



## PLAN FÖR EGENKONTROLL INOM SOCIALSERVICEN

### INNEHÅLL (Numreringen motsvarar föreskriftens)

1 UPPGIFTER OM SERVICEPRODUCENTEN (4.1.1).....	2
2 VERKSAMHETSIDÉ, VÄRDERINGAR OCH PRINCIPER (4.1.2).....	3
3 RISKHANTERING (4.1.3) .....	3
4 UPPGÖRANDE AV PLANEN FÖR EGENKONTROLL (3).....	4
5 KLIENTENS STÄLLNING OCH RÄTTIGHETER (4.2) .....	5
4.2.1 Bedömning av servicebehovet.....	5
4.2.1 Vård-, service- eller rehabiliteringsplan.....	5
4.2.1 Plan för vård och fostran (Barnskyddslagen 30.5 §) .....	6
4.2.2 Bemötandet av klienten .....	6
4.2.3 Klientens delaktighet .....	7
4.2.4 Klientens rättsskydd .....	7
6 EGENKONTROLL AV SERVICEINNEHÅLLET (4.3) .....	8
4.3.1 Verksamhet som främjar välbefinnande, rehabilitering och tillväxt .....	8
4.3.2 Näring.....	9
4.3.3 Hygienpraxis.....	9
4.3.4 Hälso- och sjukvård .....	9
4.3.5 Läkemedelsbehandling.....	10
4.3.6 Samarbete med andra servicegivare .....	10
7 KLIENTSÄKERHET (4.4).....	11
4.4.1 Personal .....	11
4.4.2 Lokaler .....	13
4.4.3 Tekniska lösningar.....	13
4.4.4 Anskaffning av produkter och utrustning för hälso- och sjukvård, handledning i användningen och service .....	14
8 BEHANDLING AV KLIENT- OCH PATIENTUPPGIFTER (4.5) .....	15
9 SAMMANDRAG AV UTVECKLINGSPLANEN .....	16
10 GODKÄNNANDE AV PLANEN FÖR EGENKONTROLL (5) .....	16
11 KÄLLOR.....	17
INFORMATION TILL DIG SOM ANVÄNDER BLANKETTEN.....	17

## 1 UPPGIFTER OM SERVICEPRODUCENTEN (4.1.1)

Serviceproducent	
<input checked="" type="checkbox"/> Privat serviceproducent Namn: Hugo och Maria Winbergs stiftelse Tunaro vårdhem	<input type="checkbox"/> Kommun Kommunens namn: Esbo
Serviceproducentens FO-nummer: FO0101387-4	<input type="checkbox"/> Samkommun Samkommunens namn:
	<input type="checkbox"/> Samarbetsområde eller social- och hälsovårdsområde Områdets namn: Espoo, Kauniainen, Kirkkonummi, Perusturvakunta- yhtymä Karviainen
Verksamhetsenhetens namn Tunaro vårdhem	
Serviceenhetens förläggningkommun och kontaktuppgifter Kiloberget 7, 3vån 02610 Esbo enhetsansvarig 040 73 777 85 enheten 050 342 5714	
Serviceform; klientgrupp för vilken service produceras; antal klientplatser 21 klientplatser, äldreomsorg med vård dygnet runt	
Verksamhetsenhetens gatuadress Kiloberget 7, 3 vån	
Postnummer 02610	Postort Esbo
Verksamhetsenhetens ansvariga föreståndare Annika von Schantz Sofie Klawér-Kallio	Telefon 040 53 703 76 040 73 777 85
E-post <a href="mailto:annika.vonschantz@winbergs.fi">annika.vonschantz@winbergs.fi</a> <a href="mailto:sofie.klawer-kallio@winbergs.fi">sofie.klawer-kallio@winbergs.fi</a>	
<b>Uppgifter om verksamhetstillstånd (privat socialservice)</b>	
Tidpunkt för beviljande av regionförvaltningsverkets/Valviras tillstånd (privata enheter som tillhandahåller verksamhet dygnet runt) 17.1.2011	
Service för vilken tillstånd beviljats Boendeservice/ Serviceboende med heldygnsomsorg	
<b>Anmälningspliktig verksamhet (privat socialservice)</b>	
Kommunens beslut om mottagande av anmälan	Tidpunkt för regionförvaltningsverkets registreringsbeslut
<b>Service som anskaffats som underleverans samt producenter</b>	
Måltidsservice samt byk- och städningstjänster- Amica, Fazer food services. Fysioterapi, Helsingfors Hem Fysio	

Regelbundna samarbetsmöten med underleverantörer hålls. Resultatet samt kvaliteten på servicen som produceras av underleverantörer följs noggrant och kontinuerligt upp.

## 2 VERKSAMHETSIDÉ, VÄRDERINGAR OCH PRINCIPER (4.1.2)

### Verksamhetsidé

Verksamhetsenheten grundas för att tillhandahålla service för en viss klientgrupp i ett visst syfte. Verksamhetsidén anger vilken service enheten producerar och för vilken målgrupp. Verksamhetsidén är baserad på speciallagar som reglerar branschen, t.ex. barnskydds-, handikappservice-, specialomsorgs- samt mentalvårds- och missbrukarvårdslagarna och bestämmelserna i äldreomsorgslagen.

Vilken är enhetens verksamhetsidé?

Det är Hugo och Maria Winbergs testamente vi förvaltar, där vi värnar om att erbjuda boende, service och vård på svenska för äldre personer i Esbo, i första hand för Esbo svenska församlings medlemmar. Vi är en ideell organisation med uppgift att driva verksamhet på Tunaberg serviceboende och Tunaro vårdhem.

### Värderingar och principer

Värderingar har en nära anknytning till de yrkesetiska principerna i arbetet och styr besluten också när lagen inte ger exakta svar på de frågor som uppstår i det praktiska arbetet. Enhetens värderingar uttrycker arbetsgemenskapens sätt att arbeta. De påverkar uppställda mål och metoder genom vilka målen uppnås.

Enhetens verksamhetsprinciper beskriver målen för den dagliga verksamheten och klientens ställning i enheten. Principer kan vara till exempel individorientering, trygghet, familjecentrering, professionalitet. Tillsammans med värderingarna bildar principerna ryggraden för enhetens funktioner och mål och återspeglas bl.a. i bemötandet av klienterna och de anhöriga.

Vilka är enhetens värderingar och principer?

I vår verksamhet värnar vi om livskvalitet, meningsfullhet och trygghet. Vi utgår ifrån respekt, professionalitet och hållbarhet. Vårt arbetssätt är klientcentrerat och vi värnar om människan som en helhet, d.v.s. kropp, själ och ande.

*Se bilaga 1 verksamhetsidé, vision, mission, värderingar och värdegrund*

## 3 RISKHANTERING (4.1.3)

Egenkontrollen baserar sig på riskhantering, där risker och eventuella missförhållanden i samband med servicen på ett mångsidigt sätt beaktas med hänsyn till den service klienten fått. Risker kan orsakas till exempel av den fysiska verksamhetsmiljön (trösklar, svårhanterliga apparater), tillvägagångssätt, klienter eller personal. Risker är ofta en summa av många felaktiga funktioner. En förutsättning för god riskhantering är att arbetsgemenskapen har en öppen och trygg atmosfär, där både personalen, klienterna och klienternas anhöriga vågar ta upp missförhållanden i kvalitet och clientsäkerhet.

### System och förfaranden för riskhantering

Vid riskhantering förbättras kvaliteten och clientsäkerheten genom att man redan i förväg identifierar de kritiska arbetsmoment där risken finns att de uppställda kraven och målen inte uppnås. Riskhantering innefattar även ett systematiskt arbete för att eliminera eller minimera missförhållanden och observerade risker samt registrering, analysering och rapportering av negativa händelser och vidtagande av fortsatta åtgärder. Serviceproducenten ansvarar för att riskhanteringen inriktas på samtliga delområden av egenkontrollen.

