



Plan för egenkontroll

Det goda livets hus Gråberg

3.2.2025

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.....	3
1.4.1 Kvalitetsmässiga krav på servicen.....	3
1.4.2 Ansvar för tjänsternas kvalitet.....	4
1.4.3 Klientens och patientens ställning och rättigheter.....	5
1.4.4 Behandling av anmärkningar.....	7
1.4.5 Personal.....	8
1.4.6 Uppföljning av tillräckligheten för den personal som deltar i klient- och patientarbetet.....	9
1.4.7 Sektorsövergripande samarbete och samordning av tjänster.....	9
1.4.8 Lokaler och utrustning.....	9
1.4.9 Medicintekniska produkter, informationssystem och användning av teknik.....	10
1.4.10 Plan för läkemedelsbehandling.....	11
1.4.11 Behandling av klient- och patientuppgifter och dataskydd.....	12
1.4.12 Beaktande av regelbundet insamlad respons och övrig respons.....	12
1.5 Egenkontrollens riskhantering.....	13
1.5.1 Ansvar för riskhantering, identifiering och bedömning av risker vid tjänsteenheten.....	13
1.5.2 Metoderna för riskhantering och behandlingen av missförhållanden och brister som framkommer i verksamheten.....	13
1.5.3 Uppföljning av och rapportering om riskhantering och säkerställande av kunskaper.....	14
1.5.4 Köptjänster och underleverans.....	15
1.5.5 Beredskaps- och kontinuitetshantering.....	15
2 Verkställande, publicering, uppföljning av genomförandet och uppdatering av planen för egenkontroll.....	16
2.1 Verkställande.....	16
2.2 Publicering, uppföljning av genomförandet och uppdatering.....	16
3 Författare och datum för planen för egenkontroll.....	16
4 Person som ansvarar för utvecklande och uppdaterande av planen för egenkontroll.....	16

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: Det goda livets hus Gråberg

Adresser till tjänsteenheten: Bankirvägen 8-10, 07900 Lovisa

Namn och kontaktuppgifter för den eller de personer som ansvarar för tjänsteenheten:

Frida Kristjankroon, frida.kristjankroon@itauusimaa.fi, 0440555871

1.3 Tjänster, verksamhetsidé och principer

Serviceboendeenheten Det goda livets hus Gråberg i Lovisa erbjuder serviceboende för äldre som behöver vård och omsorg dygnet runt. Enheten har 56 klientplatser. Den främsta uppgiften är att främja välbefinnande, ett så självständigt liv som möjligt samt god vård för äldre människor. Gråbergs verksamhetsprinciper bygger på jämlikhet, människocentrering, delaktighet, mod och ansvar, i enlighet med organisationens strategi och principerna i äldrepolitiken.

Verksamheten utgår från de äldres behov med fokus på att identifiera och utnyttja klientens egna resurser, involvera klienten och deras närstående i vårdbeslut som rör klienten, samt använda arbetsmetoder som främjar välbefinnande och hälsa, med betoning på klientens individualitet och självbestämmanderätt. Oavsett klienternas bakgrund, sjukdom, kultur, religion, förmögenhet eller vårdutmaningar behandlas och vårdas de jämlikt. Organisationen är tvåspråkig och i Gråberg vill man erbjuda vård och omsorg på klientens modersmål.

1.4 Klient- och patientsäkerhet

1.4.1 Kvalitetsmässiga krav på servicen

Social- och hälsovårdstjänsterna bör 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 tjänster som deras grundläggande rättigheter garanterar dem, i rätt tid, jämlikt och tillgängligt, av hög kvalitet och säkert. Egenkontroll baseras på kunskap, är en del av kunskapsbaserad ledning, organisationens dagliga verksamhet och varje medarbetares arbete.

Kvalitet och säkerhet övervakas genom HaiPro-, SPro- och WPro-rapporteringar, vars syfte är att utveckla verksamheten och minimera risker och brister. Tjänsternas kvalitet övervakas också genom att regelbundet samla in feedback från klienter och anhöriga. Östra Nylands välfärdsområde använder Laatuportti. I kvalitetsarbetet används SHQS-standarderna. Enheten har en utsedd kvalitetsansvarig som tillsammans med chefen ansvarar för självutvärdering.

