



Plan för egenkontroll

Grupphem Väinölä

8.12.2025

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.....	5
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.....	9
1.4.6 Uppföljning av tillräckligheten för den personal som deltar i klient- och patientarbetet.....	10
1.4.7 Sektorsövergripande samarbete och samordning av tjänster.....	11
1.4.8 Lokaler och utrustning.....	11
1.4.9 Medicintekniska produkter, informationssystem och användning av teknik.....	12
1.4.10 Plan för läkemedelsbehandling.....	13
1.4.11 Behandling av klient- och patientuppgifter och dataskydd.....	13
1.4.12 Beaktande av regelbundet insamlad respons och övrig respons.....	14
1.5 Egenkontrollens riskhantering.....	14
1.5.1 Ansvar för riskhantering, identifiering och bedömning av risker vid tjänsteenheten.....	14
1.5.2 Metoderna för riskhantering och behandlingen av missförhållanden och brister som framkommer i verksamheten.....	15
1.5.3 Uppföljning av och rapportering om riskhantering och säkerställande av kunskaper.....	16
1.5.4 Köptjänster och underleverans.....	16
1.5.5 Beredskaps- och kontinuitetshantering.....	17
2 Verkställande, publicering, uppföljning av genomförandet och uppdatering av planen för egenkontroll.....	18
2.1 Verkställande.....	18
2.2 Publicering, uppföljning av genomförandet och uppdatering.....	18
3 Författare och datum för planen för egenkontroll.....	19
4 Person som ansvarar för utvecklande och uppdaterande av planen för egenkontroll.....	19

1 Uppgifter om tjänsteproducenten, tjänsteenheten och verksamheten

Denna plan för egenkontroll beskriver den berörda serviceenhetens verksamhet.

1.1 Grunduppgifter om tjänsteproducenten

Tjänsteproducentens namn: Östra Nylands välfärdsområde

Tjänsteproducentens FO-nummer: 3221339-3

Tjänsteproducentens kontaktuppgifter: Mannerheimgatan 20 K, 06100 BORGÅ

1.2 Grunduppgifter om tjänsteenheten

Tjänsteenhetens namn och kontaktuppgifter: Grupphemmet Väinölä

Adresserna till tjänsteenhetens serviceställen: Koivistovägen 5, 07600 Mörskom

Tjänsteenhetens ansvarspersonens eller tjänsternas ansvarspersonernas namn

och kontaktuppgifter: Chef Päivi Aaltonen, tfn. 0401589082, e-post

paivi.aaltonen@itauusimaa.fi

1.3 Tjänster, verksamhetsidé och principer

Målet är att erbjuda professionell, god, säker och boendets funktionsförmåga upprätthållande dygnet runt boendeservice för äldre klienter inom välfärdsområdet. Tjänsterna erbjuds tvåspråkigt och enligt individuella behov. Verksamhetsidén för dygnet runt vård är att möjliggöra god och säker vård dygnet runt för boende som uppfyller beviljningsgrunderna. Väinölä har 29 dygnet runt boendeplatser och en plats för korttidsbruk. Verksamheten genomförs i nära samarbete med boende, anhöriga och andra aktörer. Boendets egen funktionsförmåga stöds med vardagsrehabilitering så länge som möjligt.

Dygnet runt boendeservice för äldre i Grupphem Väinölä är avsedd för äldre personer som behöver hjälp dygnet runt. Dygnet runt boendeservice är boendeservice enligt socialvårdslagen §21. Våra boende har ofta någon form av minnessjukdom och/eller någon fysisk funktionsnedsättning, vilket gör att de inte längre klarar sig i sitt eget hem med hjälp av hemvård. Verksamhetsidén är att erbjuda dygnet runt boendeservice där de boende har möjlighet till ett tryggt och så självständigt liv som möjligt.

Grupphem Väinölä består av tre avdelningar, 30 lägenheter, varav varje är en enrumslägenhet. Storleken av rummen är mellan 22 och 25 m². Varje lägenhet har ett litet kylskåp, egen dusch och toalett.

Verksamhet stöder välbefinnande, hälsa och upprätthållande av funktionsförmåga:

- Strävar efter att möjliggöra en vanlig, aktiv och meningsfull vardag.
- Möjlighet till fritidsaktiviteter i enheten
- Klienterna kan själva påverka innehållet i vardagen
- Regelbunden utomhusvistelse möjliggörs så ofta som möjligt enligt klienternas resurser, även med hjälp av anhöriga och frivilliga
- Samarbete med anhöriga
- Samarbete med skolor och daghem
- Möjlighet att delta i kulturella evenemang
- En publicerad veckoplan upprättas i enheten, enligt vilken olika dagliga program genomförs

Uppföljning av främjandet av klienternas fysiska, psykiska, kognitiva och sociala funktionsförmåga och välbefinnande:

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. Användning av olika mätmetoder vid bedömning av välbefinnande (RAI, Ikinä - kort fallriskbedömning, vikt, RR, puls, blodsocker).

Näring och matservice i enheten:

Regelbundna måltidstider (frukost, lunch, eftermiddagskaffe, middag, kvällsmål).

