# Uppdrag och kvalitetskrav

# Ledsagarservice LSS 9 § 3

**Fastställd av** socialnämnden
**Framtagen av** socialförvaltningen
**Datum** 2026-06-08
**Ärendenr** SON 2026/268
Version 1.1

**Region Gotland**
**Besöksadress** Visborgsallén 19
**Postadress** SE-621 81 Visby
**Telefon** +46 (0)498 26 90 00
**E-post** regiongotland@gotland.se
**Org nr** 212000-0803
**Webbplats** www.gotland.se

# Innehållsförteckning

**Ledsagarservice** ..... **1**

**LSS 9 § 3** ..... **1**

**Inledning** ..... **3**

Lagar, förordningar och föreskrifter ..... 3
Kvalitetsgarantier ..... 3
Principen om barnets bästa ..... 3
Barn och ungas delaktighet och inflytande ..... 3

**Ledsagarservice LSS 9 § 3** ..... **3**

**Krav** ..... **4**

Tillstånd ..... 4
Grundläggande förhållningssätt ..... 4
Bemötande och delaktighet ..... 5
Kvalitets- och ledningssystem ..... 5
Egenkontroll ..... 6
Riskanalys ..... 6
Systematiskt förbättringsarbete ..... 6
Synpunkter och klagomål ..... 6
Avvikelser enligt SoL och LSS ..... 7
Organisatorisk samverkan ..... 7
Samverkan utifrån den enskilde ..... 8
Anhörigstöd ..... 8
Barnperspektiv ..... 8
Dokumentation ..... 8
Verkställighet ..... 9
Icke verkställda beslut ..... 10
Förändrade behov ..... 10
Hygien ..... 10
Bemanning ..... 10
Ansvarig chef ..... 10
Personal ..... 10
Introduktion ..... 11
Kompetensutveckling ..... 11
Gåvor, mutor, jäv ..... 11
Våld i nära relation ..... 11
Polisanmälan ..... 11
Miljöarbete ..... 12
Tolk ..... 12
Privata medel ..... 12
Resor ..... 12
Kognitiv svikt och psykisk hälsa ..... 12
Medicintekniska produkter ..... 12

# Inledning

Uppdrag och kvalitetskrav är ett styrdokument som anger socialnämndens krav på kvalitet och innehåll för verksamheter inom socialförvaltningens egen regi och privata verksamheter som socialnämnden har avtal med. Uppdrag och kvalitetskrav är formulerade för att säkerställa att den enskilde som kommer i kontakt med socialförvaltningens verksamheter får en god och säker vård och omsorg. Kraven utgår från allmänna råd, föreskrifter och lagstiftning samt utgör underlag vid socialförvaltningens kvalitetsuppföljningar.
Kraven revideras fortlöpande och berörda verksamheter meddelas kontinuerligt om aktuella förändringar. Respektive verksamhet ansvarar för att aktuella krav är kända av medarbetare i verksamheten.

### Lagar, förordningar och föreskrifter

Verksamheten ska bedrivas i enlighet med socialtjänstlagen (SoL), hälso- och sjukvårdslagen (HSL), lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), offentlighets- och sekretesslagen (OSL), patientsäkerhetslagen (PSL), patientdatalag (PDL), dataskyddsförordningen (GDPR), diskrimineringslagen och övriga, vid varje tillfälle, tillämpliga lagar. Verksamheten ska följa befintlig och kommande lagstiftning och för verksamheten aktuella gällande föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten ska följa Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, nationella riktlinjer och arbeta utifrån evidensbaserad praktik. Respektive verksamhet ska utforma lokala rutiner utifrån aktuella lagar och föreskrifter samt nationella riktlinjer och av socialnämnden beslutade riktlinjer. Samtliga rutiner ska vara skriftligt dokumenterade.

### Kvalitetsgarantier

Socialnämnden har beslutat om kvalitetsgarantier som anger vad den enskilde har rätt att förvänta sig av det stöd som ges av verksamheten. Verksamheten säkerställer att kvalitetsgarantin görs känd för den enskilde.