Klient- och patientsäkerhet säkerställs genom att följa egenkontroll-, läkemedelsbehandlings-, räddnings- och brandsäkerhetsplaner samt genom att identifiera risker som hotar klient- och patientsäkerheten. 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

Enligt förvaltningsstadgan för Östra Nylands välfärdsområde godkänner områdesstyrelsen egenkontrollprogrammet. Utvecklings- och samarbetsnämnden övervakar genomförandet av välfärdsområdets kvalitetsprogram, styr klient- och patientsäkerhetsstrategin och främjar en enhetlig säkerhetskultur. Välfärdsområdets tillsyns- och kvalitetsenhet ansvarar för att genomföra styr- och tillsynsbesök tillsammans med ansvarsområdet.

Ansvar för enhetens tjänstekvalitet ligger hos enhetens chef. Enligt tillsynslagen (741/2023) leder enhetens ansvarsperson verksamheten och övervakar att tjänsterna uppfyller de föreskrivna kraven under hela den tiden tjänsterna tillhandahålls. Detta görs i praktiken genom att följa upp HaiPro-rapporteringar, klient- och anhörigenkäter, riskhantering samt genom att lyssna på klienternas önskemål. Enhetens chef övervakar också personalens introduktion, utbildning, olika tillstånd och deras giltighet samt personalens arbete.

Varje medarbetare är ansvarig för att rapportera en risk eller avvikelse som hotar klient- eller patientsäkerheten till chefen eller dennes ställföreträdare. Anmälningar görs via HaiPro-programmet. Regelbundna enhetsmöten gör det möjligt för

personalen att lyfta fram observerade kvalitetsavvikelser. Dessutom övervakar chefen också feedback från klienter, anhöriga och arbetsgemenskapen.

1.4.3 Klientens och patientens ställning och rättigheter

Klientens tillgång till tjänster och vård säkerställs genom mångprofessionellt samarbete med andra yrkesverksamma. I serviceenheten säkerställs klientens rätt till information och delaktighet genom att regelbundet anordna boendemöten där klienten ges möjlighet att delta i planeringen, beslutsfattandet och genomförandet av tjänsten. Enhetens händelser meddelas på enhetens anslagstavla.

Gott bemötande av klienten

En klient inom socialvården har rätt till socialvård av god kvalitet och till ett gott bemötande utan diskriminering. Klienten ska behandlas med respekt för sin värdighet, övertygelse och integritet. Inom socialvårdstjänsterna 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.

Klienternas och deras närståendes åsikter respekteras och deras önskemål försöks uppfyllas med hänsyn till vårdens säkerhet, vårdpersonalens arbetssäkerhet och klienternas jämlikhet. Att ta hänsyn till klienternas och deras närståendes åsikter är en väsentlig del av utvecklingen av tjänsternas innehåll, kvalitet, klientsäkerhet och egenkontroll. Vi upprätthåller en öppen diskussionskultur. Vi uppmuntrar klienter och deras anhöriga att uttrycka sina åsikter om den vård och de utrymmen som erbjuds. Feedback kan ges kontinuerligt. Kompetent och kunnig personal känner klienterna väl, vilket möjliggör individuell vård.

Osakligt eller kränkande bemötande av klienter accepteras inte. Osakligt bemötande, skadliga händelser och farliga situationer tas upp öppet med klienten och deras anhöriga. Beroende på ärendet och situationen hanteras det antingen per telefon eller genom att arrangera ett möte. Brister hanteras omedelbart mellan de berörda parterna och vid behov vidtas arbetsledningsåtgärder. Personalen gör en HaiPro/SPro-anmälan om observerade brister och avvikelser och informerar chefen eller dennes ställföreträdare om situationen kräver omedelbar åtgärd. Vid behov informeras högre ledningen om ärendet.

Säkerställande av klientens självbestämmanderätt

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 valfrihet och självbestämmanderätt. Klientens självbestämmanderätt respekteras både i dagliga och större beslut. Klienten har möjlighet att påverka sin dygnsrytm, matvanor och preferenser, dusch- och bastuönskemål, dagliga kläder, aktiviteter och hobbyer. Tidigare vanor diskuteras med klientens närstående, särskilt i situationer där klienten inte själv kan

uttrycka sina önskemål. Önskemål och preferenser dokumenteras i genomförandeplanen för servicen för att säkerställa 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 vårdbehov, fattar vårdaren besluten för klienten, och då utförs vårdåtgärder och omsorg alltid med respekt för klienten och med hjälp av den information som finns tillgänglig.

Genomförandet av vården samt bedömningar av klientens välbefinnande och funktionsförmåga dokumenteras i patientdatasystemet. 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 övervakas, deras åsikter efterfrågas och dokumenteras i deras akter.