- Möjlighet till extra mat och mellanmål, även på natten är det möjligt att få mellanmål
- 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 vid behov hjälpa till
- Tidsintervallet mellan måltiderna under dagen är 3-4 timmar och målet är att nattfastan inte överstiger 11 timmar.
- Vid behov används hjälpmedel, uppföljningsformulär eller vätskelista.
- Viktuppföljning varje månad och MNA-uppföljning halvårsvis, vid behov oftare.

Maten kommer färdiglagad från Mäntyryinne köket i Askola och vårdbiträdet värmer och serverar den. Alla anställda har hygienpass.

Hygienrutiner i enheten och infektionskontroll:

Enheten har två hygienansvariga som regelbundet deltar i utbildningar, ingår i Östra Nylands hygiennätverk och handleder personalen. Hygienansvariga ansvarar också för att vårdrelaterade infektioner övervakas kvantitativt.

Enheten har en hygienpärm på kontoret och i enhetens teams. Varje anställd följer de givna instruktionerna. Enheten har en städare på vardagar som städar boenderummen och gemensamma utrymmen dagligen. Varje vårdare städar efter sig själv och ser till att rummet är rent när de lämnar det. Tvättservice är delvis köpservice och delvis uppdelad mellan vårdbiträden och närvårdare. Handlingsinstruktioner och information om epidemin finns på enhetens

teamskanal och synligt för alla vårdare på kontoret. Enheten har alltid skyddsutrustning redo för epidemier. Regelbundet samarbete med välfärdsområdets hygienansvariga och besök av hygienansvariga i enheten (diskussion och utbildning) säkerställer en god hygiennivå i enheten.

Hygienansvarig i Östra Nylands välfärdsområde: Marita Nyholm, marita.nyholm@itauusimaa.fi Enhetens hygienansvariga: Emilia Bruce emilia.bruce@itauusimaa.fi, (borta ad. 6/-26), Mira Rousi mira.rousii@itauusimaa.fi , Minna Hultman minna.hultman@itauusimaa.fi

Hälso- och sjukvård i enheten:

Läkare, chef och hela personalen i enheten ansvarar för de boendes hälso- och sjukvård.

- De boende erbjuds årliga kontroller utöver inskrivningskontrollen
- Sjukskötaren ansvarar för att ta de boendes årliga och andra kontrollproven och presentera resultaten för läkaren samt följer de boendes hälsotillstånd i samarbete med övrig personal
- Läkaren ordinerar nödvändiga undersökningar.
- Sjukskötare har rätt att ordinera grundläggande blodprov som krävs för att fastställa boendes hälsotillstånd och göra mindre justeringar av insulindoser. Läkare ordinerar ytterligare undersökningar vid behov.
- Laborieprover (ej EKG) kan tas på enheten på onsdagar. Vid behov tas prover även andra vardagar och skickas till Askola eller Borgå med taxi. Enheten har en snabb test för CRP och blodsocker.
- Klient ens hälsa, funktionsförmåga och välbefinnande övervakas vid förändringar i tillståndet eller minst två gånger om året med RAI-bedömning
- Enheten läkartjänster kommer från Terveystalo. Enhetens ansvariga läkare är Märt Mikkal.
- Läkaren besöker enheten ungefär en gång varannan månad samt har telefontid med sjukskötaren en gång i veckan.
- På kvällar, nätter och helger konsulteras Terveystalo jourläkare, Rörliga Sjukhuset (LiiSa).
- Vid dödsfall och palliativ vård finns separata handlingsanvisningar.

Läkemedelsbehandling: Enheten har utsett ansvariga för läkemedelsbehandling. Vårdpersonal som utför läkemedelsbehandling måste ha giltiga tillstånd för läkemedelsbehandling och enhetsspecifika kompetensprov. Kompetensproven och tillstånden godkänns av den ledande läkaren. Läkemedelsbehandling utförs enligt läkemedelsbehandlingsplanen och enhetens egen B-plan.

1.4 Klient- och patientsäkerhet

1.4.1 Kvalitetsmässiga krav på servicen

Social- och hälsovårdstjänsterna måste vara av hög kvalitet, klient orienterade, säkra och korrekt genomförda. 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 genomförs 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 kvalitetssäkring och utveckling. Genom egenkontroll säkerställs att invånarna i välfärdsområdet får de tjänster som deras grundläggande rättigheter garanterar dem, i enlighet med deras behov, i rätt tid, jämlikt och tillgängligt, av hög kvalitet och säkert. Egenkontroll baseras på kunskap och 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 hotar 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 samt för upprättandet av egenkontrollplanen ligger hos enhetens chef, Päivi Aaltonen, tfn 040 158 9082. Egenkontrollplanen har upprättats av enhetens chef i samarbete med enhetens personal, så att planens innehåll diskuteras på personalmöten och personalen kan påverka innehållet. Enligt tillsynslagen (741/2023) leder enhetens ansvarsperson verksamheten och övervakar att tjänsterna uppfyller de föreskrivna kraven under hela den tid tjänsterna tillhandahålls. Detta görs i praktiken genom att följa upp HaiPro-anmälningar, genom nöjdhetsenkäter till anhöriga och klienter, riskhantering samt genom att lyssna på klienternas önskemål. Regelbundna personalmöten gör det möjligt för personalen att lyfta fram kvalitetsavvikelser som de upptäcker i det praktiska arbetet.