### Principen om barnets bästa

Vid åtgärder som rör barn ska barnets bästa särskilt beaktas. Vid bedömning av barnets bästa ska vetenskap och beprövad erfarenhet beaktas, underlag från närstående och yrkespersoner som har kunskap om barnet/den unge inhämtas och det som barnet själv ger uttryck för ska, i enlighet med artikel 12 i barnkonventionen beaktas utifrån ålder och mognad.

### Barn och ungas delaktighet och inflytande

Barn och unga ska ges möjlighet att framför sina åsikter i frågor som rör dem. Om barnet eller den unge inte framför sina åsikter ska hans eller hennes inställning så långt det är möjligt klarläggas på annat sätt. Barns och ungas åsikter och inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till deras ålder och mognad. Ett barn som har fyllt 15 år har rätt att föra sin egen talan.

# Ledsagarservice LSS 9 § 3

Insatsen ledsagarservice syftar till att en person med funktionsnedsättning skall kunna delta i samhällets gemenskap och leva som andra. Ledsagarservice skall ge möjlighet att utföra aktiviteter utanför hemmet och sker oftast i den enskildes närmiljö (inom Gotland). Efter särskild prövning kan ledsagning avse aktiviteter utanför närmiljön. Insatsen ska ge personer med funktionsnedsättning möjlighet att genomföra enklare aktiviteter och bryta social isolering genom t ex att delta i fritidsaktiviteter, kulturliv eller besöka vänner.

Ledsagarservice enligt 9 § p3 LSS kan beslutas i två olika former:

- kontinuerlig ledsagning och tillfällig ledsagning, sker alltid i närmiljön och avser den regelbundet återkommande ledsagningen

- tillfällig ledsagning , avser den ledsagning som oftast sker utanför närmiljön och utförs efter särskild prövning och avser ett speciellt ändamål.

Med uppdragstagare menas i detta dokument den person som åtar sig uppdrag som ledsagare. Med utförare menas den verksamhet som har i uppdrag att rekrytera och stödja uppdragstagare.

Insatsen är avgiftsfri. Den enskilde betalar sina egna omkostnader i samband med ledsagningen. Verksamheten ska stå för rimliga kostnader för ledsagare (entréavgifter, biobiljett etc).

## Krav

| **Tillstånd** |
|---|
| Den som bedriver verksamheten/huvudmannen ska ha erforderliga tillstånd om så krävs alternativt anmält verksamheten till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). |

| **Grundläggande förhållningssätt** |
|---|
| Verksamheten ska iaktta allas likhet inför lagen, saklighet och opartiskhet. Verksamheten ska bedrivas icke religiöst eller politiskt bundet. |
| Verksamheten ska arbeta utifrån ett hälsofrämjande förhållningssätt genom att uppmuntra levnadssätt som förebygger ohälsa och främja hälsosamma val i syfte att uppnå en mer jämställd och jämlik folkhälsa. |
| Verksamheten ska säkerställa att Region Gotlands värdegrund och ledord ”delaktighet, förtroende och omtanke” är kända av personalen och att verksamheten arbetar utifrån dem. |
| Verksamheten ska utgå från ett förhållningssätt i enlighet med evidensbaserad praktik. Det innebär att förhållningssättet ska utgå från den enskildes önskemål och erfarenheter, bästa tillgängliga kunskap och professionens erfarenheter. |
| De arbetssätt och metoder som används ska tillgodose målgruppens behov. |
| Verksamheten ska präglas av en helhetssyn och kontinuitet och utföras med flexibilitet, kvalitet och stor respekt för den enskilde. |
| Stöd och insatser ska vara utformade så att den enskildes förmåga, resurser och önskemål tas tillvara. |
| Verksamheten ska bygga på frivillighet och delaktighet från den enskildes sida. Insatsen ska så långt möjligt utformas och genomföras tillsammans med den enskilde. |

| |
|---|
| Verksamheten ska sträva efter att införa digital teknik. Syftet är att öka den enskildes självständighet, möjlighet till aktivitet, delaktighet och bibehållen integritet. |
| Verksamheten ska arbeta utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt där den enskildes funktioner tas till vara i det dagliga livet. Detta bidrar till att den enskilde får förutsättningar att leva sitt liv med så hög grad av livskvalitet, hälsa och oberoende som möjligt. |

