

PLAN FÖR EGENKONTROLL

HUS Gastrocentrum

19.6.2024

Innehåll

1 Inledning	3
2 Ansvar i anknytning till planen för egenkontroll.....	3
2.1 Basuppgifter om resultatenheten	4
2.2 Resultatenhetens verksamhetsidé och verksamhetsprinciper	4
3 Kundens och patientens ställning och rättigheter	7
3.1 Kundens och patientens rätt att få information	7
3.2 Självbestämmanderätt	7
3.3 Kunddelaktighet	7
3.4 Anmärkningar, klagomål och patientskadeärenden	8
4 Tillgången till tjänster och vård samt jämställdhet.....	9
5 Förebyggande, observerande och korrigerande kvalitets- och patientsäkerhetsarbete	9
5.1 Beredskap, säkerhet i lokaler, riskhantering.....	9
5.2 Personalplanering, kompetens och arbetshälsa	11
5.3 Enhetliga verksamhetsmodeller för patientvården.....	13
5.4 Säker läkemedelsbehandling och ändamålsenlig läkemedelsförsörjning.....	13
5.5 Infektionssäkerhet.....	14
5.6 Utrustningssäkerhet	14
5.7 Dataskydd	15
5.8 Informationssäkerhet.....	15
5.9 Anmälning och hantering av händelser som äventyrar patientsäkerheten	16
5.10 Auditeringar och utvärderingar	19
6 Lagstiftning.....	20

1 Inledning

Den här planen för egenkontroll beskriver hur Gastrocentrums egenkontroll fungerar i praktiken. HUS-sammanslutningens principer för egenkontroll beskrivs i HUS-sammanslutningens program för egenkontroll.

Utöver programmet för egenkontroll utarbetar varje tjänstenhet inom social- och hälsovården en plan för egenkontroll för att säkerställa att den dagliga verksamheten är av god kvalitet, ändamålsenlig och säker och för uppföljning av att den personal som deltar i klient- och patientarbetet är tillräcklig. Planen för egenkontroll omfattar alla de tjänster som produceras vid tjänstenheten av tjänsteproducenten och för tjänsteproducentens räkning.

Utöver programmet och planen för egenkontroll styrs HUS-sammanslutningens verksamhet också av andra administrativa dokument, såsom grundavtalet för HUS-sammanslutningen, förvaltningsstadgan och verksamhetsstadgan samt till exempel verkställande direktörens och chefsöverläkarens anvisningar och föreskrifter. Ansvar för HUS-sammanslutningens olika tjänsteinnehavare fastställs huvudsakligen i förvaltningsstadgan och verksamhetsstadgan med bilagor samt anvisningar som utfärdats med stöd av dem.

Denna plan för egenkontroll och rapporterna över egenkontroll görs upp i elektronisk form och offentliggörs på HUS webbplats. Planen för egenkontroll finns dessutom offentligt framlagd i tjänstenheten. Tjänstenheten följer upp genomförandet av den verksamhet som beskrivs i planen för egenkontroll och avhjälper de brister som observerats. Utfallet för egenkontrollen följs upp i tjänstenheten och en rapport om det publiceras i det allmänna datanätet eller på något annat sätt som främjar offentligheten och hålls offentligt framlagd i tjänstenheten.

2 Ansvar i anknytning till planen för egenkontroll

För genomförandet av egenkontrollen inom HUS-sammanslutningen ansvarar chefsöverläkaren samt underställd chefsöverläkaren förvaltningsöverläkaren och HUS Kvalitets- och patientsäkerhetsenhet. HUS-sammanslutningens resultatenhet och linjedirektör svarar för egenkontrollen av den verksamhet som de har på sitt ansvar i enlighet med programmet för egenkontroll och resultatenhetens plan för egenkontroll samt HUS Koncernledningens anvisningar. Varje chef och medarbetare har ansvar för att genomföra egenkontroll i sitt arbete. Ansvarerna beskrivs i tabellerna 1–13.

Planen för egenkontroll uppdateras alltid då det sker en betydande förändring som påverkar den, dock senast med två års mellanrum. Kvalitets- och patientsäkerhetsenheten kan också ge andra anvisningar om uppdatering av planerna för egenkontroll. Planerna för egenkontroll ses också över alltid i samband med uppdateringen av HUS-sammanslutningens program för egenkontroll. Personalen informeras om förändringar.

2.1 Basuppgifter om resultatenheten

HUS-sammanslutningens basuppgifter	HUS-sammanslutningen PB 100 00029 HUS FO-nummer 156735-0
Resultatenhet och kontaktuppgifter	Gastrocentrum, direktör för verksamhetsområde Mika Matikainen, mika.matikainen@hus.fi , tfn 050 428 8680, PB340, 00029 HUS
Resultatenhetens patientombud	HUS patientombud ger råd och vägleder kunder i frågor som rör patientens rättigheter och påverkansmetoder. Kunderna når patientombudet måndag–torsdag klockan 10–14 och fredag klockan 10–13 på servicenumren 09 471 71262 (finska) och 09 471 71263 (svenska) samt per e-post potilasasiavastaava@hus.fi . Direkta nummer till patientombudet för personalen finns på HUS interna webbsidor.

2.2 Resultatenhetens verksamhetsidé och verksamhetsprinciper

Resultatenhet	<p>HUS Gastrocentrum har fyra linjer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Endokrinologi och sjukdomar i parenkymorganen • Urologi • Bukkirurgi och endoskopi • Kärlkirurgi <p>Linjen för endokrinologi och sjukdomar i parenkymorganen omfattar följande specialiteter/enheter: Endokrinologi, Nefrologi, Transplantations- och leverkirurgi samt övre gastroenterologisk kirurgi (hepatopankreatobiliär kirurgi)</p> <p>Inom specialiteten endokrinologi behandlas krävande endokrinologiska sjukdomar, såsom sjukdomar i hypofysen, binjurarna, sköldkörteln och bisköldkörtlarna, skelett- och ämnesomsättningssjukdomar samt neuroendokrina tumörer. Vi ansvarar också för behandlingen av sällsynta endokrinologiska sjukdomar, såsom multipel endokrin neoplasi (tumörer i många inresekretoriska organ). Specialiteten endokrinologi ansvarar för behandlingen av diabetes på specialiserad sjukvårdsnivå, bland annat för fotproblem i samarbete med kärlkirurgi, ortopedi och plastikkirurgi. Dessutom ansvarar specialiteten endokrinologi för behandlingen av krävande fetma och bedömningar av fetmaoperationer.</p> <p>Enheterna för endokrinologi finns vid Mejlans sjukhus (endokrinologi och diabetescentrum), Jorvs sjukhus (endokrinologi och Esbo diabetescentrum) samt vid Hyvinge, Borgå och Lojo sjukhus. HUS Endokrinologi är en del av Europeiskt kompetensnätverk för endokrina sjukdomar (Endo-ERN).</p>
---------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Specialiteten nefrologi ansvarar för behandlingen av njursjukdomar i Nyland. Verksamheten finns vid Mejlans triangelsjukhus, Kirurgiska sjukhuset samt sjukhusen i närområdet i Hyvinge, Borgå och Lojo. Vid Raseborgs sjukhus finns dessutom dialysvård och poliklinisk verksamhet. Vi har hand om mera krävande diagnostik inom njursjukdomar (njurbiopsier), vård i det preanalytiska skedet, dialysvård och uppföljning av njurtransplantationspatienter samt krävande behandling av njursjukdomar.

Enheten för **transplantations- och leverkirurgi** har nationellt ansvar för alla organtransplantationer och lösgöring av organ i bukområdet. Sådana är njur-, lever-, bukspottskörtel- och tarmtransplantationer samt förundersökningar och bedömning av mottagarna samt livslång uppföljning efter operationen. Enheten omfattar även Organtransplantationsbyrån med transplantationskoordinatorer. Vid enheten görs dessutom leverkirurgi för hela HUS-område och krävande leverkirurgi för hela Finland i enlighet med statsrådets förordning om arbetsfördelning och centralisering av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården. Det omfattar bland annat kirurgisk behandling av metastaser i levern från tjock- och ändtarmscancer, behandling av cellmaligniteter i lever och gallgångar samt kirurgisk behandling av sällsynta leversjukdomar.

Vid enheten för **övre gastroenterologisk kirurgi** behandlar vi de mest krävande kirurgiska sjukdomarna i övre delen av mag-tarmkanalen centraliserat för HUS område samt hos patienter från samarbetsområdet för social- och hälsovården. Sådana är bland annat god- och elakartade tumörer i magsäcken, tolvfingertarmen, bukspottkörteln och gallgångarna. Behandlingen genomförs på Mejlans sjukhus. Förstärkningar av magmunnen så att inte sura uppstötningar/maginhåll backar upp i matstrupen (fundoplikation), bortoperation av gallblåsan eller endoskopier av magsäcken och tolvfingertarmen görs i vanliga fall vid HUS eller samarbetsområdets andra enheter.

Linjen för bukkirurgi och endoskopi

I HUS område vårdas **bukkirurgiska** patienter vid Mejlans och Jorvs sjukhus samt vid Närsjukhusen på jour- och vårdavdelningar samt vid kirurgiska polikliniker.

Den internmedicinska specialiteten gastroenterologi ansvarar för gastroenterologiska polikliniken och endoskopienhetens verksamheten vid Mejlans och Jorvs sjukhus samt vid närsjukhusen (Borgå, Hyvinge, Lojo, Raseborg). Gastrocentrums polikliniska patienter vid Pejas sjukhus vårdas på internmedicinska resultatenhetens polikliniker och Gastrocentrums endoskopier vid endoskopienheten som är underställd urologiska polikliniken vid Pejas.

	<p>Linjen för urologi</p> <p>Urologiska patienter vårdas vid Pejas och Mejlans sjukhus samt vid alla närsjukhus. De urologiska poliklinikerna fungerar också som åtgärdsolikliniker, där man i samband med åtgärder även ger krävande läkemedelsbehandling. Vid Mejlans poliklinik verkar dessutom en urologisk ESVL-enhet (extrakorporal stötvågsbehandling av urinvägs- och njurstenar), där sedations-, smärt- och antibiotikaläkemedel ges i samband med åtgärder.</p> <p>Enheten för tidig utskrivning som har verksamhet i anslutning till M13 erbjuder tjänster för patienter inom olika specialiteter och för Hjärt- och lungcentrums patienter.</p> <p>Linjen för kärlkirurgi</p> <p>HUS kärlkirurgi både vårdar och undersöker såväl elektivt som under jourtid patienter som har eller misstänks ha sjukdomar i extrakraniella eller extra abnorma blodkärl (utanför skallen och brösthålan). Bedömningar av vårdbehovet för artärkirurgiska patienter, behövliga undersökningar och vårdplaner görs antingen elektivt (70 procent) på Mejlans sjukhus kärllmottagning, i kärllaboratoriet och genom bilddiagnostik eller vid behov via akutmottagningen (30 procent). Invasiva behandlingar genomförs antingen intravenöst eller genom öppen kirurgi enligt avvägning vad som är bäst för patienten. Patienter som behöver vård på vårdavdelning vårdas på Mejlans sjukhus avdelningar. Patienter med venös insufficiens vårdas på Parksjukhuset samt vid Hyvinge och Borgå sjukhus.</p> <p>Största delen av Gastrocentrums patienter kommer in för vård elektivt, men på varje linje vårdas också patienter som kräver jourvård. Vårdavdelningarna har verksamhet dygnet runt, antalet vårdplatser 2023 var i genomsnitt 247 och den genomsnittliga vårdtiden var 3,6 dygn. Vid Gastrocentrums enheter har det gjorts 286 289 besök inom öppenvården 2023.</p> <p>Särskilt krävande åtgärder och behandlingar har utöver från HUS område koncentrerats till HUS Gastrocentrums verksamhetsställen från hela Södra Finlands samarbetsområde. I fråga om sällsynta sjukdomar och transplantationer för vuxna (lever-, bukspottkörtel- och njurtransplantationer) vårdas patienter också på riksnivå.</p>
Personal	Gastrocentrum har cirka 1 250 medarbetare. Av dem är cirka 810 vårdpersonal, 300 läkare och cirka 140 annan personal.
Tjänster	Se uppgifterna ovan.
Ansvarsenheter	Se uppgifterna ovan.

3 Kundens och patientens ställning och rättigheter

3.1 Kundens och patientens rätt att få information

För att klienter och patienter likvärdigt ska kunna delta i sin vård, behöver de tillräcklig och begriplig information. Klienternas och patienternas rätt att få information säkerställs genom att vägleda och informera på HUS webbplats (Dina rättigheter som patient). Rätten att få information omfattar bland annat rätt att begära journalhandlingar eller logguppgifter om den egna vården. Dessutom kan patienten göra en begäran om utredning av behandlingen av patientuppgifter eller rättelse av fel. Patientombuden hjälper i frågor som rör klientens och patientens rättigheter.

Anvisningar för personalen om upprättande (inklusive vårdplan) och utlämnade av journalhandlingar finns i Chefsöverläkarens anvisning Guide för patientjournaler (på finska, *Potilaskertomusopas*). På Eetteris (HUS intranät) webbplats om dataskydd under fliken Tietojen luovutus (utlämnande av information) finns en praktisk beskrivning av verksamhetsprinciperna för medarbetare. Inom HUS finns en arbetsgrupp för dataskydd som ger anvisningar och riktlinjer i frågor som rör kundens och patientens rätt att få information.

3.2 Självbestämmanderätt

Chefsöverläkarens anvisning *Potilaskertomusopas* ger anvisningar för information till patienten, om att agera i samförstånd och notera patientens viljeyttringar.

Självbestämmanderätten är den ledande principen inom patientvården och det innebär att patienten deltar frivilligt i vården och beslut utifrån tillräcklig och begriplig information.

För att trygga vården av patienten är man ibland tvungen att begränsa patienten. I chefsöverläkarens anvisning *Åtgärder för att begränsa och skydda patienten inom den somatiska vården*, på finska (*Potilaaseen kohdistuvat rajoittamis- ja suojaamistoimenpiteet somaattisessa hoidossa*) finns anvisningar om grunderna för begränsnings- och skyddsåtgärder, beslut om användning och genomförandet. Användningen av skydds- och begränsningsåtgärder följs upp på enhetsnivå.