Inom socialvården kan självbestämmanderätten begränsas endast när klientens eller andras hälsa eller säkerhet hotas och inga andra medel finns tillgängliga. Begränsningsåtgärder måste genomföras enligt principen om minsta begränsning och på ett säkert sätt med respekt för personens värdighet.

Begränsningsåtgärder dokumenteras i klientens akter. Begränsningsåtgärder är tidsbegränsade. Begränsningar används endast för att säkerställa klientens egen säkerhet eller säkerheten för andra klienter. Begränsningar diskuteras alltid med klienten och deras närstående, och beslutet om användning av begränsningar fattas av den ansvariga läkaren. Begränsningar som kan användas inkluderar grenbälte, hygienoverall och efter noggrant övervägande magnetbälte. Sänggrindar används vid behov för att förebygga och förhindra fall ur sängen eller rörelse på egen hand, när klienten inte kan röra sig säkert på egen hand. Utgångar och dörrar till trappor och balkonger hålls vanligtvis låsta och är larmade för att förhindra olyckor. När begränsningar är i bruk övervakas klientens tillstånd regelbundet, beroende på klienten och situationen. Om klienten eller närstående inte ger sitt samtycke till nödvändiga begränsningar och begränsningarna inte genomförs, dokumenteras detta i patientdatasystemet.

Genomförandeplan för service

Genomförandeplanen för service regleras i 7 § i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården. Behovet av vård och service dokumenteras 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.

Genomförandeplanen för service utarbetas för en ny klient under den första månaden. Klientens funktionsförmåga bedöms också med RAI-bedömningsinstrumentet inom en månad. RAI-bedömningsinstrumentet stöder utarbetandet av genomförandeplanen för service. En vård Diskussion hålls också med klienten och deras närstående under den första månaden, där klientens önskemål och mål för genomförandet av servicen diskuteras.

Genomförandeplanen för service utarbetas av egenvårdaren och sjukskötaren i samförstånd med klienten och deras närstående. Planerna dokumenteras i patientdatasystemet och uppdateras alltid i samband med RAI-bedömningar med 6 månaders mellanrum och vid behov. Klienternas individuella

genomförandeplaner för service styr vårdpersonalens dagliga arbete, och personalen är engagerad i att följa dem.

Ansvar för att utarbeta, uppdatera och utvärdera genomförandeplanen för service ligger i första hand hos klientens egenvårdare och enhetens sjukskötare. Varje vårdare har dock en skyldighet att säkerställa att klientens genomförandeplan för service är korrekt och uppdaterad vid behov. Läkaren diskuterar vårdviljan med klienten och/eller deras närstående angående livets slutskede, och informationen dokumenteras i patientdatasystemet.

Dokumentering 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. Dagliga anteckningar och andra observationer relaterade till välbefinnande dokumenteras i patientdatasystemet av vårdpersonalen under varje arbetspass.

Social- och patientombud

Som Östra Nylands välfärdsområdes social- och patientombud fungerar Anette Karlsson.

Ombudets telefontid är måndagar och torsdagar kl. 9-13.

Tfn. 0405142535

E-post: anette.karlsson@itauusimaa.fi

Social- och patientombudet

- ger patienter och klienter råd i frågor som gäller deras rättigheter
- informerar om klienters och patienters rättigheter
- följer hur klienternas och patienternas rättigheter tillgodoses inom välfärdsområdet
- hjälper och ger råd för hur anmärkningar och klagomål lämnas
- ger råd vid ändringssökande och i patientskadesituationer
- hjälper till att lösa konfliktsituationer

En klient inom socialvården har rätt att få socialvård av god kvalitet och bli behandlad väl utan diskriminering. Klienten kan kontakta en socialombudsman om hen är missnöjd med den service eller behandling hen fått inom socialtjänsten. Socialombudsmannen betjänar invånarna i Östra Nylands välfärdsområde.