| **Bemötande och delaktighet** |
|---|
| Verksamheten ska beakta den enskildes självbestämmande, integritet och behov av upplevd trygghet. Den enskilde har rätt till inflytande, integritet och delaktighet och insatserna ska utföras i samråd med den enskilde. Verksamheten ansvarar för att den enskilde bereds möjlighet att vara delaktig i beslut om insatsens utförande. |
| Den enskilde ska ha en aktiv del i planering, genomförande, utvärdering och uppföljning av beviljad insats. |
| Insatserna ska kontinuerligt följas upp och anpassas efter den enskildes aktuella situation. |
| Verksamheten ska ansvara för att den enskilde får den information som behövs för insatsens utförande. |
| Kommunikation och information till verksamhetens målgrupper ska vara anpassad, begriplig och lätt tillgänglig. |
| Insatsen ska vara individuellt utformad utifrån den enskildes behov och önskemål och den enskilde ska ha möjlighet till inflytande. |
| I uppdraget ingår att ge det stöd och hjälp som den enskilde behöver under tiden ledsagningen pågår. Det kan även ingå att delta i de aktiviteter som den enskilde väljer. |
| Den enskilde ska vid verkställande av insats få skriftlig information om namn och kontaktuppgifter till chef och kontaktpersonal. Informationen lämnas på nytt om förändringar sker. Informationen ska också lämnas till anhöriga om den enskilde samtycker. |

| **Kvalitets- och ledningssystem** |
|---|
| Verksamheten ska arbeta i enlighet med ett kvalitets- och ledningssystem som motsvarar kraven i Socialstyrelsens föreskrift. Med stöd av ledningssystemet ska verksamheten planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera samt förbättra verksamheten. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. |
| Det ska finnas en namngiven chef för det övergripande ansvaret för det systematiska kvalitetsarbetet. |
| Personalen ska känna till ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och vara delaktiga i kvalitetsarbetet samt ha kännedom om verksamhetsområdets kvalitetskrav och kvalitetsgarantier. |

| |
|---|
| Verksamheten ska identifiera, beskriva samt fastställa verksamhetens huvudprocesser, delprocesser och aktiviteter som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. |
| Verksamheten ska utarbeta och fastställa rutiner som behövs utifrån varje aktivitet i huvudprocessen. |
| Verksamheten ska säkerställa att samtlig personal arbetar i enlighet med fastlagda processer och rutiner. |

| **Egenkontroll** |
|---|
| Verksamheten ska regelbundet utföra egenkontroll enligt av verksamheten framtagen plan för att säkerställa att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. |

| **Riskanalys** |
|---|
| Riskanalys är en metod för att identifiera risker vid planerade och kommande verksamhetsförändringar. Verksamheten ska genomföra riskanalys innan förändringar genomförs. Riskanalyser ska dokumenteras. |
| Verksamheten ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelse skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten. |

| **Systematiskt förbättringsarbete** |
|---|
| Verksamheten ska beskriva hur man arbetar systematiskt med verksamhetens kvalitetsarbete, t.ex. en plan, PDSA-cirkel (plan do study act) eller ett årshjul. |
| Verksamheten ska som en del i det systematiska förbättringsarbetet lämna statistik och uppgifter som efterfrågas av nationella myndigheter, andra organisationer och socialförvaltningen, samt medverka vid uppföljning. |
| Verksamheten ska årligen dokumentera sitt kvalitetsarbete i form av kvalitetsberättelse. |
| Verksamheten ska delta i utvecklingsarbete, särskilt den digitala utvecklingen för att främja en ökad tillgänglighet för enskilda. |
| Verksamheten ska delta i brukarundersökning samt arbeta med resultaten för att utveckla kvaliteten i verksamheten. |

| **Synpunkter och klagomål** |
|---|
| Synpunkter och klagomål ska betraktas som en möjlighet att förbättra och utveckla verksamheten. Verksamheten ska se till att den enskilde får information och kännedom om hur man lämnar synpunkter och klagomål på verksamheten. |
| Verksamheten ska följa Region Gotlands gällande riktlinje för synpunktshantering, i tillämpliga delar. |