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

Enligt förvaltningsstadgan för Östra Nylands välfärdsområde godkänner områdesstyrelsen egenkontrollprogrammet, utvecklings- och samarbetsnämnden övervakar genomförandet av välfärdsområdets kvalitetsprogram och styr klient- och patientsäkerhetsstrategin samt främjar en enhetlig säkerhetskultur.

Enhetens chef säkerställer kvaliteten genom att följa upp personalens introduktion, utbildning, olika tillstånd och deras giltighet samt personalens arbete. Dessutom följer chefen även upp feedback från verksamheten samt från klienter, anhöriga och arbetsgemenskapen. Kvalitet och säkerhet övervakas också 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-standarderna. Enheten har

utsett en kvalitetsansvarig som tillsammans med chefen ansvarar för självutvärderingen.

1.4.3 Klientens och patientens ställning och rättigheter

Klientens tillgång till tjänster och vård säkerställs genom tvärvetenskapligt samarbete med andra yrkesverksamma. På serviceenheten säkerställs klientens rätt till information och delaktighet genom att regelbundet anordna boendemöten där klienten kan delta i planeringen, beslutsfattandet och genomförandet av tjänsten.

Genomförandeplan för tjänster

Genomförandeplanen för tjänsterna regleras i 7 § i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården. Behovet av vård och tjänster skrivs in i klientens personliga plan för daglig vård, tjänster eller rehabilitering, som uppdateras vid förändringar i klientens situation. Planens mål är att hjälpa klienten att uppnå de mål som ställts för livskvalitet och rehabilitering.

Vårdplanen och serviceplanen upprättas under den första månaden. För varje boende i Väinölä utses en egenvårdare och en reservvårdare. Vård- och serviceplanen upprättas av egenvårdaren och sjukskötaren tillsammans med boenden och deras anhöriga. Planerna registreras i Lifecare-klientdatasystemet och uppdateras alltid i samband med RAI-bedömningar minst två gånger om året och vid behov. Primärt ansvar för att upprätta, uppdatera och utvärdera vårdplanen ligger hos egenvårdaren och enhetens sjukskötare. Varje vårdare har dock skyldighet att se till att klientens vårdplan är korrekt och att uppdatera den vid behov. Boendes funktionsförmåga bedöms med RAI-funktionsbedömningsverktyget inom en månad efter att de flyttat in på vårdenheten. RAI-funktionsbedömningsverktyget stödjer upprättandet av vårdplanen. Läkaren diskuterar vårdviljan för livets slutskede med boenden och/eller deras anhöriga. Uppgifterna registreras i patientdatasystemet.

Klientens behandling och säkerställande av självbestämmanderätt

En klient inom socialvården har rätt till socialvård av god kvalitet och god behandling utan diskriminering. Klienten ska behandlas med respekt för sin människovärdighet, övertygelse och integritet. Inom socialvårdstjänster har alla 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 planeringen och genomförandet 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 privatliv och skydd av privatlivet. Personlig frihet skyddar inte bara individens fysiska frihet utan även deras viljefrihet och självbestämmanderätt. Varje boende har sin egen bostad och deras angelägenheter diskuteras inte i andras närvaro. Boendes självbestämmanderätt respekteras både i dagliga och större beslut. Boenden har möjlighet att påverka sin dygnsrytm, matvanor och preferenser, dusch- och bastuönskemål, dagliga klädsel, aktiviteter och hobbyer. Tidigare vanor diskuteras med boendes anhöriga, särskilt i situationer där klienten inte

kan uttrycka sina önskemål. Önskemål och preferenser skrivs in i genomförandeplanen för tjänsterna så att informationen når de som ansvarar för vården. Dessa diskuteras regelbundet så att klienten har möjlighet att ändra sina preferenser. Om klienten inte förstår sitt eget hälsotillstånd och behovet av vård, måste vårdaren fatta beslut på boendes 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 registreras i klientdatasystemet. Innehållet i dokumentationen beskriver och bedömer klientens funktionsförmåga, resurser och överlevnad i förhållande till de uppsatta vårdmålen och de valda vårdmetoderna. 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 begränsning och på ett säkert sätt med respekt för personens värdighet.

Begränsningsåtgärder dokumenteras i klienthandlingarna. Begränsningsåtgärder är tidsbegränsade. Begränsningar används endast för att säkerställa klientens eller andras säkerhet. Begränsningar diskuteras alltid med klienten och deras anhöriga, och beslutet om användning av begränsningar fattas av den behandlande läkaren. För klientsäkerhetens skull kan begränsningar användas, och tillståndet dokumenteras i LifeCare. Det är viktigt att komma ihåg att beslut om begränsningsåtgärder inte kan fattas på obestämd tid. Begränsningar som kan användas inkluderar höftbälte, hygienoverall och efter noggrant övervägande magnetbälte. Sänggrindar används vid behov för att förhindra och förhindra fall ur sängen eller att klienten lämnar sängen när de inte kan röra sig säkert på egen hand. Utgångar och dörrar till trappor och balkonger hålls vanligtvis låsta och har larm för att förhindra olyckor. När begränsningar används övervakas klientens tillstånd regelbundet, beroende på klienten och situationen. Om begränsningar inte genomförs dokumenteras detta i LifeCare om klienten eller anhöriga inte ger sitt samtycke till nödvändiga begränsningar.