### Arbetsfördelning vid riskhantering

Det är ledningens uppgift att se till att egenkontrollen ordnas och instruktioner ges om den samt att de anställda har tillräckligt med kunskap om säkerhetsfrågor. Ledningen svarar för att tillräckliga resurser har anvisats till att en säker verksamhet kan garanteras. Ledningen bär också huvudansvaret för att skapa en positiv attityd gentemot behandling av missförhållanden och säkerhetsfrågor. Riskhanteringen kräver aktiva åtgärder också av den övriga personalen. De anställda deltar i bedömningen av säkerhetsnivån och -riskerna, uppgörandet av planen för egenkontroll och genomförandet av åtgärder som förbättrar säkerheten.

Det hör till riskhanterings karaktär att arbetet aldrig blir färdigt. Av hela enhetens personal krävs engagemang, förmåga att lära av sina misstag och att leva i en förändring för att säkra och högklassiga tjänster ska kunna erbjudas. Olika yrkesgruppers sakkunskap kan utnyttjas genom att hela personalen tas med i att planera, genomföra och utveckla egenkontrollen.


<b>Identifiering av risker</b>
Under riskhanteringsprocessen kommer man överens om tillvägagångssätt för identifiering av risker och kritiska arbetsmoment.
På vilket sätt tar personalen upp de missförhållanden, kvalitetsavvikelser och risker som de har observerat?
Eventuella missförhållanden rapporteras muntligen och skriftligen till ledningen, som kan rapportera vidare till företagshälsovården vid behov. Risker, kritiska arbetsmoment och eventuella farliga situationer har beaktats i <i>verksamhetsplanen för företagshälsovården (se bilaga 2)</i> . Om missförhållanden uppstår på enheten utreds, åtgärdas och korrigeras dessa snarast. <i>Se bilaga 7 "Plan för tidigt ingripande" och bilaga 8 "Riskutredning".</i>
<b>Hantering av risker</b>
Behandlingen av negativa händelser och tillbud innefattar registrering av händelsen samt analysering och rapportering. Ansvar för att den kunskap som samlas vid riskhanteringen kommer till nytta i utvecklingsarbetet ligger hos serviceproducenten. De anställda ansvarar för att informationen förmedlas till ledningens kännedom. I behandlingen av negativa händelser ingår även att de diskuteras med de anställda, klienten och vid behov med anhöriga. Efter en allvarlig negativ händelse som orsakat ersättningsbara skador informeras klienten eller de anhöriga om hur ersättning kan ansökas.
På vilket sätt behandlas negativa händelser och tillbud i enheten och hur sker dokumenteringen?
Missförhållanden undviks. Om tillbud eller missförhållanden trots allt uppstår, rapporteras dessa muntligt och skriftligt till ledningen. Eventuella tillbud eller missförhållanden behandlas och åtgärdas omgående i samarbete med de inblandade. Allting dokumenteras noggrant och plan görs upp för att undvika att liknande händelser uppstår i fortsättningen.
<b>Korrigerande åtgärder</b>
För eventuella kvalitetsavvikelser, missförhållanden, tillbud och negativa händelser fastställs korrigerande åtgärder som hindrar att liknande situationer upprepas i fortsättningen. Sådana åtgärder är bland annat utredning av orsakerna som ledde till situationen och därigenom en övergång till säkrare praxis. Även de korrigerande åtgärderna uppföljs, registreras och anmäls.
På vilket sätt reagerar man vid enheten på observerade missförhållanden, kvalitetsavvikelser, tillbud och negativa händelser?
Omedelbar reaktion och åtgärder för att ställa saker och ting till rätta. Öppen diskussion med de inblandade. Extra vårdmöten i vårdteamet, personalmöten och ledningsgruppsmöten ordnas vid behov. Även myndigheter och räddningsverk kontaktas vid behov. Åtgärder vidtas enligt behov efter omfattande utvärdering av tillbudet eller missförhållandet.
<b>Information om förändringar</b>
På vilket sätt informeras personalen och andra samarbetsparter om förändringar i arbetet (inklusive observerade eller realiserade risker och korrigerandet av dem)?
Genom öppen kommunikation och dokumentering. Regelbundna möten samt uppföljning.

#### **4 UPPGÖRANDE AV PLANEN FÖR EGENKONTROLL (3)**

<b>Person/-er som ansvarar för planeringen av egenkontrollen</b>
Planen för egenkontroll görs upp i samarbete mellan verksamhetsenhetens ledning och personal. Olika delområden av egenkontrollen kan också ha egna ansvariga personer.
Vilka har deltagit i planeringen av egenkontrollen?
Verksamhetsledare, enhetsansvarig, ansvarig sjukskötare, ansvarig vårdare och vårdpersonal

Kontaktoppgifterna till den som ansvarar för planeringen och uppföljningen av egenkontrollen:
Enhetsansvarig Sofie Klawér-Kallio, tel 040 73 777 85, e-post; <a href="mailto:sofie.klawer-kallio@winbergs.fi">sofie.klawer-kallio@winbergs.fi</a>
<b>Uppföljning av planen för egenkontroll (punkt 5 i föreskriften)</b>
Planen för egenkontroll uppdateras efter ändringar i verksamheten som anknyter till servicekvalitet och klientsäkerhet.
På vilket sätt har uppdateringen av planen för egenkontroll ordnats vid enheten?
Uppdatering och utvärdering av planen för egenkontroll sker regelbundet en gång per år, samt vid behov. Uppdateringen sker i samarbete mellan ledningsgruppen och det månpfessionella arbetsteamet. Vid uppdatering av planen för egenkontroll beaktas även klienternas och deras anhörigas eventuella önskemål gällande tjänsternas och servicens innehåll, kvalitet, tillräcklighet och klientsäkerhet på enheten.
<b>Offentlighet av planen för egenkontroll</b>
En uppdaterad plan för egenkontroll ska hållas framlagd vid verksamhetsenheten så att klienterna, deras anhöriga och alla som är intresserade av enhetens egenkontroll kan läsa den utan att separat behöva begära detta.
Var finns enhetens plan för egenkontroll framlagd?
På organisationens hemsidor, samt på enheten tillgänglig för alla.

## 5 KLIENTENS STÄLLNING OCH RÄTTIGHETER (4.2)

<b>4.2.1 Bedömning av servicebehovet</b>
Vård- och servicebehovet bedöms tillsammans med klienten och vid behov med hans eller hennes anhöriga, närstående eller lagliga representant. Utgångspunkten för bedömningen är personens egen uppfattning om sina resurser och hur de kan stärkas. Vid utredningen av servicebehovet ska uppmärksamhet fästas vid att återställa, bevara och främja funktionsförmågan samt möjligheterna till rehabilitering. Bedömningen av servicebehovet omfattar alla dimensioner av funktionsförmågan som består av fysisk, psykisk, social och kognitiv funktionsförmåga. Därtill ska vid bedömningen beaktas de riskfaktorer i de olika dimensionerna som förutspår en försämrad funktionsförmåga, såsom instabilt hälsotillstånd, dålig nutrition, otrygghet, brist på sociala kontakter eller smärta.
På vilket sätt bedöms klientens servicebehov – vilka mätinstrument används vid bedömningen?
Vård och serviceavtal görs upp snarast efter att klienten flyttat in. (se bilaga 4 Vård och serviceavtal samt bilaga 5 hyresavtal) En individuell vårdplan görs upp för alla klienter snarast efter inflyttning och vården förverkligas i enlighet med vårdplanen. Vårdplanen görs upp i samarbete mellan klienten, dess anhöriga, egenvårdaren och vårdteamet. Vårdplanen uppdateras kontinuerligt samt vid behov. Vid bedömning av vårdbehovet finns flere mätare tillgängliga på enheten, bl.a. RAI-LTC mätaren, MMSE, GDS, Rava, ADCS-ADL intervju, Barthels index, MNA. Bedömningen av vårdbehovet sker i samarbete mellan klienten, de anhöriga, egenvårdaren och vårdteamet.
På vilket sätt tas klienten och/eller de anhöriga och närstående med i bedömningen av servicebehovet?
Klienten och om klienten så önskar, de närstående, erbjuds möjlighet att aktivt delta i bedömningen av vårdbehovet. Vårdmöten och samarbetsmöten ordnas enligt behov och önskemål. Alla klienter informeras om samt erbjuds möjlighet att uttrycka sin vårdvilja, se bilaga 3. Vid bedömning av klientens individuella servicebehov beaktas klientens och dess närståendes önskemål gällande vården.
<b>4.2.1 Vård-, service- eller rehabiliteringsplan</b>
Vård- och servicebehovet inskrivs i en individuell plan om klientens dagliga vård, service eller rehabilitering. Målet för planen är att hjälpa klienten att uppnå de mål som ställts upp för livskvalitet och förbättrad funktionsförmåga. Planen för daglig vård och service är ett dokument som kompletterar den individuella service-/klientplanen och med vilken servicegivaren informeras om de förändringar som inträffar i klientens servicebehov.
På vilket sätt görs vård- och serviceplanen upp och hur sker uppföljningen av den?

