00200 Helsingfors
27.02.15	
24.02.16	

6.9.1 APPARATPASS

Enligt anvisningar uppgjorda vid Vasa Centralsjukhus skall alla vårdare vid vård- och omsorgscentralen i Kristinestad avklara ett apparatpass i samband med introduktionen på enheten. **Apparatpasset införs med början från år 2017.** En ny arbetstagare ska själv se till att hon/han får den handledning som behövs för användningen av apparater. Då apparatpasset har avklarats sparar förmannen det på enheten. Enligt den listning som Valvira gjort räknas följande produkter och utrustning som vårdutrustning:

- blodtrycksmätare
- sjukhussängar, rullstolar och rollatorer
- kirurgiska instrument och op-instrument
- patientövervakningsapparater och – monitorer
- system och program som används vid undersökning och vård
- bildiagnostiska apparater och strålbehandlingsutrustning

I passet ska enheterna själva lista den vårdutrustning som nya arbetstagare ska behärska.

Exempel på apparatpass vid vård- och omsorgscentralen i Kristinestad:

APPARATPASS

Namn: _____

Enhet: _____

- Den person som ansvarar för apparaterna på enheten ska i det här apparatpasset ange de apparater som är i bruk på enheten och tillsammans med enhetens förman fastställa hur länge tillstånden för användning av apparater ska vara giltiga.
- Datum och initialer antecknas i passet då fas 1-3 har avklarats (fas 2-3, namnet på den som avklarar faserna och namnet på handledaren/kontrollanten).
- Ge det avklarade apparatpasset till förmannen. Ifall det finns apparater på enheten som ska avklaras med olika tidsmellanrum (med 1 års eller 3 års mellanrum) ifylls Apparatpass A och B osv.
- Rapportering av tillbud och negativa händelser till Valvira (HaiPro).

Följande faser ska genomgå för varje apparat:

Fas 1: Den anställda har läst manualen för apparaten

Fas 2: Den anställda har bekantat sig med användningen av apparaten och hur den fungerar (demonstrerat av en person som är förtrogen med användningen av apparaten)

Fas 3: Den anställda kan undervisa och demonstrera hur apparaten används och fungerar för andra

Giltighetstid: A = giltigt i 2 år, B = 5 år, C= giltigt i 20 år

		datum/ initialer	datum/ initialer	datum/ initialer	Giltighet
Apparatgrupp	Apparat/märke	Fas 1	Fas 2	Fas 3	A-C
Apparatpass A Apparater förknippade med primärvård					C
	Blodtrycksmätare				
	Elsäng, Trendelenburg				
	Rullstolar				
	Hjälpmiddel för patienter				
Apparatpass B Patientdatasystem					B
	Effica				
	Webesko				
	Doctagon				
Apparatpass C Övriga vårdapparater					
Defibrillator					A
Apparater som stöder andning					
Droppräknare					
Patientövervaknings- monitor					
Sugapparater 3 modeller					
Perfusor					

EKG 2 modeller					
Saturationsmätare 2 modeller					
Oto/oftalmoskop					
Tympanometer					
Kamera					
Gippsåg					

6.10 KONTROLLISTOR

En kontrollista är ett verktyg för patientsäkerhet för att säkerställa att allt som skall göras är gjort och inget viktigt har blivit förbisett. Användning av check/kontrollistor bör användas av varje arbetstagare i det dagliga arbetet. Grunden till kvalitet och säkerhet är att information förs sömlöst vidare. Avbrott i informationen är oftast orsaken till riskhändelser.

I hemvården används till exempel en check/kontrollista för att förebygga olyckor och en lista för samtal med närstående. **Rehabiliteringsavdelningen** har check/kontrollistor som används vid mottagande och utskrivning av patienter, samt en åtgärdsmodell då patienten överförs till fortsatt vård och en check/kontrollista för åtgärder då patienter dör. Vid introduktion används en kontrollista för både studerande och nyanställda. Information om åtgärder, undersökningar, verksamhetsmodeller för olika situationer har samlats i en **kvalitetsmapp**. Avdelningsbiträden har utarbetat instruktioner som gäller deras arbete på avdelningen.

På Kristinahemmet och på Åldersro används Doctagons kontrollista: undersök, utred och verkställ då en boendes hälsa försämras. Också introduktionslista används.

På läkarmottagningen utprovas apparatpass. Dessutom finns kontrollistor för förflyttning av patienter mellan enheter och kontrollista för introduktion.