Korrekt behandling av klienten

Personalens huvuduppgift är att betjäna klienten och klientens välbefinnande måste vara utgångspunkten för alla mål och verksamheter. Vårdarbete och arbetsmetoder försöker aktivt utvecklas genom att till exempel delta i aktuella utbildningar och regelbundet hålla enhetsmöte. Problem försöker lösas genom öppen diskussion och vid behov genom att anordna tvärvetenskapliga vårdmöten.

Klienternas och deras anhörigas åsikter respekteras och önskemål försöker uppfyllas med hänsyn till vårdsäkerhet, arbetstagarnas säkerhet och boendes jämlikhet. Att ta hänsyn till klienternas och deras anhörigas åsikter är en väsentlig del av utvecklingen av tjänsternas innehåll, kvalitet, klientsäkerhet och egenkontroll. Eftersom kvalitet och god vård kan betyda olika saker för personalen och klienten, är det viktigt att systematiskt insamlad feedback används i enhetens utveckling. Vi upprätthåller en öppen diskussionskultur. Vi

uppmuntrar klienter och deras anhöriga att uttrycka sina åsikter om den givna vården och lokalerna. Feedback kan ges kontinuerligt. Kompetent och kunnig personal känner klienterna väl, vilket möjliggör individuell vård.

Oacceptabel eller kränkande behandling av boenden accepteras inte. Eventuella händelser behandlas med den berörda medarbetaren och vid behov vidtas arbetsledningsåtgärder. Personalen registrerar observerade missförhållanden och avvikelser i HaiPro/Spro och informerar chefen eller dennes ställföreträdare om situationen kräver omedelbar åtgärd. Vid behov informeras högre ledning. Oacceptabel behandling, skadehändelser och farliga situationer tas upp öppet med boenden och deras anhöriga. Beroende på ärendet och situationen sker detta via telefon eller genom att anordna ett möte. Problem behandlas omedelbart mellan de berörda parterna.

1.4.4 Behandling av anmärkningar

Klientens rättsskydd

En person som är missnöjd med tjänstens kvalitet eller den behandling de fått har rätt att göra en anmärkning till enhetens ansvarsperson eller ledande tjänsteman. Anmärkningen kan vid behov också göras av deras lagliga företrädare, anhörig eller närstående. Mottagaren av anmärkningen måste behandla ärendet och ge ett skriftligt, motiverat svar inom rimlig tid. Formuläret för att göra en anmärkning finns på organisationens webbsida. Formuläret skickas till registraturen, Östra Nylands välfärdsområde, Mannerheimgatan 20 K, 3 vån. 06100 Borgå. kirjaamo@itauusimaa.fi

Kontaktuppgifter till social- och patientombudsmannen samt information om de tjänster de erbjuder: Du kan kontakta social- och patientombudsmannen (må och to kl 9-13) tfn 0405142535 eller per e-post: asiavastaava@itauusimaa.fi

- om du har frågor om socialvårdsklientens ställning och rättigheter
- om du har frågor om patientens ställning och rättigheter
- om du behöver hjälp med en anmärkning, klagomål eller överklagande
- om du behöver hjälp med patient- och läkemedelsskadeanmälningar
- om du behöver vägledning i att lösa konfliktsituationer

En klient inom socialvården har rätt till socialvård av god kvalitet och god behandling utan diskriminering. Klienten kan kontakta socialombudsmannen om de är missnöjda med den tjänst eller behandling de fått inom socialtjänsten. Socialombudsmannen betjänar invånare i Östra Nylands välfärdsområde. Anmärkningar, klagomål och andra tillsynsbeslut tas alltid på allvar inom enheten.

1.4.5 Personal

Vårdpersonalen består av anställda som utför vårduppgifter (sjukskötare, närvårdare, vårdbiträde) samt en anställd som utför assistansuppgifter. Städning, matservice, tvättservice och fastighetsunderhåll har egen personal eller så köps tjänsten in som underleverantör. Enligt personalplanen arbetar 1 chef, 2 sjukskötare och 16,6 närvårdare (varav en arbetar med titeln handledare), 3

vårdbiträden i enheten. Vårdpersonalens arbete är treskiftsarbete. Målet är att det varje dag ska finnas minst en sjukskötare i ett arbetsskift. På morgonskiftet arbetar 5-7 vårdare/vårdbiträden, 5 på kvällsskiftet och på nattsiftet finns 2 vårdare, varav en kan vara vårdbiträde.

Enheten har dagligen samma antal klienter, vilket innebär att arbetsscheman är planerade så att bemanningen uppfylls. Alla arbetsskift planeras med tillräckligt utbildad och läkemedelsbehörig personal. Vid behov av korta vikariat ordnar vi i första hand personal från vår reservstyrka. Eller få korttidsvikarier via rekryteringsföretaget Tempore Onvire. För längre vikariat försöker vi rekrytera själva men vid behov används även inhyrd arbetskraft.