3.3 Kunddelaktighet

Med kunder avses HUS kunder och invånare i området: användare av tjänsterna och personer som är berättigade till dem. Kunddelaktighet är verksamhet som hela organisationen, varje direktör och yrkesutbildad person inom social och hälsovården bär ansvar för. Inom HUS styrs kundernas delaktighet av programmet för kunddelaktighet (Anvisningsbanken). På HUS webbplats redogörs det för olika former av kunddelaktighet: hur patienterna kan påverka och delta i planeringen, genomförandet, utvecklingen och bedömningen av tjänsterna (Om oss – Utveckling – Kundpaneler, erfarenhetsexperter och OLKA-verksamhet).

Gastrocentrum har en aktiv kunddelaktighetsverksamhet och både erfarenhetsexperterna och kundpanelerna deltar till exempel i utvecklingsåtgärder eller kommer med förslag om dem.

I Gastrocentrums beskrivning av kundrespons hänvisar och instruerar en yrkesutbildad person kunden att ge respons. Responsen styrs till handläggaren (e-post notifikation) eller så kan den granskas via applikationen för responsystemet. Responsen behandlas inom sju (7) vardagar. En yrkesutbildad person besvarar responsen på det sätt som patienten önskar och responsen antecknas som "avgjord". Enheterna har ansvariga par som följer upp och rapporterar mängden kundrespons inom sina egna enheter och NPS nivån (4 gånger per år) och på basis av dem vidtas utvecklingsåtgärder. Gastrocentrums enheter har också expertgrupper som går igenom kundresponsen och utvecklar verksamheten på basis av den.

Inom enheterna förs det på avdelningstimmarna också fram vilka utvecklingsåtgärder som påbörjats och genomförts. I Gastrocentrums kvalitets- och patientsäkerhetsgrupp går kvalitetsläkaren och kvalitetschefen genom både en allmän översikt av responsen och de utvecklingsåtgärder som genomförts inom enheterna samt föreslår utvecklingsåtgärder vid behov. Kvalitets- och patientsäkerhetsgruppen lyfter vid behov fram teman för ledningsgruppen. Kvalitetschefen och kvalitetsläkaren presenterar resultaten halvårsvis i ledningsgruppen. Kvalitetschefen presenterar också resultaten på avdelningsskötarens möte.

I tabell 1 finns en sammanställning av metoder och ansvar för egenkontroll med tanke på kunddelaktighet

3.4 Anmärkningar, klagomål och patientskadeärenden

Patienter som är missnöjda med sin vård kan alltid lämna in en anmärkning, klagomål eller ansökan om ersättning till Patientförsäkringscentralen. Anvisningar för patienten finns på HUS webbplats (Dina rättigheter som patient). Vid behov hjälper patientombuden att söka det lämpligaste förfaringsättet.

Vid behandlingen och uppföljningen av anmärkningar, klagomål och patientskador iakttas Chefsöverläkarens anvisning *Behandling av anmärkningar, patientskadeärenden, klagomål och begäran om utredningar, på finska (Muistutusten, potilasvahinkoasioiden, kanteluiden, valitusten ja selvityspyyntöjen käsittely).*

Vid Gastrocentrum finns sju olika specialiteter representerade. Den administrativa överläkaren med sekreterare delar uppgifter till överläkarna för specialiteterna. Den administrativa överläkaren ger vid behov anvisningar för att utarbeta svaren och samordnar ärenden som eventuellt rör flera av Gastrocentrums specialiteter samt ger ett eget svar/utlåtande i anmärknings- och klagomålsärenden. Den administrativa överläkarens sekreterare ser till att sända svaren och följer upp att de utsatta tidsfristerna iakttas.

I tabell 2 finns en sammanställning av metoder och ansvar för egenkontroll med tanke på anmärkningar, klagomål och patientskadeärenden.

4 Tillgången till tjänster och vård samt jämställdhet

HUS gemensamma principer vid bedömning av vårdbehovet och uppföljningen av tillgodoseendet av tillgången till vård beskrivs i Programmet för egenkontroll. Korrekta och aktuella anteckningar i patientjournalerna (i synnerhet användningen av koder för orsak till köande då patienten väntar på icke-brådskande specialiserad sjukvård, se Chefsöverläkarens anvisning *Jonottamisen syy -koodien käyttö, kun potilas odottaa kiireetöntä erikoissairaanhoitoa*, på finska), bidrar till att trygga tillgången till vård i rätt tid och verklighetstrogen rapportering av kötider.

Personalen som deltar i behandlingen av remisser och uppföljningen av tillgången till vård samt vårdplanerare rekommenderas avlägga webbkursen tillgång till icke-brådskande vård i webbinlärmingsmiljön Oppiportti, på finska (Duodecim Oppiportti Potilaiden pääsy kiireettömään erikoissairaanhoitoon).

För att trygga tillgången till tjänster och vård samt likabehandling skaffar Gastrocentrum vid behov tjänster från externa tjänsteproducenter. Vid upphandling av tjänster iakttas HUS allmänna principer och sjukdomsspecifika regelböcker. Tillgången till vård och det regionala genomförandet följs upp från HUS datasystem och ansvaret för uppföljningen har fördelats för varje enhet.

I tabell 3 finns en sammanställning av metoder och ansvar för egenkontroll med tanke på tillgången till tjänster och vård samt likabehandling.

5 Förebyggande, observerande och korrigerande kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

5.1 Beredskap, säkerhet i lokaler, riskhantering

Beredskap

HUS-sammanslutningens principer för beredskap beskrivs i Programmet för egenkontroll.

HUS helhet av anvisningar i anknytning till beredskap omfattar bland annat principer för Intern kontroll och riskhantering, HUS Beredskapsanvisning samt HUS Medicinska beredskapsplan. I beredskapsplanerna för respektive sjukhus och för vissa specifika verksamheter fastställs uppgifterna och verksamheten i allvarliga störningssituationer under normala förhållanden och i undantagsförhållanden. Förbereder sig på störningssituationer i datasystemen genom olika kontinuitetsplaner.

Organisationens säkerhetsverksamhet och planering i anknytning till den syftar till att skydda HUS viktiga värderingar, såsom patienter, personalen, tillgångar, uppgifter, fastigheter, informations- samt tele- och radiokommunikationsförbindelser samt den offentliga bilden av olika negativa eller icke-önskvärda följder. Säkerhetsarbetet grundar sig på identifiering av risker, hantering av identifierade risker och effektiv verksamhet om en eventuell risk förverkligas.

Säkerhet i lokaler

I säkerhets- och räddningsplanerna för varje sjukhus och fastighet på HUS intranät (Eetteri) beskrivs

- anvisningar för brand- och utrymningssäkerhet
- fastighetens anvisningar för säkerhet i fastigheter och lokaler
- anvisningar för personsäkerhet.

Varje enhet utarbetar

- en säkerhetsplan (omfattar bland annat anvisningar om brand- och utrymningssäkerhet, anvisning för skydd av lokaler och egendom)
- utredning om utrymningssäkerheten.

Pappersversioner av planerna för varje fastighet och enhet skrivs också ut och personalen kvitterar att de tagit del av dem (till exempel mottagningskvittens). Planerna uppdateras minst en gång per år.

Varje medarbetare på HUS deltar i brandsäkerhetsutbildning med minst fem års mellanrum. Webbutbildningar i brandsäkerhet rekommenderas. För varje arbetsenhet rekommenderas dessutom regelbundna övningar för brand- och utrymningssäkerhet.

Olika delområden inom lokalsäkerheten följs upp som en del av arbetsenheternas arbetarskyddsrundor som regelbundet ska utföras och genom vilka man bland annat kontrollerar om planerna är aktuella och personalens mottagningskvittens.

Cheferna (avdelningskötare, läkarnas chefer) ger anvisningar, möjliggör, följer upp och dokumenterar genomförandet av person- och brandsäkerhetsutbildningarna samt ordnandet av övningar för varje enhet.

Ledningen, underhållet och renoveringen av HUS fastigheter är långsiktig. Serviceverksamheten för fastigheterna genomförs systematiskt och regelbundet med hjälp av serviceboken. Fastigheternas skick följs upp vid servicen, inspektionerna och då konditionsundersökningarna görs och utifrån dem styrs underhållet proaktivt och inriktas på reparation av utrustning, maskiner och strukturer som är på väg att bli i sådant skick att de behöver bytas. Resurserna för service och underhåll följs upp i Styrgruppen för fastighetssektorn som sammanträder kvartalsvis. Anvisningar om förfaringssätten ges åt användarna på HUS intranät (Eetteri).

Inspektioner som myndigheterna kräver av verksamhetslokalerna samt datum dokumenteras i serviceboken för respektive fastighet. De myndighetstillstånd som den diagnostiska verksamheten kräver beskrivs i Diagnostikcentrums verksamhetshandbok.

Riskhantering

Principerna för riskhantering beskrivs i HUS Program för egenkontroll.

Med tanke på riskhanteringen inom patientsäkerheten kan riskhanteringshelheten beskrivas med hjälp av riskrosetten. I den särskiljs förebyggande, observerande och korrigerande åtgärder (Bild 1).

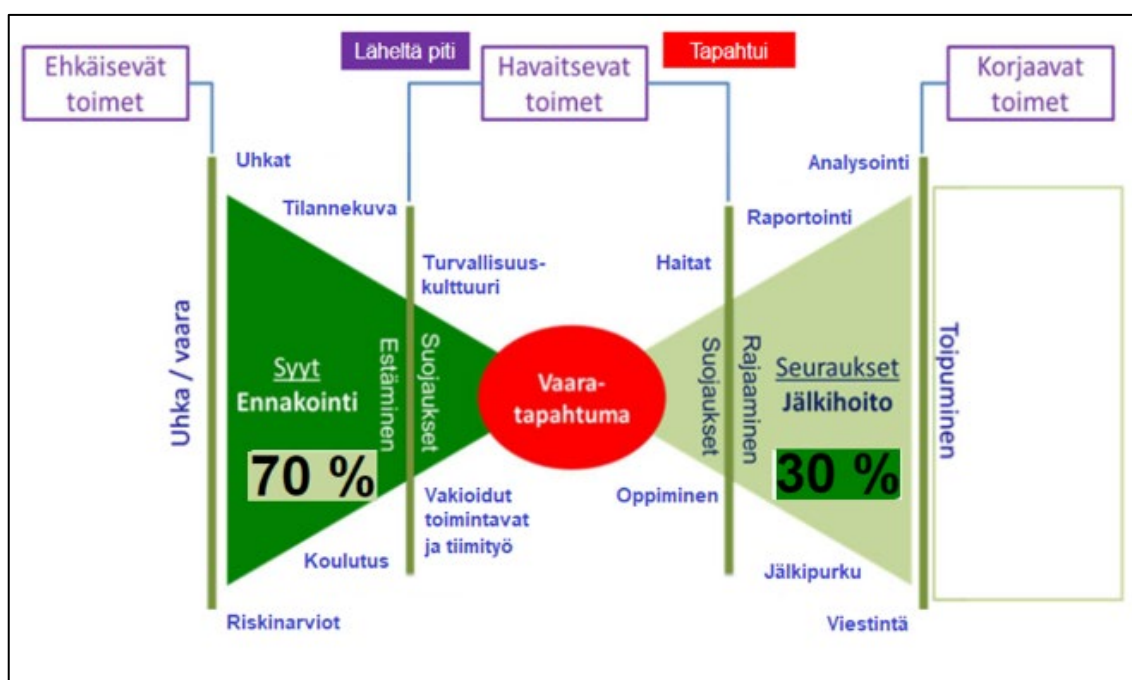


Bild 1 Riskrosett för att beskriva riskhanteringshelheten inom patientsäkerheten (enligt Heinijoki och Pommelin 2019).

5.2 Personalplanering, kompetens och arbetshälsa

Personalplanering

Utgångspunkten för personalplaneringen inom HUS är verksamheten och den kompetens som krävs för den, förutseende av framtida behov och ekonomins specialvillkor. Då personaldimensioneringen fastställs utnyttjas nyckeltal i anknytning till belastning, effektivitet, ekonomi, arbetshälsa och kvalitetssäkring. Personalstrukturen ska stöda högklassig verksamhet och produktivitet inom den specialiserade sjukvården. Chefen har i praktiken en viktig roll som säkerställare av högklassigt arbete, vägvisare och ledare för utveckling.

Rekrytering, behörighetsvillkor och kontroll av brottslig bakgrund

Personalen ska ha uppgifter som motsvarar utbildningen samt en tydlig arbetsbeskrivning och arbetsfördelning. I HUS platsannonser ska det ges en beskrivning av den befattningsbenämning och behörighetsvillkor som gäller vid respektive tillfälle.

Till yrkesuppgifter inom hälso- och sjukvården kan väljas en person som avlagt den yrkesexamen som krävs för uppgiften och har den rätt som Valvira beviljat att verka som legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården och använda yrkesbeteckning för yrkesutbildade personer med skyddad yrkesbeteckning eller tillstånd att utöva yrket i fråga. En beskrivning av temporärt arbete för studerande i uppgifter som legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården finns i HUS permanenta anvisning för rekrytering.

Vid rekryteringen kontrollerar den chef som sköter anställningen alltid behörigheten och rätten att utöva yrket inom hälso- och sjukvården i Finland för den som sökt arbetet/tjänsten före beslut om att inleda anställningen. Behörigheten kontrolleras från examensbetyg i original. I Harppi anger arbetstagaren uppgifter från examensbetyget och de godkänns av chefen.

Enligt HUS permanenta anvisning *Kontroll av brottslig bakgrund hos personer som arbetar med barn* ska arbetsgivaren kontrollera den brottsliga bakgrunden hos personer som arbetar med barn. Med stöd av lagen om tillsynen över social- och hälsovården (741/2023) ska kontroll av brottslig bakgrund också göras hos personer som arbetar med äldre och personer med funktionsnedsättning.

Introduktion, utveckling och upprätthållande av kompetens

Personalen uppmuntras att utveckla och upprätthålla sin kompetens. Genom systematisk introduktion säkerställs att en ny medarbetare och även medarbetare som återgår till arbetet efter en lång period av frånvaro lär sig sitt arbete och sin uppgift. Introduktionen sker enligt HUS introduktionsprogram och det individuella introduktionsprogrammet. Metoder för kompetensutveckling, såsom arbetsrotation, mentorverksamhet, webbinläring, läroavtalsutbildning eller olika utvecklingsprojekt genomförs mångsidigt.