<p>En individuell vård- och rehabiliteringsplan görs upp snarast efter att klienten flyttat in och uppdateras kontinuerligt samt vid behov. Vård- och rehabiliteringsplanen görs upp i samarbete mellan klienten och om klienten så önskar, de anhöriga, egenvårdaren och det mångprofessionella vårdteamet. Vård- och rehabiliteringsplanen dokumenteras på klientdatabasen. Vård- och rehabiliteringsplanen baserar sig på vårdbehovet och tar i beaktande önskemål och vårdvilja samt olika tester och mätare som gjorts för att bedöma vårdbehovet. Omsorgen och behandlingen förverkligas i enlighet med vårdplanen samt med beaktande till klientens individuellt varierande funktionsförmåga.</p>
<p>På vilket sätt säkerställs det att personalen känner till innehållet i vård- och serviceplanen och handlar enligt den?</p> <p>Vården, servicen samt omsorgen förverkligas i enlighet med den individuella vård- och rehabiliteringsplanen.</p>
<p><b>4.2.1 Plan för vård och fostran (Barnskyddslagen 30.5 §)</b></p> <p>När ett barn har placerats i anstaltsvård som en stödåtgärd inom öppenvården eller efter omhändertagande uppgörs för honom eller henne en plan för vård och fostran som kompletterar den klientplan som avses i 30 § i barnskyddslagen. I planen för vård och fostran bedöms innehållet av den vård och omsorg som barnet behöver på anstalten med beaktande av det som står i klientplanen om syftet med vården utom hemmet och dess mål. Planen för vård och fostran kompletterar klientplanen och stöder ordnandet av den praktiska vården och omsorgen på anstalten. Planen för vård och fostran ska ges för kännedom till den socialarbetare som ansvarar för barnets angelägenheter samt till barnets vårdnadshavare.</p>
<p>På vilket sätt görs planen för vård och fostran upp och hur uppföljs utfallet av den? På Tunaro vårdhem vårdas inga barn.</p>
<p><b>4.2.2 Bemötandet av klienten</b></p> <p><b>Stärkande av självbestämmanderätten</b></p> <p>Självbestämmanderätten är en grundläggande rättighet för var och en och består av rätten till personlig frihet, integritet och säkerhet. Den har ett nära samband med rätten till privatliv och skydd för privatlivet. Personlig frihet skyddar människans fysiska frihet, men också rätten till fri vilja och självbestämmanderätten. Inom socialtjänsterna ska personalen respektera och stärka klientens självbestämmanderätt och främja klientens delaktighet i planeringen och genomförandet av servicen.</p>
<p>På vilket sätt stärks olika delområden av klienternas självbestämmanderätt vid enheten, såsom rätten till privatliv, friheten att själv bestämma över sina vardagliga sysslor och möjligheten till ett individuellt liv enligt egna önskemål?</p> <p>Vad gäller klientens självbestämmanderätt, privatliv, integritetsskydd, personlig frihet och okränkbarhet, följer vi aktuell lagstiftning i vår verksamhet. Vårt fokus är alltid klientens väl och vi är mycket lyhörda vad gäller klientens önskemål och gör vårt bästa för att förverkliga dessa med klientens välbefinnande, klensäkerhet, trygghet och god livskvalitet i fokus. Vi erbjuder klienten möjlighet att uttrycka sin åsikt och sina önskemål.</p>
<p><b>Principer och praxis för begränsning av självbestämmanderätten</b></p> <p>Vården och omsorgen som ges en klient inom socialvården baserar sig i första hand på frivillighet, och utgångspunkten är att service tillhandahålls utan begränsning av individens självbestämmanderätt. Det ska alltid finnas en lagstadgad grund för begränsande åtgärder, och inom socialvården kan självbestämmanderätten endast begränsas om klientens eller andra personers hälsa eller säkerhet riskerar att äventyras. Tillbörliga skriftliga beslut ska fattas om åtgärder som begränsar självbestämmanderätten. De begränsande åtgärderna ska genomföras enligt principen om lindrigaste åtgärd och på ett tryggt sätt med respekt för individens människovärde. Det finns särskilda bestämmelser i barnskyddslagen om begränsning av barns och ungas självbestämmanderätt vid barnskyddsanstalter.</p> <p>Principerna och praxisen gällande självbestämmanderätten skrivs in i i vård- och serviceplanen och man diskuterar dem med både den läkare som har hand om klienten och klientens anhöriga och närstående. Även begränsande åtgärder inskrivs i klientinformationen.</p> <p>Vilka principer om begränsande åtgärder har man kommit överens om vid enheten?</p> <p>Vår strävan är att minimera vidtagande av begränsande åtgärder. Vidtagande av begränsande åtgärder sker enbart vid absolut behov och enbart på basen av skriftligt tillstånd av läkare och då alltid med klientens, personalens samt andra personers väl, hälsa, säkerhet och trygghet i fokus.</p>

*För diskussion:*

*– På vilket sätt utvärderas verksamheten och arbetsrutinerna med hänsyn till hur kravet på självbestämmanderätt uppfylls (rutiner, besökstider, måltider, användning av internet och telefon mm.)*

*Det rekommenderas att enheten gör upp egna anvisningar om begränsning av självbestämmanderätten. Detta gör det lättare för de anställda att göra sig förtrogna med ämnet i det praktiska arbetet och främjar därmed rättsskyddet för klienterna som ofta befinner sig i en sårbar ställning.*

#### **Bemötandet av klienten**

Största delen av de klagomål som gäller socialtjänsterna handlar om att klienten upplevt osakligt bemötande eller att en situation av växelverkan med klienten har misslyckats. Klienten har rätt att framställa en anmärkning med anledning av bemötandet till den som ansvarar för verksamhetsenheten eller till en ledande tjänsteinnehavare. Om tjänsten är baserad på ett upphandlingsavtal framställs anmärkningen till den myndighet som ansvarar för ordnandet av servicen. Vid enheten bör man dock även utan anmärkning uppmärksamma och vid behov reagera på osakligt eller kränkande beteende mot klienten.

I planen för egenkontroll inskrivs på vilket sätt ett sakligt bemötande av klienterna säkerställs och vilket förfarande som tillämpas om osakligt bemötande observeras. På vilket sätt behandlas en inträffad negativ händelse eller risksituation med klienten och vid behov med hans eller hennes anhöriga eller närstående?

Inom organisationen är klientens välbefinnande, trygghet, värdighet, respekt och livskvalitet alltid i fokus och vi strävar till att alltid garantera dessa. Arbetstagaren är skyldig att följa organisationens mission, värderingar och värdegrund i sitt arbete. Organisationens trivselregler berör alla verksamma inom organisationen. Arbetstagaren är anmälningsskyldig om osakligt bemötande gentemot klient observeras. Om osakligt eller kränkande bemötande gentemot klient uppdagas rapporteras detta omgående till enhetsansvarig. Utredning gällande ärendet inleds omgående, alla parter hörs och skriftlig rapportering begärs i mån av möjlighet. Ärendet diskuteras i ledningsgruppen och vid behov på styrelsemöte. Åtgärder vidtas i enlighet med beslut som gjorts. Vid behov behandlas ärendet på nästa personalmöte för att förhindra att någonting liknande upprepar sig.

