



## Plan för egenkontroll

Onninkodit

7.3.2025

## 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.....	6
1.4.4 Behandling av anmärkningar.....	8
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.....	11
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.....	16
2 Verkställande, publicering, uppföljning av genomförandet och uppdatering av planen för egenkontroll.....	17
2.1 Verkställande.....	17
2.2 Publicering, uppföljning av genomförandet och uppdatering.....	17
3 Författare och datum för planen för egenkontroll.....	18
4 Person som ansvarar för utvecklande och uppdaterande av planen för egenkontroll.....	18

# 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: Onninkodit, puh. 040 535 6768

Adresserna till tjänsteenhetens serviceställen: Onnintie 3, 07560 Pukkila

Tjänsteenhetens ansvarspersonens eller tjänsternas ansvarspersonernas namn och kontaktuppgifter: Soili Kosola, chef, p. 040 528 3857, soili.kosola@itauusimaa.fi

## 1.3 Tjänster, verksamhetsidé och principer

Onninkodit är ett dygnet runt-serviceboende som huvudsakligen erbjuder tjänster för äldre. Servicehemmet har 19 dygnet runt-serviceboendeplatser. Målet är att erbjuda god, säker, professionell vård som upprätthåller boendes funktionsförmåga. Verksamhetsidén för dygnet runt-vården är god och säker vård. Tjänsterna genomförs enligt individuella behov i samarbete med boende, anhöriga och andra aktörer. Tjänsten är klientorienterad och tvärprofessionell. Boendes funktionsförmåga stöds med ett rehabiliterande arbetssätt som värnar om boendes livskvalitet. De värden som styr enhetens verksamhet är respekt för boendes självbestämmanderätt, jämlik behandling och rättvisa.

Verksamhet som stöder välbefinnande, hälsa och upprätthållande av funktionsförmåga:

- Att möjliggöra en vanlig, aktiv och meningsfull vardag.
- Möjlighet till fritidsaktiviteter i enheten.
- Klienterna kan själva påverka vardagens innehåll.
- Regelbundna utomhusvistelser möjliggörs så ofta som möjligt beroende på klienternas resurser samt hjälp från anhöriga och frivilliga.
- Samarbete med anhöriga.
- Samarbete med skolor och daghem.
- Möjlighet att delta i kulturella evenemang.
- En veckoplan upprättas i enheten, enligt vilken olika dagliga aktiviteter genomförs.

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

Klienternas fysiska, psykiska, kognitiva och sociala funktionsförmåga samt välbefinnande följs upp och utvärderas i samband med dagliga aktiviteter. Dokumentering görs i patientdatasystemet. Olika mätmetoder används för att bedöma välbefinnandet (RAI, Frat, vikt, blodtryck, puls, blodsocker).

Näring och matservice i enheten:

- Regelbundna måltidstider (frukost, lunch, eftermiddagskaffe, middag, kvällsmål).
- Möjlighet till extra mat och mellanmål, även på natten.
- Specialdieter, allergier och matens konsistens beaktas och meddelas till köket, även mellanmål beaktar specialdieter. Också 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 strävar efter att vara högst 11 timmar.
- Vid behov används hjälpmedel, uppföljningsformulär eller vätskelista.
- Viktuppföljning månadsvis och MNA-uppföljning halvårsvis, vid behov oftare.

Maten kommer färdiglagad från Mäntyrinte servicecenter i Askola. Alla anställda med tillsvidareanställning har hygienpass.

Hygienrutiner i enheten och infektionskontroll:

Enheten har en hygienansvarig som regelbundet deltar i utbildningar och vägleder personalen. Varje anställd är skyldig att följa de givna anvisningarna. En städare städar klienternas rum och gemensamma utrymmen varje vardag. Varje vårdare ser till att rummet är städigt när de lämnar det. Vårdarna får lämplig introduktion, vägledning och utbildning vid behov.

Tvätteriservice Puro sköter lakanstvädden. På Onninkoti tvättas klienternas egna kläder av vårdarna.

Vid epidemisituationer går arbetsmetoder och anvisningar igenom med personalen. Enheten har skyddsutrustning redo för epidemier.

Regelbundet samarbete med välfärdsområdets hygienansvarig samt besök av hygienansvarig i enheten (diskussion och utbildning) säkerställer en god hygiennivå.