Arbetshälsan uppstår som ett resultat av den gemensamma vardagen där varje medarbetare på HUS bär ansvar för den egna arbetsgemenskapens välbefinnande. Arbetsgivaren och cheferna ansvarar för arbetet och arbetsförhållandena samt för att utveckla trygga arbetsförhållanden. Varje arbetstagare ser till att följa säkra rutiner. Gott samarbete bidrar till att förebygga och lösa förändrings-, kris- och störningssituationer i arbetsgemenskapen och ökar på så sätt arbetshälsan.

I tabell 4 finns en sammanställning av metoder och ansvar för egenkontroll med tanke på personalplanering, kompetens och arbetshälsa.

5.3 Enhetliga verksamhetsmodeller för patientvården

HUS har fem evidensbaserade enhetliga verksamhetsmodeller för patientvården: 1) förebygga att patienten faller eller ramlar, 2) förebygga trycksador, 3) förebygga undernäring, 4) smärtbehandling och 5) munvård. De är en del av högklassig och säker patientvård som genomförs multidisciplinärt tillsammans med patienten och patientens närstående. Användningen av verksamhetsmodellerna styrs av Chefsöverläkarens anvisningar. Bedömning och behandling av smärta vid HUS, på finska (*Kivun arviointi ja hoito HUSissa*) och Tryggande av näringsstatus på HUS sjukhus, på finska (*Ravitsemuksen turvaaminen HUS-sairaaloissa*). Dessutom finns verksamhetsanvisningar för olika verksamhetsmiljöer i Anvisningsbanken och på HUS intranät under enhetliga verksamhetsmodeller för patientvården, på finska (*Potilashoidon yhtenäiset toimintamallit*). Anställda får utbildning för användning av verksamhetsmodellerna. Uppföljningen av utfallet för verksamhetsmodellerna görs varje månad med rapporter som fås från olika datasystem. Resultatenheterna kan också beskriva egna enhetliga verksamhetsmodeller eller processer för kvalitetshantering och patientsäkerhet som fastställts för varje resultatenhet.

I tabell 5 finns en sammanställning av metoder och ansvar för egenkontroll med tanke på enhetliga verksamhetsmodeller.

5.4 Säker läkemedelsbehandling och ändamålsenlig läkemedelsförsörjning

Med tanke på medicineringssäkerheten, det vill säga tryggt genomförande av läkemedelsbehandling är planen för läkemedelsbehandling det viktigaste dokumentet för egenkontroll. Planen för läkemedelsbehandling utarbetas årligen på HUS-, resultatenhets- och ansvarsenhetsnivå på det gemensamma underlag för planen för läkemedelsbehandling som chefsöverläkaren har godkänt (21.12.2023) och förs in i Anvisningsbanken. I planen för läkemedelsbehandling finns en sammanställning av alla verksamhetsätt och anvisningar som gäller processen med läkemedelsbehandling och läkemedelsförsörjning (bland annat chefsöverläkarens anvisningar och HUS Apotekets anvisningar).

Läkemedelsmyndigheterna (EMA, Fimea) ansvarar för läkemedelspreparatens säkerhet med hjälp av processerna för försäljningstillstånd för läkemedel. Det viktigaste ur HUS synvinkel är anmälan av biverkningar samt misstänkta produktfel och läkemedelsförfalskningar.

De viktigaste metoderna för egenkontroll av ändamålsenligheten inom läkemedelsförsörjningen är uppföljning av läkemedelsförbrukning och -kostnader, bedömning av ibruktande av ett nytt dyrt läkemedel och motivering av försöksbruk, uppföljning av användningen av antimikrobiella läkemedel och resistenssituation samt obligatorisk upplagring av läkemedel ur beredskapsperspektiv.

HUS Apoteket administrerar det obligatoriska lager av läkemedel som Fimea kräver och den frivilliga upplagringen. Resultatenheten informerar HUS Apoteket om eventuella

ändringar i praxisen för läkemedelsbehandlingen. Vid HUS har åtgärder vidtagits för att bygga det kunskapsunderlag som behövs för egenkontroll av läkemedelsförsörjningens ändamålsenlighet som en del av helheten med informationsledning.

I tabell 6 finns en sammanställning av viktiga metoder för egenkontroll med tanke på medicinerings säkerhet och ändamålsenlig läkemedelsförsörjning och ansvar i anknytning till dem. En närmare beskrivning av dem alla finns i planen för läkemedelsbehandling och i de anvisningar som är länkade till den.

5.5 Infektionssäkerhet

Målet för infektionsbekämpningen är att förhindra vårdrelaterade infektioner och spridningen av mikrober som är resistenta mot antimikrobiella läkemedel. Åtgärderna för bekämpning baserar sig på korrekta rutiner och utbildning samt uppföljning. De ska alla mätas och man ska reagera på eventuella avvikelser.

Uppföljning vid enheterna

Mätarna för infektionsbekämpning inom HUS beskrivs i den plan för infektionsbekämpning som finns i Anvisningsbanken.

I tabell 7 finns en förteckning över de mätare för infektionsbekämpning bland vilka enheten ska välja dem som bäst lämpar sig för den egna verksamheten (och radera övriga). En del av mätarna gäller alla enheter och de ska följas upp. Övriga väljs med hänsyn till enhetens verksamhet.

5.6 Utrustningssäkerhet

Diagnostiken och vården av patienterna genomförs ofta med användning av medicinteknisk utrustning. Tillverkningen av medicinteknisk utrustning är enhetligt reglerad i EU:s område. Även i Finland regleras yrkesmässig användning av medicinteknisk utrustning inom hälso- och sjukvården genom lagstiftningen.

Krav för yrkesmässig användning

I diagnostiken och vården av patienter får man använda CE-märkt medicinteknisk utrustning, egentillverkade eller individuellt tillverkad utrustning och utrustning med specialtillstånd. Vid anskaffningen av medicinteknisk utrustning ska hänsyn tas till det användningssyfte som tillverkaren angett för utrustningen och till eventuella begränsningar. Utrustningen får användas i enlighet med tillverkarens anvisningar och med tillräcklig utbildning och erfarenhet. Användaren ska göra anmälan till myndigheterna om farliga situationer som inträffat i samband med användningen av utrustningen. I samband med säkerhetsavvikelser ska utrustningen kunna spåras ända till den specifika anordningen eller till patienten. Varje ansvarsenhet har en utrustningsansvarig som i samarbete med chefen sörjer för korrekt underhåll av utrustningen.

I tabell 8 finns en sammanställning av metoder och ansvar för egenkontroll med tanke på utrustningssäkerhet.

5.7 Dataskydd

Dataskyddsarbetet inom HUS-sammanslutningen baserar sig på EU:s allmänna dataskyddsförordning och på annan lagstiftning som styr dataskyddsarbetet, som lagen om behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården. I HUS-sammanslutningens anvisning om förvaltningen av personregister beskrivs ansvarspersonerna för personregistren samt uppgifter och ansvar enligt EU:s dataskyddsförordning för personuppgiftsansvariga, det vill säga HUS-sammanslutningen och dem som behandlar personuppgifter samt befogenheter att fatta beslut som gäller våra olika register. Dataskyddsbeskrivningar och information finns på HUS webbplats nere på första sidan bakom länken Dataskydd.

På HUS intranät på sidan om dataskydd (på finska) finns en sammanställning av alla anvisningar som gäller dataskydd för personalen, även förfaringssätt vid personuppgiftsincidenter samt anvisningar för konsekvensbedömningar inom dataskyddet. Alla anvisningar i anknytning till registrering, hantering, övervakning och uppföljning av kund- och patientuppgifter finns på webbplatsen Dataskydd under Dataskyddsanvisningar och i Anvisningsbanken.

Dataskyddsansvarig inom HUS-sammanslutningen är Petri Hämäläinen, ti-etosuoja@hus.fi.

I tabell 9 finns en sammanställning av metoder och ansvar för egenkontroll med tanke på dataskydd.

5.8 Informationssäkerhet

Målen för informationssäkerheten fastställs i HUS informationssäkerhetspolicy (Anvisningsbanken), på finska. Ansvarsperson för HUS Informationssäkerhetsplan (version 1.1 15.8.2023) och uppdateringen av den är HUS förvaltningsöverläkare.

Informationssäkerheten syftar till att trygga:

- En störningsfri verksamhet för de tjänster som HUS producerar och ordnar (det vill säga patientvården fortsätter utan att datatekniska störningar försvårar arbetet).
- Tillgången på de data som HUS äger och förvaltar (det vill säga att till exempel de uppgifter som behövs för vården av patienten är tillgängliga i datasystemen då man behöver dem).
- Enhetligheten för de data som HUS äger och förvaltar (inklusive personregister), (det vill säga att man till exempel kan lita riktigheten för de uppgifter som patientdatasystemen visar då vårdrelaterade beslut fattas. Till exempel så att laboratorieresultatet är det samma som uppmättes i laboratoriet och ändrar inte när det överförs från ett system till ett annat).

- Konfidentialiteten för de uppgifter (till exempel patient-/kunduppgifter) som HUS disponerar (det vill säga att till exempel patienten kan lita på att vårdrelaterade uppgifter hålls hemliga och patienten öppet kan berätta om sina symptom).
- Rättigheterna för HUS personal.
- HUS ekonomiska intressen.

Varje medarbetare på HUS bär ansvar för informationssäkerheten. Cheferna och ledningen har ett större ansvar än övriga arbetstagare även för att verksamhetsätten ordnas så att de stöder informationssäkerheten.

I tabell 10 finns en sammanställning av metoder och ansvar för egenkontroll med tanke på informationssäkerhet.

5.9 Anmälning och hantering av händelser som äventyrar patientsäkerheten

Systemet HaiPro används för att anmäla och hantera farliga situationer i anknytning till patientsäkerheten, vilket vi är förpliktade till enligt social- och hälsovårdsministeriets förordning om uppgörande av en plan för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses (341/2011).

Med farlig situation avses en händelse som äventyrar patientens säkerhet, där patienten orsakades eller kunde ha orsakats skada (ett tillbud, det vill säga en händelse som kunde undvikas i sista stund eller annan observation i anknytning till patientsäkerheten).

Anmälningar om farliga situationer från patienten eller en anhörig styrs till de personer som behandlar HaiPro anmälningar vid den enhet där händelsen inträffade. Anmälningarna behandlas på samma sätt som personalens HaiPro-anmälningar. Inga särskilda svar ges på anmälningar om farliga situationer från patienter och anhöriga.

En närmare beskrivning av sammanställning, rapportering och uppföljning av uppgifter om händelser som äventyrar patientsäkerheten finns på finska i chefsöverläkarens anvisning Anmälning och hantering av händelser som äventyrar patientsäkerheten (*Potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien ilmoittaminen ja käsittely*).

Systemet HUS-riskit och andra rapporteringskanaler

Utöver systemet HaiPro som beskrivs ovan använder HUS flera olika kanaler för att anmäla och rapportera risker och avvikelser i verksamheten.

Rapporteringssystem och olika typer av anmälningar beskrivs i tabellen nedan

Anmälan	Innehåll	Anvisning
Systemet HUS Riskit		
Händelserapport	Vålds- och hotsituationer, skadegörelse, inbrott, stöld och rån, brand, elavbrott	Arbetskydd: Handbok om bekämpning av våld på arbetsplatsen
Anmälan om olycksfall	Olycksfall i arbetet och under resa till/från arbetet	Anvisningar om förfaringsätt vid olycksfall i arbetet.
Anmälan om yrkesjukdom	Misstanke om yrkessjukdom eller annan arbetsrelaterad sjukdom.	Anvisningar om förfaringsätt vid olycksfall i arbetet.
Biologisk exponering	Blodolyckor, tuberkulos- och COVID-19 samt andra biologiska exponeringar	Företagshälsovårdens anvisningar om biologiska exponeringar
Anmälan om farlig situation i anknytning till medicintekniska produkter	Farlig situation i anknytning till medicintekniska produkter	Chefsöverläkarens anvisningar om medicintekniska produkter (på finska)
Miljöanmälan	Störningar i anknytning till avfallshandtering, kemikalier, utsläpp och inomhusmiljön	Anvisning för HUS-Riskit
Kvalitetsanmälan	Anmälan om kvaliteten på en viss tjänst/produkt, leveranstiden eller om beställningen överensstämmer med leveransen (vissa stödtjänster)	Anvisning för HUS-Riskit
Rapportering om säkerhetsobservationer	Anmälan om farliga platser och observerade säkerhetsbrister. Förslag till åtgärder för att förbättra eller utveckla säkerheten	HUS Arbetskyddshandbok
Rapportering om personrisker	Brott, bedrägerier och andra processer som äventyrar patientsäkerheten	Permanent anvisning: Rapportering om personrisker
Enkät om smittsamma sjukdomar	Anmälan om skydd enligt lagen om smittsamma sjukdomar och hälsotillstånd	Chefsöverläkarens anvisning (på finska) Tillämpningen av lagen om smittsamma sjukdomar på HUS medarbetare, hyrd arbetskraft och studerande som utför praktik
Anmälan om personuppgiftsincidenter	Anmälan om personuppgiftsincidenter i enlighet med EU:s dataskyddsförordning.	Anvisningar om dataskydd i Eetteri (på finska)
Kundrespons		
System för kundrespons	Öppen respons, rekommendation	Anvisningar för kundresponssystemet
HUS Audit		
Interna auditeringar	Observationer om den egna verksamheten	Instruktioner: Interna auditeringar och utvärderingar
First whistle		
Säkerhetsstörning	Anmälningar som avses i lagen om skydd för personer som rapporterar om överträdelser av EU-rätten och den nationella lagstiftningen (visselblåsarlagen)	Anvisning i Eetteri

Information om den egna verksamheten fås genom systematisk och planmässig insamling av information, avvikelser som observerats under verksamheten och å andra sidan även med hjälp av identifierad god praxis. Till exempel i en situation där det finns mindre personal på ett skift än planerat och man observerar en farlig situation med tanke på patientsäkerheten eller ett tillbud, görs en HaiPro-anmälan och som bidragande orsak anges åtminstone personalens/bemanningsens antal/kunnade (om arbetsmiljön och resurserna). Utöver rapporteringskanalerna fås information om verksamheten från behandlingen av patientadministrativa ärenden (anmärkningar, klagomål, patientskador) och från patientombuden.

