Uppdrag och kvalitetskrav

Hem för vård eller boende för vuxna

Fastställd av socialnämnden
Framtagen av socialförvaltningen
Datum 2026-06-08
Ärendenr SON 2026/250
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

Hem för vård eller 1
boende för vuxna 1
Inledning 4
Lagar, förordningar och föreskrifter 4
Kvalitetsgarantier 4
Hem för vård eller boende för vuxna 4
Krav 5
Tillstånd 5
Grundläggande förhållningssätt 5
Bemötande och delaktighet 6
Kvalitets- och ledningssystem 6
Egenkontroll 6
Riskanalys 6
Systematiskt förbättringsarbete 7
Synpunkter och klagomål 7
Avvikelser enligt SoL och LSS 7
Organisatorisk samverkan 8
Samverkan utifrån den enskilde 8
Medföljande barn 9
Anhörigstöd 9
Barnperspektiv 9
Dokumentation 9
Verkställighet 10
Icke verkställda beslut 10
Riskbedömning 10
In- och utskrivning 10
Förändrade behov 11
Kontaktpersonal 11
Hygien 11
Bemanning 11
Ansvarig chef 12
Personal 12
Introduktion 12
Kompetensutveckling 13
Praktikanter 13
Gåvor, mutor, jäv 13
Krisberedskap 13
Våld i nära relation 13
Skydd och säkerhet/trygg och säker vård 14
Polisanmälan 14
Miljöarbete 15
Tolk 15
Mat och måltider 15
Lokal/fastighet 15

Nyckelhantering 15
Resor.....16
Hälso- och sjukvård 16
Kognitiv svikt och psykisk hälsa 16
Medicintekniska produkter.....16

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.

Hem för vård eller boende för vuxna

Hem för vård eller boende, HVB, är en verksamhet som tar emot enskilda som behöver socialtjänstinsatser i form av vård eller behandling av utbildad personal i kombination med heldygnsvistelse i särskilt anpassade lokaler. En placering på HVB pågår under en begränsad tid med bestämda mål och ska så långt som möjligt utformas tillsammans med den enskilde. Utförare av insatsen ska särskilt beakta behovet av samverkan för att säkerställa att den placerade får sina behov av hälso- och sjukvård och tandvård, utbildning, sysselsättning och fritidsaktiviteter tillgodosedda.

Målgrupp för insatsen
• Insatsen riktar sig till vuxna.

Särskilda krav för:
• HVB för utredning, behandling och eller omvårdnad

Om utföraren också bedriver hälso- och sjukvård i samma verksamhet ska en anmälan göras till IVO:s vårdgivarregister.

Krav på kompetens för HVB med tillstånd för utredning och behandling
Utöver de generella kompetenskraven i avsnitt ska personal som utför den medicinska bedömningen vid utredningar inneha kompetens enligt nedan:

Läkare med psykiatrisk kompetens för psykiatriska bedömningar av vidare utredningsbehov. Psykologkompetens för genomförande av psykologutredningar, tester och observationer. Funktionsbedömningar kan göras av personal med relevant utbildning, exempelvis utbildning inom arbetsterapi, sjukgymnastik och fysioterapi.

Krav på kompetens för HVB med tillstånd för omvårdnad:
Förutom övrig schemalagd personal som uppfyller de generella kompetenskraven ska en utbildad sjuksköterska finnas tillgänglig på plats i HVB-verksamheten minst en gång per vecka.

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 nätverksinriktat i nära samarbete med familj, övrigt nätverk och handläggare, förutsatt att samtycke finns.

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.

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).
Privata verksamheter ska efter utredning om lex Sarah anmäla allvarliga missförhållanden och påtagliga risker för allvarliga missförhållanden direkt till IVO och samtidigt delge socialnämnd och kvalitetschef.

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.
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.

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.
Verksamheten ska delta i regelbundna och överenskomma uppföljningar.
Verksamheten ska som ett led i insatsen erbjuda god utslussning i samverkan med handläggare.

Medföljande barn
Barnets rätt till skolgång ska säkerställas, tillgång till förskola/skola ska finnas.

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.
Uppföljningsrapporter med bedömning av insatsens utfall ska verksamheten lämna skriftligt till handläggare varje månad om inget annat överenskommits i genomförandeplanen.