| |
|---|
| Verksamheten ska ha rutin som beskriver hur synpunkter och klagomål tas emot, utreds och åtgärdas. |
| Verksamheten ska ha en rutin som beskriver hur synpunkter och klagomål sammanställs och analyseras systematiskt. |

| **Avvikelser enligt SoL och LSS** |
|---|
| Missförhållanden och risk för missförhållanden enligt SoL och LSS ska rapporteras, utredas och åtgärdas. |
| All personal ska ha kännedom om skyldigheten att rapportera avvikelser. |
| Verksamheten ska ha rutin som beskriver hur avvikelser tas emot, utreds och åtgärdas. |
| Verksamheten ska ha rutin som beskriver hur avvikelser sammanställs och analyseras systematiskt. |
| Verksamheter i egen regi ska använda regionens system för registrering och hantering av avvikelser. |
| För egen regi ska utredning om lex Sarah rapporteras till socialförvaltningens kvalitetschef som beslutar om missförhållandet ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). |
| Verksamheten ska säkra att uppdragstagaren har kännedom om rapporteringsskyldighet enligt bestämmelser om lex Sarah |

| **Organisatorisk samverkan** |
|---|
| Samverkan ska ses som en förutsättning för att säkra kvaliteten på de insatser som ges inom socialtjänsten och inom hälso- och sjukvården. Verksamheten ska ha rutiner för den samverkan som krävs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges. |
| Överenskommelser mellan verksamheten och andra aktörer ska göras kända för samtlig personal och följas i tillämpliga delar. |
| Överenskommelser mellan socialnämnden och andra nämnder ska göras kända och följas i tillämpliga delar. |
| Verksamheten ska säkerställa att det finns en rutin för när och hur andra, för verksamheten relevanta, aktörer kan ta kontakt. |
| Verksamheten ska samverka med handläggar- och/eller uppföljningsfunktioner inom socialförvaltningen och delta i olika samverkansmöten, som till exempel branschråd. |
| Verksamheten ska initiera eller medverka till samordnad individuell plan (SIP) i enlighet med gällande överenskommelser. |
| Verksamheten ska säkerställa att det finns rutiner för hur och när en samordnad individuell plan (SIP) upprättas. |

| |
|---|
| Verksamheten ska identifiera vilka samverkanspartners verksamheten behöver för att bedriva en trygg och säker vård och omsorg. |

| **Samverkan utifrån den enskilde** |
|---|
| Samverkan med anhöriga, företrädare och andra för den enskilde viktiga personer ska ske utifrån den enskildes önskemål och medgivande. |
| Verksamheten ska ha samtycke från den enskilde för att informationsutbyte över verksamhetsgränser ska kunna ske. |
| Verksamheten ska säkerställa rutin för att vid behov uppmärksamma den enskildes behov av god man/företrädare. |

| **Anhörigstöd** |
|---|
| Anhöriga/närstående ska bemötas med respekt och informeras om vilka stödformer som kan erbjudas, bland annat anhörigstöd. |

| **Barnperspektiv** |
|---|
| Verksamheten ska ansvara för att personal har kännedom om skyldigheten att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa. |
| Verksamheten ska säkerställa att personalen har kunskaper om Barnkonventionen och att vid åtgärder som rör barn ska rätt till information, delaktighet och barnets bästa särskilt beaktas. Barnkonsekvensanalys ska genomföras i ärenden som gäller barn. |

| **Dokumentation** |
|---|
| Dokumentation ska ske vid handläggning och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM, LSS och HSL och i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd. |
| Behandling av personuppgifter ska ske enligt gällande lagstiftningar för sekretess och tystnadsplikt samt GDPR. |
| Dokumentation ska följa av socialnämnden antagna riktlinjer för dokumentation. |
| Dokumentation ska ske fortlöpande och utformas med respekt för den enskildes integritet. |
| Verksamheten ska arbeta i enlighet med Region Gotlands styrdokument för arkivering och gallring av journaler. |
| Dokumentation enligt HSL och SoL/LSS ska ske i verksamhetssystem |
| Samtycke för utbyte av information gällande den enskilde ska inhämtas och dokumenteras. |
| Verksamheten ska ha rutiner för hantering av inkomna och upprättade handlingar som gäller den enskilde. |