Principerna för behandling av anmälningar och observationer som framkommit i olika kanaler inklusive rapporter beskrivs i de gemensamma anvisningarna (bild 2). Rapporter om och sammanfattningarna för alla anmälningar granskas som en del av arbetet antingen för ledningsgrupper på olika nivåer i organisationen eller arbetsgrupper som utsetts särskilt för uppgiften. I granskningarna är det viktigt att dra slutsatser om observationerna och vid behov vidta utvecklingsåtgärder. Om man i verksamheten observerar en sådan avvikelse eller störning (missförhållande) som man inte på egen hand kan åtgärda i organisationen, görs en anmälan i ärendet till de myndigheter som utövar tillsyn över organisationer inom hälso- och sjukvården (Regionförvaltningsverket eller Valvira).

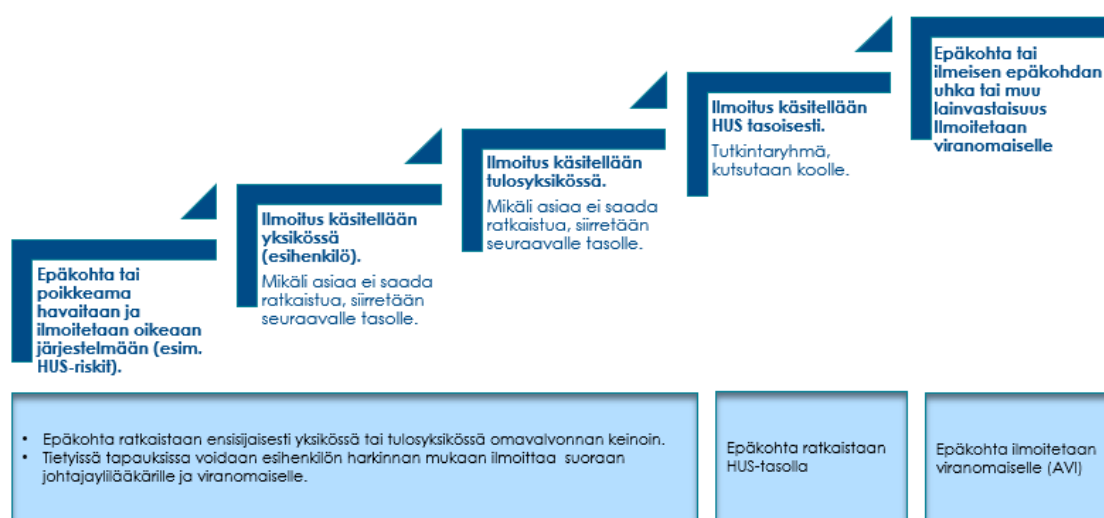


Bild 2 Principer för hantering av anmälningar och avvikelser.

I tabell 11 finns en sammanställning av metoder och ansvar för egenkontroll med tanke på rapportering och behandling av händelser som äventyrar patientsäkerheten.

5.10 Auditeringar och utvärderingar

Interna auditeringar och utvärderingar

Kvaliteten och patientsäkerheten för HUS-sammanslutningens ansvarsenheter som ger patientvård bedöms och utvecklas genom interna auditeringar av patientsäkerheten och jämförande utvärderingar. Jämförande utvärderingar innebär verksamhet där medarbetarna bedömer varandras arbete i förhållande till anvisningarna.

Grundprinciper för de interna auditeringarna är oberoende och patientorientering. Kvalitets- och patientsäkerhetsenheten (LAAPO-enheten) utbildar inom och samordnar interna auditeringar vid de kliniska resultatenheterna och utarbetar ett auditeringsprogram i samarbete med resultatenheterna. Auditeringsprogrammet utarbetas riskbaserat så att de planerade besöken inriktas på de enheterna med störst sannolikhet och risk med tanke på patientsäkerheten. Riskerna kan hänföra sig till verksamhetens art, farliga situationer för patienter eller till exempel ändringar i enhetens verksamhet.

Utöver auditeringar som är planerade i förväg görs oplanerade interna auditeringsbesök då missförhållanden observeras i verksamheten. Vid auditeringarna bokförs observationer som kan vara avvikelser, utvecklingsobjekt eller god praxis. Avvikelser bokförs då ett på förhand ställt krav inte uppfylls. Kraven kommer från HUS dokumentering, lagstadgade program och planer samt från lagstiftningen. Syftet är att i så stor omfattning som möjligt införa observerad god praxis i verksamheten.

Vid sidan av utvärdering och utveckling av HUS verksamhet fungerar de interna auditeringarna som de inspektionsbesök som avses i lagstiftningen och för vilka en inspektionsberättelse lämnas in till regionförvaltningsverket.

Utöver de interna auditeringarna bedöms kvaliteten och patientsäkerheten med hjälp av olika jämförande utvärderingar. Ett exempel på en jämförande utvärdering är observation av handhygien. På basis av resultaten från de jämförande utvärderingarna görs observationer av verksamheten, åtgärdas missförhållanden och införs god praxis.

I tabell 12 finns en sammanställning av metoder och ansvar för egenkontroll med tanke på interna auditeringar och utvärderingar.

Auditeringar av tjänsteproducenter

HUS-sammanslutningen upphandlar patientvårdstjänster från cirka 1 000 tjänsteproducenter bland annat i form av direktupphandling och servicesedlar. Kvaliteten och patientsäkerheten för olika tjänsteproducenter följs upp och utvecklas genom externa auditeringar av patientsäkerheten. Auditeringar kan dessutom genomföras med hjälp av enkäter. Kvalitets- och patientsäkerhetsenheten (LAAPO-enheten) samordnar auditeringarna av tjänsteproducenterna och utarbetar ett auditeringsprogram i samarbete med resultatenheterna. Kraven för auditeringarna är avtal och att de uppfylls, kraven i lagstiftningen inklusive genomförandet av programmet för egenkontroll samt aktörens egna anvisningar.

Auditeringar av externa tjänsteproducenter görs på motsvarande sätt som interna auditeringar enligt en i förväg utarbetad auditeringsplan. Utöver de planerade auditeringarna görs extra auditeringar då missförhållanden observeras i verksamheten. Inspektionsberättelser till regionförvaltningsverket upprättas också om de externa auditeringarna.

Utöver auditeringarna stöder praxis i enlighet med HUS verksamhetsmodell för leverantörs- och avtalshantering samt det övergripande styrningssystemet för upphandlingar (Voitto) systematisk avtalsuppföljning och proaktiv ledning av leverantörssamarbetet.

I tabell 13 finns en sammanställning av metoder och ansvar för egenkontroll med tanke på auditeringar av tjänsteproducenterna.

6 Lagstiftning

Tillsynen över social- och hälsovården samt egenkontroll

I lagen om tillsynen över social- och hälsovården (741/2023) finns bestämmelser om ansvaret och befogenheterna för de myndigheter som utövar tillsyn samt om tjänsteanordnarens och tjänsteproducentens skyldigheter i tillsynen över social- och hälsovården samt inom egenkontrollen. I lagen om välfärdsområden (611/2021) föreskrivs det om välfärdsområdenas organiseringsansvar, inklusive styrningen och tillsynen av tjänsternas produktion.

Patientens rättigheter

Enligt lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) har varje patient rätt till hälso- och sjukvård av god kvalitet. Vården ska ordnas och patienten bemötas så att hans människovärde inte kränks och att hans övertygelse och integritet respekteras. Patientens modersmål och i den mån det är möjligt ska individuella och kulturella behov beaktas i vården och bemötandet.

Enligt 6 § i den lagen ska vården och behandlingen ges i samförstånd med patienten och enligt 8 § ska patienten beredas den vård som behövs för avvärjande av fara som hotar hans liv eller hälsa.

Begränsning av patientens självbestämmanderätt

Vid vård oberoende patientens vilja iakttas de gällande bestämmelserna i mentalvårdslagen (1116/1990; särskilt 4 a kap. i lagen i om ändring av mentalvårdslagen 1423/2001), lagen om missbrukarvård (41/1986), lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) och lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda (519/1977).

Behandling av patientuppgifter

Lagen om behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården (703/2023) styr innehållet, bevarandet, användningen och behandlingen av journalhandlingar. EU:s allmänna dataskyddsförordning (GDPR, 2016/679) är en central författning som styr behandlingen av personuppgifter.

Tillgången till tjänster och vård samt likabehandling

Enligt 52 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) ska bedömningen av vårdbehovet inledas inom tre (3) veckor från det att remissen anlände till ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård. Om bedömningen av vårdbehovet förutsätter en bedömning av en specialist, särskild bilddiagnostik eller särskilda laboratorieundersökningar, ska bedömningen och de behövliga undersökningarna göras inom tre månader från det att remissen anlände. Om bedömningen av vårdbehovet inom mentalvårdstjänster för barn och unga kräver en bedömning av en specialist, särskild bilddiagnostik eller särskilda laboratorieundersökningar, ska bedömningen och undersökningarna göras inom sex veckor från det att remissen anlände.

Vård, behandling och rådgivning som utifrån bedömningen av vårdbehovet konstaterats vara nödvändiga ska, med beaktande av hur brådskande den är, ordnas och inledas inom skälig tid, dock inom sex (6) månader från det att vårdbehovet slogs fast. I brådskande fall ska patienten dock omedelbart få vård.

Inom mentalvårdstjänsterna för barn och unga ska vård eller behandling som utifrån en bedömning av vårdbehovet konstaterats vara nödvändig i fråga om personer under 23 år, med beaktande av hur brådskande vården är, ordnas inom tre (3) månader från det att vårdbehovet konstaterades, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver något annat.

Yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården

Lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994) är en central författning som styr yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården där det bland annat finns bestämmelser om rätten att arbeta som yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården samt allmänna yrkesetiska skyldigheter för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården.

Inom vissa arbeten utreds den brottsliga bakgrunden för yrkesutbildade personer innan anställningsförhållandet börjar: lagen om kontroll av brottslig bakgrund hos personer som arbetar med barn (504/2002) och lagen om kontroll av brottslig bakgrund hos frivilliga som deltar i verksamhet bland barn (148/2014). Med stöd av 28 § i lagen om tillsynen över social- och hälsovården 741/2023 ska kontroll av brottslig bakgrund också göras hos personer som arbetar med äldre och personer med funktionsnedsättning.

Tabell 1 Metoder och ansvar för egenkontroll med tanke på kunddelaktighet

Metod för egenkontroll	Förebyggande	Observerande	Korrigerande	Koncernförvaltningens ansvar	Resultatenhetens/linjeledningens ansvar	Chefen för ansvarsenhetens ansvar	Arbetstagarens ansvar
Erfarenhetsexperterna och kundpanelen deltar i bedömningen, utvecklingen och uppföljningen av tjänsterna.	X	X	X	Leder, följer upp och bedömer erfarenhetsexperternas och kundpanelens medverkan i verksamheten på resultatenhets- och HUS-nivå.	<p>Säkerställer att erfarenhetsexperter har utsetts till olika arbets- och utvecklingsgrupper.</p> <p>Följer upp kundpanelens deltagande i bedömningen, utvecklingen och uppföljningen av resultatenhetens tjänster.</p> <p>Leder, följer upp och bedömer erfarenhetsexperternas deltagande i resultatenhetens/linjeledningens verksamhet. Samordnaren för erfarenhetsverksamheten utarbetar tillsammans med erfarenhetsexperterna en verksamhetsberättelse och verksamhetsplan om temat.</p> <p>Erfarenhetsexperterna deltar en gång per månad i Gastrocentrums kvalitets- och patientsäkerhetsgrupp.</p>	Säkerställer att en erfarenhetsexpert regelbundet deltar i avdelningsmötet/utvecklingsgrupperna, utbildningarna.	Är medveten om att tjänsterna kan utvecklas med hjälp av erfarenhetsexperterna och kundpanelen.

Metod för egenkontroll	Förebyggande	Observerande	Korrigerande	Koncernförvaltningens ansvar	Resultatenhetens/linjeledningens ansvar	Chefen för ansvarsenhetens ansvar	Arbetstagarens ansvar
Erfarenhetsexperter, frivilliga och organisationer fungerar som stöd för kunderna på sjukhuset.	X	X		Leder, följer upp och bedömer de frivilligas och organisationernas medverkan i stödet till sjukhusets kunder på resultat- och HUS-nivå.	Leder och följer upp att det inom resultatenheten erbjuds kamratstöd och annat stöd som frivilliga erbjuder till kunderna./ OLKA-verksamheten utnyttjas aktivt inom Gastrocentrums enheter.	Säkerställer att det inom enheten erbjuds kamratstöd och annat stöd som frivilliga erbjuder till kunderna. Känner till OLKA-verksamheten och de möjligheter den erbjuder för att samordna frivilligverksamheten inom enheten./ Ordnar utbildning om kamratstöd för personalen.	Berättar för alla kunder om möjligheten att få kamratstöd. Känner till OLKA-verksamheten och begär vid behov stöd från OLKA åt sina kunder./
Insamling och behandling av kundrespons samt utvecklingsåtgärder som framkommer från den. Deltar i enkäter om kundnöjdhet (till exempel patientresponsenkät om vårdarbetet och den nationella kundnöjdhetenkäten).	X	X	X	Leder, följer upp och bedömer utvecklingsåtgärder som framkommer i kundrespons på HUS-nivå. Fastställer målnivåer för kundnöjdhetenkäter och följer regelbundet upp utfallet av dem.	Säkerställer att varje resultatenhet har en person som ansvarar för uppföljningen av resultatet från kundnöjdhetenkäten och utvecklingsåtgärderna. Följer regelbundet upp kundrespons och de åtgärder som vidtagits på basis av den./	Säkerställer att varje kund har möjlighet att ge respons./. Ser till att det vid ansvarsenheten finns en person som besvarar responsen och en ersättare för hen. / Planerar och genomför insamlingen av enkäterna om kundnöjdhet. Enheter har ansvariga par som sköter om kundresponsen. Enheternas expertgrupper utvecklar enhetens verksamhet utifrån responsen och utvecklingsförslagen. Följer upp mängden kundrespons i förhållande till antalet besök på årsnivå.	Kan hänvisa kunderna att ge respons och känner till olika sätt att ge respons./ / För in även muntlig respons i responsystemet. Utveckling av registreringen av muntlig respons i responsystemet.

