



Plan för egenkontroll

Serviceboende Lyckan

31.12.2025

Innehåll

1 Uppgifter om tjänsteproducenten, tjänsteenheten och verksamheten.....	3
1.1 Grunduppgifter om tjänsteproducenten.....	3
1.2 Grunduppgifter om tjänsteenheten.....	3
1.3 Tjänster, verksamhetsidé och principer.....	3
1.4 Klient- och patientsäkerhet.....	5
1.4.1 Kvalitetsmässiga krav på servicen.....	6
1.4.2 Ansvar för tjänsternas kvalitet.....	6
1.4.3 Klientens och patientens ställning och rättigheter.....	7
1.4.4 Behandling av anmärkningar.....	9
1.4.5 Personal.....	10
1.4.6 Uppföljning av tillräckligheten för den personal som deltar i klient- och patientarbetet.....	12
1.4.7 Sektorsövergripande samarbete och samordning av tjänster.....	12
1.4.8 Lokaler och utrustning.....	12
1.4.9 Medicintekniska produkter, informationssystem och användning av teknik.....	13
1.4.10 Plan för läkemedelsbehandling.....	14
1.4.11 Behandling av klient- och patientuppgifter och dataskydd.....	14
1.4.12 Beaktande av regelbundet insamlad respons och övrig respons.....	15
1.5 Egenkontrollens riskhantering.....	16
1.5.1 Ansvar för riskhantering, identifiering och bedömning av risker vid tjänsteenheten.....	16
1.5.2 Metoderna för riskhantering och behandlingen av missförhållanden och brister som framkommer i verksamheten.....	16
1.5.3 Uppföljning av och rapportering om riskhantering och säkerställande av kunskaper.....	17
1.5.4 Köptjänster och underleverans.....	18
1.5.5 Beredskaps- och kontinuitetshantering.....	19
2 Verkställande, publicering, uppföljning av genomförandet och uppdatering av planen för egenkontroll.....	19
2.1 Verkställande.....	20
2.2 Publicering, uppföljning av genomförandet och uppdatering.....	20
3 Författare och datum för planen för egenkontroll.....	20
4 Person som ansvarar för utvecklande och uppdaterande av planen för egenkontroll.....	20

1 Uppgifter om tjänsteproducenten, tjänstenheten och verksamheten

Denna plan för egenkontroll beskriver den berörda serviceenhetens verksamhet.

1.1 Grunduppgifter om tjänsteproducenten

Tjänsteproducentens namn: Östra Nylands välfärdsområde

Tjänsteproducentens FO-nummer: 3221339-3

Tjänsteproducentens kontaktuppgifter: Mannerheimgatan 20 K, 06100 BORGÅ

1.2 Grunduppgifter om tjänstenheten

Tjänstenhetens namn och kontaktuppgifter: Serviceboende Lyckan

Adresserna till tjänstenhetens serviceställen: Veckasbacken 7, 07930 Pernå

Tjänstenhetens ansvarspersonens eller tjänsternas ansvarspersonernas namn

och kontaktuppgifter: Chef Fanny Backman, 0406373640,

fanny.backman@itauusimaa.fi

Serviceboendets telefon 24/7: 0445051018

Effektiverat serviceboende och gemenskapsboende för äldre, 28 platser

Chef: Fanny Backman

Telefon: 040-63 73 640

E-post: fanny.backman@itauusimaa.fi

1.3 Tjänster, verksamhetsidé och principer

Servicehuset Lyckan är en hybridverksamhet inom Östra Nylands välfärdsområde, där man erbjuder både dygnet runt-serviceboende och gemenskapsboende. Tjänsterna riktar sig huvudsakligen till äldre personer. Servicehuset har 28 boendeplatser. Målet är att erbjuda god, trygg, professionell och närvarande service som upprätthåller de boendes funktionsförmåga. Verksamhetsidén för dygnet runt-vård är att möjliggöra god och trygg omsorg dygnet runt för de boende som uppfyller beviljningskriterierna. Målet med gemenskapsboendet är att stödja socialt umgänge, ett liv enligt egna önskemål, främja välbefinnande, hälsa och mänskliga relationer samt säkerställa att kunden får tjänster som motsvarar hans behov. Tjänsterna inom gemenskapsboendet ordnas huvudsakligen mellan kl. 07–21, och under natten kan kunden få hjälp i nödsituationer genom att larma. Vården baserar sig på individuella behov samt erbjuds tvåspråkigt. Verksamheten / vården genomförs i nära samarbete med den boende, anhöriga och eventuella andra aktörer. Boendes egen funktionsförmåga stöds genom vardagsrehabilitering så länge som möjligt. Vården är klientorienterad och stöder multiprofessionellt vårdarbete samt värnar om den boendes livskvalitet. De värdena som styr enhetens verksamhet är respekt för boendes självbestämmanderätt, jämlikhet behandling och rättvisa.

Verksamhet som stöder välbefinnande, hälsa och upprätthållande av funktionsförmågan:

- Möjliggöra en vanlig, aktiv och meningsfull vardag.
- På enheten möjlig hobbyverksamhet
- Klienterna kan själva påverka innehållet i vardagen.
- Man strävar efter att möjliggöra regelbundet friluftsliv enligt de boendes resurser samt anhörigas och frivilligas hjälp så ofta som möjligt
- Samarbete med anhöriga
- Samarbete med skolor och daghem.
- Möjlighet att delta i kulturevenemang.

Inom enheten utarbetas ett veckoprogram, enligt vilket ett dagsprogram genomförs.

Uppföljning av klienternas fysiska, psykiska, kognitiva och sociala funktionsförmåga samt främjande av välbefinnandet:

Klienternas fysiska, psykiska, kognitiva och sociala funktionsförmåga och välbefinnande följs upp i samband med dagliga aktiviteter. Genomförandet följs upp och utvärderas dagligen och utvärderingen dokumenteras i patientdatasystemet. Olika mätmetoder används för att bedöma välbefinnandet (RAI, kort fallriskbedömning, vikt, blodtryck, puls, blodsocker).

Näring och matförsörjning i enheten:

- Regelbundna måltider (frukost, lunch, eftermiddagskaffe, middag, kvällsmål). Boende inom gemenskapsboendet kan välja ett heldagspaket som inkluderar dagens alla måltider, endast vissa måltider eller enskilda måltider.
- Möjlighet till extra mat och mellanmål, även på natten.
- Specialdieter, allergier och matens konsistens beaktas och meddelas till köket, även mellanmål beaktar specialdieter. Även helgdagar beaktas i menyn.
- Vårdarna ser till att måltiderna fungerar smidigt, genom att vägleda och hjälpa.
- Måltidsintervallen under dagen är 3-4 timmar och nattfastan försöks hållas till högst 11 timmar.
- Vid behov används hjälpmedel, uppföljningsformulär eller vätskelista.
- Viktuppföljning sker månadsvis och MNA-uppföljning halvårsvis, vid behov oftare.