| |
|---|
| Dokumentation kopplat till den enskilde ska hanteras i enlighet med Region Gotlands gällande informationshanteringsplan. |
| Verksamheten ska ha rutiner som säkerställer att genomförandeplan upprättas med utgångspunkt från nämndens uppdrag och i enlighet med gällande föreskrift. |
| Upprättande av en genomförandeplan ska inledas i samband med verkställighet. Genomförandeplanen ska vara fastställd och tillgänglig för handläggare senast inom fyra veckor från verkställighetsdatum. |
| Genomförandeplanen ska följas upp var sjätte månad och vid förändrade behov revideras. |
| Verksamheten ska ha rutiner som säkrar att den enskilde och/eller dennes företrädare ska ges förutsättningar för att kunna vara delaktig och införstådd med planeringen. Om den enskilde inte varit delaktig vid upprättandet av en genomförandeplan ska det av dokumentationen framgå av vilken orsak. |
| Genomförandeplanen ska tydligt beskriva för såväl den enskilde som för personalen vad som ska göras och med vilken målsättning, hur, när och vem som ska utföra insatsen. |
| När genomförandeplanen är fastställd ska en kopia av genomförandeplanen delges den enskilde. |
| Verksamheten ansvarar för att upprätta en genomförandeplan för kontinuerlig ledsagning (ej tillfällig ledsagning). |

| **Verkställighet** |
|---|
| Ledsagarservice ska kunna utföras dag- och kvällstid, vardagar och helg. |
| Verksamheten ansvarar för att verkställa beslutet. Insatsen ska verkställas skyndsamt från det att den enskilde blivit beviljad insatsen, dock senast inom tre månader. |
| Verksamheten ska ha rutiner för rekrytering av uppdragstagare |
| Verksamheten ska ha rutiner som säkrar att uppdragstagare uppvisar aktuellt registerutdrag ur belastningsregistret. |
| Beslut som inte är verkställda inom tre månader från beslutsdatum ska rapporteras till handläggare. |
| Verksamheten ska säkra att uppdrag tas emot och att information ges till berörd uppdragstagare. |
| Verksamheten ska i samband med rekrytering av uppdragstagare ha kännedom om den enskilde så att uppdragstagaren som rekryteras i möjligaste mån stämmer överens med den enskildes förutsättningar och önskemål. |
| Om den enskilde inte nyttjar insatsen inom tre månader ska utföraren meddela handläggaren för eventuell omprövning av beslutet. |

| **Icke verkställda beslut** |
| --- |
| Verksamheten ska dokumentera när beslutade insatser inte har kunnat verkställas. |

| **Förändrade behov** |
| --- |
| Verksamheten ska säkra att det i verksamheten finns rutiner för att uppmärksamma förändrade behov hos den enskilde. |

| **Hygien** |
| --- |
| Verksamheten ska vid behov tillhandahålla skyddskläder och skyddsutrustning. I förekommande fall ska arbete utföras enligt gällande lagstiftning. |

| **Bemanning** |
| --- |
| Verksamheten ska eftersträva en hög personalkontinuitet och organiseras så att antalet personal som möter den enskilde minimeras. |
| Verksamheten ska säkerställa att personal finns tillgänglig i tillräcklig omfattning för att ge insatser utifrån individuella behov så att insatser av god kvalitet garanteras den enskilde. |

| **Ansvarig chef** |
| --- |
| Verksamheten ska ledas av chef med sammantagen lämplig högskoleutbildning och erfarenhet, i de fall där kompetens och erfarenhet regleras i särskild föreskrift ska dessa följas. |
| Verksamheten ska ha rutiner för hur personal ska agera vid behov av arbetsledning utanför ansvarig chefs arbetstid. |