Tabell 2 Metoder och ansvar för egenkontroll med tanke på anmärkningar, klagomål och patientskadeärenden

Metod för egenkontroll	Förebyggande	Observerande	Korrigerande	Koncernförvaltningens ansvar	Resultatenhetens/linjeledningens ansvar	Chefen för ansvarsenhetens ansvar	Arbetstagarens ansvar
Bedömning av korrigerande åtgärder på basis av anmärkningar och klagomål.	X	X	X	Sakkunniggruppen för patientbesvärs- och förvaltningsärenden under ledning av förvaltningsöverläkaren bedömer vid behov behovet av korrigerande åtgärder, anger ansvarspersoner för att genomföra och följa upp åtgärderna.	Linjeledningen och överläkarna för specialiteterna bedömer i samarbete med direktören för verksamhetsområdet behovet av korrigerande åtgärder, utarbetar en skriftlig plan och anger ansvarspersoner, samt ansvarar för uppföljningen av att åtgärderna genomförs och rapporterar om behövliga åtgärder både till den administrativa överläkaren och till kvalitetsläkarna. Den administrativa överläkaren för verksamhetsområdet samordnar behandlingen av anmärkningar och klagomål samt åtgärder som behövs på basis av dem.	Chefen för ansvarsenheten bedömer i samarbete med linjeledningen och överläkarna för specialiteterna behovet av korrigerande åtgärder och ansvarar för genomförandet och uppföljningen av åtgärderna inom sin egen ansvarsenhet.	Arbetstagaren rapporterar sina observationer till arbetsgivaren och kan komma med förslag till korrigerande åtgärder.
Effektiv behandling av patientskadeärenden	X			Ansvarar för HUS patientsäkerhet i sin helhet, försäkring av patientverksamheten och för att utarbeta anvisningar.	Linjeledningen och överläkarna för specialiteterna ansvarar i samarbete med direktören för verksamhetsområdet för att upprätthålla patientsäkerheten, ange ansvarspersoner för att genomföra och följa upp korrigerande åtgärder samt rapporterar om behövliga åtgärder både till den administrativa överläkaren och till kvalitetsläkarna. Den administrativa överläkaren för verksamhetsområdet samordnar behandlingen av patientskadeanmälningar samt åtgärder som behövs på basis av dem.	Chefen för ansvarsenheten ser till att personalen får introduktion och att kompetensen upprätthålls i frågor som rör patientsäkerheten och patientskador.	För in händelser och närvarande i journalhandlingarna i situationer där det uppstår misstanke om patientskada. Ger på begäran en redogörelse om händelserna till arbetsgivaren.

Tabell 3 Metoder och ansvar för egenkontroll med tanke på tillgången till tjänster och vård samt likabehandling

Metod för egenkontroll	Förebyggande	Observerande	Korrigerande	Koncernförvaltningens ansvar	Resultatenhetens/linjeledningens ansvar	Chefen för ansvarsenhetens ansvar	Arbetstagarens ansvar
Tillgången till vård Behandling av remisser < 21 dygn	X	X		Ansvar: Chefsöverläkare Förvaltningsöverläkare	Följer varje månad upp tidtabellen för behandlingen av remisser.	Ansvarar för att den personal som deltar i skötseln av uppgiften känner till chefsöverläkarens anvisning Användningen av koder för orsak till köande (på finska, Jonottamisen syy -koodien käyttö), då patienten väntar på icke-brådskande specialiserad sjukvård.	Känner till chefsöverläkarens anvisning Användningen av koder för orsak till köande då patienten väntar på icke-brådskande specialiserad sjukvård. Använder koderna för orsak till köande korrekt.
Bedömning av vårdbehovet < 90 dygn Tillgång till vård < 180 dygn	X	X	X	Ansvar: Chefsöverläkare Förvaltningsöverläkare	Följer varje månad upp genomförandet av bedömningen av vårdbehovet. Ansvarar för verkningsfull och effektiv användning av vårdresurser.	Ansvarar för att den personal som deltar i skötseln av uppgiften känner till chefsöverläkarens anvisning som nämns ovan. Ansvarar för verkningsfull och effektiv användning av vårdresurser. Följer upp beläggningsgraden för mottagningarna.	Använder koder för orsak till köande enligt chefsöverläkarens anvisning som nämns ovan. Följer upp beläggningsgraden för mottagningarna.

Tabell 4 Metoder och ansvar för egenkontroll med tanke på personalplanering, kompetens och arbetshälsa

Metod för egenkontroll	Förebyggande	Observerande	Korrigerande	Koncernförvaltningens ansvar	Resultatenhetens/linjeledningens ansvar	Chefen för ansvarsenhetsansvar	Arbetstagarens ansvar
Personalens tillräcklighet och personalledning	X	X	X	Ansvar: • Förutseende av arbetskraftsbehovet och utveckling av rekryteringen. • Arbetsgivarbild och samarbetet med läroanstalter. • Utveckling av systemet med interna vikarier. Följer upp personalmängden vid enheterna och antalet avvikande situationer.	Anger personalmängden och personalstrukturen för enheterna och säkerställer att personalen räcker till. Ansvarar för en tydlig arbetsfördelning och dimensionering av resurser. Anger principerna för användning av vikarier. Anger personaldimensioneringen i avvikande situationer. Följer upp mängden personal vid enheterna och antalet avvikande situationer.	Säkerställer att personalen räcker till. Säkerställer att det finns tillräckligt kunnande och resurser på arbetsskiften. Agerar enligt resultatenhetens anvisningar vid användning av vikarier. Ger enhetens personal handledning i hur man agerar vid brist på personal. Följer upp personalmängden vid enheterna och antalet avvikande situationer.	Antecknar patientens vårdtyngdsklassificering enligt anvisningarna. Vet hur man agerar vid brist på personal och agerar enligt överenskomna tillvägagångssätt.
Introduktion av personalen, kunnande och kompetensutveckling.	X	X	X	Ansvar: • Utveckling av introduktionspraxis. • Utveckling av processer i anknytning till kompetens. • Genomförande av kompetenskartläggningar.	Ansvarar för introduktion och säkerställer att arbetstagarna får introduktion. Säkerställer att det utarbetas en utbildningsplan. Ger introduktion i och bedömer resultaten från enheternas enkäter för kompetenskartläggning. För utvecklingssamtal, möjliggör arbetshandledning, mentorskap samt utveckling av personalens kompetens (karriärplanering) och arbetsrotation.	Ansvarar för introduktion och säkerställer att arbetstagarna får introduktion. För mellan- och slutsamtal med medarbetare och studerande. Säkerställer att det finns tillräckligt med kompetens vid enheterna. Utarbetar en utbildningsplan. Möjliggör och följer upp genomförandet av utbildningsplanen. Ger introduktion och bedömer enhetens enkät för	Ansvarar för introduktion och för att den egna introduktionen framskrider. Genomgår introduktion samt mellan- och slutsamtal i enlighet med introduktionsprogrammet. För själv in information om sina examina, eventuella kompetenser och fortbildningar i Harppi. Besvarar enkäter för kompetenskartläggning och går igenom resultatet med chefen. Deltar i utvecklingssamtal och för fram sitt eget behov av

Metod för egenkontroll	Förebyggande	Observerande	Korrigerande	Koncernförvaltningens ansvar	Resultatenhetens/linjeledningens ansvar	Chefen för ansvarsenhetens ansvar	Arbetstagarens ansvar
				<ul style="list-style-type: none"> • Utveckling av praxis för utvecklingssamtal och modeller för intern mobilitet och karriärutveckling 		<p>kompetenskartläggning samt går igenom resultaten med personalen.</p> <p>För utvecklingssamtal, möjliggör arbetshandledning, mentorskap samt utveckling av personalens kompetens (karriärplanering) och arbetsrotation.</p> <p>Chefen för vårdarbetet håller introduktionssamtal med den nya medarbetaren efter två veckor, tre månader och sex månader.</p>	kompetens, utveckling och fortbildning.
Arbetshälsa och arbetarskydd.	X	X	X	<p>Ansvar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • utveckling av arbetshälsan. • ge anvisningar om och fastställa tillvägagångssätt för arbetshälsa. • samordning av och samarbete inom arbetssäkerhet och arbetarskydd. 	<p>Säkerställa användning av säkra arbetsredskap och utrustning.</p> <p>Trygga säkra verksamhetsförutsättningar i arbetet.</p> <p>Ansvarar för att samarbete genomförs.</p>	<p>Säkerställa användning av säkra arbetsredskap och utrustning samt att personalen vet hur de används enligt anvisningarna.</p> <p>Följer upp rapporter i HUS-riskit och att åtgärder genomförs.</p> <p>Ser till att riskbedömningen är aktuell.</p> <p>Följer fyra gånger per år upp att arbetarskyddsrundorna genomförs.</p> <p>Ansvarar för att samarbete genomförs.</p> <p>Handleder personalen i rapportering av avvikelser i systemet HUS-riskit.</p>	<p>Använder arbetsredskap och utrustning enligt anvisningarna.</p> <p>Känner till och kan rapportera avvikelser i systemet HUS-riskit.</p> <p>Gör vid behov en begäran till fastighetsunderhållet om åtgärder som äventyrar arbetssäkerheten</p> <p>Deltar i samarbetsmöten.</p>

Tabell 5 Metoder och ansvar för egenkontroll med tanke på enhetliga verksamhetsmodeller för patientvården.

Metod för egenkontroll	Förebyggande	Observerande	Korrigerande	Koncernförvaltningens ansvar	Resultatenhetens/linjeledningens ansvar	Chefen för ansvarsenhetens ansvar	Arbetstagarens ansvar
Förebyggande och uppföljning av fallolyckor.	X	X		Utveckling och samordning av HUS verksamhetsmodell för och rapportering om förebyggande av fallolyckor. Uppföljning av fallolyckor på HUS nivå.	Linjen för vårdarbetet följer månatligen upp bedömningen av fallrisken utifrån Apotti rapporter och vidtar multidisciplinärt åtgärder om målen inte uppnås. Resultatenheten fastställer målnivån och mätare för uppföljningen i anknytning till helheten med fallolyckor inom sitt eget område så att de är i linje med målen för HUS strategi och strategin för patientarbetet. Följer varje månad upp antalet fallolyckor och vidtagna åtgärder från HaiPro-anmälningarna samt rapporter från Apotti och Power BI. Linjen för vårdarbetet vid Gastrocentrum följer upp rapporter om kvalitetsindikatorerna (fall, tryckskador, undernäring och smärtbehandling)	Säkerställer att alla vårdarbetare som deltar i patientvården kan bedöma risken att patienten ramlar och behärskar förebyggande av fallolyckor./ Följer upp omfattningen för bedömningen av risken att ramla från patientdatasystemets rapporter. Ser till att en HaiPro anmälan har gjorts för fallolyckor, att anmälan har behandlats och att utvecklingsåtgärder har gjorts. Avdelningsskötaren och de kvalitetsansvariga följer regelbundet upp kvalitetsresultaten i sin enhet och går regelbundet igenom resultaten och utvecklingsåtgärderna med personalen (minst en gång per månad).	Känner till HUS verksamhetsmodell för förebyggande av fallolyckor och agerar enligt den. För in fallolyckor i Apotti och gör en HaiPro-anmälan.// Arbetstagarna deltar i planeringen, genomförandet och iakttagandet av utvecklingsåtgärden.
Förebyggande och uppföljning av tryckskador.	X	X		Utveckling av rapporteringen om och samordningen av HUS modell för att förebygga tryckskador. Uppföljningen av tryckskador på HUS-nivå.	Följer månatligen upp bedömningen av risken för tryckskador och förekomsten, graden, det anatomiska läget samt omfattningen för bedömningarna av risken för tryckskador från	Säkerställer att alla som deltar i patientvården kan bedöma statusen för patientens hud och risken för trycksår samt behärskar förebyggande av tryckskador.	Känner till HUS modell för förebyggande av tryckskador och agerar enligt den.

Metod för egenkontroll	Förebyggande	Observerande	Korrigerande	Koncernförvaltningens ansvar	Resultatenhetens/linjeledningens ansvar	Chefen för ansvarsenhetens ansvar	Arbetstagarens ansvar
					<p>Apotti rapporter och Power BI-rapporter.</p> <p>Vidtar vid behov multidisciplinära åtgärder för att minska antalet trycksador.</p>	<p>Följer upp omfattningen för bedömningen av trycksador och antalet patienter med trycksador från patientdatasystemets rapporter och Power BI-rapporter.</p> <p>Avdelningsskötaren och de kvalitetsansvariga följer regelbundet upp kvalitetsresultaten i sin enhet och går regelbundet igenom resultaten och utvecklingsåtgärderna med personalen (minst en gång per månad).</p>	
Förebyggande, behandling och uppföljning av undernäring.///	X	X	X	Utveckling och samordning av HUS verksamhetsmodell för och rapportering om förebyggande och behandling av undernäring.	<p>Följer månatligen upp bedömningen av risken för undernäring och antalet personer som riskerar undernäring från Apotti rapporter (en del av patienterna som riskerar undernäring).</p> <p>Vidtar vid behov multidisciplinära åtgärder för att minska undernäring.</p>	<p>Säkerställer att alla som deltar i patientvården kan bedöma patientens risk för undernäring och förebygga uppkomst av undernäring samt genomföra individuell näringsterapi för patienten (chefsöverläkarens anvisning på finska om trygghet av näringsintaget vid HUS sjukhus, Ravitsemuksen turvaaminen HUSin sairaalossa)./</p> <p>Samarbete med enheten för klinisk näringsterapi.</p> <p>Följer upp omfattningen för bedömningen av risken för undernäring och antalet patienter som riskerar undernäring från patientdatasystemets rapporter på enhetsnivå./</p>	Känner till HUS verksamhetsmodell för förebyggande och behandling av undernäring och agerar enligt den./

Metod för egenkontroll	Förebyggande	Observerande	Korrigerande	Koncernförvaltningens ansvar	Resultatenhetens/linjeledningens ansvar	Chefen för ansvarsenhetens ansvar	Arbetstagarens ansvar
Uppföljning av genomförandet av smärtbehandling.		X	X	Utveckling och samordning av rapporteringen om HUS verksamhetsmodell för smärtbehandling.	Följer månatligen upp genomförandet av smärtbehandling till exempel från kundrespons och HaiPro-rapporter och (uppföljning av framtida Power BI-rapport, utformas under 2024) samt vidtar vid behov multidisciplinära åtgärder för att förbättra smärtbehandlingen./	<p>Säkerställer att alla som deltar i patientvården kan genomföra individuell smärtbehandling för patienten (chefsöverläkarens anvisning på finska om bedömning och behandling av smärta vid HUS, Kivun arviointi ja hoito HUSissa).</p> <p>Ser till att ordna introduktion och utbildning i anknytning till smärtbehandling för varje enhet./</p> <p>Följer upp helheten av smärtbehandling från patientdatasystemets rapporter till exempel en instrumentpanel för avdelningsvård.</p>	Känner till HUS verksamhetsmodell för smärtbehandling (chefsöverläkarens anvisning på finska om bedömning och behandling av smärta vid HUS, Kivun arviointi ja hoito HUSissa) och agerar enligt den.