Hygienansvarig i Östra Nylands välfärdsområde:

Marita Nyholm, [marita.nyholm@itauusimaa.fi](mailto:marita.nyholm@itauusimaa.fi)

Enhetens hygienansvariga: Sjukskötare Minna Anttila,

[minna.anttila@itauusimaa.fi](mailto:minna.anttila@itauusimaa.fi), chef Soili Kosola, [soili.kosola@itauusimaa.fi](mailto:soili.kosola@itauusimaa.fi)

Hälso- och sjukvård i enheten:

Hela personalen i enheten ansvarar för klienternas hälso- och sjukvård.

- Klienternas tandundersökning och nödvändiga åtgärder utförs på Askola hälsostation.
- Utöver inskrivningsundersökningen erbjuds årliga kontroller till klienterna.
- Sjukskötaren ansvarar för att ta årliga och andra kontrollprover från klienterna och gå igenom resultaten med läkaren samt följa klientens hälsotillstånd i samarbete med övrig personal.
- Läkaren ordinerar nödvändiga undersökningar.
- Sjukskötarna har rätt att ordinera grundläggande blodprover för att utreda klientens hälsotillstånd och göra mindre justeringar i insulindoseringen. Läkaren ordinerar vid behov ytterligare undersökningar.
- Laborieprover tas en gång i veckan på torsdagar. Vid behov av akuta prover avtalas separat med läkaren. Resultaten dokumenteras i LifeCare-patientdatasystemet.
- Klientens hälsa, funktionsförmåga och välbefinnande följs upp vid förändringar i hälsotillståndet eller minst två gånger om året med RAI-bedömning, mellanbedömning och bedömning av näringstillståndet.
- Uppföljning av hälsotillståndet och främjande av hälsa ingår i de dagliga uppgifterna för alla som gör vårdarbete.
- Enhetens läkartjänster ansvaras av Terveystalo Oy.
- Läkaren besöker enheten en gång varannan månad. Den egna läkaren kan konsulteras per telefon under vardagar under kontorstid.
- På kvällar, nätter och helger är det möjligt att konsultera Terveystalos jourläkare och Mobila Sjukhuset (LiiSa).
- Enhetens sjukskötare arbetar på vardagar.
- Vid dödsfall och palliativ vård finns separata anvisningar.

Läkemedelsbehandling:

Enheten har utsett ansvariga för läkemedelsbehandling. Vårdare som utför läkemedelsbehandling har giltiga läkemedelslov och enhetsspecifika läkemedelskompetensprov. Kompetensproven och läkemedelsloven godkänns av den ledande läkaren. Läkemedelsbehandling utförs enligt läkemedelsplanen och enhetens egna B-läkemedelsplan.

## 1.4 Klient- och patientsäkerhet

### 1.4.1 Kvalitetsmässiga krav på servicen

Kvalitetskrav för tjänster Social- och hälsovårdstjänsterna ska vara av hög kvalitet, klientcentrerade, 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 att säkerställa och utveckla kvaliteten. Genom egenkontroll säkerställs att invånarna i välfärdsområdet får de nödvändiga tjänsterna enligt grundläggande rättigheter. Viktiga aspekter av tjänsterna är rätt tidpunkt, jämlikhet, tillgänglighet, säkerhet

och kvalitet. Egenkontroll baseras på kunskap och är en del av kunskapsbaserad ledning. Det är en del av organisationens dagliga verksamhet och tillhör varje anställd. Klientsäkerheten säkerställs genom att följa egenkontroll-, läkemedelsbehandlings-, räddnings- och brandskyddsplaner samt genom att identifiera risker som hotar klientsäkerheten. En god introduktion av nya anställda ökar klientsäkerheten.

### **1.4.2 Ansvar för tjänsternas kvalitet**

Ansvar för tjänsternas kvalitet och upprättande av egenkontrollplanen ligger hos enhetens chef Soili Kosola, soili.kosola@itauusimaa.fi, tel. 040 528 3857. Egenkontrollplanen har utarbetats tillsammans med enhetens chef och personalen. Planen granskas vid veckomöten, där personalen kan påverka innehållet. Enligt tillsynslagen (741/2023) leder och övervakar enhetens ansvarsperson tjänsteverksamheten och dess kvalitet. Detta genomförs genom uppföljning av HaiPro-rapporter, nöjdhetsenkäter till anhöriga och boende, riskhantering samt genom att lyssna på boendes önskemål. Personalen lyfter fram kvalitetsavvikelser som observerats i det praktiska vårdarbetet, till exempel vid veckomöten.