| **Personal** |
| --- |
| Verksamheten ska tillse att personalen har adekvat utbildning och kompetens för att utföra uppdraget och utveckla verksamheten. |
| Verksamheten ska säkerställa att personalen har kunskap om bestämmelserna om tystnadsplikt och sekretess samt undertecknar förbindelse om tystnadsplikt. |
| Personal ska inte ha uppdrag som förvaltare/god man eller annat uppdrag hos enskild i verksamheten. |
| Personal ska legitimera sig med foto och/eller namnskylt med verksamhetens logotype. |
| Personal ska ha kunskaper i talad och skriven svenska för att kunna föra dialog med den enskilde, ta emot instruktioner samt för att kunna dokumentera utifrån gällande lagstiftning. |
| Vid rekrytering av personal ska begäran göras att den sökande visar upp aktuellt registerutdrag ur belastningsregistret. |

| |
|---|
| Registerutdrag som inhämtas i samband med rekrytering ska förvaras/arkiveras i två års tid. |

| **Introduktion** |
|---|
| Verksamheten ansvarar för att personal får teoretisk och praktisk introduktion i samband med anställningen i tillräcklig utsträckning för att kunna utföra det vardagliga arbetet. |
| Verksamheten ska ha rutiner för introduktion av nyanställda. |

| **Kompetensutveckling** |
|---|
| Kompetensutveckling ska svara mot verksamhetens behov inom området. |
| Verksamheten ska säkra att en övergripande kompetensutvecklingsplan finns utifrån verksamhetens behov. |
| För personalen ska det årligen upprättas en individuell kompetensutvecklingsplan. |
| Personal ska vid behov erbjudas handledning. |
| Personal ska vid behov få information/introduktion/utbildning kring välfärdsteknik. |

| **Gåvor, mutor, jäv** |
|---|
| Verksamheten ska ha en rutin gällande gåvor, testamentariskt förordnande, mutor och jäv. |

| **Våld i nära relation** |
|---|
| Socialnämndens riktlinjer om våld i nära relationer ska följas. |
| Verksamheten ansvarar för att det finns gällande rutin för hur våld i nära relationer hanteras. |
| Verksamheten ska vara uppmärksam på om någon enskild kan vara utsatt för våld, såväl fysiskt som psykiskt, och behöva stöd och skydd. |
| Verksamheten ska säkra att personalen har kunskap om bemötande och förhållningssätt samt kännedom om vilket stöd en våldsutsatt person har rätt att få. |

| **Polisanmälan** |
|---|
| I situationer där det finns misstanke om brott mot den enskilde ska frågan om polisanmälan prövas skyndsamt. Polis eller åklagare bör konsulteras. |
| Om misstanke om grövre brott, högre straff än fängelse i ett år, bör verksamheten polisanmäla. Verksamheten ska ha rutin för övervägande av polisanmälan. Rutinen ska även beskriva hur bedömningen dokumenteras. |

| **Miljöarbete** |
| --- |
| Verksamheten ska känna till och i möjligaste mån följa Region Gotlands styrdokument gällande miljö. |

| **Tolk** |
| --- |
| Verksamheten ska vid behov använda tolk (exempelvis vid språk, tal-, syn- och hörselnedsättning) för att den enskilde ska kunna ta till vara sin rätt. |

| **Privata medel** |
| --- |
| Verksamheten ska ha en rutin som beskriver hur verksamheten hanterar privata medel. |

| **Resor** |
| --- |
| Verksamheten ska arbeta i enlighet med socialförvaltningens gällande riktlinje för transporter av enskilda inom socialförvaltningen. |

| **Kognitiv svikt och psykisk hälsa** |
| --- |
| Verksamheten ska säkerställa att personalen har kunskaper om och får fortlöpande kompetensutveckling inom området psykisk hälsa samt bemötande vid dessa tillstånd. |
| Verksamheten ska säkerställa att det finns rutiner för att uppmärksamma och hantera symtom på psykisk ohälsa och risk för suicid. |

| **Medicintekniska produkter** |
| --- |
| Verksamheten ska uppmärksamma behov av personliga hjälpmedel och vara behjälplig med att förmedla kontakt till förskrivare. |
| Personal ska ha kunskap om hjälpmedel avseende kommunikation och kognition. |