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

1.4.4 Behandling av anmärkningar

En person som är missnöjd med kvaliteten på tjänsten eller den behandling som klienten fått har rätt att göra en anmärkning till ansvarspersonen för verksamhetsenheten eller till en ledande tjänsteman. Vid behov kan anmärkningen också göras av klientens lagliga representant, 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 Östra Nylands välfärdsområdes webbplats. Formuläret skickas till adressen Kirjaamo, Östra Nylands välfärdsområde, Mannerheimgatan 20 K, 3 vån. 06100 Borgå, eller till e-postadressen kirjaamo@itauusimaa.fi

1.4.5 Personal

Vårdpersonalen består av arbetstagare som utför vårduppgifter (sjukskötare, närvårdare, grundvårdare, omsorgsassistent) samt arbetstagare i stödjande uppgifter. Städning, matservice, tvättservice och fastighetsunderhåll har sin egen personal, eller så köps tjänsten in som underentreprenad. Enligt personalplanen för Gråbergs serviceenhet arbetar 1 chef, 1 teamansvarig, 4 sjukskötare, 34 närvårdare, 2,5 omsorgsassistenten och 1 vårdbiträde i enheten. Vårdpersonalen arbetar i treskift. På enheten strävar man efter att ha minst en sjukskötare i varje arbetsskift varje dag. På morgonskiftet arbetar minst 12 vårdare, på kvällsskiftet minst 8 och 2 nattvårdare i hela huset.

Enheten har dagligen samma antal klienter, vilket gör att arbetslistorna är planerade så att bemanningen uppfylls. Alla arbetsskift planeras med tillräckligt utbildad personal och personal med läkemedelslov. I första hand strävar man efter att få bekanta vikarier som känner till enheten och dess klienter. Korttidsvikarier 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 vid förnyelse av läkemedelsloven. Nya arbetstagares tillräckliga kompetens och yrkesskicklighet samt språkkunskaper säkerställs alltid under rekryteringsprocessen. I lagen om yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården föreskrivs det om arbetstagares skyldighet att upprätthålla sin yrkeskompetens och arbetsgivares skyldighet att möjliggöra fortbildning för arbetstagare.

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

Enhetens vård- och omsorgspersonal introduceras i klientarbete, hantering av klientuppgifter och dataskydd, klientsäkerhet samt genomförande av egenkontroll. Detsamma gäller för studerande som arbetar i enheten och för dem som återvänder efter en längre frånvaro. En erfaren vårdare introducerar en ny

arbetstagare i minst 3 dagar och under både morgon- och kvällsskift. Egenkontrollplanen är en del av introduktionsplanen.

När en närvårdar- eller omsorgsassistentstuderandes tillräckliga kompetens har säkerställts av chefen kan hen räknas in i den direkta vården. Studerande kan räknas in i den personaldimensionering som anges i äldreomsorgslagen från början av sina studier i den mån som studerande deltar i att hjälpa klienten och upprätthålla den sociala funktionsförmågan. En sjukskötarestuderande kan fungera som sjukskötarvikarie när hen har 140 studiepoäng avklarade. Studerande kan dock inte arbeta ensam i ett arbetsskift. För studerande som är på praktik har varje arbetsskift en utsedd handledare och en bedömningsansvarig för dem som genomför ett kunskapsprov.

Nya arbetstagare måste före anställning på obestämd tid eller ett vikariat på över tre månader uppvisa 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 säkerställs. Vid personaldimensioneringen har man beaktat klienternas funktionsförmåga och hjälpbehov, tjänstestruktur samt faktorer relaterade till personal och arbetsorganisation. Den lagstadgade minimidimensioneringen av personalen är för närvarande 0,65 vårdpersonal per klient/dygn. Dimensioneringsberäkningen görs med ett Excel-ark, från varje 3-veckors genomförda arbetsskiftslista och två gånger om året enligt THL:s äldreomsorgslag.

Om vårdbehovet för klienterna tillfälligt ökar, försöker vi i första hand reagera på detta med de resurser som redan finns tillgängliga, vid behov med vikarielösningar. Den arbetstid 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

Enligt 41 § i socialvårdslagen föreskrivs om sektorsövergripande 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 klientens behov och med klientens tillstånd. Kontakten hålls antingen per telefon, e-post eller via patientdatasystemet. Enhetens sjukskötare har också rätt till Navitas. Tjänsteleverantörerna kommer antingen till klienten i enheten eller så hjälper man klienten till tjänsteleverantören.

1.4.8 Lokaler och utrustning

Gråbergs serviceboendeenhet är byggd i ett plan och i lokalerna har beaktats behoven hos personer med nedsatt rörlighet. Enheten är indelad i fyra grupphem och varje grupphem har 14 klientrum. Klientlägenheterna är huvudsakligen enrummare och rummen är 25 m² stora. I varje grupphem på Gråberg finns ett tvåpersonersrum, som i första hand är avsett för par. Tvåpersonersrummet är 36 m² stort. Lägenheten inkluderar en elektrisk patientsäng och klienten har möjlighet att ta med egna möbler och andra personliga tillhörigheter. På grund av brandsäkerhet får trasiga elektroniska apparater inte tas med. Vid behov försöker vi ordna nödvändiga möbler för klienten. När klienten flyttar tillfälligt till en annan vårdinrättning förblir hans eller hennes rum tomt.