6.11 STRUKTURERAD DOKUMENTATION

Genom strukturerad dokumentation strävar man efter att underlätta dokumentationen och den fortsatta användningen av dokumenterade patientuppgifter. Dessa strukturer är nationellt enhetliga och består av vyer, faser i vårdprocessen, rubriker, centrala strukturerade vårduppgifter och fri text.

För att man inom hälso- och sjukvården ska kunna utnyttja uppgifterna i det riksomfattande patientdataarkivet, ska den **information som lagras i arkivet vara enhetlig**. Enhetliga patientdata

förbättrar informationens användbarhet för olika ändamål och minskar sålunda överlappande dokumentation.

På Kanta-sidorna finns uppdaterad information åt personalen om strukturerad dokumentation. Se <http://www.kanta.fi/sv/web/ammattilaisille/viestinta>. Ingående information om strukturerad dokumentation hittas också i THL:s handbok för strukturerad dokumentation²¹.

Vård- och omsorgscentralen följer givna direktiv om strukturerad dokumentation.

6.12 RAI

Rai är en mätare som togs i bruk vid Vård- och omsorgscentralen 2012, för **bedömning av funktionsförmågan** och är avsedd för:

- den lagstadgade utredningen av servicebehovet
- som ett led i planeringen, genomförandet och utvärderingen av den vård och omsorg klienten/patienten ges (vård-, rehabiliterings- och serviceplan)
- vid bedömningen och uppföljningen av hur rehabilitering, boendeträning eller andra motsvarande åtgärder och/eller tjänster som getts, i syfte att förbättra funktionsförmågan eller hur den inverkar på klientens funktionsförmåga
- vid utredning av hur en progressiv sjukdom/sjukdom med varierande symtom eller hur åldrandet inverkar på funktionsförmågan och hur hjälpbehovet eventuellt kommer att öka/variera.
- RAI skall göras minst var 6:e månad för patienter/klienter som är i regelbunden vård. Ifall hälsan förändras väsentligt görs alltid en ny RAI bedömning.
- RAI bedömningen görs inom hemvård, serviceboende, anstaltsvård, vid seniorrådgivningen görs även screening. Även andra bör känna till RAI bedömningen.

²¹ Handbok för strukturerad dokumentation inom hälso- och sjukvården. Version 2015
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/127101/URN_ISBN_978-952-302-543-1.pdf?sequence=1

6.13 SERVICESEDLAR

Vård- och omsorgscentralen har övergått till servicesedelsystem för att finansiera vård på privata serviceboenden för våra kommuninvånare fr.o.m. 2017. Servicesedelns värde beräknas utgående från vårdbehov enligt vårdtyngdsmätaren RAI och är indelat i 5 klasser, vid beräkningen inverkar inte inkomst. Med hjälp av servicesedeln erläggs kommunens andel av vårdkostnaden, resterande kostnader (hyra, mat och vårdavgift) överenskommes med och betalas direkt till serviceboendeenheten.

En invånare i staden Kristinestad som via SAS-beslut har bedömts ha ett behov av serviceboende med heldygnsoomsorg kan använda servicesedlar för att köpa sådana tjänster av en privat serviceproducent som staden har godkänt. **Sedelns värde ökar då klientens vårdbehov ökar.** Genom sitt val av serviceproducent kan klienten själv påverka hur stor självriskandel av serviceboendets kostnader klienten själv ska betala för. Närmare information om servicesedlar ger avdelningsskötaren för hemvården. Se också <http://www.kristinestad.fi/vard-and-omsorg/servicesedel>.

6.14 VÅRDPLAN

Enligt patientlagen ska vården av en patient vara planerad. I en vårdplan samlas information om patientens hälsoproblem samt vård, undersökningar och medicinsk rehabilitering som planerats. I vårdplanen skall finnas diagnos, vårdbehov, vårdens målsättning, arbetsfördelning, vårdens genomförande, vårdmetoder, uppföljning, bedömning och läkemedelsbehandlingar. I vårdplanen kommer man överens även om sådant som patienten ska sköta.

Patienten har rätt till en vårdplan som utarbetas tillsammans med en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvård. Även anhöriga, andra nära personer eller en laglig representant kan vara med i utarbetandet av vårdplanen. Med hjälp av vårdplanen koordineras behandlingen av olika sjukdomar på ett tryggt sätt och säkerställer att vårdmetoderna är kompatibla och kan genomföras.