Välfärdsområdet har en tillsyns- och kvalitetsenhet som ansvarar för att genomföra styrnings- och tillsynsbesök tillsammans med ansvarsområdet. Den ansvariga personen för tjänsteområdet leder den tjänsteverksamhet som hör till ansvarsområdet och övervakar att boendeservicen 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 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 kvaliteten genom att följa upp personalens introduktion, utbildning, olika tillstånd och deras giltighet samt personalens arbete. Dessutom följer chefen upp den feedback som erhålls från klienter, anhöriga och arbetsgemenskapen. Kvalitet och säkerhet övervakas också genom HaiPro-, SPro- och WPro-rapporter med syftet att utveckla verksamheten och minimera risker och brister. Östra Nylands välfärdsområde använder Laatuportti. I kvalitetsarbetet används SHQS-standarderna. Enheten har en utsedd kvalitetsansvarig som tillsammans med chefen ansvarar för självutvärderingen.

### **1.4.3 Klientens och patientens ställning och rättigheter**

Klientens tillgång till tjänster och vård för klienterna säkerställs genom tvärprofessionellt samarbete med andra yrkesverksamma. I serviceenheten säkerställs boendes rätt till information och delaktighet genom att regelbundet hålla boendemöten där boende kan delta i planeringen, beslutsfattandet och genomförandet av tjänsterna.

## **Genomförandeplan för tjänster**

Genomförandeplanen för tjänsterna regleras i 7 § i lagen om ställningen och rättigheterna för klienter inom socialvården. Behovet av vård och tjänster dokumenteras i boendes personliga plan för daglig vård, tjänster eller rehabilitering, som uppdateras vid förändringar i boendes situation. Planens mål är att hjälpa boende att uppnå de mål som ställts för livskvalitet och rehabilitering.

Vårdplanen och serviceplanen utarbetas under den första månaden på boendet. Vård- och serviceplanen utarbetas av den egenvårdaren och sjukskötaren i samförstånd med boende och deras anhöriga. Planerna dokumenteras i Lifecare-patientdatasystemet och uppdateras alltid i samband med RAI-bedömningar minst halvårsvis, samt vid behov.

Det primära ansvaret för att utarbeta, uppdatera och utvärdera vårdplanen ligger hos egenvårdaren och enhetens sjukskötare. Varje vårdare har dock en skyldighet att säkerställa att boendes vårdplan är korrekt och att uppdatera den vid behov. Boendes funktionsförmåga bedöms med RAI-verktyget inom en månad efter flytten till vårdenheten. RAI-sverktyget stödjer utarbetandet av vårdplanen. Läkaren diskuterar med boende och/eller deras anhöriga om vårdviljan för livets slutskede. Uppgifterna dokumenteras i patientdatasystemet.

## **Säkerställande av klientens behandling och självbestämmanderätt**

En klient inom socialvården har rätt till god socialvård och god behandling utan diskriminering. Klienten ska behandlas med respekt för sin människovärdighet, övertygelse och integritet. Inom socialvårdens tjänster 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 planeringen och genomförandet av tjänsterna.

Självbestämmanderätt är en grundläggande rättighet för alla, som består av rätten till personlig frihet, integritet och säkerhet. Den är nära kopplad till rättigheterna till integritet och skydd av privatlivet. Personlig frihet skyddar inte bara individens fysiska frihet utan även 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 klädsel, aktiviteter och hobbyer. Tidigare vanor diskuteras med boendes anhöriga, särskilt i situationer där boende inte kan uttrycka sina önskemål. Önskemål och preferenser dokumenteras i genomförandeplanen för tjänsterna så att informationen når de ansvariga för vården. Dessa diskuteras regelbundet så att boende har möjlighet att ändra sina preferenser. Om boende inte förstår sitt eget hälsotillstånd och vårdbehov, 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 boendes välbefinnande och funktionsförmåga dokumenteras i klientdatasystemet. Dokumenteringens innehåll beskriver och bedömer boendes funktionsförmåga, resurser och överlevnad i förhållande till de uppsatta vårdmålen och de valda vårdmetoderna.

Boendes tillfredsställelse med vården följs upp, deras åsikter efterfrågas och dokumenteras i deras handlingar.

Inom socialvården kan självbestämmanderätten begränsas endast när boendes 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 individens värdighet. Begränsningsåtgärder dokumenteras i klienthandlingarna. Begränsningsåtgärder är tidsbegränsade. Begränsningar används endast för att säkerställa boendes egen säkerhet eller säkerheten för andra boende. Begränsningar diskuteras alltid med boende och anhöriga, och beslutet om användning av begränsningar fattas av den ansvariga läkaren. För patientsäkerhet kan begränsningar användas, och tillståndet dokumenteras i patientdatasystemet. Begränsningar som kan användas inkluderar grenbälte och hygienoverall. Sänggrindar används vid behov för att förhindra och förebygga fall ur sängen eller rörelse, när boende inte kan röra sig säkert på egen hand. Utgångar hålls vanligtvis låsta och är larmade för att förhindra olyckor. När begränsningar är i bruk övervakas boendes välbefinnande regelbundet. Om begränsningar inte genomförs dokumenteras detta i Lifecare om boende eller anhöriga inte ger sitt samtycke till nödvändiga begränsningar.