- Maten tillagas i Taasiagårdens kök och Lyckans kökspersonal värmer och serverar den.
- Alla anställda med tillsvidareanställning har hygienpas.

Hälso- och sjukvårdsenheten:

Läkaren, chefen och hela personalen vid enheten ansvarar för invånarnas hälso- och sjukvård.

- De boende erbjuds förutom ankomstkontroll även årskontroller. Enheten ansvarar för gemenskapsboendets boendes hälso- och sjukvård om personen har beviljats hemvårdstjänster. En proaktiv vårdplan görs upp i samband med ankomstkontrollen för boende inom dygnet runt-serviceboende. Planen uppdateras vid behov och i samband med årskontroller.
- Sjukskötaren ansvarar för att klienternas års- och andra kontrollprov tas och att resultaten behandlas med läkaren. Sjukskötaren följer de boendes hälsotillstånd i samarbete med den övriga personalen.
- Läkaren ordinerar nödvändiga undersökningar.
- Sjukskötarna har rätt att ordinera de grundläggande blodprov som krävs för att utreda klientens hälsotillstånd samt att göra några enhetsändringar i insulindoseringen. Läkaren ordinerar vid behov ytterligare undersökningar.
- Laboratorieprov (ej EKG) kan tas varje vardag i enheten och blodsockerprov dagligen. Enheten har även snabbtest för CRP, Hb och INR. Resultaten registreras i patientdataprogrammet Pegasos.
- Den boendes hälsa, funktionsförmåga och välbefinnande följs upp när hälsotillståndet förändras eller minst två gånger om året genom RAI-utvärdering, mellanutvärdering samt utvärdering av näringsstatus. Egenvårdarna ansvarar för att göra bedömningarna.
- Att följa upp måendet och främja hälsan hör till de dagliga uppgifterna för alla som utför vårdarbete.
- För läkartjänsterna vid enheten svarar Terveystalos offentliga tjänster Ab.
- Läkaren kommer till enheten ungefär en gång i månaden. Läkare kan konsulteras via telefon och Pegasos-post vardagar dagtid.
- På kvällar, nätter och veckoslut konsulteras Terveystalos jourhavande läkare, det mobila sjukhuset LiiSa eller/och hemsjukhuset.
- Enhetens sjukskötare arbetar huvudsakligen på vardagar.
- Vid dödsfall och i fråga om terminalvård har en separat handlingsplan utarbetats.

Läkemedelsbehandling:

Enheten har utsett en läkemedelsansvarig vårdare. Alla vårdare som utför läkemedelsbehandling måste ha giltiga läkemedelsbehörigheter samt enhetsspecifika läkemedelsprov. Proven och behörigheterna godkänns av ledandeläkaren. Läkemedelsbehandling utförs enligt läkemedelsplanen och enhetens egen B-läkemedelsplan.

1.4 Klient- och patientsäkerhet

1.4.1 Kvalitetsmässiga krav på servicen

Social och hälsovårdstjänsterna måste vara av hög kvalitet, klientcentrerad, säkra och korrekt utförda. Kompetent personal som är engagerad i enhetens egenkontroll är en nyckelfaktor för att säkerställa tjänsternas kvalitet och klientsäkerhet samt för att utveckla tjänsterna.

Östra Nylands välfärdsområde har ett kvalitets- och egenkontrollprogram som är ett strategiskt instrument för att säkerställa att tjänsterna organiseras och utförs i enlighet med avtal och lagstiftning. Kvalitets- och egenkontrollprogrammet omfattar alla tjänster som välfärdsområdet organiserar och producerar för dess räkning. Egenkontroll är det viktigaste verktyget för att säkerställa och utveckla kvaliteten. Genom egenkontroll säkerställs att invånarna i välfärdsområdet får de tjänster och deras grundläggande rättigheter garanterar dem, enligt deras behov, i rätt tid, jämlik och tillgängligt, av hög kvalitet och säkert. Egenkontroll baseras på kunskap, är en del av kunskapsbaserad ledning, organisationens dagliga verksamhet och varje medarbetares arbete.

Klientsäkerhet säkerställs genom att följa egenkontroll-, läkemedelsbehandlings-, räddnings- och brandskyddsplaner samt genom att identifiera risker som äventyrar klientsäkerheten. Egenkontrollplanen är ett hjälpmedel i det dagliga arbetet och varje medarbetare bekantar sig med egenkontrollplanen. Genom att introducera nya medarbetare väl ökar klientsäkerheten, eftersom kompetent personal främjar klientens säkerhet.

1.4.2 Ansvar för tjänsternas kvalitet

Ansvar för tjänsternas kvalitet liksom för upprättandet av egenkontrollen ligger hos enhetens chef Fanny Backman. Planen för egenkontroll har utarbetats i samarbete med enhetens chef och enhetens personal så att planens innehåll går igenom på avdelningsmöten, varvid personalen kan påverka planens innehåll. Enligt tillsynslagen (741/2023) leder tjänsteenhets ansvariga person serviceverksamheten och övervakar att tjänsterna uppfyller de föreskrivna förutsättningarna under hela den tid som tjänsterna genomförs. Detta görs i praktiken genom uppföljning av HaiPro-anmälningar, nöjdhet med förfrågningar till anhöriga och de boende, riskhantering samt genom att lyssna på klienternas önskemål. Regelbundna avdelningsmöten gör det möjligt för personalen att föra fram kvalitetsavvikelser som de märker i sitt praktiska arbete.

Välfärdsområdet har en tillsyns- och kvalitetsenhet som ansvarar för att genomföra styr- och tillsynsbesök tillsammans med ansvarsområdet. Den ansvariga personen för serviceområdets leder den verksamhet som hör till ansvarsområdet och övervakar att serviceenhetens tjänster uppfyller de föreskrivna kraven.

Enligt förvaltningsstadgan för Östra Nylands välfärdsområde godkänner välfärdsområdesstyrelsen ett program för egenkontroll. Utvecklings- och samarbetsnämnden övervakar genomförandet av kvalitetsprogrammet för tjänsterna i välfärdsområdet, styr klient- och patientsäkerhetsstrategin samt främjar en enhetlig säkerhetskultur.