#### **4.2.3 Klientens delaktighet**

##### **Klienternas och de anhörigas deltagande i utvecklandet av kvaliteten och egenkontrollen vid enheten**

En väsentlig del av utvecklandet av serviceinnehållet, kvaliteten, klientsäkerheten och egenkontrollen är att ta hänsyn till klienter i olika åldrar samt deras familjer och närstående. Eftersom kvalitet och god vård och omsorg kan betyda olika saker för personalen och klienterna är det viktigt att i utvecklingsarbetet utnyttja all respons som på olika sätt systematiskt samlats in.

##### **Insamling av respons**

Hur deltar klienterna och deras närstående i att utveckla enhetens verksamhet, kvalitet och egenkontroll? På vilket sätt samlar man in respons från klienterna?

Via kontinuerlig, personlig kontakt med klienterna och deras anhöriga. Via regelbundna möten mellan klient, anhöriga och vårdpersonal. Via regelbundna trivselenkäter samt utvärdering av RAI bedömningar och dokumentation. Regelbundna boendemöten en gång i veckan.

##### **Behandling och användning av respons i utvecklingen av verksamheten**

På vilket sätt utnyttjas klientresponsen vid utvecklingen av verksamheten?

Vi utvärderar given respons och utvecklar vår verksamhet på basen av utvärderingen. Vi strävar till ständig utveckling.

#### **4.2.4 Klientens rättsskydd**

En socialvårdsklient har rätt till socialvård av god kvalitet och god behandling utan diskriminering. Klienten ska behandlas med respekt, utan att kränka personens människovärde, övertygelser eller integritet. Beslut om själva behandlingen och tjänster fattas och genomförs medan klienten befinner sig inom ramen för tjänsterna. En klient som är missnöjd med bemötandet eller kvaliteten på servicen har rätt att framställa en anmärkning till enhetens ansvarsperson eller ledande tjänsteinnehavare. Vid behov kan anmärkningen framställas av klientens lagliga företrädare, anhörig eller närstående. Mottagaren av anmärkningen ska behandla frågan och ge ett skriftligt, motiverat svar inom skälig tid.

- a) Mottagare av anmärkningar

<p>Anmärkning görs direkt till enhtesansvarig;  Sofie Klawér-Kallio  Tunaro vårdhem  Kiloberget 7  02610 Esbo  tel; 040 73 777 85  e-post, <a href="mailto:sofie.klawer-kallio@winbergs.fi">sofie.klawer-kallio@winbergs.fi</a></p> <p>eller till organisationens verksamhetsledare  Annika von Schantz  Hugo och Maria Winbergs stiftelse  Framnäsängen 4  02230 Esbo  tel; 040 537 0376  e-post; <a href="mailto:annika.vonschantz@winbergs.fi">annika.vonschantz@winbergs.fi</a></p> <p>Kontaktperson på Esbo stad är;  Servicechef Tiina Jekkonen  Esbo stad/boendeserviceenhet  PL 2710  02070 Esbo stad  tel; 09 816 21  e-post; <a href="mailto:Tiina.Jekkonen@espoo.fi">Tiina.Jekkonen@espoo.fi</a></p>
<p>b) Socialombudsmannens namn och kontaktuppgifter samt uppgifter om vilka tjänster som erbjuds</p> <p>Eva Peltola  Social- och hälsovården i Esbo  PB 220  02070 Esbo  tel, 09 816 510 32 (telefonid mån-tors10-12) eller växel 09 816 21  e-post; <a href="mailto:eva.peltola@espoo.fi">eva.peltola@espoo.fi</a></p>
<p>c) Konsumentrådgivningens kontaktuppgifter och uppgifter om vilka tjänster som erbjuds</p> <p>Magistraternas konsumentrådgivning  tel; 029 553 6902 (vardagar kl. 9–15, Ina/msa)</p>
<p>d) På vilket sätt behandlas anmärkningar, klagomål och andra tillsynsbeslut och hur beaktas de i utvecklingsarbetet?</p> <p>En anmärkning föranleder alltid en omedelbar utredning. Anmärkningen behandlas också i ledningsgruppen så fort som möjligt, vid behov tas ärendet upp på styrelsemöte. Nödvändiga åtgärder vidtas omgående.</p>
<p>e) Målsatt tid för behandling av anmärkningar</p> <p>4 månader</p>

## 6 EGENKONTROLL AV SERVICEINNEHÅLLET (4.3)

<p>4.3.1 Verksamhet som främjar välbefinnande, rehabilitering och tillväxt</p>
<p>a) Främjande av klienternas fysiska, psykiska, kognitiva och sociala funktionsförmåga och välbefinnande</p> <p>Beaktas i de individuella vård-, service-, och rehabiliteringsplanerna.  I vår verksamhet värnar vi om livskvalitet, meningsfullhet och trygghet. Vi utgår ifrån respekt, professionalismitet och hållbarhet. Vårt arbetssätt är personcentrerat och vi värnar om människan som en helhet d.v.s. kropp, själ och ande.</p>



Winbergs trivselregler (se bilaga 35) gäller alla som är verksamma inom organisationen.
b) Ordnande av motion och fritidssysselsättning för barn och unga På Tunaro vårdhem vårdas inga barn
I klienternas vård- och serviceplaner inskrivs mål som hänför sig till daglig motion, friluftsliv, rehabilitering och rehabiliterande aktiviteter.  På vilket sätt följer man upp hur målen uppfylls i fråga om verksamhet som främjar klienternas funktionsförmåga, välmående och rehabiliterande aktiviteter?  Uppföljning av de personliga resurserna. Dagligen erbjuds möjlighet till rehabilitering. Rehabiliterande arbetsmetoder i ett mångprofessionellt arbetsteam. Nogrann dokumentation och kontinuerlig utvärdering. Regelbundna vårdmöten hålles.
<b>4.3.2 Näring</b>  På vilket sätt följer man inom egenkontrollen upp klienternas tillräckliga närings- och vätskeintag samt nutritionskvalitet?  På Tunaro vårdhem följer vi föreskrifter för näringsintag för äldre personer. Klienternas näringsintag övervakas diskret och deras näringstillstånd uppföljs regelbundet med hjälp av månatlig viktuppföljning och resultaten dokumenteras i de personliga klientjournalerna på klientdatabas RAI. <i>Se bilaga 18 "Näringsrekommendationer för äldre" eller</i> <a href="https://www.evira.fi/globalassets/vrn/sve/ikaantyneet.tiivistelma.se..pdf">https://www.evira.fi/globalassets/vrn/sve/ikaantyneet.tiivistelma.se..pdf</a> <i>Bilaga 19 "Ravitsemussuositukset ikääntyneille" eller</i> <a href="https://www.evira.fi/globalassets/vrn/pdf/ikaantyneet.suositus-3.pdf">https://www.evira.fi/globalassets/vrn/pdf/ikaantyneet.suositus-3.pdf</a>
<b>4.3.3 Hygienpraxis</b>  Enhetens verksamhetsanvisningar och klienternas individuella vård- och serviceplaner ställer mål för hygienpraxis i vilka ingår att klienternas personliga hygien har ordnats samt att spridningen av infektioner och andra smittsamma sjukdomar hindras.  På vilket sätt följer man upp den allmänna hygieninivån vid enheten och hur säkerställer man att hygienpraxis som motsvarar klienternas behov genomförs enligt givna anvisningar och enligt klienternas vård- och serviceplaner?  Uppföljning sker på individuell nivå i det dagliga mötet mellan vårdpersonal och klient. Personalen har utbildats i hygienförfarande och korrekt handtvätt. Allmänna direktiv för god hygien och handhygien finns till allas förfogande. Hygien ansvarig är utnämnd och samarbetet med Esbo stads hygienskötare är kontinuerligt. <i>Se bilaga 20 "hygieniahoitajan palvelut"</i> <i>bilaga 21 "yleiset hygieniaohjeet"</i> <i>bilaga 22 "terveystarkastajan tarkastuskertomus"</i>  En enhetsspecifik anvisning om hygienpraxis rekommenderas.
<b>4.3.4 Hälso- och sjukvård</b>  För att service ska kunna tillhandahållas på lika villkor ska varje enhet ha anvisningar om vilken praxis som tillämpas vid ordnande av tandvård och icke-brådskande och brådskande sjukvård för klienterna. Varje verksamhetsenhet ska även ha en anvisning för oväntade dödsfall.
a) På vilket sätt säkerställs iakttagandet av de anvisningar som utfärdats om tandvård, icke-brådskande sjukvård, brådskande sjukvård och brådskande sjukvård samt oväntade dödsfall?  Varje klient har en individuell plan för tandvård och munhygien som en del av den individuella vårdplanen. Tandvården förverkligas i enlighet med denna plan. En tandhygienist rondar regelbundet på enheten. I arbetsteamet finns en utnämnd ansvarsperson för munvård. Gällande allmänna direktiv för munhygien följer vi SHM:s rekommendationer i publikationen <i>"Toimintamalleja muuttaen parempaan suun terveyteen ikääntyneillä"</i> se bilaga 23 eller <a href="http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74697/STM_Toimintamalleja_muuttaen_parempaan%20suun.pdf?sequence=1">http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74697/STM_Toimintamalleja_muuttaen_parempaan%20suun.pdf?sequence=1</a>