Boendes välbefinnande är utgångspunkten för alla mål och verksamheter. Vårdarbetet och arbetsmetoderna 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.

Boendes och deras anhörigas åsikter respekteras och önskemål försöks uppfyllas med hänsyn till vårdsäkerhet, arbetstagarnas säkerhet och boendes jämlikhet. Att ta hänsyn till boendes och deras anhörigas åsikter är en väsentlig del av utvecklingen av tjänsternas innehåll, kvalitet, klientsäkerhet och egenkontroll. Vi upprätthåller en öppen diskussionskultur. Vi uppmuntrar boende och deras anhöriga att uttrycka sina åsikter om den givna vården och utrymmena. Feedback kan ges kontinuerligt. Professionell och kunnig personal känner boende väl, vilket möjliggör individuell vård.

Boendes olämpliga eller kränkande behandling accepteras inte. Eventuellt olämpligt beteende hanteras med den berörda medarbetaren och vid behov vidtas arbetsledningsåtgärder. Personalen dokumenterar de observerade problemen och avvikelserna i HaiPro/Spro och informerar chefen eller dennes ställföreträdare om situationen kräver omedelbar åtgärd. Vid behov informeras högre ledning.

Olämplig behandling, skadliga händelser och farliga situationer tas upp öppet med boende och deras anhöriga. Beroende på ärendet och situationen sker detta via telefon eller genom att arrangera ett möte. Problem hanteras omedelbart mellan de berörda parterna.

#### **1.4.4 Behandling av anmärkningar**

Klientens rättsskydd

En klient som är missnöjd med kvaliteten på tjänsten eller bemötandet har rätt att göra en anmärkning till ansvarspersonen för enheten eller till en ledande tjänsteman. Anmärkningen kan vid behov också göras av klientens lagliga företrädare, anhörig eller närstående. Mottagaren av anmärkningen ska behandla ärendet och ge ett skriftligt, motiverat svar inom rimlig tid.

Blanketten för att göra en anmärkning finns på organisationens webbplats. Blanketten 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 han/hon erbjuder:

Social- och patientombudsman

Anette Karlsson

Tel. 0405142535

E-post: anette.karlsson@itauusimaa.fi

Du kan kontakta social- och patientombudsmannen:

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

En klient inom socialvården har rätt att få socialvård av god kvalitet och gott bemötande utan diskriminering. Klienten kan kontakta socialombudsmannen om han/hon är missnöjd med den service eller det bemötande han/hon fått inom socialtjänsten. Socialombudsmannen betjänar invånare i Östra Nylands välfärdsområde.

Anmärkningar, klagomål och andra tillsynsbeslut tas alltid på allvar inom enheten. Missförhållanden rättas till eller verksamheten ändras/utvecklas.

### **1.4.5 Personal**

Vårdpersonalen består av arbetstagare som utför vårduppgifter (sjukskötare, närvårdare, omsorgsassistent). Städning, matservice, tvättservice och fastighetsskötsel har sin egen personal eller så köps tjänsten in som underentreprenad. Enligt personalplanen arbetar 1 chef, 1 sjukskötare, 10 närvårdare och 3 omsorgsassistenterna i enheten. Vårdpersonalens arbete är treskiftsarbete. På vardagar är en sjukskötare på plats varje dag. På morgonskiftet arbetar 4-5 vårdare, på kvällsskiftet 4 vårdare och på nattsiftet 1 vårdare.

Enheten har dagligen samma antal boende, enligt vilket arbetsscheman har planerats så att dimensioneringen uppfylls. Till alla arbetsskift planeras tillräckligt med utbildad och läkemedelsbehörig personal. I första hand försöker man få

bekanta vikarier som känner till enheten och dess boende. Kortvariga vikarier försöker man i första hand få via rekryteringsföretaget Tempore. För längre vikariat försöker vi rekrytera själva, men vid behov används även inhyrd arbetskraft.