Tabell 6 Metoder och ansvar för egenkontroll med tanke på säker läkemedelsbehandling och ändamålsenlig läkemedelsförsörjning

Metod för egenkontroll	Förebyggande	Observerande	Korrigerande	Koncernförvaltningens ansvar	Resultatenhetens/linjeledningens ansvar	Chefen för ansvarsenhetens ansvar	Arbetstagarens ansvar
Egenkontroll av säker läkemedelsbehandling							
Planen för läkemedelsbehandling och regelbunden uppdatering av den (sammanställer alla anvisningar bland annat myndighetsanvisningar, chefsöverläkarens anvisningar, HUS Apotekets anvisningar).	X		X	Arbetsgruppen Säker läkemedelsbehandling utarbetar och uppdaterar HUS plan för läkemedelsbehandling under ledning av medicinerinssäkerhetschefen. Planen för läkemedelsbehandling behandlas av ledningsgruppen för sjukvården och den godkänns av chefsöverläkaren och HUS-samman slutningens apotekare.	Utarbetar/uppdaterar årligen multidisciplinärt utifrån HUS plan för läkemedelsbehandling. Granskar ansvarsenheternas planer för läkemedelsbehandling. Vid Gastrocentrum förankrar klinikprovisorn resultatenhetens plan för läkemedelsbehandling hos enheterna genom att hålla informationsmöten om uppdateringen av planen för läkemedelsvård. Klinikprovisorn stöder enheterna i säkerställandet av att planerna för läkemedelsbehandling är ändamålsenliga genom att läsa och kommentera de planer för läkemedelsbehandling som resultatenheternas läkemedelsansvariga har lagt till i Teamskanalen.	Ansvarar för multidisciplinärt upprättande årligen och att personalen ges introduktion i den. Samlas mottagningskvittens från personalen och följer upp att de görs. Enhetens chef/chefer ansvarar för att sända tillbaka eller utse en person som sänder tillbaka planen för läkemedelsbehandling till klinikprovisorn/kvalitetsexperten för kommentarer och se till att planen förs in i anvisningsbanken. Chefen ansvarar för att planen för läkemedelsbehandling är en del av enhetens introduktion.	Sätter sig in i den uppdaterade versionen årligen eller vid byte av arbetsenhet/arbetsplats och kvitterar därefter mottagningen. Följer anvisningar i det dagliga arbetet.
Säkerställa kompetens i läkemedelsbehandling och tillstånd för läkemedelsbehandling.	X			Arbetsgruppen för säker läkemedelsbehandling utarbetar och uppdaterar chefsöverläkarens anvisning om det i samarbete med vårdarbetets ledningsgrupp.	Kompletterar vid behov riktlinjerna för chefsöverläkarens anvisning i planen för läkemedelsbehandling.	Ser till att kompetensen i läkemedelsbehandling säkerställs enligt chefsöverläkarens anvisning före personen deltar i genomförandet av läkemedelsbehandlingen.	Avlägga och uppdatera tillstånd för läkemedelsbehandling i enlighet med chefsöverläkarens anvisning. Bevara tillståndet i original.

Metod för egenkontroll	Förebyggande	Observerande	Korrigerande	Koncernförvaltningens ansvar	Resultatenhetens/linjeledningens ansvar	Chefen för ansvarsenhetens ansvar	Arbetsstagarens ansvar
				HUS Utbildningstjänster organiserar, konkurrensutsätter och upphandlar utbildningar inom läkemedelsbehandling.	Vid Gastrocentrums enheter kan begränsad tillståndspraxis tillämpas enligt Chefsöverläkarens anvisningar.	Vid behov begränsa tillstånden för läkemedelsbehandling. Bevara och arkivera kopior av tillstånden (50 år). Enhetens chefer tar reda på av den chef som beslutar, vet vill säga överskötaren, om man inom enheten kan skaffa och tillämpa begränsade tillstånd.	Genomföra läkemedelsbehandlingen i enlighet med tillstånden. Klarlägger innehållet i de egna tillstånden för läkemedelsbehandling.
Rapportera och följa upp medicineringsavvikelser och lära sig av dem (HaiPro).	X	X	X	Medicinerinssäkerhetschefen och HUS arbetsgrupp för säker läkemedelsbehandling följer upp situationen för hela HUS och analyserar farliga situationer i anknytning till läkemedelsbehandlingen som en del av delårsrapporten för kvalitets- och patientsäkerhetsplanen tre gånger per år.	Behandlar delårsrapporten minst tre gånger per år. Kvalitetschefen organiserar behandlingen av allvarliga farliga situationer. Klinikprovisorn, kvalitetschefen och kvalitetsläkaren gör HaiPro-sammandrag tre gånger per år och presenterar dem för Gastrocentrums ledningsgrupp. På basis av sammandragen tas utvecklingsobjekten och åtgärderna med i planen för läkemedelsbehandling.	De ansvariga paren för HaiPro behandlar anmälningarna. Går regelbundet igenom anmälningar och fastställer utvecklingsåtgärder med personalen. Gör en sammanfattning av uppgifterna i delårsrapporten till kvalitetschefen tre gånger per år. Inte vid Gastrocentrum, se föregående punkt. Deltar i behandlingen av allvarliga farliga situationer och ansvarar för sin egen del för att bestämda utvecklingsåtgärder.	Anmälan om observerade farliga situationer (även tillbud och förtseende observationer). Föra fram utvecklingsförslag. Genomför utvecklingsåtgärder vid enheten för att förbättra medicinerings säkerheten.

Metod för egenkontroll	Förebyggande	Observerande	Korrigerande	Koncernförvaltningens ansvar	Resultatenhetens/linjeledningens ansvar	Chefen för ansvarsenhetens ansvar	Arbetstagarens ansvar
Uppföljning av skanningsprocent (mål >90 procent i identifieringen av läkemedel och patienter) på intensivvårds-, vård- och förlossningsavdelningarna.	X	X	X	Arbetsgruppen för säker läkemedelsbehandling och vårdarbetets ledningsgrupp följer regelbundet upp skanningstalen på sina möten.	Följer regelbundet (minst tre gånger per år) upp skanningsprocenterna och vidtar åtgärder om målen inte nås. Klinikprovisorn följer månatligen upp skanningsprocenterna och ger information om talen vidare till avdelningssköterna, undervisningssköterna och biträdande avdelningssköterna samt till resultatenhetens ledningsgrupp (kvartalsvis).	Följer varje vecka upp skanningstalen som en del av den dagliga ledningen och vidtar åtgärder om målen inte nås.	Skannar identifieringskoder för patienten och läkemedel enligt anvisningarna som en del av iordningställandet och administreringen av läkemedel. Säkerställer att patienten har patientarmband och behövliga identifieringsetiketter utskrivna för att det ska vara möjligt att följa korrekta arbetsprocesser.
Bokföring och uppföljning av förbrukningen av narkotiska läkemedel (och vid behov HCI-läkemedel).	X	X	X	HUS Apotek utarbetar och uppdaterar anvisningarna.	Följs vid behov upp av Gastrocentrums kvalitets- och patientsäkerhetsgrupp.	Följer månatligen upp förbrukningen av narkotiska läkemedel (och vid behov HCI-läkemedel). Inom en del enheter vid Gastrocentrum följer avdelningsfarmaceuten upp förbrukningen av narkotiska läkemedel (och vid behov HCI-läkemedel). Ingriper i observerade avvikelser.	Gör upp och granskar bokföringen av narkotiska läkemedel enligt anvisningarna. Berättar för chefen om observerade brister och misstänkt missbruk.
Temperaturuppföljning för förvaringsutrymmen för läkemedel.	X	X	X	HUS Apotek utarbetar och uppdaterar anvisningarna.		Svarar för ansvarsfördelningen när det gäller temperaturuppföljningen och för att uppföljningen varje arbetsdag görs enligt anvisningarna. Vidtar korrigerande åtgärder vid behov.	Följer upp och antecknar temperaturer enligt anvisningarna. Reagerar utan dröjsmål på avvikelser och informerar cheferna om dem.

Metod för egenkontroll	Förebyggande	Observerande	Korrigerande	Koncernförvaltningens ansvar	Resultatenhetens/linjeledningens ansvar	Chefen för ansvarsenhetens ansvar	Arbetstagarens ansvar
						Ser till att den årliga kalibreringen av termometrar genomförs.	
Uppföljning och anmälan om biverkningar av läkemedel till Fimea.		X		Medicinerinssäkerhetschefen begär årligen av Fimea ett sammandrag som analyseras och publiceras som en del av kvalitets- och patientsäkerhetsrapporten (LAAPO-rapporten) samt behandlas i arbetsgruppen för säker läkemedelsbehandling och i Läkemedelsdelegationen.	Följer från LAAPO-rapporten årligen upp sammandraget av de anmälningar om biverkningar som HUS rapporterat.	Följer från LAAPO-rapporten årligen upp sammandraget av de anmälningar om biverkningar som HUS rapporterat och ser till att de vid behov presenteras för personalen.	Berättar om observerade biverkningar för den behandlande läkaren (som har det primära ansvaret för att göra anmälan till Fimea) och informerar den övriga personalen i synnerhet om upprepade, överraskande eller allvarliga biverkningar.
Egenkontroll av ändamålsenlig läkemedelsförsörjning							
Uppföljning av läkemedelsförbrukning och kostnader.	X	X	X	Läkemedelsdelegationen följer upp minst 2 gånger per år.	Resultatenheten följer månatligen upp läkemedelsförbrukningen och de kostnader den medför särskilt i fråga om dyra läkemedel.	Avdelningsfarmaceuterna på Gastrocentrums vårdavdelningar ser till att enhetens läkemedelslager har lämplig storlek med tanke på läkemedelsförbrukningen. Inom enheterna för öppenvård ansvarar enheternas läkemedelsansvariga för detta. Enhets chefer reagerar vid behov på avvikelser i förbrukningen.	Ser till att administreringsregistreringar har gjorts korrekt och att läkemedel som ska kastas bort registreras i OSTi enligt anvisningarna.
Styrning och uppföljning av antimikrobiella läkemedel.	X			Arbetsgruppen för antimikrobiella läkemedel följer upp.		Ansvarar för att personalen känner till anvisningar om antimikrobiella läkemedel. Behandlar vid behov uppdateringar som hänför sig till ämnet på avdelningstimmen.	Känner till anvisningarna om antimikrobiella läkemedel och den läkare som ordinerar läkemedlet följer anvisningarna.

Metod för egenkontroll	Förebyggande	Observerande	Korrigerande	Koncernförvaltningens ansvar	Resultatenhetens/linjeledningens ansvar	Chefen för ansvarsenhetens ansvar	Arbetsstagarens ansvar
Misstankar om produktfel och läkemedelsförfalskningar samt anmälningar om produktfel och återkallelser i anknytning till dem.	X	X	X	HUS Apotek utarbetar och uppdaterar anvisningarna. HUS Apoteket ansvarar för att reagera på anmälningar om produktfel och återkallelser.		<p>Ansvarar för att misstänkta produktfel och läkemedelsförfalskningar anmäls och att man reagerar på anmälan om produktfel enligt HUS Apotekets anvisningar.</p> <p>Genom att ordna med ersättare ska chefen se till att meddelandena når personalen även under frånvaro- och semestertider.</p>	Anmäler observerat produktfel eller misstänkt läkemedelsförfalskning till HUS Apoteket och förhindrar vid behov att läkemedlet används i patientvården. Agerar utifrån HUS Apotekets råd i situationer med tillbakadragning av läkemedel.

Tabell 7 Metoder och ansvar för egenkontroll med tanke på infektionssäkerhet

Metod för egenkontroll	Förebyggande	Observerande	Korrigerande	Koncernförvaltningens ansvar	Resultatenhetens/linjeledningens ansvar	Chefen för ansvarsenhetens ansvar	Arbetstagarens ansvar
					Övergripande ansvar för uppföljning och förebyggande av infektioner i anknytning till vården: tillräckliga och kunliga resurser, val av infektioner som ska följas upp.		
ALLA ENHETER							
Utse en person som är ansvarig för hygienfrågor och fördela resurser.	X	X	X	Sjukhushygienheten utbildar och stödjer de som är ansvariga för hygienfrågor.	Se till att varje enhet har en ansvarig person för hygienfrågor och att den har tillräckligt med tid för sitt ansvarsområde.	Stöda den person som har ansvar för hygienfrågor i skötseln av ansvarsområdet och ordna tillräckligt med tid för det (4 timmar/3 veckor regelbundet).	Den hygienansvariga deltar aktivt i nätverket för hygienansvariga.
Enhetlig introduktionspraxis för att bekämpa infektioner	X			Sjukhushygienheten utformar innehållet i introduktionen (webbutbildning)	Säkerställer resurser och ser till att verksamhetsanvisningar förankras och följs.	Resursera och dokumentera webbutbildning (Moodle). Webbkursen är en del av introduktionsplanen.	Deltar.
Regelbunden repetitionsutbildning inom bekämpning av infektioner.	X			Sjukhushygienheten ger utbildning tillsammans med personerna som har ansvar för hygienfrågor.	Säkerställer resurser och ser till att verksamhetsanvisningar förankras och följs.	Resurserar och dokumenterar. Chefen går enligt årsklockan tillsammans med hygienskötaren genom praxisen inom bekämpning av infektioner på avdelningstimmen.	Deltar.
Uppföljning av handsprittförbrukning.	X			Sjukhushygienheten bygger upp och utvecklar mätare samt ger utbildning.	Säkerställer resurser och ser till att verksamhetsanvisningar förankras och följs.	Följer upp indikatorer, går regelbundet igenom resultaten i enheten med den som ansvarar för hygienfrågor och reagerar	Följer verksamhetsprinciper.