Läkaren beslutar om medicinska undersökningar, sjukdomsdiagnoser och vården. Läkaren ska beakta patientens åsikt i planeringen av vården och i vårdbeslut. Patienten har rätt att få tillräcklig information om sin vård och de risker som förknippas med den, så att hen kan delta i besluten som rör vården. Patienten har också rätt att uttrycka sina egna önskemål och rätt att avstå från vården som erbjuds. Då erbjuds patienten en annan alternativ vårdmetod.

Om man vistas regelbundet eller under en lång period utanför sin hemkommun kan man använda primärvårdstjänster även utanför hemkommunen för att vården enligt vårdplanen ska kunna genomföras. I vissa speciella situationer, såsom dialysvård, kan patienten använda även tjänster inom den specialiserade sjukvården. Vårdplanen som utarbetats vid hälsostationen i patientens hemkommun fungerar nu som en grund för undersökningar och vård i bosättningskommunen. Hälsostationen med vårdansvaret ändras

emellertid inte, eftersom valet av vårdenhet för icke-brådskande vård i detta fall endast gäller hälso- och sjukvårdstjänsterna enligt vårdplanen.²²

6.15 EGENKONTROLL

Egenkontroll är ett dagligt redskap i arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten inom hälso- och sjukvården. Serviceproducenten förutsätts ha den kompetens, kunskap och erfarenhet som krävs för att bedöma hurdan intern styrning och kontroll det krävs för att säkra verksamhetens kvalitet och lagstadgade krav. Ju mer mångsidig och riskfylld verksamhet serviceproducenten har, desto mer omfattande och detaljerad ska egenkontrollplanen vara.

Syftet med en skriftlig egenkontrollplan är att säkra att tjänsterna håller hög kvalitet. Planen skall ge en inblick i enhetens verksamhet, vara relevant och ge information till utomstående som inte har tidigare kännedom till verksamheten. I planen fastställs bland annat organisationens förfaringssätt och uppföljning av att de tillämpas. I Valvira's föreskrift från juli 2012 fastställs vad egenkontrollplanen ska innehålla och hur den ska sammanställas. Övervakningsmyndigheterna kan vid behov be att få egenkontrollplanen.²³

Egenvårdsplanen skall göras tillsammans med personalen. Feedback skall samlas av boende/kunder, anhöriga och personal i form av ex. frågeformulär. Bra föreskrifter om en väl utförd egenkontrollplan hittas på Valvira's hemsidor.

<http://www.valvira.fi/web/sv/socialvard/tillsyn-over-socialvarden/egenkontroll>

6.16 PATIENTSÄKERHETSPREVALENS

På Vasa centralsjukhus är patientsäkerhetsprevalens en viktig del av patientsäkerheten. Enligt VCS krävs det konkreta åtgärder för att trygga patientsäkerheten. Korrekta förfaringssätt skall förmedlas till nya arbetstagare och studerande genom kunnig handledning.

VCS har uppgjort klara direktiv angående skyddskläder, identifiering av patienter och läkemedelsbehandling. **Målsättningen med prevalens är att kontrollera att arbetsgivarens direktiv/anvisningar som är väsentliga med tanke på patientsäkerheten följs. Prevalens innebär att man på bestämd tid och plats granskar gemensamt överenskomna och godkända punkter.** Som exempel från VCS har man granskat att alla patienter har namnarmband, personalens skyddskläder och användning av smycken är enligt direktiven och att läkemedelsbehandlingen är säker samt att identifieringen av patienter och dokumentering är korrekta.

²² <https://www.vardenhetsval.fi/dina-rattigheter/patientens-ratt-till-var/vardplan/>

²³ http://www.valvira.fi/web/sv/halso-och-sjukvard/privata_halso_och_sjukvardtjanster/plan_for_egenkontroll

På vård- och omsorgscentralen planeras att ta prevalens i användning som ett instrument till att förbättra patientsäkerheten. Patient/klientsäkerhetsarbetsgruppen beslutar alltid på sitt möte årligen i november, vilka temaområden organisationen satsar på under följande år.

6.17 BESTÄMMELSER GÄLLANDE VÅRDPERSONALENS VACCINATIONER

Lagen om smittosamma sjukdomar (1227/2016)²⁴ trädde i kraft 1.3.2017 medan vissa bestämmelser kommer i kraft först 1.3.2018. Lagändringen säger att personal som arbetar vid verksamhetsenheter inom socialvården samt hälso- och sjukvården skall ha immunitet mot **mässling** och **vattkoppor** (lämpligt skydd antingen via vaccination eller via genomgången sjukdom). Personer som arbetar med spädbarn skall ha vaccinerats mot **kikhosta** (skall kompletteras med 5 års mellanrum). **Influensavaccination** ges även till social- och hälsovårdspersonal som deltar i den direkta vården eller omsorgen av patienter eller klienter samt till personal inom läkemedelsförsörjningen.