Verkställighet
Verksamheten ska ge vård, behandling och omvårdnad i enlighet med vårdplan och uppdrag i genomförandeplan enligt aktuell lagstiftning.
Verksamheten ska kontakta handläggare om målsättningar i uppdraget inte förväntas uppnås inom planerad tid.

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

Riskbedömning
Verksamheten ska ha rutin för individuella riskbedömningar. Riskbedömning ska ske i samband med verkställighet och fortlöpande. Den individuella riskbedömningen ska dokumenteras. Företrädare ska involveras förutsatt att det finns samtycke från den enskilde.

In- och utskrivning
In- och utskrivning i HVB ska ske i enlighet med gällande förordningar, föreskrifter och allmänna råd.
Verksamheten ska förbereda placering i HVB-hemmet genom att ge information till den som ska placeras.
Verksamheten ansvarar för att den information som ges vid inskrivning sker på ett sätt att de placerade kan tillgodogöra sig informationen på ett adekvat sätt.
De placerade ska vid inskrivningen få skriftlig information om namn och kontaktuppgifter till föreståndare och kontaktpersonal.
Ansvarig föreståndare ska besluta om inskrivning.

Föreståndaren beslutar om utskrivning när behovet av vård i HVB-hemmet upphört, den placerade begär det eller lagen om vård av missbrukare (LVM) föreskriver annat.
Verksamheten ska ha rutiner som säkrar att det med utgångspunkt av vårdplanen sker en bedömning av om hemmet är lämpligt. Särskilt ska beaktas om behoven hos den person som ska skrivas in kan tillgodoses i förhållande till de arbetssätt och metoder som hemmet använder, personalens kompetens och de andra som vårdas på hemmet. Lämplighetsbedömningen ska dokumenteras.

Förändrade behov
Verksamheten ska säkra att det i verksamheten finns rutiner för att uppmärksamma förändrade behov hos den enskilde.
Verksamheten ska dokumentera och meddela handläggare om den enskildes behov förändras väsentligt.
Verksamheten ska i god tid innan placeringen upphör informera handläggare om hur den placerade kan förberedas för tiden efter att placeringen upphör.
Verksamheten ska utan dröjsmål underrätta handläggare/socialjour om den placerade drabbas av allvarlig sjukdom, allvarligt olycksfall eller avviker från HVB-hemmet.
Om sammanbrott inträffar ska detta anmälas till handläggare senast nästkommande vardag. Med sammanbrott i placering avses exempelvis om den enskilde lämnar/avviker från HVB-verksamheten.
Verksamheten ska svara för att skriftlig dokumentation med omständigheter kring sammanbrottet utan dröjsmål sänds till handläggare.

Kontaktpersonal
Verksamheten ska inför placering utse en kontaktpersonal för individen. Kontaktpersonal ska namnges för ansvarig handläggare senast i samband med placering.

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 bemanningen är av tillräcklig omfattning för att garantera god kvalitet och en trygg och säker vård utifrån den målgrupp som utföraren arbetar med. Beredskap ska finnas om något akut inträffar.

Verksamheten ska säkra att det finnas bemanning dygnet runt och det ska ständigt finnas ansvarig personal i verksamhetens lokaler vilket innebär att individerna har en ständig tillgång till hjälp och stöd från personal.

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.
Personalen i ett hem för vård eller boende ska ha den utbildning, den erfarenhet och den personliga lämplighet som behövs för att kunna utföra sina arbetsuppgifter. Personal som ger behandling enligt en viss metod ska även ha en relevant utbildning för den.
Verksamheten ska säkerställa att föreståndaren eller medarbetare inte har misstänkts för eller varit dömda för brott i yrkesövning, våldsbrott, narkotikarelaterade brott eller sexualbrott. Verksamheten ska ha rutiner för att utföra registerkontroller enligt lagen (1998:620) om belastningsregister och lagen (1998:620) om misstankeregister.
Personalens sammantagna kompetens gällande utbildning och erfarenhet ska ge förutsättningar för att möta de behov som målgruppen har och säkerställa en trygg och säker vård.

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.

Praktikanter
Verksamheten ska ta emot praktikanter/studerande.