Nya anställdas yrkesrättigheter och lämplig utbildning kontrolleras i JulkiTerhikki före anställningens början och alltid i samband med förnyelse av läkemedelsbehörigheter. Nya anställdas tillräckliga kompetens och yrkesskicklighet samt språkkunskaper säkerställs alltid under rekryteringsprocessen. I lagen om yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården föreskrivs om arbetstagarnas skyldighet att upprätthålla sin yrkeskompetens och arbetsgivarens skyldighet att möjliggöra fortbildning för arbetstagarna.

Enhetens vård- och omsorgspersonal introduceras i klientarbete, hantering av klientuppgifter och dataskydd, klientsäkerhet samt genomförande av egenkontroll. Detsamma gäller för studenter som arbetar i enheten och de som återvänder efter en lång frånvaro från arbetsuppgifter. En erfaren vårdare introducerar en ny anställd i cirka 3 dagar och på morgon- och kvällsskift. Nattpass görs vanligtvis av en ny anställd först efter några månader, när de har bekantat sig med arbetsplatsens rutiner och boende. Egenkontrollplanen är en del av introduktionsplanen.

När tillräcklig kompetens hos en närvårdare- eller vårdbiträdesstudent har säkerställts av chefen från fall till fall kan de räknas in i den direkta vården. Studenten kan räknas in i den direkta vårdpersonalen som definieras i äldreomsorgslagen från början av sina studier i den mån de deltar i att hjälpa klient en och upprätthålla social funktionsförmåga. En sjukskötarstudent kan fungera som sjukskötarvikarie när de har 140 studiepoäng. Studenten kan dock inte arbeta ensam i ett arbetsskift. För studenter som är på praktik har varje arbetsskift en utsedd handledare och bedömningsansvarig för dem som genomför en bedömning.

Nya anställda måste före en tillsvidareanställning eller ett vikariat på över tre månader lämna in ett utdrag ur brottsregistret enligt lagen om tillsyn över social- och hälsovården (741/2023).

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

Enhetens personaldimensionering är planerad i enlighet med Social- och hälsovårdsministeriets kvalitetsrekommendation för äldre så att vårdkvaliteten och klientsäkerheten uppfylls. Vid personaldimensioneringen har hänsyn tagits till boendes funktionsförmåga och hjälpbehov, tjänstestruktur samt faktorer

relaterade till personal och arbetsorganisation. Den lagstadgade minimidimensioneringen av personalen är för närvarande 0,6 vårdpersonal per klient /dygn. Dimensioneringsberäkningen görs i ett Excel-ark för varje genomfört arbetsschema på 3 veckor och två gånger om året enligt THL uppföljning av äldreomsorgslagen. Om vårdbehovet för boende tillfälligt ökar, försöker vi i första hand reagera på detta med befintliga resurser och vid behov med vikarielösningar. Den tid som personalen använder för indirekt arbete, såsom utbildningar, möten och deltagande i utvecklingsarbete, beaktas i dimensioneringsberäkningen.

1.4.7 Sektorsövergripande samarbete och samordning av tjänster

I 41 § i socialvårdslagen föreskrivs om tvärvetenskapligt samarbete för att ordna en tjänstehelhet som motsvarar klientens behov. Kontakt hålls med andra social- och hälsovårdstjänsteleverantörer (t.ex. Borgå sjukhus, hälsocentral, tandvård, servicehandledning, minnessköterska, rehabiliteringssköterska, laboratorium, privata tandläkare) enligt boendes behov och med deras tillstånd. Kontakt hålls antingen per telefon, e-post eller via patientdatasystemet. Enhetens sjukskötare har också tillgång till Navitas. Tjänsteleverantörerna kommer antingen till boenden i enheten eller så hjälper man boenden att komma till tjänsteleverantören.

1.4.8 Lokaler och utrustning

Grupphem Väinölä består av tre separata avdelningar, var och en med 10 enkelrum. I Kumismäki finns det 22 m² lägenheter, varav fyra kan kombineras till tvåpersonslägenheter. Lägenheterna i Nuottakallio är 22 m² och lägenheterna i Kirkkojärvi är 25 m². Varje lägenhet har ett litet kylskåp, egen dusch och toalett.

Våra boende har också tillgång till gemensamma utrymmen, såsom dagrum, matsal, dagverksamhetsrum och bastuavdelning. Alla utrymmen är tillgängliga och det är möjligt att röra sig med olika hjälpmedel. Utomhusvistelse är möjlig på den inhägnade, säkra gårdsområdet.

Fastighetens förvaltning och underhåll ansvarar Mörskom kommun, tekniska tjänster, teknisk chef Timo Krigsman timo.krigsman@myrskyla.fi, tfn. 040 524 4147 samt teknisk arbetsledare Jaakko Lapinniemi jaakko.lapinniemi@myrskyla.fi tfn. 044 726 9289. Fel som rör fastighetens skick rapporteras till kommunens tekniska underhållsskötare genom att ange felens art med QR-koden i kontoret. Vid brådskande reparationsbehov kontaktas Mörskom kommuns fastighetsskötare Juha Vainio juha.vainio@myrskyla.fi tel. 040 866 7036 eller utanför kontorstid genom att ringa journumret 040 554 4387.