Nya arbetstagares yrkesrättigheter och lämplig utbildning kontrolleras i JulkiTerhikki före anställningens början och alltid i samband med förnyandet av läkemedelslov. Nya arbetstagares tillräckliga kompetens och yrkesskicklighet samt språkkunskaper säkerställs alltid under rekryteringsprocessen. I lagen om yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården föreskrivs om arbetstagares skyldighet att upprätthålla sin yrkeskompetens och arbetsgivares skyldighet att möjliggöra arbetstagares fortbildning.

Enhetens chef ser till att personalen har genomgått de utbildningar som är nödvändiga för enhetens verksamhet, t.ex. första hjälpen-utbildning och hygienpass. Läkemedelskompetensen säkerställs genom skriftliga prov vart femte år, varefter kompetensen säkerställs ytterligare genom praktiska prov.

Enhetens vård- och omsorgspersonal introduceras till klientarbete, hantering av klientuppgifter och dataskydd, klientsäkerhet samt genomförande av egenkontroll. Detsamma gäller även studerande som arbetar i enheten och de som återvänder efter en längre frånvaro från arbetsuppgifterna.

En erfaren vårdare introducerar en ny arbetstagare i cirka tre dagar och på morgon- och kvällsskift. Nattpass görs av den nya arbetstagaren först efter några månader, när han/hon har bekantat sig med arbetsplatsens rutiner och boende. Egenkontrollplanen är en del av introduktionsplanen.

När tillräcklig kompetens hos en närvårdar- eller omsorgsassistentstuderande har säkerställts kan han/hon utföra vårduppgifter. Studerande räknas in i den direkta vårdpersonaldimensioneringen enligt äldreomsorgslagen från början av sina studier i den mån som studerande deltar i att assistera klienten och upprätthålla den sociala funktionsförmågan. En sjukskötarestuderande kan fungera som sjukskötarvikarie när han/hon har 140 studiepoäng. Studerande kan dock inte arbeta ensam på ett arbetsskift.

Nya arbetstagare ska före mottagandet av en tillsvidareanställning eller ett vikariat som varar längre än tre månader uppvisa ett straffregisterutdrag enligt lagen om övervakning av social- och hälsovården (741/2023).

Välfrädsområdet har en modell för aktivt stöd som stöder arbetstagarens arbetsförmåga och ork i arbetet samt gör det möjligt att ingripa i eventuella problem i ett tidigt skede.

#### **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 klienternas funktionsförmåga och hjälpbehov, tjänstestruktur samt faktorer

relaterade till personal och arbetsorganisation. Den lagstadgade minimidimensioneringen av personal är för närvarande 0,65 vårdpersonal per klient/dygn. Dimensioneringsberäkningen görs i ett Excel-ark för varje 3-veckors genomförda arbetsschema och två gånger om året enligt THL:s uppföljning av dimensioneringen enligt äldreomsorgslagen.

Om vårdbehovet för de boende tillfälligt ökar, reagerar vi i första hand med de resurser som finns tillgängliga, vid behov även 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 socialvårdslagen § 41 föreskrivs om multidisciplinärt samarbete för att ordna en servicehelhet som motsvarar klientens behov.

Kontakt hålls med andra social- och hälsovårdstjänsteleverantörer (t.ex. Borgå sjukhus, hälsocentral, tandvård, servicehandledning, minnesskötare, rehabiliteringsskötare, laboratorium, privata tandläkare) enligt de boendes behov och med deras tillstånd. Kontakt hålls antingen per telefon, e-post eller via patientdatasystemet. Enhetens sjuksköterskor har också tillgång till Navitas. Tjänsteleverantörerna kommer antingen till klienten i enheten eller så hjälper man de boende till tjänsteleverantören.

#### **1.4.8 Lokaler och utrustning**

Lokalerna i Onninkoti består av 13 st 24 m<sup>2</sup> enkelrum, 5 st 38-40 m<sup>2</sup> tvåor (sovrum, kombinerat kök och vardagsrum) samt 1 st 36 m<sup>2</sup> tvåa. Alla rum har egna WC- och duschutrymmen. Enheten ansvarar för att de boende har säng, nattduksbord och brandsäkra textilier (gardiner) i sina rum. I övrigt kan de boende, med hjälp av anhöriga, möblera sina rum som de vill, t.ex. med egna möbler och saker. Rummet är endast för den boendes eget bruk hela tiden. Onninkoti har två dagrum samt ett mindre hallutrymme. Det finns tre terrasser i vår enhet (totalt 210 m<sup>2</sup>) samt en utomhusträdgård. Alla gemensamma utrymmen och utomhusområden är fritt tillgängliga för alla boende, anhöriga och besökare. Onninkoti har en egen bastu. Vårldscntret Onni/Onninkoti har fjärrvärme. Upptäckta brister i fastigheten rapporteras till Pukkila kommun via ett QR-kodsystem. Myrskylä tekniska avdelning ansvarar för fastighetsunderhållet på uppdrag av Pukkila kommun. En utrymningssäkerhetsinspektion utförd av Östra Nylands räddningsverk genomfördes på Vårldscntret Onni/Onninkoti den 23.8.2023.