Enhetens chef ansvarar tillsammans med personalen för enhetens egenkontrollplan. Egenkontrollplanen granskas fyra gånger om året i samband med egenkontrollrapporten och uppdateras vid behov när verksamheten eller informationen förändras. Enhetens chef säkerställer genom att följa upp personalens introduktion, utbildning, olika behörigheter och deras giltighet samt personalens arbete. Dessutom följer chefen upp feedback från klienter, anhöriga och arbetsgemenskapen. Kvalitet och säkerhet följs också upp genom HaiPro-, SPro- och WPro-anmälningar i syfte att utveckla verksamheten och minimera risker och brister. Östra Nylands välfärdsområde använder Laatuportti. I kvalitetsarbetet används SHQS-standarden. Enheten har utsett en kvalitetsansvarig som tillsammans med chefen ansvarar för självutvärderingen.

Styrnings- och övervakningsbesöket gjordes senast 8.11.2023. Övervakning av ett begränsat läkemedelsförråd och HUS-Apotekets avdelningsbesök 15.9.2025. Brandsyn 26.5.2025. Arbetsplatsutredning företagshälsovård 9/21. THL:s personaldimensionering följs upp två gånger per år i april och oktober.

1.4.3 Klientens och patientens ställning och rättigheter

Klientens tillgång till tjänster och vård säkerställs genom tvärprofessionellt samarbete med andra yrkesverksamma. I serviceenheten säkerställs klientens rätt till information och delaktighet, genom att regelbundet ordna boendemöten vilket möjliggör klientens deltagande i planering, beslutsfattande och genomförandet av tjänsten.

Plan för genomförande av tjänster

I planen för genomförande av tjänsterna finns bestämmelser i 7 § i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården. Vård- och servicebehovet antecknas i klientens personliga plan för den dagliga vården, servicen eller rehabiliteringen. Detta uppdateras i samband med förändringar i klientens mående. Syftet med planen är att hjälpa klienten att uppnå målen för livskvalitet och rehabilitering.

Vårdplanen och serviceplanen upprättas under den första månaden. Vård- och serviceplanen upprättas av den ansvariga vårdaren och sjuksköterskan i samförstånd med boende och deras anhöriga. Planerna dokumenteras i patientdatasystemet och uppdateras alltid i samband med RAI-bedömningar minst halvårsvis, samt vid behov.

Det primära ansvaret för att upprätta, uppdatera och utvärdera vårdplanen ligger hos den ansvariga vårdaren (egenvårdaren) och enhetens sjukskötare. Varje vårdare har dock skyldighet att säkerställa att klientens vårdplan är korrekt och vid behov uppdatera den. Boendes funktionsförmåga bedöms med RAI-funktionsbedömningsverktyget inom en månad efter deras flytt till vårdenheten. RAI-funktionsbedömningsverktyget stöder upprättandet av vårdplanen. Läkaren diskuterar med boende och/eller deras anhöriga om vårdviljan gällande livets slutskede. Informationen dokumenteras i patientdatasystemet.

Behandlingen av klienten och tryggheten av självbestämmanderätten

En klient inom socialvården har rätt till socialvård av god kvalitet och god behandling utan diskriminering. Klienten ska behandlas med respekt för deras människovärde, övertygelse och integritet. Inom socialvårdstjänster har varje person rätt att göra val och beslut som rör deras eget liv. Personalens uppgift är att respektera och stärka klientens självbestämmanderätt och stödja deras deltagande i planering och genomförande av sina tjänster.

Självbestämmanderätt är en grundläggande rättighet för alla, som består av rätten till personlig frihet, integritet och säkerhet. Den är nära kopplad till rätten till integritet och skydd av privatlivet. Personlig frihet skyddar både en persons fysiska frihet och deras viljefrihet och självbestämmanderätt. Boendes självbestämmanderätt respekteras både i dagliga och större beslut. Boende har möjlighet att påverka sin dygnsrytm, matvanor och preferenser, dusch- och bastuönskemål, dagliga klädval, aktiviteter och hobbyer. Tidigare vanor diskuteras med boendes anhöriga, särskilt i situationer där klienten inte kan uttrycka sina önskemål. Önskemål och preferenser dokumenteras i planen för genomförandet av tjänster så att informationen når de ansvariga för vården. Dessa diskuteras regelbundet för att ge klienten möjlighet att ändra sina preferenser. Om klienten inte förstår sitt eget hälsotillstånd och behov av vård, måste vårdaren fatta beslut på klientens vägnar, och vårdåtgärder och omsorg utförs alltid med respekt för klienten och med användning av tillgänglig information.

Genomförandet av vården samt bedömningar av klientens tillstånd och funktionsförmåga dokumenteras i patientdatasystemet. Dokumentationens innehåll beskriver och utvärderar klientens funktionsförmåga, resurser och förmåga att klara sig i förhållande till de uppsatta vårdmålen och valda vårdmetoder. Klientens tillfredsställelse med vården följs upp, deras åsikter efterfrågas och dokumenteras i deras handlingar.

Inom socialvården kan självbestämmanderätten begränsas endast när klientens eller andras hälsa eller säkerhet hotas och inga andra medel är tillgängliga. Begränsningsåtgärder måste genomföras enligt principen om minsta möjliga begränsning och på ett säkert sätt med respekt för personens värdighet. Begränsningsåtgärder dokumenteras i klientens handlingar. Begränsningsåtgärder är tidsbegränsade. Begränsningar används endast för att säkerställa klientens eller andra boendes säkerhet. Begränsningar diskuteras alltid med klienten och anhöriga, och beslut om användning av begränsningar fattas av den behandlande läkaren. För patientsäkerhetens skull kan begränsningar användas, och tillståndet dokumenteras i patientdatasystemet. Begränsningar som kan användas är höftbälte, hygienoverall och efter noggrant övervägande magnetbälte. Sänggrindar används vid behov för att förhindra fall ur sängen eller att klienten avlägsnar sig från sängen på egen hand, i de situationer då klienten inte kan röra sig säkert själv. Utgångar och dörrar hålls låsta och har larm nattetid för att förebygga olyckor. När begränsningar används övervakas klientens tillstånd regelbundet, beroende på klient och situation. Om begränsningar inte genomförs dokumenteras detta i patientdatasystemet samt om klienten eller anhöriga inte ger sitt samtycke till nödvändiga begränsningar.