Metod för egenkontroll	Förebyggande	Observerande	Korrigerande	Koncernförvaltningens ansvar	Resultatenhetens/linjeledningens ansvar	Chefen för ansvarsenhetens ansvar	Arbetstagarens ansvar
					Följer upp handspriftförbrukningen utifrån den information som kvalitetschefen har gett.	om det finns något att förbättra. Handspriftförbrukningen följs månatligen upp på kvalitetstavlan.	
Uppföljning av förbrukningen av skyddshandskar.	X			Sjukhushygienheten bygger upp och utvecklar mätare samt ger utbildning.	Säkerställer resurser och ser till att verksamhetsanvisningar förankras och följs.	Följer upp indikatorer, går regelbundet igenom resultaten i enheten med den som ansvarar för hygienfrågor och reagerar om det finns något att förbättra. Användningen av skyddshandskar följs månatligen upp på kvalitetstavlan.	Följer verksamhetsprinciper.
Vaccinationstäckningen bland personalen i fråga om säsongsinfluensa.	X			Ordna och ge anvisningar om vaccinationer (företagshälsövården och infektionsepidemiologiska enheten).	Uppföljning av vaccinations-täckningen.	Planerar vaccination inom sin enhet.	Ta vaccin.
SOMATISKA VÅRDAVDELNINGAR							
Observation av handhygien.	X	X		Sjukhushygienheten utbildar observatörer samt sätter upp och utvecklar mätare.	Resurserar den multidisciplinära observationsgruppen som säkerställer att observationsanvisningarna följs inom enheterna. Följer upp observationsrapporterna.	Säkerställer tillräckliga tidsresurser. Säkerställer att enheten har en person som ansvarar för hygienfrågor och att personen gått observationsutbildning och har tid att observera. Går regelbundet genom resultaten i enheten med den som ansvarar för hygienfrågor.	Kan observeras. I observationen deltar en multidisciplinär grupp, läkare, vårdpersonal och avdelningssekreterare.

Metod för egenkontroll	Förebyggande	Observerande	Korrigerande	Koncernförvaltningens ansvar	Resultatenhetens/linjeledningens ansvar	Chefen för ansvarsenhetsansvar	Arbetstagarens ansvar
Bedömning av injektionsstället (VIP-score).	X	X		Sjukhushygienheten bygger upp och utvecklar mätare, gör verksamhetsanvisningar och utbildar.	Ledningen för vårdarbetet säkerställer resurser och ser till att verksamhetsanvisningar förankras och följs. Hygienskötaren följer upp indikatorer från Apottis rapporter och rapporterar till ledningen för vårdarbetet.	Följer upp mätare och reagerar om det finns något att förbättra (mål >75 procent). Inom en del enheter lyfts VIP-scores resultat fram på kvalitetstavlan.	Bedömer och antecknar på varje skift.
Användningsdagar för urinkateter.	X			Sjukhushygienheten bygger upp och utvecklar mätare, gör verksamhetsanvisningar och utbildar.	Säkerställer resurser och ser till att verksamhetsanvisningar förankras och följs.	Sätter upp ett mål med personalen och följer upp att det nås.	Följa verksamhetsanvisningar. Medarbetarna följer de rekommendationer som Apotti gett om byte av katetrar
Vårdrelaterade blododlingspositiva infektioner.		X		Sjukhushygienheten bygger upp och utvecklar mätare, gör verksamhetsanvisningar och utbildar.	Säkerställer resurser och ser till att verksamhetsanvisningar förankras och följs. Hygienskötarna följer upp indikatorn för vårdrelaterade infektioner (HLI) från Apotti.	Följer upp mätare och reagerar om det finns något att förbättra. Uppmuntrar både vårdpersonalen och läkare att göra anmälningar om vårdrelaterade infektioner i Apotti.	Följa verksamhetsanvisningar.
Vårdrelaterade blododlingspositiva infektioner orsakade av <i>Staphylococcus Aureus</i> .		X		Sjukhushygienheten bygger upp och utvecklar mätare, gör verksamhetsanvisningar och utbildar.	Säkerställer resurser och ser till att verksamhetsanvisningar förankras och följs. Hygienskötarna följer upp indikatorn för vårdrelaterade infektioner (HLI) från Apotti.	Följer upp mätare och reagerar om det finns något att förbättra. Uppmuntrar både vårdpersonalen och läkare att göra anmälningar om vårdrelaterade infektioner i Apotti.	Följa verksamhetsanvisningar.

Metod för egenkontroll	Förebyggande	Observerande	Korrigerande	Koncernförvaltningens ansvar	Resultatenhetens/linjeledningens ansvar	Chefen för ansvarsenhetsansvar	Arbetstagarens ansvar
<i>Clostr. difficile.</i>		X		Sjukhushygienheten bygger upp och utvecklar mätare, gör verksamhetsanvisningar och utbildar.	Säkerställer resurser och ser till att verksamhetsanvisningar förankras och följs. Hygienskötarna följer upp indikatorn för vårdrelaterade infektioner (HLI) från Apotti och reagerar vid behov på anmälningarna.	Följer upp mätare och reagerar om det finns något att förbättra. Uppmuntra både vårdpersonalen och läkare att göra anmälningar om vårdrelaterade infektioner i Apotti.	Följa verksamhetsanvisningar.
Lokala infektioner i anknytning till perifer venkanyl.		X		Sjukhushygienheten bygger upp och utvecklar mätare, gör verksamhetsanvisningar och utbildar.	Säkerställer resurser och ser till att verksamhetsanvisningar förankras och följs. Hygienskötarna följer upp VIP-score indikatorn från Apotti och reagerar vid behov på anmälningarna. Resultatenheten uppmuntrar och säkerställer att man inom enheten följer anvisningarna.	Följer upp mätare och reagerar om det finns något att förbättra.	Följer verksamhetsanvisningar, gör infektionsanmälningar.
ÄVEN OPERATIVA ENHETER							
Operations-/åtgärdsrelaterade infektioner som enheten valt för uppföljning.			X	Sjukhushygienheten bygger upp och utvecklar mätare, gör verksamhetsanvisningar tillsammans med de kliniska enheterna och utbildar.	Väljer ut de operations- och åtgärdsrelaterade infektioner som resultatenheten/linjen ska följa upp.	Följer upp att anvisningarna följs, observerar om infektionsläget förvärras och reagerar på det.	Följer verksamhetsanvisningar, gör infektionsanmälningar.
Andra operationsrelaterade infektioner.			X	Sjukhushygienheten bygger upp och utvecklar mätare, gör verksamhetsanvisningar tillsammans med de kliniska enheterna och utbildar.	Säkerställer resurser och ser till att verksamhetsanvisningar förankras och följs.	Följer upp att anvisningarna följs, observerar om infektionsläget förvärras och reagerar på det.	Följer verksamhetsanvisningar, gör infektionsanmälningar.
ÄVEN AVDELNINGAR DÄR DET FINNS CENTRAL VENKATETER (CVK)							
CLABSI (CVK-relaterad blododlingspositiv infektion)		X	X	Sjukhushygienheten bygger upp och utvecklar mätare, gör verksamhetsanvisningar tillsammans med de kliniska enheterna och utbildar.	Säkerställer resurser och ser till att verksamhetsanvisningar förankras och följs.	Följer upp att anvisningarna följs, observerar om infektionsläget förvärras och reagerar på det.	Följa verksamhetsanvisningar.

Tabell 8 Metoder och ansvar för egenkontroll med tanke på medicinteknisk säkerhet

Metod för egenkontroll	Förebyggande	Observerande	Korrigerande	Koncernförvaltningens ansvar	Resultatenhetens/linjeledningens ansvar	Chefen för ansvarsenhetens ansvar	Arbetstagarens ansvar
Plan för upprätthållande av kompetens inom medicinteknisk säkerhet.	X			Läkaren med ansvar för medicinteknisk säkerhet svarar för en dokumentmall, ordnar utbildning.	Säkerställer att ansvarsenheterna är medvetna om kravet att utarbeta en plan för upprätthållande av kompetens inom medicinteknisk säkerhet. Vid Gastrocentrum (Resultat-område 4) har utöver en plan för upprätthållande av kompetens inom medicinteknisk säkerhet utarbetats ett pass för medicinteknisk säkerhet och ett körkort för medicinteknisk säkerhet. Dessa förankras hos enheterna under 2024.	Säkerställa att ansvarsenhetens plan för upprätthållande av kompetens inom medicinteknisk säkerhet har utarbetats och den utbildning som krävs i medicinteknisk säkerhet är avklarad. Utbildning i medicinteknisk kompetens är en del av introduktionen. För ny utrustning är utbildningen antingen ordnad av representanten för utrustningen eller av undervisningsskötarna.	Ser till att hen kan använda medicinteknisk utrustning i enlighet med sina arbetsuppgifter, deltar i utbildningar.
Ansvarig för medicinteknisk utrustning.	X			Läkaren med ansvar för medicinteknisk säkerhet svarar för arbetsbeskrivningen för den som är ansvarig för medicinteknisk utrustning.	Säkerställa att enheterna har utsedda ansvariga för medicinteknisk utrustning och att enhetliga förfaranden iakttas.	Säkerställa att den som är ansvarig för medicinteknisk utrustning har möjlighet att utföra ändamålsenligt underhåll på utrustningen och uppgifter i anknytning till säkerställande av utrustningskompetens.	Den ansvariga för medicinteknisk utrustning medverkar i nätverket av ansvariga för medicinteknisk utrustning och säkerställer ändamålsenliga förfaringsätt i den egna enheten.
Rapportera farliga situationer.			X	En enhetlig rapporteringskanal (HUS-riskit); Läkaren med ansvar för medicinteknisk säkerhet övervakar anmälningar och gör en sammanfattning av gjorda anmälningar samt utarbetar vid behov ett internt säkerhetsmeddelande på basis av dem.	Säkerställer att rapporteringen om farliga situationer görs korrekt, linjen utnyttjar uppgifter från anmälningar om farliga situationer för inriktning av utbildning / skyddsåtgärder.	Säkerställer att personalen kan göra anmälningar om farliga situationer och hanterar den medicintekniska utrustning som varit med i de farliga situationerna korrekt.	Rapporterar farliga situationer korrekt och informera enhetens chef.

Metod för egenkontroll	Förebyggande	Observerande	Korrigerande	Koncernförvaltningens ansvar	Resultatenhetens/linjeledningens ansvar	Chefen för ansvarsenhetens ansvar	Arbetstagarens ansvar
Spårbarhet		X		HUS gemensamma register över utrustning	All utrustning är korrekt registrerad eller de implantat som satts in på patienten har antecknats i patientregistret.	Ser till att endast spårbar utrustning används i vården av patienterna.	För utrustningen finns antingen HUS egen registreringskod eller identifieringsuppgifter som tillverkaren gett och som antecknats i patientuppgifterna.
Egen tillverkning	X			Det finns en enhetlig beskrivning och enhetliga anvisningar om principerna för egen tillverkning.	Följer principerna för egen tillverkning och säkerställer tillräckliga resurser.	Följa anvisningar om egen tillverkning.	Följa anvisningar om egen tillverkning.
Implantatkort	X			Säkerställer i upphandlingskraven att utrustningstillverkaren har tillhandahållit implantatkort i den omfattning som krävs enligt EU-förordningen.	Säkerställa att överlåtelsen av implantatkorten till patienterna sker enligt kraven i lagstiftningen. Ärendet har identifierats som ett utvecklingsobjekt och vi förbättrar tillgången på implantatkort.	Säkerställa att personalen överläter tillverkarens implantatkort (motsvarande uppgifter) till patienten. Ärendet har identifierats som ett utvecklingsobjekt och vi förbättrar tillgången på implantatkort.	Patienter som fått ett implantat insatt får tillverkarens implantatkort (motsvarande uppgifter). Ärendet har identifierats som ett utvecklingsobjekt och vi förbättrar tillgången på implantatkort.
Underhåll av medicinteknisk utrustning.	X	X		HUS har enhetliga förfaringsätt för underhåll och bortskaffande av medicinteknisk utrustning.	Säkerställa att underhållet av medicinteknisk utrustning görs korrekt.	Säkerställa att ansvarsenhetens underhållsprogram för medicinteknisk utrustning genomförs korrekt med hänsyn till patientvårdens behov.	Observerar att underhållsintervallen enligt märkningarna på etiketterna som finns på utrustningen genomförs. Enheternas ansvariga för medicinteknisk utrustning följer via systemet Medusa upp underhållet av utrustningen med mera.

Tabell 9 Metoder och ansvar för egenkontroll med tanke på dataskydd

Metod för egenkontroll	Förebyggande	Observerande	Korrigerande	Koncernförvaltningens ansvar	Resultatenhetens/linjeledningens ansvar	Chefen för ansvarsenhetens ansvar	Arbetstagarens ansvar
<p>Genomförande av dataskydd och uppföljning av personuppgiftsincidenter</p> <ul style="list-style-type: none"> Incident i behandlingen av personuppgifter 	X	X	X	<p>Personuppgiftsansvariga för personregistren ansvarar för och följer upp genomförandet av dataskyddet i samarbete med dataskyddsansvariga och dataskyddsgruppen.</p> <p>Den dataskyddsansvariga och dataskyddsgruppen ansvarar för dataskyddet samt för verksamhetsmodellen för personuppgiftsincidenter, anvisningar för ansvar och uppgifter, utbildning och introduktion på HUS-nivå.</p> <p>Den dataskyddsansvariga och dataskyddsgruppen övervakar dataskyddskompetensen bland annat genom att följa upp gjorda anmälningar om personuppgiftsincidenter och behandlingen av personuppgifter inom HUS.</p> <p>De personuppgiftsansvariga för personregistren ger vid behov riktlinjer i samarbete med den dataskyddsansvariga och dataskyddsgruppen om korrigerande och förebyggande åtgärder, verksamhetsmodeller och ändringar i anvisningarna utifrån observerade personuppgiftsincidenter.</p>	<p>Ansvarar för genomförandet av dataskyddet i verksamhet underställd hen.</p> <p>Ansvarar för att personalen har fått tillräcklig introduktion om dataskydd samt om verksamhetsmodeller för personuppgiftsincidenter, ansvar och uppgifter.</p> <p>Ansvarar för att efterbehandlingen av anmälningar om personuppgiftsincidenter genomförs i resultatenheten.</p> <p>Ger riktlinjer om behövliga förebyggande eller korrigerande åtgärder för att avhjälpa missförhållanden som observerats på basis av anmälningar om personuppgiftsincidenter.</p> <p>Gastrocentrums kvalitets- och patientsäkerhetsgrupp planerar vid behov utbildningar på resultatenhetsnivå.</p>	<p>Ansvarar för genomförandet av dataskyddet i verksamhet underställd hen.</p> <p>Ser till att personalen ges introduktion i dataskydd samt i verksamhetsmodellen och anvisningar för personuppgiftsincidenter.</p> <p>Ser till att personuppgiftsincidenter som inträffat gås igenom med personalen.</p> <p>Ser till att förebyggande och korrigerande förändringar implementeras i praktiken inom enheten.</p>	<p>Ansvarar för att genomföra dataskyddet i det egna arbetet.</p> <p>Gör sig förtrogen med dataskydd samt med verksamhetsmodellen och anvisningar för personuppgiftsincidenter och förstår uppgifter som hänför sig till den egna rollen.</p> <p>Förstår vad en personuppgiftsincident är och förstår principerna för behandling av personuppgifter.</p> <p>Följer upp och implementerar förebyggande och korrigerande åtgärder i praktiken.</p>