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

Krisberedskap
Verksamheten ska ha lokala rutiner för krisberedskap.
Verksamheten ska genomföra risk- och konsekvensanalys utifrån verksamhetens uppdrag.
Vid förändring i verksamhet eller uppdrag ska ny risk- och konsekvensanalys göras.
Inom ramen för krisberedskapsarbetet ska verksamheten ta fram rutiner som säkerställer att verksamheten kan bedrivas enligt uppdrag vid störningar eller kriser utifrån genomförd risk- och konsekvensanalys. Till exempel vid elavbrott, situationer med höga temperaturer, brand, vattenbrist, frånfall av personal/omfattande frånvaro och brist på material/läkemedel. Samtlig personal ska känna till rutinerna.
Verksamheten ska ha en evakueringsplan för eventuella behov av evakuering. Samtlig personal ska känna till evakueringsplanen.
Verksamheten ska ha en utrymningsplan för händelse av brand. Samtliga som befinner sig i lokalen ska känna till utrymningsplanen.

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.

Skydd och säkerhet/trygg och säker vård
Verksamheten ska ansvara för att arbeta förebyggande så att incidenter i HVB-hemmet kan undvikas.
Föreståndare ska ansvara för att det finns ordningsregler för de dagliga rutinerna på hemmet. De ska syfta till att skapa trygghet och säkerhet för alla som vistas där.
Ordningsreglerna ska vara tillgängliga och välkända för både placerade och personal.
Verksamheten ska ha rutiner för hur personal ska förebygga, uppmärksamma och agera vid konflikter, hot och våld.
Verksamheten ska ha rutiner för hur personal ska förebygga, uppmärksamma och agera vid övergrepp.
Verksamheten ska ha rutiner för hur personal ska förebygga, uppmärksamma och agera vid självskadebeteende.
Verksamheten ska ha rutiner för hur personal ska agera vid sammanbrott av placering.
Verksamheten ska ha rutiner för hur en drogfri miljö upprätthålls.
Tester/prov ska tas i enlighet med överenskommelse med handläggare. Drogtester kräver individens medgivande. Verksamheten ansvarar för att säkerställa att detta sker på ett rättssäkert och etiskt korrekt sätt.
Tester/prov för att påvisa alkohol eller narkotika bekostas av verksamheten.
Verksamheten ska ha rutiner för att hantera återfall. Rutinerna ska vara tydliga, välkända och lättillgängliga för samtliga medarbetare.
Vid återfall ska handläggare informeras omedelbart eller senast nästföljande arbetsdag.

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.

Mat och måltider
Verksamheten ska tillhandahålla kost enligt följande: Maten ska fördelas på tre huvudmål (frukost, lunch och middag) samt mellanmål, där man beaktar den placerades religion, etiska åsikter mm. Verksamheten ska följa Region Gotlands gällande styrdokument för mat och måltider.
Verksamheten ansvarar för att lokaler är utformade och anpassade på så sätt att de placerade kan laga mat på egen hand, tillsammans med andra eller tillsammans med personal.

Lokal/fastighet
Verksamheten ansvarar för att lokalerna är ändamålsenliga, godkända, väl underhållna, god hygienisk standard samt vara trivsamma och ge en hemlik boendemiljö. Toalett och hygienutrymmen ska uppfylla normala krav på hygien och trivsel och vara tillgängliga så att den personliga integriteten säkerställs.
Verksamheten är ansvarig för individens tillhörigheter och individen ska ha möjlighet att låsa in värdesaker och andra personliga tillhörigheter.
Verksamheten ansvarar för att placerade personer bereds boende i enkelrum, om inte särskilda skäl motiverar något annat.
HVB som tar emot vuxna personer med medföljande barn eller dit barn kommer för att umgås med sina föräldrar ska lokalerna vara anpassade så att de möjliggör en trygg och säker vistelse för barnen.
Verksamheten ska dagligen i HVB-verksamheten tillhandahålla individen TV, datorer med internetuppkoppling och möjlighet att använda telefon för kontakter med exempelvis familj och myndigheter under hela vistelsetiden. Ovan gäller under förutsättning att det inte enligt fastställd genomförandeplan motverkar behandlingens syfte.

Nyckelhantering
Verksamheten ska säkerställa rutiner för hantering av nycklar/nyckelbrickor/digitala nyckellösningar till medicinskåp och värdeskåp.

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

Hälso- och sjukvård
Verksamheten ansvarar för att de placerade kan förvara eventuella läkemedel i låsbart skåp.
Verksamheten ska ha rutiner som säkerställer att de placerade får kontakt med hälso- och sjukvård inklusive tandvård när behov uppstår.

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.