Klientens sakliga bemötande

Klientens välbefinnande är utgångspunkten för alla mål och verksamheter. Vårdarbete och arbetsmetoder utvecklas aktivt genom att till exempel delta i aktuella utbildningar och hålla regelbundna veckomöten. Problem löses genom öppen diskussion och vid behov genom att hålla tvärprofessionella vårdmöten.

Klienternas och deras anhörigas åsikter respekteras och önskemål försöks uppfyllas med hänsyn till vårdsäkerhet, personalens säkerhet och boendes jämlikhet. Att ta hänsyn till klientens och deras anhöriga är en väsentlig del av utvecklingen av tjänsternas innehåll, kvalitet, klientsäkerhet och egenkontroll. Vi upprätthåller en öppen diskussionskultur. Vi uppmuntrar klienten och deras anhöriga att uttrycka sina åsikter om den vård som ges och om lokalerna. Feedback kan ges kontinuerligt. Kompetent och kunnig personal känner klienternas väl, vilket möjliggör individuell vård.

Oacceptabel eller kränkande behandling av boende eller klient accepteras inte. Eventuellt oacceptabelt beteende hanteras med den berörda medarbetaren och vid behov vidtas arbetsledningsåtgärder. Personalen dokumenterar observerade problem och avvikelser i HaiPro/SPro och informerar chefen eller dennes vikarie om situationen kräver omedelbar åtgärd. Vid behov informeras högre ledning.

Oacceptabel behandling, negativa händelser och farliga situationer tas upp öppet med klienten och deras anhöriga. Beroende på situationen sker detta per telefon eller genom att arrangera ett möte. Problem hanteras omedelbart mellan de berörda parterna.

Social- och patientombudsmannens kontaktuppgifter samt uppgifter om de tjänster han eller hon erbjuder:

Social- och patientansvarig

Jenna Roberts Tel. 0405142535 E-post: asiavastaava@itauusimaa.fi

Du kan kontakta social- och patientansvarig

- om du har frågor om klientens ställning och rättigheter inom socialvården
- om du har frågor om patientens ställning och rättigheter
- om du behöver hjälp med anmärkning, klagan eller överklagande
- om du behöver hjälp med patient- och läkemedelsskadeanmälningar
- om du behöver handledning för att lösa konfliktsituationer

En klient inom socialvården har rätt att få socialvård av god kvalitet och god behandling utan diskriminering. Klienten kan kontakta socialombudsmannen om han eller hon är missnöjd med den service eller det bemötande han eller hon fått när han eller hon utträttat ärenden inom socialväsendet. Socialombudsmannen betjänar invånarna i Östra Nylands välfärdsområde.

1.4.4 Behandling av anmärkningar

Klientens rättsskydd

En person som är missnöjd med kvaliteten på servicen eller bemötandet av klienten har rätt att göra en anmärkning till verksamhetsenhetens ansvarsperson

eller ledande tjänsteinnehavare. Påminnelsen kan vid behov också göras av hans eller hennes lagliga företrädare, en anhörig eller närstående. Den som tar emot anmärkningen ska behandla ärendet och ge ett skriftligt, motiverat svar inom skälig tid.

En blankett för påminnelser finns på vältalighetsområdets hemsida. Blanketten skickas till adressen Registratorskontoret, Östra Nylands välfärdsområde, Mannerheimgatan 20 K, 3 vån. 06100 Borgå. kirjaamo@itauusimaa.fi

Påminnelser, klagomål och andra tillsynsbeslut tas alltid på allvar i enheten. Missförhållandet utreds grundligt och saken rättas till eller verksamheten utvecklas.

1.4.5 Personal

Personalen består av anställda som utför uppgifter inom vårdarbetet (sjukskötare, närvårdare, primärvårdare, omsorgsbiträde) samt av en anställd i assisterande uppgifter. Städning, mathållning och fastighetsskötsel har egen personal, eller tjänsten upphandlas som underleverans. Enligt personalplanen arbetar 1 chef, 2 sjukskötare och 15 närvårdare, 1 omsorgsassistent, 1 vårdbiträde vid enheten. En av närvårdarna fungerar som samordnare för gemenskapsboendet. Vårdpersonalens arbete är treskiftsarbete. Sjuksköterskor är i regel på plats på vardagar. I morgonskiftet arbetar minst 5 vårdare i morgonskiftet, 5 i kvällsskiftet och 1 nattvårdare.

Enheten har dagligen samma antal boende, och arbetsskiftslistorna är planerade utifrån detta så att bemanningen för dygnet runt-serviceboendet uppfylls och de boendes behov inom gemenskapsboendet tryggas. För alla arbetspass planeras tillräckligt med utbildad och läkemedelskunnig personal. I första hand strävar man efter att få bekanta vikarier som känner till enheten och dess klienter. Man försöker i första hand få korttidsvikarier via rekryteringsföretaget Tempore. För vikariat på längre sikt strävar vi efter att rekrytera själva, men vid behov anlitar vi även inhyrd arbetskraft. Nyanställda ska innan de tar emot ett uppdrag som gäller tills vidare eller ett vikariat som är längre än tre månader visa upp ett straffregisterutdrag enligt lagen om tillsyn över social- och hälsovården (741/2023).

Nya anställdas yrkesrättigheter och lämplig utbildning kontrolleras på JulkiTerhikki innan anställningen börjar och alltid i samband med förnyande av läkemedelstillstånd. Tillräcklig kompetens och yrkesskicklighet hos de nya anställda samt språkkunskaper säkerställs alltid under rekryteringsprocessen. I lagen om yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården föreskrivs om de anställdas skyldighet att upprätthålla sitt yrkeskunnande och om arbetsgivarnas skyldighet att möjliggöra kompletterande utbildning för de anställda.

Enhetens förman ser till att personalen har genomgått de utbildningar som behövs för enhetens verksamhet, t.ex. utbildning i första hjälpen och hygienpass. Kompetensen inom läkemedelsbehandling säkerställs genom skriftliga prov vart femte år, varefter kompetensen ännu säkerställs genom praktiska yrkesprov.

Enhetens vård- och omsorgspersonal introduceras och utbildas i klientarbete, behandling av klientuppgifter och dataskydd, klientsäkerhet samt genomförande av egenkontroll. Detsamma gäller för de studerande som arbetar på enheten och för dem som efter hemkomsten varit borta länge från arbetsuppgifterna. Förmannen följer med de anställdas deltagande i utbildningar och hur utbildningarna genomförs.