→ Bestämmelserna gällande Vård- och omsorgscentralens del kommer att uppgöras under 2017.

6.18 KINESTETIK

Kinestetik är ett arbetssätt där **målsättningen är att stöda och främja människans funktionsförmåga och möjligheter att själv reda sig i vardagen**. Speciallt inom geriatrisk rehabilitering används kinestetik ofta. Arbetssättet baserar sig på förståelse för människans naturliga rörelsemönster, sinnesfunktioner, kroppslig kommunikation, respektfullt bemötande av människan.

Kinestetikens begrepp:

- **Interaktion** – målsättningen är samarbete, inte manipulation. Man bör alltid ta hänsyn hur mycket hjälp den hjälpbehövande verkligen behöver.
- **Funktionell anatomi** – är kunskap om människokroppens struktur och funktion, dvs. inte lyfta eller hantera en människa oetiskt eller hårdhänt.
- **Människans rörelser** - varje människa har eget rörelsemönster – om rörelsen inte fungerar i assistanssituation skall man ändra riktning, öka inte kraften.
- **Kraft (drag-skjut)** – när patienten / klienten skall t.ex resa sig från en stol kan man be klienten / patienten själva antingen ”dra eller skjuta på.”

²⁴ Social- och hälsovårdsministeriets förordning om vaccinationer (149/2017)

- **Människans funktioner** utgår från människans grundställningar och grundrörelser dvs andning, födointag, toalettbestyr samt förflyttningar. Människans förmåga att ändra eller bibehålla en god ställning samt utnyttja ställningar för att förflytta sig från plats till plats. Dessa ställningar och rörelser är grundförutsättningen för att många av de dagliga funktionerna skall lyckas.
- **Omgivning** – till vilket hör utrymmen, hjälpmedel men även i bland assisterande personer. Omgivningen kan underlätta eller begränsa assistans, likaså patientens/klientens eget individuella deltagande.
- Inom kinestetiken säger man att: **all aktivitet skapar rörelse**. Man utgår ifrån vad patienten/klienten kan och förmår, t.ex. att själv hjälpa till vid förflyttningar, vid tandtvätt etc. Man utgår inte från **vad man inte klarar av**. Om en patient klient själv kan äta, får hen göra det fastän det tar tid. Patientens/klientens självkänsla ökar då hen märker att man klarar av de dagliga göromålen.

Kinestetikens mål

- hjälpa en **patient/klient i hennes basfunktioner** så att upplevelsen av sin individuella rehabilitering är meningsfull. Att patienten/klienten på ett **engagerat sätt medverkar i sina aktiviteter**, trots sjukdom eller handikapp
- ge yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvård **redskap att vägleda klienter** när det gäller kunnande om naturlig rörlighet, dess betydelse för tillvaron, för uppfattning av den egna kroppen och omgivningen.
- att göra det möjligt för vårdaren som skall **assistera och patienten/klienten att utnyttja de individuella resurserna** på ett optimalt sätt i situationer då rehabiliterande hjälp är nödvändig. Syftet är att upprätthålla och **främja funktionsförmågan**.
- **reducera den fysiska och psykiska belastningen** på vårdaren som assisterar genom att öka den **vardagliga kreativiteten**. Klienten själv medverkar i aktiviteter vilket främjar funktionsförmågan och även själva rehabiliteringen samt patientens/klientens självkänsla ökar.

6.19 UTBILDNING OCH INTRODUKTION

Förändringarna i arbetslivet förutsätter allt mera förmåga och vilja att ta ansvar och vara aktiv samt samarbeta med övrig personal. En yrkeskunnig och engagerad personal arbetar målmedvetet och vill utveckla sig själv och ta ansvar för sin utbildning och kompetens genom att fråga, repetera, kontrollera och ta reda på, om de är osäkra på något. För den interna utbildningen inom vård- och omsorgscentralen finns en **utbildningskalender**.

I arbetarskyddslagstiftningen ingår flera stadganden som förpliktar arbetsgivaren att ordna **introduktion i arbetet**. Introduktionen är indelad i tre delområden:

- Introduktion i organisationen.
- Introduktion i arbetsuppgiften.
- Introduktion i arbetsgemenskapen och arbetsenheten.