Senaste tillsynsbesök:

arbetsplatsutredning 6/2025

intern styrnings- och tillsynsbesök 12/2024

ARA-boendemöte (lagstadgat) 11/2025

brand- och räddningsinspektion 11/2025

begränsad läkemedelsförsörjning 11/2025

1.4.9 Medicintekniska produkter, informationssystem och användning av teknik

På servicehemmet säkerställs att skyldigheterna enligt lagen om medicintekniska produkter uppfylls genom att följa anvisningarna från Östra Nylands välfärdsområde och aktivt delta i nätverket för medicintekniska produkter inom Östra Nylands välfärdsområde. Det är medarbetarens ansvar att informera chefen om brister i kompetensen eller problem med användningen av medicintekniska produkter. Chefen säkerställer introduktion och utbildning i användningen av utrustningen samt bedömer säkerheten och säkerställandet av utrustningen tillsammans med arbetsgemenskapen och samarbetspartnerna. Ledningen ansvarar för att lagstadgade krav följs på alla nivåer i organisationen och i tjänsten. Chefen ansvarar för säker användning av medicintekniska produkter i enheten. Enheten har också utsett två ansvariga vårdare som ansvarar för säkerheten av medicintekniska hjälpmedel.

Alla medicintekniska hjälpmedel i enheten har lagts till i utrustningsregistret för att säkerställa säker användning av utrustningen. Uppdaterad information om behovet av årlig service av medicintekniska hjälpmedel finns i utrustningsregistret. Fimea ansvarar för vägledning om medicintekniska hjälpmedel. Risk anmälan är lagstadgad och gäller alla CE-märkta produkter. Anmälan görs både till Fimea och tillverkaren eller importören. Anmälan görs med en elektronisk användarrisikostämman 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 anvisningarna från Östra Nylands välfärdsområde om användning av informationssystem och teknologi, som alla uppfyller de väsentliga kraven i klient datalagen och motsvarar tjänsteleverantörens verksamhet. Enheten följer också den informationssäkerhetsplan som utarbetats av Östra Nylands välfärdsområde. Personal utbildas regelbundet i användningen av informationssystem inom Östra Nylands välfärdsområde. De digitala tjänsterna inom Östra Nylands välfärdsområde stöder enheten i användningen av informationssystem och teknologi. Informationssäkerhetsplanen är under uppdatering. Informationssäkerhetsplanen är inte en offentlig handling, men dess innehåll är känt av cheferna. Personaldelen av informationssäkerhetsplanen finns i informationssäkerhetsanvisningarna som finns på välfärdsområdets interna webbsida. Enhetens chef ansvarar för att de saker som skrivits in i informationssäkerhetsplanen genomförs och varje medarbetare ansvarar för att följa informationssäkerhetsanvisningarna.

Enheten använder 9-solutions larmsystem (Loihde Trust). Boende har tillgång till ett trygghetslarmsystem och vårdare har en trygghetslarmknapp som kan användas för att kalla på en annan vårdare eller vid behov larma till bevakningscentralen. Enheten har också ett automatiskt brandlarmsystem och ett automatiskt släcksystem samt regelbunden inspektion och underhåll av

fastighetsägaren. Utgångarna är låsta av säkerhetsskäl. Boende har trygghetsarmband som larmar till vårdarens mottagare. Underhåll och kalibrering av utrustningen utförs årligen enligt tillverkarens anvisningar. Vid fel eller funktionsstörningar kontaktar personalen företaget som underhåller larmsystemet. Securitas bevakningsföretag kan kontaktas särskilt på natten om det uppstår störningar i servicehemmets utomhus- eller inomhusområden och det inte är nödvändigt att larma polisen. Tillträdeskontrollen till läkemedelsrummet sker via Esmikko-systemet, chefen beviljar/avlägsnar tillträdesrättigheter.

Vid störningar i informationssystemet finns en grundinformationsblankett, läkemedelslista, förebyggande vårdplan eller årsuppföljningstext utskrivna i enheten.

1.4.10 Plan för läkemedelsbehandling

Välfärdsområdets läkemedelsbehandlingsplan uppdaterades 02/2025. Vårdledaren ansvarar för att utarbeta läkemedelsbehandlingsplanen för välfärdsområdet och chefen ansvarar för en god introduktion av personalen. Chefen ansvarar att läkemedelsbehandlingsplanen genomförs och följs upp i serviceenheten med stöd av enhetens sjukskötare. Enheten har ett begränsat läkemedelsförråd för enheten för socialvårdens serviceboende, för vilket tillstånd har sökts från Regionförvaltningsverket och som enhetens sjukskötare och chefen ansvarar för, med Päivi Aaltonen som ansvarig person.