En erfaren skötare introducerar den nya arbetstagaren i minst 3 dagar och i morgon- och kvällsskift. Nattskiftet görs av den nya arbetstagaren först efter några månader, då han eller hon har bekantat sig med arbetsplatsens rutiner samt de boende. Planen för egenkontroll är en del av introduktionsplanen. Arbetet utförs som ett team och medarbetarna stöder och hjälper varandra.

När tillräcklig kompetens hos närvårdar- eller omsorgsassistentstudenter har säkerställts av chefen kan de räknas in i den direkta vården. Studenter kan räknas in i den direkta vårdpersonalen enligt äldreomsorgslagen från början av sina studier i den mån de deltar i att hjälpa klienten och upprätthålla social funktionsförmåga. Sjuksköterskestudenter kan fungera som sjuksköterskevikarier när de har 140 studiepoäng. Studenter kan dock inte arbeta ensamma under ett arbetspass. För studenter i praktik har varje arbetspass en handledare och en bedömningsansvarig för dem som genomför bedömningen.

Välfärdsområdet har en verksamhetsmodell för aktivt stöd som stöder arbetstagarens arbetsförmåga och arbetshälsa samt kan ingripa i eventuella problem i ett tidigt skede.

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

Personalbemanningen i enheten är planerad enligt Social- och hälsovårdsministeriets kvalitetsrekommendation för äldre så att vårdkvaliteten och klientsäkerheten uppfylls. Vid personalbemanningen har hänsyn tagits till klienternas funktionsförmåga och hjälpbehov, tjänstestruktur samt faktorer relaterade till personal och arbetsorganisation. Den lagstadgade minimibemanningen för personal är för närvarande 0,6 vårdpersonal per klient/dygn. Bemanningsberäkningen görs i ett Excel-ark för varje genomfört 3-veckors arbetsschema och två gånger om året enligt THL:s äldreomsorgslag. För gemenskapsboende finns ingen fastställd bemanningsnorm, utan det är kundernas servicebehov som avgör.

Om vårdbehovet för boende tillfälligt ökar, försöker vi i första hand reagera på detta med de resurser som redan finns tillgängliga, vid behov med vikarielösningar. Den tid som personalen använder för indirekt arbete som utbildningar, möten och deltagande i utvecklingsarbete beaktas i bemanningsberäkningen.

1.4.7 Sektorsövergripande samarbete och samordning av tjänster

I 41 § i socialvårdslagen föreskrivs om sektorsövergripande samarbete för att ordna en servicehelhet som motsvarar klientens behov.

Med andra serviceproducenter inom social- och hälsovården (t.ex. HUS-specialsjukvård, hälsovårdscentral, tandvård, servicehandledning, minnesskötare, rehabiliteringsskötare, laboratorium, privata tandläkare) hålls kontakt enligt klientens behov och med klientens tillstånd. Kontakten hålls antingen per telefon, e-post eller via patientdatasystemet. Sjuksköterskorna i enheten har också rätt att använda informationssystemet Navitas. Tjänsteproducenterna kommer antingen till klienten i enheten eller så får klienten hjälp hos tjänstetillhandahållaren. En närstående eller vårdare är vid behov med som ledsagare.

1.4.8 Lokaler och utrustning

Lyckan har 15 rum (25 kvm) och 13 lägenheter med kök (30-45 kvm). Rummen är enrumslägenheter med badrum och lägenheterna ett pentry samt ett stort badrum. I huset finns flera sällskaps-/matrum, allaktivitets-/frisörrum, samt en bastudelning. Dessutom finns flera säkra, inhägnade utomhusområden.

Alla klienter har tillgång till egna personliga rum, endast par eller motsvarande bor på egen begäran i samma rum. De egna rummen är inredda med klientens egna saker och textilier. När klienten t.ex. är inlagd på sjukhus är hans eller hennes rum inte tillgängligt för någon annan. Endast vårdängen är från enheten. De allmänna utrymmena är tillgängliga för alla invånare. Allmänna utrymmen är dagsalar, gångar, bastu, gårdsplaner m.m. Servicehuset Lyckan har inga besökstider, anhöriga kan besöka dag- och kvällstid när det passar dem.

Anhöriga har möjlighet att vistas i den boendes rum 24/7 när klienten är i terminalvård. Det är möjligt för anhöriga att övernatta i en extra säng eller en bekväm fåtölj i den boendes rum.

Lovisa fastighetsservice ansvarar för fastighetens underhåll och service. Anmälan om servicebegäran görs i Lovisasystemet och det är hela personalens ansvar att göra anmälningarna. https://www.buildercom.net/pyynnot/loviisa_5gk4hg44.html

1.4.9 Medicintekniska produkter, informationssystem och användning av teknik

I servicehemmet säkerställs att lagens krav på medicintekniska produkter följs genom att följa Östra Nylands välfärdsområdes riktlinjer och aktivt delta i nätverket för medicintekniska produkter inom Östra Nylands välfärdsområde. Det är medarbetarens ansvar att informera chefen om brister i kompetens eller problem relaterade till användningen av medicintekniska produkter. Chefen säkerställer introduktion och utbildning i användning av utrustning samt bedömer säkerheten och säkerställandet av utrustningen tillsammans med arbetsgemenskapen och samarbetspartners Ledningen ansvarar för att lagens krav följs på alla nivåer i organisationen och i tjänsten. Chefen ansvarar för säker användning av medicintekniska produkter i enheten. Enheten har även utsett sjuksköterskan Sofia Kortelainen och närvårdaren Petra Sjöblom till apparatansvariga med ansvar för medicintekniska produkters säkerhet.

Alla medicintekniska produkter i enheten har lagts till i utrustningsregistret för att säkerställa säker användning av utrustningen. Uppdaterad information om behovet av årlig underhåll av medicintekniska produkter finns i utrustningsregistret. Det är också varje medarbetares ansvar att rapportera problem med medicintekniska produkter till chefen eller ansvariga för utrustningen. Fimea ansvarar för vägledning om medicintekniska produkter. Riskanmälan är lagstadgad och gäller alla CE-märkta produkter. Anmälan görs både till Fimea och tillverkaren eller importören. Anmälan görs med en elektronisk användarriskanmälan eller en pappersblankett. Pappersblanketten skickas via e-post till laitevaara@fimea.fi eller per post till Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet, medicintekniska produkter, Mannerheimvägen 166, PB 55, 0034 Helsingfors.

