# Uppdrag och kvalitetskrav

# Särskilt boende

**Fastställd av** socialnämnden
**Framtagen av** socialförvaltningen
**Datum** 2026-06-08
**Ärendenr** SON 2026/278
**Verson** 1.2

**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

**Särskilt boende....1**

**Inledning....4**

Lagar, förordningar och föreskrifter....4
Kvalitetsgarantier....4
Kommunal hälso- och sjukvård....4

**Särskilt boende....4**

**Krav....5**

Tillstånd....5
Grundläggande förhållningssätt....5
Bemötande och delaktighet....6
Kvalitets- och ledningssystem....6
Egenkontroll....7
Riskanalys....7
Systematiskt förbättringsarbete....7
Synpunkter och klagomål....7
Avvikelser enligt SoL och LSS....8
Vårdavvikelser....8
Organisatorisk samverkan....8
Samverkan utifrån den enskilde....9
Anhörigstöd....9
Barnperspektiv....9
Dokumentation....10
Verkställighet....11
Icke verkställda beslut....11
Riskbedömning....11
Inflyttning....11
Förändrade behov....11
Kontaktpersonal....12
Fast vårdkontakt....12
Socialt innehåll....12
Hygien....12
Bemanning....13
Ansvarig chef....13
Personal....13
Introduktion....14
Kompetensutveckling....14
Praktikanter....14
Gåvor, mutor, jäv....14
Krisberedskap....14
Våld i nära relation....14
Polisanmälan....15
Miljöarbete....15
Tolk....15
Mat och måltider....15
Privata medel....15

Lokal/fastighet ....16
Nyckelhantering ....16
Resor....16
Hälso- och sjukvård ....16
Läkarmedverkan....16
Läkemedelshantering ....16
Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter....17
Kognitiv svikt och psykisk hälsa ....17
Medicintekniska produkter....18
Funktionsstöd, rehabilitering, habilitering och vardagsrehabilitering....18
Fallprevention och fall....19
Mun- och tandhälsa ....19
Urinblås- och tarmfunktion ....19
Sömn....19
Hud och sår ....20
Vård i livets slutskede ....20

# 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.

### Kommunal hälso- och sjukvård

Kommunal hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå innebär att utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser. Kommunal hälso- och sjukvård innefattar både insatser som genomförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt personal som utför hälso- och sjukvårdsinsatser genom delegering och/eller arbetsfördelning. Hälso- och sjukvården, i de verksamheter som berörs, ska utföras personcentrerat och med kvalitet och patientsäkerhet enligt gällande lagstiftning.

Socialförvaltningens MAS-regler är övergripande dokument som utgör ramverk och minimikrav inom den kommunala hälso- och sjukvården. Respektive verksamhet ska vid behov utforma lokala rutiner utifrån MAS-reglerna. Om det finns något område som inte omfattas av MAS-regler så ansvarar verksamheten för att tillämpliga rutiner finns för att säkerställa hälso- och sjukvården i verksamheten.

# Särskilt boende

Särskilt boende är en boendeform med heldygnsomsorg för service och omvårdnad till personer som varaktigt behöver särskilt stöd i sin dagliga livsföring.

Insatsen föregås av ett biståndsbeslut och riktar sig främst till personer som inte längre får behovet av service, omvårdnad, trygghet och säkerhet tillgodosett i det egna hemmet till följd av exempelvis ålderdom, fysiska och/eller psykiska funktionsnedsättningar eller allvarlig sjukdom. I insatsen ingår tillsyn, måltider, service, omvårdnad, sociala aktiviteter, ledsagning i närmiljön och hälso- och sjukvårdsinsatser på primärvårdsnivå.

Insatsen ska, så långt det är möjligt, individanpassas i utförandet samt utformas för att främja delaktighet, självbestämmande och jämlika levnadsvillkor. Verksamheten ska arbeta med ett hälsofrämjande förhållningssätt, vilket innebär att den enskilde själv ska få utföra de aktiviteter som är möjliga.

För särskilda boenden som har återkommande korttidsplats (växelvård) gäller även uppdrag och kvalitetskrav Hem för viss annan heldygnsvård SOL.