#### **1.4.9 Medicintekniska produkter, informationssystem och användning av teknik**

I servicehemmet säkerställs att kraven i lagen om medicintekniska produkter följs genom att följa anvisningarna från Östra Nylands vårldsområde och aktivt delta i nätverket för medicintekniskt ansvariga i Östra Nylands vårldsområde. Det är arbetstagarens ansvar att informera chefen om brister i kompetensen eller problem relaterade till användningen av medicintekniska produkter. Chefen

säkerställer introduktion och utbildning i användning av utrustning samt bedömer säkerheten och säkerställandet av denna tillsammans med arbetsgemenskapen och samarbetspartner. Ledningen ansvarar för att lagstadgade krav följs på olika nivåer i organisationen och i tjänsten. Chefen ansvarar för säker användning av medicintekniska produkter i enheten. Enheten har också utsett ansvariga för medicintekniska produkter, sjukskötare Minna Anttila och chef Soili Kosola, som ansvarar för säkerheten av medicintekniska produkter.

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 arbetstagares ansvar att rapportera eventuella brister eller problem relaterade till användningen av medicintekniska produkter. 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](mailto: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 anvisningar om användning av datasystem och teknik, som alla uppfyller de väsentliga kraven i klientuppgiftslagen och motsvarar tjänsteleverantörens verksamhet. Enheten följer också Östra Nylands välfärdsområdes informationssäkerhetsplan. Personal inom Östra Nylands välfärdsområde utbildas regelbundet i användning av datasystem. Östra Nylands välfärdsområdes digitala tjänster stöder enheten i användningen av datasystem och teknik. 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 webbplats. Enhetens chef ansvarar för att de saker som skrivits in i informationssäkerhetsplanen genomförs och varje anställd ansvarar för att följa informationssäkerhetsanvisningarna.

Enheten använder Wanderbilt larmssystem. Boende har tillgång till ett trygghetslarmssystem. Enheten har ett automatiskt brandlarmssystem och ett automatiskt släcksystem samt regelbunden inspektion och underhåll av fastighetsägaren. Utgångsdörrarna är låsta av säkerhetsskäl. Boende har trygghetsarmband som larmar till en mottagare som vårdaren bär med sig. Underhåll och kalibrering av utrustningen utförs årligen enligt tillverkarens anvisningar. Vid fel och funktionsstörningar kontaktar personalen företaget som underhåller larmssystemet. Det är möjligt att kontakta Securitas bevakningsföretag, särskilt på natten, om det uppstår störningar i serviceboendets utomhus- eller inomhusområden och det inte är nödvändigt att larma polisen.

**Tillförlitlighet av tillträdeskontroll till läkemedelsrummet och dörrarnas tillträdeskontroll:** Wanderbilt 02-4151234, sjukskötare Minna Anttila 040 351 8695, serviceboendets chef Soili Kosola 040 528 3857.

Vid störningar i datasystemet finns en grundinformationsblankett, läkemedelslista, förutseende vårdplan eller årlig kontrolltext utskrivna i enheten.

#### **1.4.10 Plan för läkemedelsbehandling**

Välfärdsområdets läkemedelsplan uppdaterades 06/2024. Välfärdsområdets läkemedelsplan utarbetas av vårdchefen och enhetens chef ansvarar för god introduktion av personalen. Enhetens chef ansvarar för att läkemedelsbehandlingen är korrekt och att läkemedelsplanen genomförs och följs upp i serviceenheten, med stöd av enhetens sjukskötare. Enheten har ett begränsat läkemedelsförråd för socialvårdens serviceboende, för vilket tillstånd har sökts från regionförvaltningsverket och som ansvaras av enhetens sjukskötare Minna Anttila och chefen, med Soili Kosola som ansvarig person.

Östra Nylands välfärdsområdes läkemedelsplan har utarbetats 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 sjuksköterskor har tillsammans utarbetat den enhetsspecifika läkemedelsplanen. Läkemedelsplanen har godkänts av överläkare Susanna Varilo. Ansvarig för enhetens begränsade läkemedelsförråd är sjukskötare Minna Anttila, chef Soili Kosola.