I praktiken ansvarar närmaste förman för planeringen, genomförandet och övervakningen av introduktionen och handledningen. Förmannen kan delegera introduktions- och handledningsuppgifter till andra, men ansvaret ligger alltid på linjeledningen och förmannen. En god introduktion och handledning förutsätter planenlighet, dokumentering, kontinuitet och noggrann förberedning.²⁵

Alla enheter inom vård- och omsorgscentralen ska sammanställa en introduktionsmapp för studerande och nyanställda.

Utbildning på nätet:

- Kanta-tjänster. Webskolor för hälso- och sjukvårdspersonal[Online] <https://verkkokoulut.thl.fi/sv/web/kanta-sv>
- Potilasturvaportti. [Online] <http://www.potilasturvaportti.fi/>
- Sosiaaliportti. [Online] <https://www.thl.fi/fi/julkaisut/sahkoiset-kasikirjat/sosiaaliportti>

Organisationen är skyldig att upprätthålla säkerhetskunnande hos personalen. Fortbildning inom säkerhetskunnande bör vara planerad, dokumenterad och regelbunden. Målsättningen med krissituationer är fungerande kommunikation och ett väl utfört arbete. Räddningsmyndigheterna övervakar att fortbildning inom följande områden är fortlöpande:

- Brandalarmövningar
- Säkerhetsrundvandringar (se kap 7.2)
- Övningar i förstahandssläckning
- Räddningsövningar
- Utrymningsövningar
- Första hjälp utbildning.

En blankett har utarbetats för planering och uppföljning av säkerhetskunnande. Denna utvärderas årligen i november av arbetsgruppen.

²⁵ Se även Kristinestads personalstrategi 2009-2012.

6.20 VÄKTAR SERVICE

Vård- och omsorgscentralen anlitar väktarservice via ett privat väktarbolag MTP Suupohja Oy – MTP Syd Ab. Alarm koncentreras till en larmcentral (Verifi Contact Center) som finns i Vasa. Verifi larmcentral tar således emot och förmedlar vidare alarmen till jourhavande väktare.

Enligt avtal står MTP Syd Ab till tjänst dygnet runt (24/7) för att upprätthålla och garantera säkerhet och trygghet hos arbetstagare, patienter, besökare och övriga. **På avdelningarna och serviceboenden finns mobila trygghetslarm som MTP Syd skall testa med jämna mellanrum.** Samtidigt finns hos familjecentrets arbetstagare alarmknappar för att öka tryggheten hos arbetstagare. Hemvårdens alla tre områden och Akut-teamet har mobila trygghetsalarm.



MTP Suupohja Oy
MTP Syd Ab

Väktarna utför regelbunden rondering i fastigheten och till serviceboenden, för att på så vis förebygga att problem- och farosituationer uppstår. Väktarens närvaro skapar trygghetskänsla och är idag en del av den vardagliga verksamheten i fastigheterna. I brådskande situationer kan väktaren snabbt och diskret kallas till platsen med hjälp av överfallslarm.

Jourhavande väktare kan nås (24/7) tel. 020-7616371.

Väktaren kan hjälpa till med bland annat följande:

- Finnas på plats i förebyggande syfte under vissa patient/klientbesök
- Avvisa eller avlägsna en person från fastigheten.
- Hantera en plötsligt uppkommen problemsituation (t.ex. hotfull patient/klient eller brand)

Kalla på hjälp i ett så tidigt skede som möjligt.

Det finns inget rätt eller fel när det gäller att bedöma en situation och att begära hjälp.

6.20.1 KONFLIKTHANTERING PÅ ARBETSPLATSEN

Det är inte lätt att förutse hotfulla situationer då alla människor reagerar och beter sig olika. Lider personen av psykiska problem? Är personen aggressiv? Upprörd? Alkoholpåverkad? Narkotikapåverkad?