Förutom den egna lägenheten har klienterna tillgång till enhetens kombinerade kök-varldagsrum samt hela husets gemensamma bastu och en stor dagsal med aktivitets- och träningsutrustning. Gråberg har en stor säker innergård för utomhusvistelse. På gården finns också utomhusträningsutrustning. Förutom klientrummens toaletter finns det 6 toaletter och 12 vattenpunkter i huset. Personalen har tillgång till 2 kansliutrymmen, sociala utrymmen, en tvättstuga, 2 sköljrum och 3 förråd. I huset finns också köks- och städutrymmen som endast används av köks- och städpersonalen.

Den hälsomässiga miljön i enhetens utrymmen påverkas av både kemiska och mikrobiologiska föroreningar samt fysiska förhållanden, inklusive inomhustemperatur och luftfuktighet, buller (ljudförhållanden), ventilation (luftkvalitet), strålning och belysning. Riskerna relaterade till dessa faktorer har identifierats och kontrollåtgärder har planerats.

Brister i fastighetens skick registreras genom en servicebegäran till fastighetsunderhållet. Mindre reparationer utförs av fastighetsskötaren, som vid behov kontaktar stadens fastighetstjänster. Vid akuta fastighetsrelaterade ärenden på kvällar, nätter och helger kontaktas Loviisan Kiinteistöhuolto Oy:s jour.

Ett internt tillsynsbesök av Östra Nylands välfärdsområde genomfördes den 18 september 2023 och en brandinspektion genomfördes den 29 april 2024.

1.4.9 Medicintekniska produkter, informationssystem och användning av teknik

I enheten säkerställs att skyldigheterna enligt lagen om medicintekniska produkter uppfylls genom att följa anvisningarna från Östra Nylands välfärdsområde och aktivt delta i nätverket för ansvarspersoner för medicintekniska produkter inom Östra Nylands välfärdsområde. 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 medicintekniska produkter samt bedömer tillsammans med arbetsgemenskapen och samarbetspartnerna säkerheten hos medicintekniska produkter och dess säkerställande. Ledningen ansvarar för att lagstiftningens krav följs på alla nivåer i organisationen och i tjänsten. Chefen ansvarar för säker användning av medicintekniska produkter i enheten. I enheten har också utsetts 2 ansvarspersoner för medicintekniska produkter som ansvarar för säkerheten hos medicintekniska produkter.

Alla medicintekniska produkter i enheten har lagts till i produktregistret för att säkerställa säker användning av produkterna. Uppdaterad information om behovet av årligt underhåll av medicintekniska produkter finns i produktregistret. Det är också varje arbetstagares ansvar att rapportera brister i medicintekniska produkter till chefen eller ansvarspersoner för 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 eller per post till Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet, medicintekniska produkter, Mannerheimvägen 166, PB 55, 0034 Helsingfors.

Enheten följer anvisningarna från Östra Nylands välfärdsområde gällande informationssystem och användning av teknik, som alla uppfyller de väsentliga kraven i klientdatalagen och motsvarar tjänsteleverantörens verksamhet. Enheten följer också den informationssäkerhetsplan som upprättats av Östra Nylands välfärdsområde. Personalen inom Östra Nylands välfärdsområde utbildas regelbundet i användning av informationssystem. Östra Nylands välfärdsområdes digitala tjänster stödjer enheten i användningen av informationssystem och teknik. Informationssäkerhetsplanen är under uppdatering. Informationssäkerhetsplanen är inte ett offentligt dokument, men dess innehåll är känt för cheferna. Personaldelarna 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 arbetstagare för att följa informationssäkerhetsanvisningarna. Vid störningar i informationssystemet finns en utskrivna grundinformationsblankett för klienter, läkemedelslista, förebyggande vårdplan eller årsuppföljningstext i enheten.

På Gråberg finns ett tekniskt larmsystem från Everon Oy för att säkerställa klienternas individuella behov och säkerhet. Klienterna har tillgång till ett trygghetsarmband som skickar ett larm till vårdarnas telefoner när det trycks på. På Gråbergs utomhusområden finns Realtidsövervakningskameror som är avsedda att erbjuda övervakning och säkerhet utan att bilder eller videor sparas.