Läkemedelsbehandlingsplanen för Östra Nylands välfärdsområde har utarbetats baserat på guiden "Säker läkemedelsbehandling". Läkemedelsbehandlingsplanen består av två delar; Del A är allmän och gemensam för alla enheter och del B är enhetsspecifik. Den enhetsspecifika läkemedelsbehandlingsplanen uppdateras och godkänns en gång om året. Enhetens chef och sjukskötare har tillsammans utarbetat den enhetsspecifika läkemedelsbehandlingsplanen. Läkemedelsbehandlingsplanen har godkänts av ledande överläkare Susanna Varilo. Ansvariga för enhetens begränsade läkemedelsförråd är sjukskötare Gracia Aakala.

1.4.11 Behandling av klient- och patientuppgifter och dataskydd

Dokumentation av klientarbete är varje yrkesutövares ansvar. Dokumentationsskyldigheten börjar när en socialvårdsmyndighet har fått information om en persons eventuella behov av socialvård. Dokumentationsskyldigheten regleras i 4 § i lagen om klienthandlingar inom socialvården. Dokumentation av en enskild klient s uppgifter är varje yrkesutövares ansvar och kräver professionellt omdöme om vilka uppgifter som är relevanta 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 och personliga användar-ID och lösenord som definieras

enligt arbetsuppgifter. Behandling och visning av registeruppgifter övervakas och kontrolleras med hjälp av användarloggar.

Klient en ombeds ge tillstånd för användning av elektroniska recepttjänster och för att begära patientuppgifter från andra tjänsteleverantörer. Ett konto öppnas för klient en på samarbetsapoteket (skriftligt avtal). Klient en ombeds ge fullmakt till apoteket för att använda e-receptcentralen och om möjligt ingås ett dosdistributionsavtal. Klient en ombeds också ge tillstånd för att publicera deras bilder på enhetens sociala mediekonaler. Andra personuppgifter om klient er, såsom hyresavtal och läkemedelslistor, förvaras i låsta skåp.

Anställda är skyldiga att hålla 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 varje år Navisec informationssäkerhetstest. Chefen och informationssäkerhetsansvarig övervakar att alla har genomfört och godkänt testet.

Namn och kontaktuppgifter till dataskyddsombudet:

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

Chef ansvarig för hantering av klientuppgifter i enlighet med 7 § i klient datalagen:

Camilla Söderström, förvaltningschef 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 samlas in från klient er bland annat under boendemöten. Boende och anhöriga har möjlighet att kontinuerligt ge feedback på serviceenhetens tjänster, även anonymt. Feedback om medarbetarnas välbefinnande samlas in bland annat genom en arbetsvälmåendefråga. Varje medarbetare har en årlig utvecklingsdiskussion med sin chef, och genom dessa samtal får chefen feedback från medarbetarna. Feedback från studenter samlas in om praktikperioder genom en enhetlig elektronisk feedback. Feedback beaktas och behandlas i gemensamma möten och alla förbättringar och/eller förändringar registreras 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

Riskhanteringen i enheten ansvarar chefen för. Chefen ansvarar för att introducera personalen i 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 hotar klient - och patientsäkerheten är utgångspunkten för egenkontrollplanen och genomförandet av egenkontrollen. 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 klient ens perspektiv. Som en del av genomförandet av riskhanteringen dokumenteras, analyseras, rapporteras och genomförs korrigerande åtgärder för genomförda skadehändelser.

De viktigaste riskerna för klient - och patientsäkerheten är fall och fallolyckor, fel i läkemedelsbehandling och att personer med minnessjukdomar lämnar servicehemmet utan tillstånd. Andra potentiella risker kan uppstå till exempel på grund av otillräcklig personaldimensionering eller organisationskultur, till exempel risker kan uppstå på grund av obefogade begränsningar av klient ens självbestämmanderätt, fysiska miljön (t.ex. problem med tillgänglighet och lämplighet av lokaler eller svåransvänd 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 klient er 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

HaiPro riskbedömningsprogram används som ett verktyg i det dagliga arbetet. Det används för att dokumentera risk- och nära ögat-situationer relaterade till patientsäkerhet. Fallen behandlas internt i enheten och allvarliga situationer förs alltid vidare 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 inom 14 dagar efter händelsen. Akuta händelser omedelbart.

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

SPro, anmälan om missförhållanden inom socialt arbete. Socialvårdslagen ålägger personalen inom socialvården att rapportera observerade missförhållanden eller hot om missförhållanden som äventyrar klient ens socialvård eller klientsäkerhet. Den ansvariga chefen som mottar anmälan ska inleda åtgärder för att avlägsna missförhållandet eller hotet, och om detta inte görs ska anmälaren rapportera ärendet till regionförvaltningsverket.

Förfrågningar från tillsynsmyndigheter besvaras inom den tid som anges i förfrågan. Enhetens verksamhet följer de anvisningar och beslut som utfärdats av tillsynsmyndigheterna.

Med hjälp av gjorda anmälningar planeras och utvecklas åtgärder för att minimera risker tillsammans med personalen. Anmälningarna går igenom tillsammans med personalen och vikten av att göra anmälningar diskuteras. 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 är skyldig 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 på personalmöten. Tillsammans funderar vi på sätt att minska och/eller förebygga händelser ur ett riskhanteringsperspektiv. Arbetsolyckor rapporteras till försäkringsbolaget och vid behov samarbetar vi nära med arbetarskyddschefen. Allvarliga avvikelser behandlas alltid igenom med serviceansvarig och arbetarskyddschefen.