Genom att tolka både **röstläge** och **kroppsspråk** hos en person kan man utläsa mycket. Det finns en del ”ledtrådar” som vittnar om att en konfliktsituation kan vara nära.²⁶ Tecken på detta är bland annat att personen ifråga:

- Börjar svettas och/eller darra, eller ändrar ansiktsfärg hastigt
- Knyter nävarna och/eller spänner käkmusklerna
- Börjar stirra eller undviker helt att ta ögonkontakt
- Ändrar röstläge, eller plötsligt blir ovanligt tyst/börjar prata snabbt och osammanhängande
- Pekar, hytter med näven, kastar föremål eller dylikt
- Hastigt reser sig upp eller kommer ovanligt nära inpå
- Verbalt kommer med någon form av hot eller dylika yttranden

Vid en hotfull situation skall du:

- Uppträda lugnt, försöka lugna personen och dig själv.
- Prata lugnt, klart och tydligt och med jämnt röstläge.
- Lyssna och visa att du tar till dig det som personen säger.
- Agera målmedvetet, det inger förtroende och lugnar ner situationen.
- Erkänn ifall du har haft fel eller begått ett misstag.
- Hålla avstånd till personen, se till att om möjligt hela tiden ha föremål som skydd mellan dig själv och hotet (t.ex. bord, stolar, arbetsbänkar...).
- Undvika plötsliga rörelser eller att på annat sätt provocera.
- Hålla dina händer synliga.
- Om möjligt försöka påkalla uppmärksamhet från övriga arbetskolligor, andra kunder eller säkerhetspersonal.
- Försöka backa undan från situationen och ta dig bort från hotet (flyktväg).
- Kom ihåg +1-regeln, var beredd på att situationen hastigt kan förändras och att du inte direkt alltid ser helheten av situationen (gömda vapen, övriga personer som du inte räknat med).
- **Inte** hindra en hotfull person som plötsligt vill avlägsna sig.
- **Inte** följa efter personen såvida du inte är absolut säker på att det är helt riskfritt och att du inte försätter dig själv i fara.

Minns att alltid sätta Din egen säkerhet först!

²⁶ Materialet om Hotfulla situationer hittas på Gambit DOCS.

Om någon form av vapen används:

- Lyd instruktionerna men utsätt dig inte för större fara
- Försök att ta dig bort så fort som möjligt
- Varna andra och tillkalla omedelbart väktare och/eller polis
- Om angriparen försöker försätta dig i en ännu farligare situation bör du fundera över om du har någonting att förlora på att försvara dig med fysiska medel.

6.20.2 RAPPORTERING

Det kan vara bra att alltid skriva **en egen händelserapport** ifall något särskilt har inträffat. Händelserapporten kan vara till hjälp t.ex. när det gäller att i framtiden förhindra att en dylik situation åter inträffar, eller vid eventuell brottsutredning i ett senare skede.

Jourhavande väktare (24/7)

020-7616 371

Verifi alarmcentral (24/7)

020-7616 370

- Alarm och telefonsamtal som kommer till Verifi **förmedlas vidare** till MTP Syds jourhavande väktare.
- Ifall personalen vill prata direkt med den jourhavande väktaren skall man ringa det **översta numret**.
- Överfallslarm / nödknapparna **förmedlas direkt** till MTP Syd. Väktare dyker upp i första hand medan polis kommer till platsen endast vid behov.

7. RÄDDNINGSPLAN OCH BEREDSKAPSPLAN

Räddningsplanen

Räddningslagen tillämpas på befolkningsskyddet, förebyggande av olyckor samt räddningsverksamhet av olika grad, som avser brådskande uppgifter som syftar till att rädda och skydda människor, egendom och miljön när en olycka är överhängande.

Räddningsväsendets uppgifter är att ge råd, upplysa och fungera som sakkunnig inom räddningsverksamheten. Till räddningsväsendets uppgifter hör också befolkningsskyddsuppgifter samt upprätthållande av befolkningsskyddsberedskap.

Lagen förpliktar även andra myndigheter att delta i räddningsverksamheten och befolkningsskyddsuppgifterna i enlighet med bestämmelserna om det egna verksamhetsområdet, t.ex. social- och hälsovårdsministeriet, kommunala verk och inrättningar som ansvarar för olika verksamhetsområden. Räddningslagen förutsätter att sjukvårdsdistriktets alla inrättningar har räddningsplaner. Till själva planeringen hör även ansvaret att reservera och utbilda personal som behövs, för befolkningsskyddsuppgifter i undantagsförhållanden.

Betydelsen av en räddningsplan accentueras i alla olyckor och samhällets störningssituationer, såsom under längre el- eller vattenavbrott. En räddningsplan måste också utarbetas för alla bostadshus (minst tre bostäder) och alla enheter. De som ansvarar att räddningsplaner är uppgjorda är ledningen och enheternas avdelningsskötare. Planen skall hållas uppdaterad och de boende samt personal skall informeras och utbildas i den.