Egenläkaren bär huvudansvaret för sjukvården, vårt mångprofessionella arbetsteam förverkligar sjukvården i enlighet med givna instruktioner och klientens individuella vårdplan. Egenläkaren kan konsulteras vardagar under tjänstetid (se bilaga 28 "Lääkäripalveluiden ohje"). Sjukskötare kan konsulteras dygnet runt vid behov. Vid akuta fall kontaktas jouren vid behov efter noggrann utvärdering. Vid oväntade dödsfall följer vi på enheten Esbo stads anvisningar för förfarande vid oväntade dödsfall, se bilaga 24 "Kuoleman toteaminen ohje" bilaga 27. "Hur vi förfar vid dödsfall"

c) På vilket sätt främjas och uppföljs hälsotillståndet hos klienter med kroniska sjukdomar?

Den gemensamma målsättningen för vården är att ge högsta möjliga livskvalitet för klienten genom att tillgodose såväl fysiska, psykiska, sociala som andliga behov. Uppföljningen sker i enlighet med, av läkaren givna, instruktioner, den individuella vårdplanen, via noggrann dokumentation och regelbundna kontroller i samarbete mellan det mångprofessionella arbetsteamet.

c) Vem svarar för klienternas hälso- och sjukvård vid enheten?

Ansvarig sjukskötare, egenläkaren och enhetsansvarig.

#### 4.3.5 Läkemedelsbehandling

En säker läkemedelsbehandling bygger på en läkemedelsbehandlingsplan som regelbundet följs upp och uppdateras. I social- och hälsovårdsministeriets handbok Säker läkemedelsbehandling anges bland annat principerna för hur läkemedelsbehandlingen genomförs och ansvarsfördelningen i samband med den samt minimikrav som ska uppfyllas vid varje enhet som genomför läkemedelsbehandling. Anvisningarna i handboken gäller såväl privata som offentliga servicegivare som genomför läkemedelsbehandling. Varje enhet ska enligt handboken ha en utnämnd ansvarig person för läkemedelsbehandling.

a) På vilket sätt följer man upp och uppdaterar verksamhetsenhetens läkemedelsbehandlingsplan?

Enhetens plan för läkemedelsbehandling baserar sig på SHM:s publikation från 2016 "Turvallinen lääkehoito, opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa" se bilaga 25. Enhetens plan för läkemedelsbehandling uppdateras regelbundet samt vid behov, se bilaga 26 Läkemedelsbehandling och förverkligande på Tunaro vårdhem.

d) Vem ansvarar för läkemedelsbehandlingen vid enheten?

Egenläkaren ansvarar för läkemedelsbehandlingen. Förverkligandet av läkemedelsbehandlingen sker av kompetent personal inom social- och hälsovård med medicinlov.

#### 4.3.6 Samarbete med andra servicegivare

En klient inom socialvården kan behöva flera parallella serviceformer – till exempel kan en klient inom barnskyddet behöva tjänster från skolan, hälso- och sjukvården, psykiatriska tjänster, rehabilitering eller tjänster inom småbarnsfostran. För att den samlade servicen ska fungera och motsvara klientens behov måste servicegivarna samarbeta med varandra. Det är särskilt viktigt att kunskapsförmedlingen mellan de olika aktörerna fungerar.

Hur ordnas samarbetet och informationsutbytet mellan de övriga servicegivare inom social och hälsovården som ingår i klientens servicehelhet?

Via samarbetsmöten, telefonkontakt, e-post och noggrann dokumentation.

#### Tjänster som produceras av underleverantörer (punkt 4.1.1 i föreskriften)

På vilket sätt säkerställer man att de tjänster som produceras av underleverantörer motsvarar de krav som ställts på innehåll, kvalitet och klientsäkerhet?

Uppköparen svarar för de tjänster som produceras av underleverantör. Kontinuerliga samarbetsmöten med underleverantörer hålls. Noggrann resultatuppföljning samt kvalitetsuppföljning.

## 7 KLIENTSÄKERHET (4.4)

### Samarbete med säkerhetsansvariga myndigheter och aktörer

För klientsäkerhetens del avser egenkontroll inom socialvård de skyldigheter som framgår ur socialvårdslagen. För brandsäkerhet och hälsosamt boende ansvarar den ansvariga myndigheten på grundval av lagstiftningen inom det egna området. Främjandet av klientsäkerheten vid enheten förutsätter samarbete med andra säkerhetsansvariga myndigheter och aktörer. Brand- och räddningsmyndigheterna ställer sina egna krav och förutsätter bl.a. en utrymningsplan samt skyldighet att anmäla brandrisker och andra olycksrisker till räddningsmyndigheten. Klientsäkerheten tryggas för sin del också av förpliktelsen enligt lagen om förmyndarverksamhet att meddela till magistraten om en person som är i behov av intressebevakning samt förpliktelsen enligt äldreomsorgslagen att anmäla om en äldre person som uppenbart är oförmögen att sörja för sin omsorg. Olika frivilliga organisationer utvecklar beredskapen att möta och förebygga illabehandling av äldre personer.

På vilket sätt utvecklar enheten sin beredskap att förbättra klientsäkerheten och hur bedrivs samarbetet med andra säkerhetsansvariga myndigheter och aktörer?

Vi följer aktuella föreskrifter och lagar. Årlig brandinspektion, årlig räddningsövning, kontinuerlig uppdatering av räddningsplanen, enhetsspecifik räddningsplan. Sprinklersystem och brandalarm apparatur omfattar hela enheten. Brandalarm apparaturen testas regelbundet. I arbetsteamet finns en utnämnd säkerhetsansvarig.

se bilaga 9, "Pelastussuunnitelma" eller <https://www.pelastusvalvoja.fi/ps/kyyhkyskoodit>

se bilaga 10 "Raportti- turvallisuuskävely"

se bilaga 11 "Raportti, poistumisharjoitus"

se bilaga 12 "Säkerhetsplan"

se bilaga 16, "palotarkastus pöytäkirja"

Vi rådgiver klienterna att i förebyggande syfte göra upp en intressebevakningsfullmakt, så ärenden framskrider i enlighet med klientens individuella önskemål. Klienternas intressen diskuteras i första hand med klienten och eventuellt de anhöriga, i annat fall samarbete med magistraten och förfarande i enlighet med deras direktiv.

Samarbetet med andra säkerhetsansvariga myndigheter och aktörer är kontinuerligt.

#### 4.4.1 Personal

##### Antalet anställda i vård och omsorg, personalstruktur och principer för anlitan av vikarier

Vid personalplaneringen beaktas den lag som tillämpas, till exempel inom privat barndagvård lagen om barndagvård och lagen om småbarnspedagogik samt på barnskyddsanstalter barnskyddslagen och lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården, som trädde ikraft 1.3.2016. Om verksamheten är tillståndspliktig beaktas även den personaldimensionering och personalstruktur som anges i tillståndet. Personalmängden beror på antalet klienter, deras hjälpbehov och på verksamhetsmiljön. Vid enheter som tillhandahåller socialtjänster är det särskilt viktigt att personalen har tillräcklig yrkeskompetens inom socialvård.