Enheten följer Östra Nylands välfärdsområdes riktlinjer för användning av informationssystem och teknik, som alla uppfyller de väsentliga kraven i klientdatalagen och motsvarar tjänsteleverantörens verksamhet. Enheten följer också Östra Nylands välfärdsområdes informationssäkerhetsplan. Personal inom Östra Nylands välfärdsområde utbildas regelbundet i användning av informationssystem. Östra Nylands välfärdsområdes digitala tjänster stöder enheten i användningen av informationssystem och teknik. Informationssäkerhetsplanen är granskad 31.5.2024. Informationssäkerhetsplanen är inte ett offentligt dokument, men dess innehåll är känt av cheferna. Personaldelarna i informationssäkerhetsplanen finns i informationssäkerhetsinstruktionerna som finns på välfärdsområdets interna webbplats. Enhetens chef ansvarar för att de saker som skrivits in i informationssäkerhetsplanen genomförs och varje medarbetare ansvarar för att följa informationssäkerhetsinstruktionerna.

Enheten använder Everon larmsystem. Klienterna har tillgång till ett trygghetslarmsarmband. Enheten har också ett automatiskt brandlarmssystem och ett automatiskt släcksystem samt regelbunden inspektion och underhåll av fastighetsägaren. Det finns ingen utrustning för rörelsekontroll. Det finns ett larm på ytterdörrarna och alla sidodörrar i lägenheterna på bottenvåningen, vilket signalerar om dörrarna öppnas.

Underhåll och kalibrering av utrustningen utförs årligen enligt tillverkarens anvisningar. Vid fel och funktionsstörningar kontaktar personalen företaget som underhåller larmsystemet.

I medicinrummet finns en inspelningsbar övervakningskamera. Även i allmänna utrymmen finns som regel några övervakningskameror i anslutning till dörrarna.

Vid störningar i informationssystemet finns en grundinformationsblankett, läkemedelslista, förebyggande vårdplan eller årlig kontrolltext utskrivna i enheten. Vid störningar görs dagliga noteringar på papper.

1.4.10 Plan för läkemedelsbehandling

Välfärdsområdets läkemedelsplan uppdaterades 12/2025. Ansvarig för upprättandet av välfärdsområdets läkemedelsplan är vårdledaren och chefen ansvarar för god introduktion av personalen. Chefen ansvarar för korrekt läkemedelsbehandling och genomförandet och uppföljningen av läkemedelsplanen i serviceenheten, med stöd av enhetens sjuksköterskor. Enheten har ett begränsat läkemedelsförråd för enheten för socialvårdens serviceboende, för vilket tillstånd har sökts från Regionförvaltningsverket och som ansvaras av enhetens sjukskötare och chefen, med sjukskötare Sofia Kortelainen och chef Fanny Backman som ansvariga personer.

Östra Nylands välfärdsområdes läkemedelsplan har upprättats baserat på guiden "Säker läkemedelsbehandling". Läkemedelsplanen består av två delar; Del A är allmän och gemensam för alla enheter och Del B är enhetsspecifik. Den enhetsspecifika läkemedelsplanen uppdateras och godkänns en gång om året. Enhetens chef och sjuksköterare har tillsammans upprättat den enhetsspecifika läkemedelsplanen. Läkemedelsplanen har 15.10.2024 godkänts av överläkare Susanna Varilo.

1.4.11 Behandling av klient- och patientuppgifter och dataskydd

Dokumentation av klientarbete är varje yrkesutövares ansvar. Dokumentationsskyldigheten börjar när socialvårdsmyndigheten har fått information om en persons eventuella behov av socialvård. Dokumentationsskyldigheten föreskrivs i lagen om klienthandlingar inom socialvården 4 §. Dokumentation av en enskild klients uppgifter är varje yrkesutövares ansvar och kräver professionellt omdöme om vilka uppgifter som är väsentliga och tillräckliga i varje enskilt fall. THL har gett vägledning om dokumentation av klientarbete genom att utfärda föreskrift 1/2021.

Uppgifter om klienter och patienter inom social- och hälsovården samlas i ett personregister. Registeruppgifterna är konfidentiella. Uppgifterna får endast

behandlas av personer som deltar i klientens vård eller relaterade uppgifter i den aktuella verksamhetsenheten. Anställda som använder informationssystem har åtkomsträttigheter definierade enligt arbetsuppgifter samt personliga användarnamn och lösenord. Behandling och granskning av registeruppgifter övervakas och kontrolleras med hjälp av användarloggar.

Klienten ombeds ge tillstånd att använda den elektroniska recepttjänsten och begära patientuppgifter av andra serviceproducenter. Till samarbetsapoteket öppnas ett konto för klienten (skriftligt avtal). Klienten ombeds ge fullmakt till apoteket, rätt att använda e-receptcentret och om möjligt ingås ett avtal om dosdispensering.

Klienten ombeds också ge sitt tillstånd till att hans eller hennes bilder får publiceras på enhetens sociala medier.

Klienternas övriga personuppgifter, till exempel hyreskontrakt och läkemedelslistor, förvaras i låsta skåp.

Anställda förväntas upprätthålla sekretess och tystnadsplikt och de förbinder sig till detta när de undertecknar anställningsavtalet. Studenter undertecknar sekretess- och tystnadspliktsformulär. Sekretess och tystnadsplikt fortsätter även efter att anställningen eller praktikperioden har avslutats. Personalen genomför årligen Navisec informationssäkerhetstest. Chefen och informationssäkerhetsansvarig övervakar att alla har genomfört och godkänt testet.

Dataskyddsombudets namn och kontaktuppgifter

Sebastian Ekblom sebastian.ekblom@itauusimaa.fi eller dataskyddsombud@itauusimaa.fi telefon 0406204972

Föreståndare som enligt 7 § i klientuppgiftslagen ansvarar för tjänsteenhetens behandling av klientuppgifter och anknytande anvisningar

Camilla Söderström, förvaltningsdirektör
camilla.soderstrom1@itauusimaa.fi ,tel.0405539076

1.4.12 Beaktande av regelbundet insamlad respons och övrig respons

Välfrädsområdet samlar regelbundet in feedback för att mäta och utveckla tjänsternas kvalitet. Feedback från klienterna samlas bland annat in under boendemöten. Boende och anhöriga har möjlighet att kontinuerligt ge feedback om serviceenhetens tjänster, även anonymt. I samtalet med den boende och dennes närstående betonas att man alltid kan ta upp saker till diskussion. Egenvårdarsamtal hålls regelbundet och alltid vid behov. Även i THL: Berätta om din tjänst-enkäten får vi invånarrespons.