En räddningsplan är ett arbetsredskap för beredskapen. **Målsättningen är en så bra som möjligt planerad säkerhet för boenden och vårdpersonal.** En räddningsplan innehåller en redogörelse för (Räddningslagen 379/2011: 15§):

- de slutsatser som dragits av bedömningen av faror och risker,
- byggnadens säkerhetsarrangemang,
- direktiv till boende och personal för att förebygga olyckor samt hur man agerar i farliga situationer,
- eventuella andra åtgärder i anslutning till enhetens egen beredskap.



Figur 5. Räddningsplaneringens stadier.

Beredskapsplanen

Syftet med beredskapslagen (1080/1991) är att under undantagsförhållanden upprätthålla rättsordningen, de grundläggande fri- och rättigheterna, trygga befolkningens försörjning och landets näringsliv samt trygga rikets territoriella integritet och självständighet.

Statsrådet kan besluta yrkesutbildad personal inom hälso- och sjukvården eller andra därmed jämförbara personer att utföra nödvändiga uppgifter som personen på basen av sin utbildning och erfarenhet kan utföra. För tryggnad av befolkningens social- och hälsovård under undantagsförhållanden kan statsrådet ålägga en verksamhetsenhet för social- och hälsovården att utvidga eller lägga om sin verksamhet, flytta verksamheten från verksamhetsdistriktet eller verksamhetsorten till någon annan ort, placera personer i behov av vård eller omvårdnad i sin verksamhetsenhet eller ställa en verksamhetsenhet eller en del av den till statliga myndigheters förfogande.

Dessutom kan statsrådet förorda om ändringar i förhållandena mellan de statliga myndigheternas verksamhets- och förvaltningsområden. Statsrådet kan också kräva att kommunerna tillsätter beredskapskommittéer som bistår statsrådet. För att trygga en ändamålsenlig skötsel av myndighetsuppgifterna eller befolkningsskyddet kan statsrådet genom förordning kräva att byggnader och utrymmen samt bl.a. transport-, räddnings-, förstahjälps- och kommunikations- samt adb-utrustning överläts.

Beredskapslagen förutsätter att myndigheterna och kommunerna genom beredskapsplaner och förberedelser för verksamhet under undantagsförhållanden säkerställer att deras uppgifter kan skötas så väl som möjligt också under undantagsförhållanden.

7.1 PANDEMIPLANEN

I och med att hotet om pandemier har ökat i världen uppmanar SHM att beredskapsplaner bör finnas uppdaterade. Finlands har en nationell beredskapsplan för en pandemi som uppdaterats 2012 och där man uppmanar alla kommuner, samkommuner, sjukhus och hälsovårdscentraler att hålla sina beredskapsplaner för influensapandemi uppdaterade. På detta sätt bereder man sig på en pandemisk influensa även för övriga möjliga smittosamma sjukdomar som kan sprida sig mycket omfattande.

En influensapandemi kan starta snart eller ta flera år och det virus som orsakar den behöver inte nödvändigtvis vara den aktuella undertypen av influensavirus. Beredskapen för en influensapandemi effektiverar samtidigt beredskapen att bekämpa vilken som helst omfattande internationell epidemi och främjar befolkningens hälsa. Målet är att begränsa de skadliga verkningar som en pandemi orsakar samt säkerställa kontinuiteten i samhällsfunktionerna. Även **kommunikationen** mellan myndigheter bör hållas tydlig. Den nya beredskapslagen²⁷ definierar en pandemi som till sina verkningar kan jämföras med en allvarlig storolycka och som **undantagsförhållande**. I lagen ingår bestämmelser om tryggnad av vården inom offentliga och privata sektorn samt **arbetsplikt** inom hälso- och sjukvården under undantagsförhållanden.

Under pandemilarmfasen skall man i alla de fall som man misstänker att någon drabbats av pandemisk influensa, konsultera Vasa centralsjukhus specialist i infektionssjukdomar eller under jourtid den jourhavande läkaren i inremedicin, enligt givna anvisningar. Primärhälsovården, så även Vård- och omsorgscentralen, ansvarar för **hänvisningen** av sjukdomsfall bland befolkningen samt även för **övervakningen** och **stödjandet** av lokal karantän som sker hemma samt beaktar särskilt behovet av nödvändiga **anskaffningar** och vårdpersonalens **kunskaper**. **Kommunens vård och omsorg skall sköta patienter med influensa inom eget område i enlighet med det som sägs i egna planer**. Vård- och omsorgscentralen har uppdaterat sin Pandemiplan 2016. För ytterligare information gällande praktisk tillvägagångssätt, hänvisas till planen.