Riskhanteringens effektivitet övervakas och utvärderas alltid i samband med regelbunden riskbedömning. På Östra Nylands välfärdsområdes intranät finns utbildningsvideor om hur man gör anmälningar och det är personalens ansvar 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 anställda är uppdaterade och utbildade efter behov. Olika utbildningar stödjer personalens kompetens i risksituationer.

Andra bedömningar, såsom boendes RAI-bedömning, medarbetarsamtal och arbetsvälmåendebedömningar, stödjer också medarbetarna i att identifiera och bedöma risker. Enhetens medarbetare har eget ansvar att bekanta sig med anvisningarna för att göra HaiPro-anmälningar och att upprätthålla sin egen kompetens. Att följa hygienanvisningar och infektionskontroll är en del av riskhanteringen.

1.5.4 Köptjänster och underleverans

Östra Nylands välfärdsområde säkerställer uppföljningen av underleverantörernas egenkontroll och riskhantering.

Städtjänster ansvarar för renhållningen av alla enheter inom Östra Nylands välfärdsområde. Måltidstjänsten ansvarar för matlagning, transport och näringsplanering.

Tjänster och leverantörer som köps in som underleverans:

Måltidstjänst: Maten levereras från köket på Mäntyrinne

Servicecenter HUS-logistik/lagerhantering

HPK-tjänster

Vårdarsamtalssystem: Loihde Trust

Städning: L&T Oy

Tvättservice för linne och personalens kläder: Comforta textilservice, personalens kläder Elis Textile Service Oy

Läkarservice: Terveystalo

Arbetshälsovård: Mehiläinen

Vikarietjänster: Tempore Onvire

Inhyrda vårdare: Vårdare från företag enligt upphandlingsavtal

Kontroll och underhåll av hjälpmedel: Allumedical

Maskinell dosdispensering av läkemedel: Mäntsälän Ykkösapteekki

Transport av avlidna: Begravningsbyrå Calla

Fastighetsunderhållstjänster: Mörskom kommun

Bevakningstjänster: Orimattila Bevakningscentral

Tjänsteleverantören som ansvarar för tjänstehelheten ansvarar för kvaliteten på de tjänster som tillhandahålls som underleverans.

1.5.5 Beredskaps- och kontinuitetshantering

Östra Nylands välfärdsområde arbetar med en gemensam beredskaps- och kontinuitetshanteringsprocess. Välfärdsområdets beredskapsplan innehåller beskrivningar av beredskap och beredskapsplan samt handlingsanvisningar för olika situationer. Störningar i normala förhållanden som kräver beredskap och förberedelser kan till exempel vara en epidemi, arbetsolycka eller våld, och för dessa finns separata anvisningar i servicehemmet. Beredskap och säkerhet i välfärdsområdet koordineras av enheten för beredskap och säkerhet under räddningstjänsten, som servicehemmet också samarbetar med, till exempel vid utarbetandet av beredskapskort.

Enheten har utrustning för nödsituationer, såsom vattenkannor, fick- och pannlampor, batterier och LED-ljus samt powerbank-batterier för att ladda

telefoner. Vid strömavbrott är man förberedd på både nedkyllning av inomhusluften (vinter) och uppvärmning av inomhusluften (sommar) med en reservgenerator som Mörskom kommun har, vilket säkerställer livshotande nödsituationer under eventuella längre strömavbrott i vissa utrymmen.

Lokalerna har persienner som hålls stängda vid värmeböljor, fönstren öppnas inte och ventileras inte genom dörrarna. Klienterna har tillgång till uppfriskande drycker och vid behov fylls vätskelistan i. Värmegränsen är 30 grader, men åtgärder vidtas förebyggande när temperaturen överstiger 27 grader. Inomhustemperaturen kan justeras med hjälp av luftvärmepumpar i dagrummen. Enhetens luftvärmepumpar rengörs och underhålls av fastighetsskötaren två gånger om året.

Dessutom finns strålskyddsanvisningar i räddningsplanmappen.

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

2.1 Verkställande

Egenkontrollplanen används som ett verktyg och speglar de praktiska åtgärderna i enheten. Man går egenkontrollplanen igenom på personalmöten varje gång planen har uppdaterats. Varje medarbetare har ansvar för att bekanta sig med egenkontrollplanen och arbeta i enlighet med den. Rapportering av egenkontrollplanen görs fyra gånger om året, vilket säkerställer att egenkontrollplanen följs och att upptäckta brister åtgärdas. På personalmöten går man rapporteringen av egenkontrollplanen igenom för att säkerställa personalens kompetens och engagemang i att kontinuerligt arbeta enligt egenkontrollplanen. Egenkontrollplanen hålls synlig på enhetens anslagstavla 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: Päivi Aaltonen

Titel: Chef

Datum: 8.12.2025

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

Namn: Päivi Aaltonen

Titel: Chef