1.4.10 Plan för läkemedelsbehandling

Välfärdsområdets läkemedelsplan uppdaterades den 17 juni 2024, och ansvarig för att utarbeta läkemedelsplanen är vårdchefen. Östra Nylands välfärdsområdes läkemedelsplan har utarbetats utifrån 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 har utarbetats av enhetens chef, teamansvariga och sjukskötare och uppdateras och godkänns en gång per år. Den enhetsspecifika läkemedelsplanen har godkänts av överläkare Susanna Varilo (susanna.varilo@itauusimaa.fi).

Enhetens chef och teamansvariga ansvarar för att läkemedelsbehandlingen är ändamålsenlig och för genomförandet och uppföljningen av läkemedelsplanen i serviceenheten, med stöd av enhetens sjukskötare. Enheten har ett begränsat läkemedelsförråd för enheten för socialvårdens serviceboende, för vilket tillstånd

har sökts från Regionförvaltningsverket. Ansvarig för enhetens begränsade läkemedelsförråd är enhetens teamansvariga, legitimerad sjukskötare Marika Pesonen (marika.pesonen@itauusimaa.fi).

1.4.11 Behandling av klient- och patientuppgifter och dataskydd

Social- och hälsovårdsuppgifter om klienter och patienter som hanteras eller granskas av anställda omfattas av sekretess- och tystnadsplikt. Studerande som utför praktik på enheten undertecknar en sekretess- och tystnadspliktsblankett. Sekretess- och tystnadsplikten fortsätter även efter anställningsförhållandet eller praktikperioden. Uppgifter får endast hanteras av personer som deltar i vården av patienten/klienten eller i uppgifter relaterade till detta inom den aktuella verksamhetsenheten. Anställda som använder organisationens datasystem har användarrättigheter definierade enligt arbetsuppgifterna samt personliga användarnamn och lösenord. Hantering och granskning av registeruppgifter övervakas och kontrolleras med hjälp av användarloggar.

I allmänhet har en myndig person rätt att granska sina egna patientuppgifter. Klientens intressebevakare kan ha rätt att granska huvudmannens patientuppgifter om intressebevakningen omfattar hantering av hälso- och sjukvårdsärenden. Uppgifter om avlidna personer kan endast lämnas ut i undantagsfall, t.ex. om det misstänks att personen avlidit på grund av vårdfel. Begäran om klienters patientuppgifter ska lämnas till registraturen vid Östra Nylands välfärdsområde, där begäran registreras för att följa upp tidsfristerna. Registraturen vidarebefordrar begäran till rätt instans inom organisationen för svar.

Tillstånd begärs av klienten på enheten för användning av den elektroniska recepttjänsten och för att begära patientuppgifter från andra tjänsteleverantörer. Ett konto öppnas för klienten på samarbetsapoteket med ett skriftligt avtal. Klienten ger fullmakt till apoteket att använda e-receptcentralen och om möjligt ingås ett dosdispenseringsavtal. Klientens övriga personuppgifter, såsom hyresavtal och läkemedelslistor, förvaras i låsta skåp. Klienten ombeds också om tillstånd att publicera bilder av honom/henne på enhetens sociala medier.

Personalen genomför varje år ett Navisec-datasäkerhetstest. Chefen och dataskyddsansvarig följer upp att alla har genomfört ett godkänt test.

Enligt klientuppgiftslagen § 7 är den ansvariga chefen för hantering av klientuppgifter och relaterade instruktioner vid verksamhetsenheten förvaltningschef Camilla Söderström, camilla.soderstrom1@itauusimaa.fi, tel. 0405539076.

Dataskyddsansvarig vid välfärdsområdet är Sebastian Ekblom, sebastian.ekblom@itauusimaa.fi eller dataskyddsansvarig@itauusimaa.fi, tel. 0406204972.

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 klienter samlas in bland annat under klientmöten samt vartannat år genom THL:s nationella "Berätta om din tjänst"-enkät. Klienter och anhöriga har möjlighet att kontinuerligt ge feedback på enhetens tjänster både muntligt och skriftligt, även anonymt.

Feedback om personalens välbefinnande samlas in bland annat genom arbetsmiljöenkäter. Varje anställd har också ett årligt utvecklingssamtal med sin chef, och genom dessa samtal får chefen feedback från de anställda. Feedback från studerandes praktikperioder samlas in genom en enhetlig elektronisk feedbackenkät. Feedback beaktas och behandlas i gemensamma möten, och alla förbättringar och/eller förändringar skrivs direkt in i egenkontrollplanen, vilket underlättar rapporteringen och uppföljningen av egenkontrollplanen samt kvalitetsutvecklingen.