Feedback om medarbetarnas välbefinnande samlas bland annat in genom en arbetsvälmåendeundersökning. Varje medarbetare har också ett årligt utvecklingssamtal med chefen, och genom dessa samtal får chefen feedback från

medarbetarna. Feedback från studenter om praktikperioder samlas in genom en enhetlig elektronisk feedbackenkät.

Feedback beaktas och behandlas i gemensamma möten och alla förbättringar och/eller förändringar dokumenteras direkt i egenkontrollplanen, vilket underlättar rapportering och uppföljning av egenkontrollplanen samt kvalitetsutveckling.

1.5 Egenkontrollens riskhantering

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

Enhetens chef ansvarar för riskhanteringen. Chefen ansvarar för att introducera personalen till principerna och genomförandet av egenkontroll, inklusive personalens lagstadgade skyldighet att rapportera brister och hot mot klientsäkerheten. Riskhantering och egenkontroll är en del av det dagliga arbetet i tjänsterna. Riskbedömning görs minst en gång om året och alltid när en ny risk uppstår i verksamheten.

Identifiering av risker som äventyrar klient- och patientsäkerheten är utgångspunkten för egenkontrollplanen och genomförandet av egenkontroll. Utan att identifiera risker kan de inte förebyggas och genomförda brister kan inte åtgärdas systematiskt. Egenkontroll baseras på riskhantering, där risker och potentiella hot mot tjänsten bedöms mångsidigt ur klientens perspektiv. Som en del av genomförandet av riskhantering dokumenteras, analyseras, rapporteras och genomförs korrigerande åtgärder för genomförda negativa händelser med hjälp av Hai-pro-risikbedömningsverktyget.

De viktigaste riskerna för klient- och patientsäkerheten är fall och nedfall, fel i läkemedelsbehandling samt att personer med minnessjukdomar lämnar serviceboendet utan ledsagare. Andra potentiella risker kan uppstå till exempel från otillräcklig personalbemanning eller arbetskultur, till exempel risker kan uppstå från obefogad begränsning av klientens självbestämmanderätt, fysisk miljö (t.ex. problem med tillgänglighet och lämplighet av lokaler eller svårånvänd utrustning). Ofta är risker en summa av många faktorer. Förutsättningen för riskhantering är att det finns en öppen och säker diskussionskultur i arbetsgemenskapen, där både personal och klienter och deras anhöriga vågar framföra sina observationer om kvalitet och klientsäkerhet.

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

En tillräcklig och grundlig introduktion i arbetet är en av hörnstenarna i riskhanteringen. Arbetsgemenskapen arbetar tillsammans för att stödja och introducera varandra. I arbetsgemenskapen värnar man om en öppen diskussionskultur och betonar att man alltid kan be om hjälp och råd om man är osäker.

HaiPro riskbedömningsprogram används som ett verktyg i det dagliga arbetet. Det används för att dokumentera risk- och nära ögat-situationer relaterade till patientsäkerhet. Fallen hanteras internt i enheten och allvarliga situationer tas alltid upp till högre ledning för behandling. Risk- och nära ögat-situationer som rör boende dokumenteras alltid i patientdatasystemet och vid behov konsulteras läkare för vårdinstruktioner. HaiPro-anmälningar behandlas omedelbart efter händelsen, dock senast 14 dagar efter händelsen. Akuta händelser omedelbart.

WPro, ett riskbedömningsprogram för arbetssäkerhet, används för att dokumentera risk- och nära ögat-situationer relaterade till personalens säkerhet.

SPro, en anmälningsblankett för missförhållanden inom socialtjänsten. Socialvårdslagen ålägger personal inom socialvården att rapportera observerade missförhållanden eller hot om missförhållanden som äventyrar klienten socialvård eller klientsäkerhet. Den ansvariga chefen som mottar anmälan måste vidta åtgärder för att eliminera missförhållandet eller hotet, och om detta inte görs måste anmälaren rapportera ärendet till regionförvaltningsverket.

Förfrågningar från tillsynsmyndigheter besvaras inom den tid som anges i förfrågan. Enhetens verksamhet följer tillsynsmyndigheternas riktlinjer och beslut.

Med hjälp av gjorda anmälningar planeras och utvecklas åtgärder för att minimera risker tillsammans med personalen. Anmälningarna granskas tillsammans med personalen och vikten av att göra anmälningar diskuteras. Vid behov återkommer man till saken och beroende på situationen kan arbetstagaren göra en ny anmälan om han eller hon upplever att reparationsåtgärderna inte är tillräckliga eller att de inte blivit bestående. Personalen uppmuntras att göra anmälningar med låg tröskel och anmälaren får inte utsättas för repressalier.

Räddningsplanen är en viktig del av riskhanteringen och varje medarbetare har skyldighet att bekanta sig med planen. Räddningsplanen och utrymningssäkerhetsutredningen uppdateras regelbundet. Brandsäkerhets- och första släckningsutbildning samt säkerhetsvandringar anordnas regelbundet.

1.5.3 Uppföljning av och rapportering om riskhantering och säkerställande av kunskaper

Som tidigare nämnts tas HaiPro-anmälningar upp av chefen så snabbt som möjligt. Risker, kvalitetsavvikelser och farliga situationer rapporteras noggrant och specifikt för varje händelse. Risker, kvalitetsavvikelser och farliga situationer diskuteras i teamet och vid personalmöten. Tillsammans överväger vi sätt att minska och/eller förebygga händelser ur ett riskhanteringsperspektiv. Arbetsolyckor rapporteras till försäkringsbolaget och vid behov samarbetar vi nära med arbetarskyddschefen. Även allvarliga avvikelser granskas alltid tillsammans med serviceansvarig och arbetarskyddschefen.

Riskhanteringen effektivitet övervakas och utvärderas alltid vid regelbunden riskbedömning. På Östra Nylands välfärdsområdes intranät finns utbildningsvideor för att göra anmälningar och personalen ansvarar för att bekanta sig med dessa. Bland personalen finns också utsedda ansvariga vårdare,

till exempel hygienansvarig och ergonomiansvarig, som också ansvarar för att identifiera och bedöma risker inom sitt ansvarsområde samt säkerställa att personalen har rätt kompetens och ser till att personalen och nya medarbetare är uppdaterade och utbildade efter behov. Olika utbildningar stöder personalens kompetens i risksituationer.