#### **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 är föreskriven 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 relevanta och tillräckliga i varje enskilt fall. THL har styrt dokumentationen 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 hanteras av personer som deltar i klientns vård eller relaterade uppgifter inom den aktuella verksamhetsenheten. Anställda som använder datasystem har användarrättigheter definierade enligt arbetsuppgifter samt personliga användarnamn och lösenord. Hantering och granskning av registeruppgifter övervakas och kontrolleras med hjälp av användarloggar.

Tillstånd begärs från boende för användning av elektroniska recepttjänster och för att begära patientuppgifter från andra tjänsteleverantörer. Ett konto öppnas för boende hos samarbetsapoteket (skriftligt avtal). Tillstånd begärs från boende för apoteket att använda e-receptcentralen och om möjligt ingås ett dosdispenseringsavtal.

Tillstånd begärs också från boende för att publicera deras bilder på enhetens sociala mediekonkanaler.

Andra personuppgifter om boende, såsom hyresavtal och läkemedelslistor, förvaras i låsta skåp.

Anställda är skyldiga att iaktta sekretess och tystnadsplikt och de förbinder sig till detta genom att underteckna arbetssavtalet. Studenter undertecknar sekretess- och tystnadspliktsformulär. Sekretess och tystnadsplikt fortsätter även efter att anställningen eller praktikperioden har avslutats.

Personalen genomför varje år Navisec-säkerhetstestet. Chefen och dataskyddsansvarig följer upp att alla har genomfört och godkänt testet.

#### **Dataskyddsansvarigs namn och kontaktuppgifter**

Sebastian Ekblom

sebastian.ekblom@itauusimaa.fi eller tietosuojavastaava@itauusimaa.fi

Telefon: 0406204972

#### **Ansvarig chef för hantering av klientuppgifter och relaterade anvisningar enligt § 7 i klientuppgiftslagen**

Camilla Söderström, förvaltningschef

camilla.soderstrom1@itauusimaa.fi

Telefon: 0405539076

### **1.4.12 Beaktande av regelbundet insamlad respons och övrig respons**

Välfärdsområdet samlar regelbundet in feedback för att mäta och utveckla kvaliteten på tjänsterna. Feedback från de boende samlas bland annat in under boendemöten. Boende och anhöriga har möjlighet att kontinuerligt ge feedback om enhetens tjänster, även anonymt. Feedback om personalens välbefinnande samlas in bland annat genom en arbetsvälbefinnandeundersökning. Varje anställd har också ett årligt utvecklingssamtal med sin chef, där chefen får feedback från de anställda. Feedback från studenter samlas in om praktikperioder 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 i enheten. 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 identifiering av risker kan risker inte förebyggas och brister kan inte åtgärdas systematiskt. Egenkontroll bygger på riskhantering, där risker och potentiella hot mot tjänsten bedöms ur klientens perspektiv. Som en del av genomförandet av riskhantering dokumenteras, analyseras och rapporteras inträffade händelser och korrigerande åtgärder vidtas.

De centrala riskerna för klient- och patientsäkerheten är fall och fallolyckor, fel i läkemedelsbehandling samt att personer med minnessjukdomar lämnar servicehemmet på egen hand. Andra potentiella risker kan uppstå till exempel på grund av otillräcklig personaldimensionering eller organisationskultur, t.ex. risker kan uppstå på grund av obefogade begränsningar av klientens 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 diskussionsmiljö i arbetsgemenskapen, där både personal och klienter samt deras anhöriga vågar framföra sina iakttagelser om kvalitet och klientsäkerhet.

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

HaiPro-riskbedömningsprogrammet används som ett verktyg i det dagliga arbetet. Det används för att dokumentera farliga och nära ögat-situationer relaterade till patientsäkerhet. Fallen hanteras internt inom enheten och allvarliga situationer överförs alltid till högre ledning för behandling. Farliga och nära ögat-situationer som rör boende dokumenteras alltid i patientdatasystemet och vid behov konsulteras en läkare för vårdinstruktioner. HaiPro-rapporter hanteras omedelbart efter händelsen, dock senast 14 dagar efter händelsen. Akuta händelser hanteras omedelbart.