Av planen för egenkontroll ska framgå antalet anställda inom vård och omsorg, personalstruktur (utbildning och arbetsuppgifter) samt vilka principer som gäller för anlitan av vikarier/personalen i reserv. I planen som finns offentligt framlagd antecknas inte namnen på de anställda, utan endast yrkesbeteckning, arbetsuppgifter, personaldimensionering och hur personalen placeras i olika arbetsskift. I planen ska det även antecknas på vilket sätt tillräckliga personalresurser säkerställs.

a) Antal anställda inom vård och omsorg samt personalstruktur?

Vi följer enhetens AVI lov med en personaldimensionering på 0,6. Personalen består av en enhetsansvarig, ansvarig sjukskötare, sjukskötare, socionom, ansvarig närvårdare, närvårdare och hjälpskötare.

b) Vilka är enhetens principer för anlitan av vikarier?

Vi har en egen aktuell vikariepool som anlitas regelbundet. Vikariepoolen består av kompetent vårdpersonal samt av studerande inom social- och hälsovårdsbranchen. Samarbetet med läroanstalter är kontinuerligt.

c) På vilket sätt säkerställs tillräckliga personalresurser?

Vi följer enhetens AVI lov med en personaldimensionering på 0,6. Eventuell frånvaro ersätts.

## Principer för rekrytering av personal

Personalrekryteringen styrs av arbetslagstiftningen och kollektivavtalen som fastställer arbetstagarnas och arbetsgivarnas rättigheter och skyldigheter. Särskilt vid rekrytering av anställda som ska arbeta hemma hos klienterna och med barn ska personernas lämplighet och pålitlighet säkerställas. Dessutom kan enheten ha egna rekryteringsprinciper som gäller personalstruktur och kompetens. Att öppet informera om dessa är viktigt både för arbetssökande och för de anställda inom arbetsgemenskapen.

a) Vilka är principerna för rekrytering av personal till enheten?

Vi anställer enbart kompetent personal med utbildning inom social- och hälsovårdsbranchen. Vid rekrytering kontrolleras kompetensen via JulkiTerhikki och JulkiSuosikki.

b) På vilket sätt beaktas lämplighet och pålitlighet av personer som arbetar i klienternas hem och med barn?

## En beskrivning av inskolningen av personalen samt fortbildning

Personalen inom vård och omsorg vid verksamhetsenheten inskolas i klientarbetet, behandlingen av klientuppgifter samt i egenkontrollen. Detsamma gäller studerande som arbetar vid enheten samt anställda som länge varit borta från arbetet. Ledarskap och utbildning får ökad betydelse när arbetsgemenskapen lär sig en ny verksamhetskultur och ett nytt förhållningssätt gentemot klienterna och arbetet, till exempel när det gäller att stöda självbestämmanderätten och egenkontrollen. I lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården föreskrivs om personalens skyldighet att upprätthålla sin yrkesskicklighet och arbetsgivarens skyldighet att möjliggöra personalens fortbildning.

I socialvårdslagen (1301/2014) föreskrivs om anställdas skyldighet att meddela om påträffade missförhållanden eller risker för missförhållanden vid utförandet av klientens socialvård. Riktlinjer för hur rapporteringsskyldigheten ska uppfyllas ska framgå ur planen för egenkontroll. I lagen betonas, att den person som gjort anmälan inte får påverkas negativt.

Den som tar emot anmälan ska vidta åtgärder för att avhjälpa missförhållandet eller dess risk. Om så inte sker bör den som gjort anmälan meddela regionförvaltningsverket. I enhetens egenkontroll definieras hur de korrigerande åtgärderna i riskhanteringsprocessen ska förverkligas. Om missförhållandet är sådant att det kan korrigeras i enhetens förfarande för egenkontroll, ska det omedelbart tas under arbete. Om missförhållandet är sådant, att det kräver åtgärder av ett organ med organisationsansvar, överförs ansvaret för de korrigerande åtgärderna till det behöriga organet.

a) På vilket sätt ombesörjer enheten arbetstagarnas och studerandenas inskolning i klientarbetet, behandlingen av klientuppgifterna och datasekretessen?

Ny personal inskolas utgående från *introduktionsplanen (se bilaga 6)* samt genom effektiverad handledning under de första anställningsveckorna, vid behov under en längre tid. Vi värnar om fortgående kollegialt stöd och mentorskap inom arbetsteamet. Enhetens hela personal har förbundit sig till våra värden och vår verksamhetsidé (*bilaga 1*). Mångprofessionellt samarbete förverkligas fortgående mellan personal, klienter och anhöriga lika så befrämjande av delaktighet och gemenskap. Alla i personalen samt studerande förbinder sig till *tystnadsplikten (se bilaga 13)* *Direktiv för datasekretess (se bilaga 32)* samt *direktiv för sociala medier (se bilaga 34)*.

Varje arbetstagare har personliga användarnamn och lösenord till Raisofts klientdatabas.

Vad gäller behandling av klientuppgifter och datasekretess följer vi aktuell lagstiftning och föreskrifter i vår verksamhet.

e) På vilket sätt har personalens skyldighet att anmäla missförhållanden eller risker vid klientens service organiserats och på vilket sätt behandlas meddelandena om missförhållanden och informationen om på vilket sätt korrigerande åtgärder fullgörs i enhetens egenkontroll (se riskkontroll).

Arbetstagaren är anmälningsskyldig vad gäller missförhållanden eller risker vid klientens service. Eventuella missförhållanden diskuteras omgående i arbetsgruppen.

Utgående från aktuell lagstiftning meddelas myndigheter om eventuella missförhållanden som uppstått.

c) På vilket sätt har fortbildningen ordnats för enhetens personal?

Inom organisationen satsar vi på fortbildning för personalen samt ständig utveckling av kompetens. Personalens deltagande i fortbildning följs upp, *se bilaga 17 "Fortbildningsplan"*

#### 4.4.2 Lokaler

Planen för egenkontroll ska innehålla en beskrivning av de lokaler som används för verksamheten samt principerna för användningen av dem. I planen beskrivs bland annat praxis vid placeringen av klienter: till exempel hur klienterna placeras i olika rum och hur man säkerställer att deras skydd för privatlivet respekteras. Av planen framgår också hur besök av anhöriga och deras eventuella övernattningsordnas.

Andra frågor till stöd för planeringen:

- Vilka är enhetens gemensamma/offentliga lokaler och vem använder dem?
- På vilket sätt kan klienten (barn/unga/äldre) påverka inredningen av sitt rum/sin bostad?
- Används klientens personliga lokaler till annat ändamål om klienten är borta en längre tid?

Principer för användningen av lokalerna

På Tunaro vårdhem bor klienterna i egna hinderfria, en persons rum med egen inva dimensionerad WC och dusch. Rummens storlek varierar mellan 21-22 kvadratmeter. Elektriska sjukhussängar finns som fast inredning i alla rum. Som fast inredning finns även bord, stol, kylskåp, klädska, toalettstol samt gardiner. Förutom den fasta inredningen möbleras rummet enligt klientens önskemål för att göra miljön så hemtrevlig som möjligt för klienten.

På enheten finns som gemensamma utrymmen en stor matsal, ett vardags- och sällskapsrum med tv hörna, brashörna, frisörhörna, andaktshörna, musikrum och ett litet bibliotek. Dagliga aktiviteter och hobbyer ordnas såväl i matsalen som i vardagsrummet beroende av art.

Ett stort badrum med utrymme för duschbreds samt ett hemvårdsrum finns också tillgängligt. En låst städskubb, för förvaring av städmaterial och kemikalier som används vid städning, finns tillgänglig på enheten. Tillgång till bastu finns i fastigheten, likaså en stor konditionssal.