²⁷ Beredskapslagen 1552/2011

7.2 SÄKERHETS Rundvandringar

Syftet med rundvandringarna är att de infaller regelbundet, är obligatoriska för alla nyanställda och att de mäter de centrala säkerhetsomständigheterna i arbetsmiljön. Säkerhetsrundvandringarna skall utgöra en del av vård- och omsorgscentralens kvalitetssystem. Vid dessa rundvandringar skall varje enhet dokumentera vem som deltagit i rundvandringen. Rundvandringarna skall innehålla patient- och personsäkerhet, instruktioner, första hjälp beredskap, brandsäkerhet, maskin-, apparat- och kemikaliesäkerhet samt den allmänna renligheten och ordningen.

Utredningen av farliga situationer och negativa händelser är inte enbart begränsad till en genomgång av redan inträffade farliga situationer, utan även att arbetsmiljön samt risker som är förknippade till processer och rutiner måste regelbundet granskas även om inga farliga situationer har inträffat.



Källförteckning

Aluehallintovirasto AVI. Kvalitet och patientsäkerhet. [Online] <https://www.avi.fi/sv/web/avi/laatu-ja-potilasturvallisuus1#.WRnf3HmweP8>

Fimea

http://www.fimea.fi/web/sv/lakemedelssakerhet_och_information/lakemedelssakerhet/anmalan_av_lakemedelsbiverkningar

Finländska Patientsäkerhetsstrategin 2009-2013. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 4:2009. Vi främjar patientsäkerheten tillsammans.

Hälso- och sjukvårdslagen 30.12.2010/1326 <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326>

Institutet för hälsa och välfärd. Kvalitet och patientsäkerhet. [Online] <https://www.thl.fi/sv/web/kvalitet-och-patientsakerhet/patientsakerhet>

Kanta, 2017. Kanta-tjänster webskolor. [Online] <https://verkkokoulut.thl.fi/web/kanta-sv/utbildningar>

Kommunförbundet. Terveysthuollon laatuopas [Online]

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79937/d7da94ba-7232-4e48-bf17-ea684ef84146.pdf?sequence=1>

Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård (K5), 2012. *Plan för kvalitetsledning och patientsäkerhet.*

Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 22.9.2000/812

<http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2000/20000812>

Lagen om patientens ställning och rättigheter 17.8.1992/785

<http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/1992/19920785>

Lagen om produkter och utrustning för hälso- och sjukvård 24.06.2010/629

<https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2010/20100629>

Lag om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre 28.12.2012/980 <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2012/20120980>

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete – Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

<https://www.fagersta.se/omsorgstod/kvalitetsarbete.4.77ce246e14d7ac0b88246da5.html>

Patientförsäkringscentralen (www.pvk.fi).

Patientskadelagen 25.7.1986/585

<http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/1986/19860585?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=patientskadelag>

Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 9:2017. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09_2017_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf?sequence=1

Social- och hälsovårdsministeriets förordning om uppgörande av en plan för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2011/20110341>

Socialvårdslag 30.12.2014/1301 <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2014/20141301>

Sosiaaliportti www.sosiaaliportti.fi/lastensuojelun

Suomen potilasturvallisuusyhdistys ry. Potilasturvallisuus ja riskien hallinta. http://spty.fi/wordpress/wp-content/uploads/2015/08/sptylogo_merkki_cmyk.gif

THL. Handboken om patientsäkerhet. [Online] <http://hoidonvaikuttavuus.fi/wordpress/wp-content/uploads/2014/02/Tlaatuopas.pdf>

Valvira <http://www.valvira.fi/web/sv/framsida>

Valvira. Omavalvonta. [Online] <http://www.valvira.fi/sosiaalihuolto/sosiaalihuollon-valvonta/omavalvonta>

Vasa Centralsjukhus, 2016. Plan för verkställande av kvalitetsledning och patientsäkerhet vid Vasa Centralsjukhus. Vasa: Vasa centralsjukhus. <https://www.vaasankeskussairaala.fi/sv/for-vardgivare/for-vardgivare/patientsakerhet/kvalitets--och-patientsakerhetsplan/>

Vasa Centralsjukhus, 2016. Säker läkemedelsbehandling i Vasa sjukvårdsdistrikt - handbok i säker läkemedelsbehandling 2016. <https://www.vaasankeskussairaala.fi/globalassets/hallinnon-tiedostot/potilasturvallisuus/turvallinen-laakehoito-opas-sve-14.2.2017.pdf>

.