Andra bedömningar, såsom boendes RAI-bedömning, medarbetarnas utvecklingssamtal och arbetsvälmåendeutvärderingar, stöder medarbetarna i att identifiera och bedöma risker. Enhetens medarbetare har eget ansvar att bekanta sig med instruktionerna för att göra HaiPro-anmälningar och att upprätthålla sin egen kompetens. Att följa hygieninstruktioner och infektionskontroll är en del av riskhanteringen.

Enhetens hygienansvariga är sjuksköterskan Sofia Kortelainen sofia.kortelainen@itauusimaa.fi. Tillsammans med förmannen ansvarar han för att hygienanvisningarna genomförs i enheten. Den hygienansvariga får tilläggsutbildning och ingår i Östra Nylands hygiennätverk, som leds av hygienskötare Marita Nyholm från Östra Nylands välfärdsområde, Marita.nyholm@itauusimaa.fi. Den hygienansvarige ansvarar också för att vårdrelaterade infektioner följs upp kvantitativt. För personalen ordnas lämplig introduktion, handledning samt utbildning enligt behov. Enheten har alltid skyddsutrustning redo för epidemier.

1.5.4 Köptjänster och underleverans

Ansvarsområdet ingår avtal med stöd av upphandlingstjänster. Vid ingående av avtal säkerställs frågor som rör tjänsteleverantörens egenkontroll. Ansvarsområdet ansvarar för övervakningen av avtalet.

Borgå Nya Apotek levererar de boendes dosdispenser och andra läkemedel.

HUS-apoteket levererar läkemedel för ett begränsat läkemedelsförråd till enheten.

Från HUS-logistiken beställs vårdartiklar.

Inkontinensskydd beställs via utdelningen av vårdartiklar.

Elis Finland fungerar som arbetsklädesleverantör.

Fastighetens larmsystem är Everon. Larmsystemet omfattar sköterskeanrop, dörralarm och personalalarm. Därtill finns en väktaralarmknapp från Securitas.

Lojer sköter det årliga underhållet av sängar, lyftanordningar och vissa andra hjälpmedel och utför även andra underhåll vid behov.

Via Tempore får vi personaluthyrning för korta vikariat. Tempore ansvarar för sina anställdas kompetens samt tillräcklig kunskande för uppgiften.

Renhållningstjänsterna sköter renhållningen för alla enheter i Östra Nylands välfärdsområde. Matserviceenheten ansvarar för matlagning, transport och näringsplanering.

Lovisa Fastighetsservice Ab ansvarar för fastighetens service och underhåll.

1.5.5 Beredskaps- och kontinuitetshantering

Beredskap och säkerhet i välfärdsområdet koordineras av enheten Beredskap och säkerhet som lyder under räddningsverket. Enheten stöder de anställda och ledningen i beredskapsplanering, beredskapsövningar och beredskapsutbildningar samt i frågor som rör säkerheten i vardagen.

Beredskapschef Juha Alander ansvarar för beredskapsplaneringen och genomförandet av beredskapen inom välfärdsområdet och räddningsverket. Beredskapschefen ansvarar också för samarbetet med andra myndigheter och kommuner. Beredskapsexperten Evyatar Grofs specialområde är utveckling av personalens och lokalernas säkerhet i välfärdsområdet genom anvisningar, rådgivning och tekniska system. Han ansvarar också för utvecklingen av teknik för localsäkerhet, såsom låssystem, passerkontroll och kameraövervakning. Beredskapsexperten Fredrika Kuuskoski fokuserar särskilt på beredskapen inom social- och hälsovårdsväsendet. Hon ansvarar för beredskapsplanering och personalutbildning inom välfärdsområdets enheter. Hon deltar för sin del i planeringen av olika beredskapsövningar.

I välfärdsområdets beredskapsplan finns beskrivningar av beredskapen och beredskapsplanen samt anvisningar för olika situationer. Vid störningar under normala förhållanden som kräver beredskap och förberedelser kan till exempel vara en epidemi, ett olycksfall i arbetet eller våld, och för dessa finns separata anvisningar i servicehuset. Beredskapen och säkerheten i välfärdsområdet koordineras av en beredskaps- och säkerhetsenhet som är underställd räddningsverket och med vilka även servicehuset samarbetar till exempel vid uppgörandet av beredskapskort.

Enheten har utrustning för nödsituationer som vattendunkar, fick- och pannlampor, batterier och LED-ljus samt ett powerbankbatteri för laddning av telefoner. Under strömavbrotten har man förberett sig på både svalare inomhusluft (vinter) och varmare inomhusluft (sommar).

Utrymmena har persienner som hålls stängda vid värmeböljor, fönstren öppnas inte och ventileras inte med hjälp av dörrar. Klienterna erbjuds en uppfriskande dryck och vid behov förs vätskelista. Värmeböljagränsen är 30 grader, men förebyggande åtgärder vidtas när temperaturen överstiger 27 grader. Inomhustemperaturen kan regleras med hjälp av luftvärmepumpar på avdelningarna. Enhetens luftvärmepumpar rengörs och underhålls av en fastighetsskötare två gånger per år.

Dessutom finns strålsäkerhetsanvisningar i mappen Räddningsplan.

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

2.1 Verkställande

Egenkontrollplanen används som ett verktyg, speglade de praktiska åtgärderna i enheten. Egenkontrollplanen går igenom vid husmöten varje gång planen har uppdaterats. Varje medarbetare har ansvar att bekanta sig med egenkontrollplanen och arbeta enligt den. Rapportering av egenkontrollplanen görs tre gånger om året, vilket säkerställer att egenkontrollplanen följs och att upptäckta brister åtgärdas. Vid husmöten går rapporteringen av egenkontrollplanen igenom för att säkerställa personalens kompetens och engagemang i kontinuerlig verksamhet enligt egenkontrollplanen. Egenkontrollplanen finns uppdaterad på Östra Nylands välfärdsområdes webbplats. På enhetens anslagstavla hålls egenkontrollplanen tillgänglig synlig för alla att se.

2.2 Publicering, uppföljning av genomförandet och uppdatering

Planen för egenkontroll publiceras på Östra Nylands välfärdsområdets offentliga webbplats och finns tillgänglig i pappersform på enheten. Lämpligheten av verksamheten som beskrivs i planen för egenkontroll övervakas och rapporteras offentligt på välfärdsområdets webbplats var fjärde månad. Planen för egenkontroll uppdateras när det sker förändringar i de verksamheter som gäller tjänsternas kvalitet och klient- och patientsäkerheten.

3 Författare och datum för planen för egenkontroll

Namn: Fanny Backman
Titel: Chef
Datum: 31.12.2025

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

Namn: Fanny Backman
Titel: Chef