Klienterna vistas mycket tillsammans i de allmänna utrymmena. I matsalen fungerar våra förströelse tillfällen. I sällskapsrummet ordnas dagligen olika program och aktiviteter. I andaktshörnan håller Esbo svenska församling regelbundet andakt. I tv hörnan kan man se på tv eller film via en stor filmduk kopplad till tv:n, filmföreläsningar med olika teman ordnas regelbundet. I brasrummet ordnas mysstunder, kafferep, frågesport samt högläsning av böcker och dagstidningar framför brasan i en lugn och rogivande miljö. Varierande program för klienterna ordnas dagligen.

Alla utrymmen är öppna och inbjudande för fri samvaro, såväl för klienter, personal, anhöriga som andra gäster.

Hur har städning och tvätt av linne och kläder ordnats vid enheten?

Städning samt tvätt av handdukar och sängkläder förverkligas av underleverantör (Amica, Fazer food). Tvätt av småbyke och gångkläder förverkligas på enheten, av egen personal, dagligen.

Städning av allmänna utrymmen förverkligas alla vardagar, klienternas rum städas regelbundet en gång i veckan. Handdukar och sängkläder tvättas vardagar i fastigheten, i underleverantörens bykstuga.

Avfallshantering förverkligas av hela personalen i enlighet med *allmänna instruktioner för avfallshantering*, se bilaga 14, samt i enlighet med *fastighetens miljöplan*, se bilaga 15.

#### 4.4.3 Tekniska lösningar

Personalens och klienternas säkerhet tryggas med olika säkerhetskameror, larmapparater och lokaltelefoner. I planen för egenkontroll beskrivs principerna för användningen av de apparater som är i bruk, till exempel om kamerorna tar upp bild eller inte, var apparaterna är placerade och för vilket ändamål de används samt vem som svarar för deras korrekta användning. I planen anges bl.a. principer och praxis för anskaffning av säkerhetstelefoner till hemvårdens klienter samt den arbetstagare som svarar för instrueringen i deras användning och apparaternas funktions säkerhet.

På vilket sätt säkerställer man att de säkerhets- och larmapparater som klienterna har till sitt förfogande fungerar och att larm besvaras?

Enhetens säkerhets- och larmapparater kontrolleras och underhålls regelbundet i enlighet med enhetens *underhållsplan*, se bilaga 29. Larmapparaturen kontrolleras kontinuerligt.

Klienternas alarm kommer till larmtelefoner, larmtelefonerna bärs av vårdare dygnet runt.

Användning av larmapparat behandlas i inskolningen för arbetstagare.

Namn och kontaktuppgifter för den person som ansvarar för säkerhets- och anropsutrustning?

Lotta Surakka  
[lotta.surakka@winbergs.fi](mailto:lotta.surakka@winbergs.fi)  
050 339 67 06

#### 4.4.4 Anskaffning av produkter och utrustning för hälso- och sjukvård, handledning i användningen och service

Vid socialvårdens enheter används en hel del olika instrument och vårdtillbehör som klassificeras som produkter och utrustning för hälso- och sjukvård. Bestämmelser om användningen av dem finns i lagen om produkter och utrustning för hälso- och sjukvård (629/2010). Utrustning som används är bl.a. rullstolar, rollatorer, sjukhussängar, lyftanordningar, blodsocker- och blodtrycksmätare, febertermometrar, hörapparater, glasögon. Instruktioner om anmälningar som görs om tillbud orsakade av produkter och utrustning för hälso- och sjukvård ges i Valvira's föreskrift 4/2010.

På vilket sätt säkerställer man att de hjälpmedel som klienterna behöver anskaffas på ett tillbörligt sätt, klienterna instrueras i användningen av dem och underhållet fungerar?

Klienternas hjälpmedel lånas från HUS hjälpmedelcentral, som svarar för underhåll av dessa. Samarbetet med HUS hjälpmedelcentral är kontinuerligt. På enheten finns en utnämnd ansvarsperson för hjälpmedel. Personalen instrueras i korrekt användning av hjälpmedel, apparater och vårdtillbehör som används i arbetet. Varje professionell användare svarar för att användning av hjälpmedel, apparater och vårdtillbehör sker i enlighet med av tillverkaren givna instruktioner. Handböcker gällande användning av hjälpmedel, apparater och vårdtillbehör förvaras tillgängligt för hela personalen på överenskommet ställe på enheten.

I enhetens ego varande hjälpmedel underhålls i enlighet med enhetens *underhållsplan (se bilaga 29)*. Vid uppföljning av användning av apparater och vårdtillbehör i arbetet samt vid eventuella risksituationer direkt orsakade av hjälpmedel, apparat eller vårdtillbehör följer vi aktuell lagstiftning samt föreskriften "*Suunnitelma Espoon sosiaali- ja terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden seuranta järjestelmästä*" (se bilaga 30)

På vilket sätt säkerställer man att det görs korrekta anmälningar om riskerna för friskvårdens produkter och utrustning?

I användning av apparater och vårdtillbehör följer vi aktuell lagstiftning och föreskrifter. Alla i personalen är anmälningsskyldiga vad gäller risksituationer direkt orsakade av apparater och vårdtillbehör som används i vården. Risksituationer anmäls till utnämnda ansvarspersoner som sköter vidare anmälningar till myndigheter och tillverkare enligt behov.

Namn och kontaktuppgifter på den person som ansvarar för produkter och utrustning inom hälso- och sjukvård

Lotta Surakka  
[lotta.surakka@winbergs.fi](mailto:lotta.surakka@winbergs.fi)  
050 339 67 06

## 8 BEHANDLING AV KLIENT- OCH PATIENTUPPGIFTER (4.5)

Inom socialvården utgör klient- och patientuppgifterna känsliga, sekretessbelagda personuppgifter. God behandling av personuppgifter förutsätter systematisk planering genom hela processen från registrering av uppgifterna till förstöringen av dem för säkerställande av god informationshantering. Den registeransvariga ska i en registerbeskrivning ange varför och på vilket sätt personregistret behandlas och hurdana uppgifter som registreras, samt principerna för dataskydd och vart uppgifter regelbundet överlämnas. Till samma personregister räknas även samtliga uppgifter som använd i samma ändamål. Klientens samtycke och uppgifternas användningsändamål anger olika aktörers rätt att använda klient- och patientuppgifter som införs i olika register. Bestämmelserna om sekretess och utlämning av klientuppgifter inom socialvården finns i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården och bestämmelserna om motsvarande användning av patientuppgifter inom hälso- och sjukvården i lagen om patientens ställning och rättigheter. Uppgifter som registreras av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården utgör patientuppgifter och har därmed ett annat användningsändamål och införs i annat register än socialvårdens klientuppgifter.

Serviceproducenten ska göra upp en plan för egenkontroll med tanke på informationssäkerheten, dataskyddet och användningen av informationssystemen i enlighet med 19 h § i lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården (159/2007). I egenkontrollen av dataskyddet ingår en skyldighet för tillhandahållare av tjänster att underrätta informationssystemets tillverkare om konstaterade betydande avvikelser när det gäller tillgodoseendet av de väsentliga kraven på ett informationssystem. Om en avvikelse kan innebära en betydande risk för patientsäkerheten, informationssäkerheten eller dataskyddet ska Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården underrättas. Lagen innehåller bestämmelser om skyldigheten att se till att det i samband med informationssystemen finns behövliga bruksanvisningar för en korrekt användning av dem.

Eftersom det vid tillhandahållandet av socialvårdstjänster bildas ett eller flera personregister av klienternas uppgifter (personuppgiftslagen 10 §) uppstår av detta en förpliktelse att informera klienterna om den framtida behandlingen av personuppgifterna samt om den registrerades rättigheter. När man uppgör en dataskyddsbeskrivning, som är något mer omfattande än registerbeskrivningen, realiseras även den lagstadgade plikten att informera klienterna.

Den registrerade har rätt att kontrollera uppgifterna om sig själv och vid behov yrka på rättelse av dem. Begäran om att få kontrollera uppgifterna och yrkandet på ändring kan framställas till den registeransvariga på en blankett. Om den registeransvariga inte lämnar ut de begärda uppgifterna eller vägrar att införa yrkade rättelser ska den registeransvariga ge ett skriftligt beslut om sin vägran och grunderna för den.