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

SPro, en rapport om missförhållanden inom socialt arbete. Socialvårdslagen ålägger personal inom socialvården att rapportera om observerade missförhållanden eller hot om missförhållanden som äventyrar klientens socialvård eller klientsäkerhet. Den ansvariga chefen som mottagit rapporten ska vidta åtgärder för att eliminera missförhållandet eller hotet om det, och om detta inte görs ska rapportören informera 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 de gjorda rapporterna planeras och utvecklas åtgärder tillsammans med personalen för att minimera riskerna. Rapporterna granskas tillsammans med personalen och vikten av att göra rapporter diskuteras. Personalen uppmuntras att göra rapporter med låg tröskel och inga repressalier får riktas mot rapportören.

Räddningsplanen är en viktig del av riskhanteringen och varje anställd 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-rapporter upp av chefen så snabbt som möjligt. Risker, kvalitetsavvikelser och farliga situationer rapporteras noggrant och händelsevis. Risker, kvalitetsavvikelser och farliga situationer diskuteras i team och veckomöten. Tillsammans övervägs åtgärder för att minska och/eller förebygga händelser ur ett riskhanteringsperspektiv. Olyckor rapporteras till försäkringsbolaget och vid behov utförs ett nära samarbete med arbetarskyddschefen. Även allvarliga avvikelser granskas alltid tillsammans med serviceansvarig och arbetarskyddschefen. Riskhanteringsens effektivitet följs upp och utvärderas alltid i samband med regelbunden riskbedömning. På Östra Nylands välfärdsområdes intranät finns utbildningsvideor för att göra rapporter och det är varje anställds ansvar att bekanta sig med dessa. Bland personalen finns också utsedda ansvariga vårdare, till exempel hygienansvarig och ergonomiansvarig, som 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 stöder personalens kompetens i risksituationer.

Andra bedömningar, såsom RAI-bedömningar av boende, utvecklingssamtal med anställda och arbetsvälbefinnandevärderingar, stöder också anställda i att identifiera och bedöma risker. Enhetens anställda har eget ansvar att bekanta sig med anvisningarna för att göra HaiPro-rapporter och att upprätthålla sin egen kompetens. Att följa hygienanvisningar och infektionskontroll är en del av riskhanteringen.

Enheten har utsett en till två hygienansvariga vårdare som ansvarar för att hygienanvisningarna följs i enheten. De ansvarar också för att dessa följs upp. Hygienansvariga får ytterligare utbildning.

### **1.5.4 Köptjänster och underleverans**

Östra Nylands välfärdsområde säkerställer uppföljningen av underleverantörernas egenkontroll och riskhantering. Städningstjänsterna ansvarar för renhållningen av alla enheter inom Östra Nylands välfärdsområde. Matserviceenheten ansvarar för matlagning, transport och näringsplanering.

### **1.5.5 Beredskaps- och kontinuitetshantering**

Östra Nylands välfärdsområde arbetar med en gemensam process för beredskap och kontinuitetshantering. I välfärdsområdets beredskapsplan finns beskrivningar av beredskap och beredskapsplaner samt handlingsanvisningar för olika situationer. Störningar under normala förhållanden som kräver beredskap och förberedelser kan till exempel vara en epidemi, arbetsolycka eller våld, och för

dessa finns separata anvisningar i servicehemmen. Beredskap och säkerhet i välfärdsområdet koordineras av en beredskaps- och säkerhetsenhet under räddningsverket, som servicehemmen också samarbetar med, till exempel vid utarbetandet av beredskapskort.

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

Välfärdscentret Onni/Onninkoti har ett reservkraftsystem.

Inomhustemperaturen kan regleras med hjälp av luftvärmepumpar i Onninkoti. Fastighetsskötaren underhåller och rengör luftvärmepumparna. Enheten har värmeböljeanvisningar.

Onninkoti har en egen räddningsplanmapp som innehåller hela Välfärdscentret Onnis räddningsanvisningar för olika situationer.

Lokalerna har persienner som hålls stängda vid värmeböljor, fönstren öppnas inte och ventilation sker inte genom dörrarna. Boende har tillgång till uppfriskande drycker och vid behov fylls vätskelistor i. Värmeböljegränsen är 30 grader, men åtgärder vidtas förebyggande när temperaturen överstiger 27 grader.

## 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. Egenkontrollplanen går igenom vid enhetsmöten varje gång planen har uppdaterats. Varje anställd 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. Vid enhetsmöten går rapporteringen av egenkontrollplanen igenom för att säkerställa personalens kompetens och engagemang i att kontinuerligt arbeta enligt egenkontrollplanen. Den uppdaterade egenkontrollplanen finns på Östra Nylands välfärdsområdes webbplats. 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: Minna Anttila, Soili Kosola  
Titel: Sjukskötare, servicechef  
Datum: 4.12.2024

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

Namn: Soili Kosola  
Titel: Servicechef