1.5 Egenkontrollens riskhantering

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

Enhetens chef ansvarar för riskhanteringen inom enheten. Chefen ansvarar för att introducera personalen till principerna och genomförandet av egenkontroll, inklusive den lagstadgade skyldigheten för personalen att rapportera brister och hot mot klientsäkerheten. Riskhantering och egenkontroll är en del av det dagliga arbetet inom tjänsterna. Riskbedömning utförs minst en gång per år och alltid när en ny risk uppstår i verksamheten.

Identifiering av risker som äventyrar klient- och patientsäkerheten är utgångspunkten för egenkontrollplanen och genomförandet av egenkontrollen. Utan identifiering av risker kan risker inte förebyggas och uppkomna brister kan inte åtgärdas systematiskt. Egenkontroll bygger på riskhantering, där risker och potentiella hot mot tjänsterna ska bedömas mångsidigt ur klientens perspektiv. Som en del av riskhanteringen registreras, analyseras, rapporteras och åtgärdas inträffade händelser.

De främsta riskerna för klient- och patientsäkerheten är fallolyckor, fel i läkemedelsbehandling samt att personer med minnessjukdom lämnar boendenheten på egen hand. Andra möjliga risker kan uppstå till exempel på grund av otillräcklig personalbemanning eller organisationskulturen. Risker kan också uppstå på grund av obefogade begränsningar av klientens självbestämmanderätt samt från den fysiska miljön, till exempel om det finns problem med tillgänglighet och lämplighet i lokalerna eller om enheten har svårånvända medicintekniska produkter. Ofta är risker en kombination av flera 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 observationer om kvalitet och klientsäkerhet.

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

Enligt socialvårdslagen är personalen inom socialvården förpliktigade till att rapportera om observerade missförhållanden eller hot om missförhållanden som äventyrar klientens socialvård eller klientsäkerhet. Den ansvariga chefen som mottagit rapporten ska inleda åtgärder för att eliminera missförhållandet eller hotet, och om detta inte görs, ska rapportören anmäla ärendet till regionförvaltningsverket.

I Östra Nylands välfärdsområde används riskhanteringssystemen HaiPro, Spro och WPro. HaiPro-systemet används som ett verktyg i det dagliga arbetet. Med hjälp av det registreras risk- och nära ögat-situationer relaterade till patientsäkerhet. Fallen hanteras internt inom enheten och allvarliga situationer förs alltid vidare till högre ledning för behandling. Risk- och nära ögat-situationer som rör klienter registreras alltid i patientdatasystemet och vid behov konsulteras en läkare för vårdinstruktioner. HaiPro-rapporter behandlas omedelbart efter händelsen, dock senast 14 dagar efter händelsen. Akuta händelser behandlas omedelbart. I SPro-systemet rapporteras missförhållanden eller hot om missförhållanden i genomförandet av socialvården. WPro-systemet är ett arbetsmiljöriskhanteringsprogram där risk- och nära ögat-situationer relaterade till personalens säkerhet registreras.

Med hjälp av de gjorda rapporterna planeras och utvecklas åtgärder tillsammans med personalen för att minimera riskerna. Rapporterna går igenom tillsammans med personalen och vikten av att göra rapporter diskuteras. Personalen uppmanas att göra rapporter med låg tröskel och rapportören får inte utsättas för repressalier.

Förfrågningar från tillsynsmyndigheterna besvaras inom den tid som anges i begäran. Enhetens verksamhet följer de instruktioner och beslut som tillsynsmyndigheterna utfärdar.

1.5.3 Uppföljning av och rapportering om riskhantering och säkerställande av kunskaper

Enhetens chef följer och utvärderar de risk- eller nära ögat-rapporter som gjorts med hjälp av HaiPro-riskhanteringssystemet. Riskhanteringsens effektivitet följs och utvärderas årligen i samband med riskbedömningen. Även andra bedömningar, såsom klienternas RAI-bedömning, medarbetarsamtal och arbetsvälmåendebedömningar i arbetslivet, stödjer medarbetaren i att identifiera och bedöma risker.

Efterlevnad av hygieninstruktioner och infektionskontroll är en del av riskhanteringen. Enheten har en utsedd hygienansvarig som ser till att hygieninstruktionerna genomförs i enheten. Hygienansvariga får vidareutbildning och ingår i organisationens hygiennätverk, som leds av Östra Nylands välfärdsområdes hygienansvarig Marita Nyholm, marita.nyholm@itauusimaa.fi. Hygienansvariga ansvarar också för att kvantitativt följa vårdrelaterade infektioner.