När klientens samlade service består av både socialvårdstjänster och hälso- och sjukvårdstjänster ska vid planeringen av hur uppgifterna behandlas särskilt beaktas det faktum att klientuppgifterna inom socialvården och uppgifterna i journalhandlingar inom hälso- och sjukvården är separata uppgifter. Vid planeringen ska hänsyn tas till att socialvårdens klientuppgifter och hälso- och sjukvårdens uppgifter införs i separata dokument.

- a) På vilket sätt säkerställer man att verksamhetsenheten följer den lagstiftning som gäller dataskydd och behandling av personuppgifter samt de anvisningar och myndighetsbeslut som gäller vid enheten i fråga om registrering av klient- och patientuppgifter?

Vi följer aktuell lagstiftning och föreskrifter i vår verksamhet. Hela vårdteamet beaktar tystnadsplikten, datasekretess, etiskt förfaringsätt samt behandlar konfidentiellt material i enlighet med lagstiftning. Alla arbetstagare har förbundit sig till detta och nya arbetstagare informeras om detta samt kravet på förbindning.

*Se bilaga 13 "Tystnadsplikt" och bilaga 32 "dataskyddsbeskrivning"*

Arkivering av handlingar sker i enlighet med Esbo stads föreskrifter för arkivering, se *bilaga 33*

*"Espoon kaupungin arkistointiohje"*

- b) På vilket sätt inskolos personalen och praktikanterna i behandlingen av personuppgifter samt informationssäkerheten och hur ordnas fortbildningen?

Rekomendationer gällande datasekretess, tystnadsplikt och Some- avtal gäller alla som är verksamma inom organisationen. Kontinuerlig fortbildning samt informationstillfällen gällande aktuella föreskrifter och lagar ordnas. Alla i personalen har personliga användarnamn och lösenord till RAIsofts klientdatabas. Enhetens huvudanvändare av RAI klientdatabas ansvarar för distribution av användarrättigheter samt handledning och inläring av RAI dokumentationsprogrammet för nyanställda och vikarier.

- c) Var finns enhetens registerbeskrivning och dataskyddsbeskrivning framlagda till påseende? Om endast en registerbeskrivning har gjorts upp för enheten, hur informeras i så fall klienterna om de frågor som gäller behandlingen av uppgifterna?

Registerbeskrivning gällande de register som upprätthålls på enheten finns uppgjorda och samlade i en skild mapp utsedd för registerbeskrivningar, samt som bilagor till plan för egenkontroll. Enhetens dataskyddsbeskrivning finns framlagd för påsände på enheten som bilagor till plan för egenkontroll, se *bilaga 31 "Registerbeskrivning"* samt *bilaga 32 "Dataskyddsbeskrivning"*

f) Den dataskyddsansvariga personens namn och kontaktuppgifter

Sofie Klawér-Kallio  
[sofie.klawer-kallio@winbergs.fi](mailto:sofie.klawer-kallio@winbergs.fi)  
040 73 777 85

Annika von Schantz  
[annika.vonschantz@winbergs.fi](mailto:annika.vonschantz@winbergs.fi)  
040 53 703 76

## 9 SAMMANDRAG AV UTVECKLINGSPLANEN

De utvecklingsbehov som kommit från klienter, personal och via riskhanteringen samt tidsschema för genomförande av korrigeringar åtgärder

Information om utvecklingsbehov inom servicekvalitet och klientsäkerhet för varje enhet kommer från flera olika källor. Inom riskhanteringsprocessen behandlas alla anmälningar om missförhållanden och utvecklingsbehov som kommit till kännedom, och beroende på hur allvarlig risken är kommer man överens om en plan för hur saken rättas till.

Fortsatt noggrann uppföljning, regelbundna möten och öppet samarbete med aktuella samarbetsparter.

Planen för egenkontroll uppdateras kontinuerligt årligen samt vid behov.

## 10 GODKÄNNANDE AV PLANEN FÖR EGENKONTROLL (5)

Planen för egenkontroll godkänns och fastställs av verksamhetsenhetens ansvariga föreståndare  
Ort och datum  
Esbo 20.11.2018

Underskrift

*Sofie Klawér-Kallio*



## 11 KÄLLOR

**VID UPPGÖRANDET AV BLANKETTEN HAR FÖLJANDE HANDBÖCKER, ANVISNINGAR OCH KVALITETSREKOMMENDATIONER ANVÄNTS:**

**Fackorganisationen för högutbildade inom socialbranschen Talentia ry, Yrkesetiska nämnden: Vardagen, värden, livet, etiken. Etiska regler för yrkesmänniskor inom socialbranschen.**

- [http://www.talentia.fi/files/3673/Pa\\_svenska\\_net\\_eettinenopas\\_14.pdf](http://www.talentia.fi/files/3673/Pa_svenska_net_eettinenopas_14.pdf)

**Potilasturvallisuus, Työsuojelurahasto & Teknologian tutkimuskeskus VTT: Vaaratapahtumista oppiminen. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiolle (på finska)**

- [http://www.vtt.fi/files/projects/typorh/opas\\_terveydenhuolto-organisaatioiden\\_vaaratapahtumista\\_oppimiseksi.pdf](http://www.vtt.fi/files/projects/typorh/opas_terveydenhuolto-organisaatioiden_vaaratapahtumista_oppimiseksi.pdf)

**Valtakunnallisia ohjeita ja suosituksia omavalvonnan suunnittelun tueksi ikäihmisten palveluissa (på finska)**

<http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/tyokalut/iakkaiden-neuvontapalvelut-ja-hyvinvointia-edistavat-kotikaynnit/lait-suositukset-kirjallisuus-kasitteet/valtakunnallisia-ohjeita-ja-suosituksia>

**Tietosuojavaltuutetun toimiston ohjeita asiakas- ja potilastietojen käsittelyyn**

- Rekisteri- ja tietoturvaselosteet: <http://www.tietosuoja.fi/sv/index/materiaalia/lomakkeet/rekisteri-jatietosuojaoselosteet.html>
- Henkilötietolaki ja asiakastietojen käsittely yksityisessä sosiaalihuollossa: <http://www.tietosuoja.fi/material/attachments/tietosuojavaltuutettu/tietosuojavaltuutetuntoimisto/opaat/6JfpsyYNj/>
- [Henkilötietolaki ja asiakastietojen käsittely yksityisessä sosiaalihuollossa.pdf](http://www.tietosuoja.fi/material/attachments/tietosuojavaltuutettu/tietosuojavaltuutetuntoimisto/opaat/6JfpsyYNj/Henkilotietolaki_ja_asiakastietojen_kasittely_yksityisessa_sosiaalihuollossa.pdf)

**Egenkontroll av tidsfrister för barnskydd**

<http://www.valvira.fi/documents/18502/315806/Egenkontroll+av+tidsfrister+for+barnskydd.pdf/34d473f8-61d3-48ac-ae2b-aabccf274534>

**Egenkontroll av tidsfrister för utkomststöd**

<http://www.valvira.fi/documents/18502/315806/Egenkontroll+av+tidsfrister+for+utkomststod.pdf/db8498f0-df90-4f41-b12e-3d9a2f10de45>

## INFORMATION TILL DIG SOM ANVÄNDER BLANKETTEN

Blanketten är avsedd till stöd för serviceproducenterna vid uppgörandet av en plan för egenkontroll. Blanketten har utarbetats i enlighet med Valvira's föreskrift (1/2014). Föreskriften trädde i kraft 1.1.2015. Blanketten omfattar samtliga sakdelar som ingår i föreskriften, och varje verksamhetsenhet tar i sin egen plan för egenkontroll upp de omständigheter som i praktiken gäller dem. Blanketten beskriver för varje innehållsområde de frågor som bör tas med i den aktuella punkten. När en egen blankett färdigställs bör överflödigt text strykas och Valvira's logo bytas ut mot serviceproducentens logo, varefter planen för egenkontroll gäller verksamhetsenhetens egen verksamhet.