Tabell 10 Metoder och ansvar för egenkontroll med tanke på informationssäkerhet

Metod för egenkontroll	Förebyggande	Observerande	Korrigerande	Koncernförvaltningens ansvar	Resultatenhetens/linjeledningens ansvar	Chefen för ansvarsenhetens ansvar	Arbetstagarens ansvar
Informationssäkra verksamhetssätt.	X	X		<p>Säkerställer att förbättringen av informationssäkerheten är kontinuerlig och målmedveten verksamhet och att behövliga resurser för informationssäkerhet finns att tillgå.</p> <p>IT-förvaltningen svarar för grundutbildningar i informationssäkerhet och ger vid behov råd till personalen.</p>	<p>Ansvarar för informationssäkerheten för den verksamhet som hen leder.</p> <p>Ser till att personalen har möjlighet att arbeta enligt säkra rutiner.</p> <p>Ser i fråga om utbildningar till att enheternas personal har tillräcklig dataskyddskompetens för sin uppgift.</p> <p>Deltar i informationssäkerhetsutbildningar enligt de egna arbetsuppgifterna.</p> <p>Tar bort användarrättigheter till informationssystemen och HUS arbetsredskap som personalen haft tillgång till då anställningsförhållandet upphör.</p>	<p>Ansvarar för informationssäkerheten för den verksamhet som hen leder.</p> <p>Ser till att personalen har möjlighet att arbeta enligt säkra rutiner.</p> <p>Ser i fråga om utbildningar till att enhetens personal har tillräcklig dataskyddskompetens för sin uppgift.</p> <p>Deltar i informationssäkerhetsutbildningar enligt de egna arbetsuppgifterna.</p> <p>Ser till att den personal som arbetar vid enheten har undertecknat sekretess- och dataskyddsförbindelse.</p> <p>Tar bort användarrättigheter till informationssystemen och HUS arbetsredskap som personalen haft tillgång till då anställningsförhållandet upphör.</p>	<p>Känner till informationssäkra tillvägagångssätt och iakttar dem i sitt arbete.</p> <p>Deltar i informationssäkerhetsutbildningar enligt de egna arbetsuppgifterna.</p> <p>Undertecknar sekretess- och dataskyddsförbindelse.</p> <p>Returnerar då anställningsförhållandet upphör HUS arbetsredskap som hen haft tillgång till.</p>
Iakttagande av dataskyddsanvisningar och störningssituationer, aspekter som utgör hot mot informationssäkerheten (till exempel osäkra tillvägagångssätt, verksamhet som avviker från det normala i informationssystemen,	X	X	X	IT-förvaltningen sörjer kontinuerligt för teknisk övervakning av informationssäkerheten	<p>Följer upp att HUS anvisningar om informationssäkerhet följs.</p> <p>Följer upp antalet observerade faktorer som utgör hot mot informationssäkerheten vid sina enheter.</p>	<p>Säkerställer att enhetens personal känner till HUS anvisningar om informationssäkerhet.</p> <p>Rapportera observerade faktorer som utgör hot mot informationssäkerheten till chefen och IT-hjälpen.</p>	<p>Känner till HUS anvisningar om informationssäkerhet och dataskydd och iakttar dem i sitt arbete.</p> <p>Rapportera observerade faktorer som utgör hot mot informationssäkerheten till chefen och IT-hjälpen.</p>

Metod för egenkontroll	Förebyggande	Observerande	Korrigerande	Koncernförvaltningens ansvar	Resultatenhetens/linjeledningens ansvar	Chefen för ansvarsenhetens ansvar	Arbetstagarens ansvar
obehöriga personer som rör sig på enheten)						I störningssituationer agera enligt anvisningar från chefen eller IT-hjälpen.	I störningssituationer agera enligt anvisningar från chefen eller IT-hjälpen.
Separata system och register som enheten använder.	X	X		HUS IT-förvaltning svarar för verksamhetsstyrningssystemet.	<p>Ansvarar för ett informationssäkert genomförande och informationssäker användning av de separata system och register som finns inom enheterna.</p> <p>Gör programvaruanskaffningar i samarbete med HUS IT-förvaltning.</p> <p>Följer upp informationssäker användning av separata system och register inom sitt ansvarsområde.</p>	<p>Ansvarar för ett informationssäkert genomförande och informationssäker användning av de separata system och register som finns inom enheten.</p> <p>Följer upp informationssäker användning av separata system och register inom sitt ansvarsområde.</p>	

Tabell 11 Metoder och ansvar för egenkontroll med tanke på rapportering och behandling av händelser som äventyrar patientsäkerheten

Metod för egenkontroll	Förebyggande	Observerande	Korrigerande	Koncernförvaltningens ansvar	Resultatenhetens/linjeledningens ansvar	Chefen för ansvarsenhetens ansvar	Arbetstagarens ansvar
Personalen gör HaiPro-anmälningar om farliga situationer som äventyrar patientsäkerheten.	X	X	X	Chefsöverläkaren ansvarar för patientsäkerheten. Kvalitets- och patientsäkerhetsenheten och patientsäkerhetschefen ger anvisningar och samordnar anmälningar, behandlingen och rapporteringen av händelser som äventyrar patientsäkerheten.	Följer upp antalet HaiPro-anmälningar som gjorts i resultatenheterna och innehållet i dem. Kvalitetschefen utbildar personalen i resultatenheterna i anmälan om, behandling och rapportering av händelser som äventyrar patientsäkerheten.	Gör alltid en HaiPro-anmälan vid observation av en farlig situation. Vägleder personalen i att göra HaiPro-anmälningar.	Gör alltid en HaiPro-anmälan vid observation av en farlig situation.
Behandling, uppföljning och rapportering av HaiPro-anmälningar I enlighet med chefsöverläkarens anvisning Anmälan och hantering av händelser som äventyrar patientsäkerheten (på finska, Potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien ilmoittaminen ja käsittely)		X	X	HUS Kvalitets- och patientsäkerhetsenhet ansvarar för att kvartalsvis sammanfatta rapporteringen om farliga situationer på HUS-nivå och för utvecklingsåtgärder samt uppföljningen och bedömningen av dem.	Följer upp resultatenhetens behandlingstider för HaiPro-anmälningar och ser till att de genomförs samt sköter uppföljningen och bedömningen av dem. Följer upp innehållet i resultatenhetens HaiPro-anmälningar och deras frekvens. Kvalitetscheferna sammanställer kvartalsvis HaiPro-rapporterna till en rapport för resultatenheten och tillkännager den för ledningsgruppen inom sitt område.	Behandlar enhetens aktuella anmälningar tillsammans med det ansvariga paret för HaiPro. Beslutar tillsammans med personalen om de utvecklingsåtgärder som ska vidtas på basis av anmälningarna och sköter om genomförandet, uppföljningen och bedömningen av dem.	Genomför och ansvarar för egen del för de utvecklingsåtgärder som görs på basis av HaiPro-anmälningarna samt för uppföljningen och bedömningen av dem. Deltar i det möte som ordnas på enheten där HaiPro-anmälningar och rapporter behandlas.

Metod för egenkontroll	Förebyggande	Observerande	Korrigerande	Koncernförvaltningens ansvar	Resultatenhetens/linjeledningens ansvar	Chefen för ansvarsenhetens ansvar	Arbetstagarens ansvar
Hantering, uppföljning och rapportering av allvarliga farliga situationer i enlighet med chefsöverläkarens anvisning Anmälning och hantering av händelser som äventyrar patientsäkerheten (på finska, Potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien ilmoittaminen ja käsittely).	X	X	X	HUS Kvalitets- och patientsäkerhetsenhet ansvarar för att kvartalsvis sammanfatta rapporteringen om allvarliga farliga situationer på HUS-nivå och för utvecklingsåtgärder samt uppföljningen och bedömningen av dem. Kvalitets- och patientsäkerhetsenheten ansvarar för att identifiera allvarliga farliga situationer som gäller HUS på bred front och planerar korrigerande åtgärder för att förhindra allvarliga farliga situationer.	Resultatenhetens kvalitetschef samordnar behandlingen av allvarliga farliga situationer. Ansvarar för utvecklingsåtgärderna och för uppföljningen av dem samt för bedömningen.	Deltar i behandlingen av allvarliga farliga situationer inom sin enhet. Ansvarar för att utvecklingsåtgärderna och uppföljningen av dem samt bedömningen genomförs vid enheten.	Meddelar genast vid allvarliga farliga situationer till den chef som ansvarar för verksamheten inom den enhet där det sker och/eller till den person som ansvarar för ledningen av arbetet. Deltar i behandlingen av en allvarlig farlig situation efter prövning. Genomför vid behov utvecklingsåtgärder.

Tabell 12 Metoder och ansvar för egenkontroll med tanke på interna auditeringar och utvärderingar

Metod för egenkontroll	Förebyggande	Observerande	Korrigerande	Koncernförvaltningens ansvar	Resultatenhetens/linjeledningens ansvar	Chefen för ansvarsenhetens ansvar	Arbetslagarens ansvar
Typer av observationer inom den interna auditeringen <ul style="list-style-type: none"> • Avvikelse • Utvecklingsobjekt • God praxis 	X	X	X	HUS koncernförvaltningens Kvalitets- och patientsäkerhetsenhet ansvarar för planeringen av den interna auditeringen (auditeringsprogram) för de kliniska resultatenheterna. Kvalitets- och patientsäkerhetsenheten beslutar utöver programmet om de interna auditeringar som ska göras på basis av observationerna (förnyad auditering).	Fastställer baserat på riskerna i samarbete med HUS koncernförvaltningens Kvalitets- och patientsäkerhetsenhet de enheter som ska auditeras. Ser till och följer upp att de korrigerande åtgärderna för avvikelser vid resultatenheternas auditeringar och andra utvecklingsåtgärder genomförs enligt plan och effektivt.	Deltar vid behov i den interna auditeringen och ansvarar för att observerade brister avhjälpas. Ser till att korrigerande åtgärder görs enligt tidtabellen och informerar personalen om observationerna.	Deltar vid behov i den interna auditeringen och i att vidta utvecklings- och korrigeringsåtgärder.
Jämförande utvärderingar.	X	X	X	Kvalitets- och patientsäkerhetsenheten (LAAPO-enheten) utbildar inom och ger anvisningar om principer för jämförande utvärderingar.	Resultatenheten bestämmer och planerar de jämförande utvärderingar som ska göras. Följer upp genomförandet av de åtgärder som ska göras utifrån observationerna.	Deltar vid behov i utvärderingen och ansvarar för att observerade brister avhjälpas. Informerar personalen om utvecklings- och korrigeringsåtgärderna.	Deltar vid behov i jämförande utvärdering samt i att vidta utvecklings- och korrigeringsåtgärder.
Avdelningsbesök inom läkemedelsförsörjning som Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet Fimea kräver.	X	X	X	HUS Apotek ansvarar för planeringen och genomförandet enligt en separat riskbedömning (1–3 års mellanrum).	I resultatenheten gör klinikprovisorn minst fem avdelningsbesök per år. Även avdelningsfarmaceuterna gör avdelningsbesök (vartannat år på den egna avdelningen).	Deltar i avdelningsbesök och ansvarar för att avhjälpa de brister som observerats på avdelningsbesöket samt rapportera korrigeringarna till HUS Apotek.	Deltar vid behov i avdelningsbesök.
Auditeringar av medicinerings-säkerheten.	X	X	X	Vid Kvalitets- och patientsäkerhetsenheten utarbetas i samarbete med resultatenheterna och HUS Apotek en plan som baserar sig på behov och riskbedömning som en del av utvecklingen av de interna auditeringarna. HUS Apotek ansvarar för genomförandet.	Fastställer de enheter som ska auditeras enligt anvisningarna i planen för läkemedelsbehandling och meddelar dem till HUS Apoteket, som genomför auditeringarna. Klinikprovisorn gör vid behov.	Deltar i auditeringar och ansvarar för att avhjälpa de brister som observerats samt rapportera korrigeringarna till HUS Apotek.	Deltar vid behov i auditering.

Tabell 13 Metoder och ansvar för egenkontroll med tanke på auditeringar av tjänsteproducenter

Metod för egenkontroll	Förebyggande	Observerande	Korrigerande	Koncernförvaltningens ansvar	Resultatenhetens/linjeledningens ansvar	Chefen för ansvarsenhetens ansvar	Arbetstagarens ansvar
Typer av observationer inom auditeringen <ul style="list-style-type: none"> • Avvikelse • Utvecklingsobjekt • God praxis 	X	X	X	<p>HUS koncernförvaltningens Kvalitets- och patientsäkerhetsenhet ansvarar för att planera och inrikta auditeringen av de kliniska resultatenheter- nas tjänsteproducenter.</p> <p>HUS upphandlingar ansvarar för att driva konkurrensutställningsprocessen och utarbeta avtal genom att utnyttja de avtalsmallar som koncerntjänst- ers enhet för juridiska ären- den har utarbetat. HUS upp- handlingar hjälper i allmänhet i ärenden som rör leverantörs- och avtalshantering (bland annat reklamationer) i enlighet med HUS leverantörs- och avtalshantering.</p>	<p>Fastställer baserat på riskerna i samarbete med HUS kon- cernförvaltnings Kvalitets- och patientsäkerhetsenhet de verk- samhetsställen som ska audite- ras.</p> <p>Ser till och följer upp att de korrigerande åtgärderna för avvikelser vid resultatenheter- nas auditeringar och andra ut- vecklingsåtgärder genomförs enligt plan och effektivt.</p> <p>Deltar i upprättandet av avtal och fastställande av krav på servicenivå.</p>	Deltar vid behov som sakkun- nig i auditeringen och i samar- betet med tjänsteproducenten.	Deltar vid behov som sakkun- nig i auditeringen.