Risker, kvalitetsavvikelser och farliga situationer rapporteras i HaiPro-riskhanteringsprogrammet, och chefen tar upp dem för behandling så snart som möjligt. Rapporterna diskuteras i teamet och på enhetsmöten. Tillsammans

funderar man på sätt att minska och/eller förebygga händelser ur ett riskhanteringsperspektiv. Arbetsolyckor rapporteras till försäkringsbolaget och vid behov samarbetar man nära med arbetsmiljöchefen. Även allvarliga avvikelser går alltid igenom med tjänsteansvarig och arbetsmiljöchefen.

Nya medarbetare introduceras till användningen av HaiPro-programmet, och på Östra Nylands välfärdsområdes Intra finns utbildningsvideor om hur man gör rapporter, som medarbetarna ansvarar för att bekanta sig med. Bland personalen finns också utsedda ansvariga, såsom hygienansvarig och utrustningsansvarig, som ansvarar för att identifiera och bedöma risker inom sitt ansvarsområde, samt säkerställa att medarbetarna har rätt kompetens. Ansvariga ser också till att personalen och nya medarbetare är uppdaterade och utbildade enligt behov. Enhetens egenkontrollplan och räddningsplan är en viktig del av riskhanteringen och varje medarbetare har skyldighet att bekanta sig med dessa planer.

1.5.4 Köptjänster och underleverans

Östra Nylands välfärdsområde säkerställer att underleverantörernas egenkontroll följer riskhanteringen. Kvalitet och klientsäkerhet säkerställs genom regelbunden kontakt och att reagera på feedback. Verksamheten ska vara i enlighet med avtalet.

1.5.5 Beredskaps- och kontinuitetshantering

I Östra Nylands välfärdsområde arbetar man 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 enheten. Beredskap och säkerhet i välfärdsområdet koordineras av beredskaps- och säkerhetsenheten som hör till räddningsverket, som enheten också samarbetar med, till exempel vid upprättandet av beredskapskort.

Enheten har utrustning för nödsituationer, såsom vattenkanistrar, fick- och pannlampor, batterier och LED-ljus. Vid strömavbrott måste man vara förberedd på både nedkylning av inomhusluften (vinter) och uppvärmning av inomhusluften (sommar). Huset har en eldstad som kan användas för att upprätthålla värmen, och klienter kan flyttas närmare värmekällan vid behov. Inomhustemperaturen under uppvärmningssäsongen ska vara: +20 °C - +26 °C och utanför uppvärmningssäsongen +20 °C - +30 °C. Temperaturerna i de gemensamma utrymmena övervakas och registreras regelbundet för att säkerställa att de uppfyller kraven. Under värmeböljor hålls persiennerna stängda, fönstren öppnas inte och ventilation genom dörrar undviks. Under dygnets svalaste tid kan genomdrag och ventilation ske vid behov.

Räddningsplanen och utrymnings säkerhetsutredningen uppdateras regelbundet. Brandsäkerhets- och första släckningsutbildning samt säkerhetspromenader anordnas regelbundet. Dessutom finns strålskyddsinstruktioner i räddningsplanens pärm.

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 på enhetsmöten varje gång planen har uppdaterats. Varje medarbetare har ansvar för att bekanta sig med egenkontrollplanen och arbeta enligt den. Rapportering av egenkontrollplanen görs fyra gånger per år, vilket säkerställer att egenkontrollplanen följs och att upptäckta brister åtgärdas. På enhetsmöten går rapporteringen av egenkontrollplanen igenom för att säkerställa personalens kompetens och engagemang i att kontinuerligt arbeta enligt egenkontrollplanen.

2.2 Publicering, uppföljning av genomförandet och uppdatering

Egenkontrollplanen publiceras på Östra Nylands välfärdsområdes offentliga webbplats samt som pappersversion i enheten tillgänglig för alla. Verksamhetens ändamålsenlighet som beskrivs i egenkontrollplanen följs upp och rapporteras offentligt på välfärdsområdets webbplats var tredje månad. Egenkontrollplanen uppdateras en gång per år och vid behov när verksamheten eller informationen ändras.

3 Författare och datum för planen för egenkontroll

Namn: Frida Kristjankroon

Titel: Chef

Datum: 3.2.2025

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

Namn: Frida Kristjankroon

Titel: Chef