## 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. |

| **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. |
| Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för det systematiska kvalitetsarbetet enligt HSL. |

| |
|---|
| Verksamheten ska följa av socialnämnden antagna MAS-regler[1]. |

| **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. |
| Verksamheten ska årligen dokumentera sitt kvalitetsarbete i form av patientsäkerhetsberättelse. |
| Verksamheten ska ha ett preventivt arbetssätt och delta i de för verksamheten relevanta kvalitetsregister som socialnämnden beslutar om. |

| **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. |

[1] Medicinskt ansvarig sjuksköterska-regler

| |
|---|
| 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. |

| **Vårdavvikelser** |
|---|
| Verksamheten ska ha en rutin för intern utredning av vårdskada och allvarlig vårdskada för att säkerställa patientsäkerhet och kvalitet enligt gällande lagstiftning. |
| Händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada ska rapporteras, utredas och åtgärdas. |
| All personal ska ha kännedom om skyldigheten att rapportera händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada. |
| Verksamheten ska ha en rutin för hantering av vårdavvikelser inklusive rapportering, utredning, åtgärder och uppföljning. |
| Verksamheten ska rapportera händelser som medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada till medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) för ställningstagande av lex Maria-anmälan. |

| **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. |
| Anhöriga och närstående till personer som avlider ska erbjudas efterlevandesamtal enligt gällande MAS-regel för Efterlevandesamtal. |
| Arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska och omvårdnadspersonal ska kontinuerligt samverka i de riskbedömningar, åtgärder och uppföljningar som görs och ska inom sin kompetens vara delaktig i upprättandet av individuella vårdprocesser. |

| **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. |
| Verksamheten ska ha rutiner för att uppmärksamma på vilket sätt barn berörs direkt eller indirekt. |

| **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. |
| Legitimerad personal och de som biträder legitimerad personal, det vill säga de som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter genom delegering, ordination och instruktion är skyldiga att föra HSL-dokumentation. |
| Åtgärder utifrån vårdprocesser som skickas till omvårdnadspersonal ska vara tydligt beskrivna och följas upp regelbundet. |
| 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. |

| **Verkställighet** |
|---|
| Verksamheten ansvarar för att verkställa beslutet. Insatsen ska verkställas skyndsamt från det att den enskilde blivit beviljad insatsen, dock senast inom tre månader. |
| Beslut som inte är verkställda inom tre månader från beslutsdatum ska rapporteras till handläggare. |

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

| **Riskbedömning** |
|---|
| Verksamheten ska ansvara för att identifiera risker för sjukdom/skada genom att strukturerade riskbedömningar genomförs, åtgärdas och följs upp. |
| 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. |

| **Inflyttning** |
|---|
| Verksamheten ska förbereda inflyttningen genom att ge information om boendet till den enskilde och till närstående om den enskilde samtycker. Verksamheten ska erbjuda möjlighet till förhandsbesök. |
| Verksamheten ska ha rutiner för inflyttning som innefattar hur nyinflyttade introduceras till boendet. Introduktionen ska kunna anpassas till varje enskilds behov. |
| Den enskilde ska vid inflyttningen få skriftlig information om namn och kontaktuppgifter till chef, sjuksköterska, kontaktpersonal och rehabpersonal. Informationen lämnas på nytt om förändringar sker. Informationen ska också lämnas till anhöriga om den enskilde samtycker. |

| **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 dokumentera och meddela handläggare om den enskildes behov förändras och kan ställa krav på annan insats. |
| Verksamheten ska omgående meddela handläggare om en person har avlidit, är inlagd på sjukhus eller av annan anledning inte nyttjar/avslutat insatsen. |

| **Kontaktpersonal** |
|---|
| I samband med verkställighet ska verksamheten erbjuda en kontaktpersonal. |
| Verksamheten ska ha rutiner för kontaktpersonalens uppdrag och dessa ska vara kända hos samtlig personal. |
| Det ska finnas möjlighet att byta kontaktpersonal. Verksamheten ska informera den enskilde och anhöriga om samtycke finns om möjligheten att byta kontaktpersonal. |

| **Fast vårdkontakt** |
|---|
| Verksamheten ska säkerställa tillgång till sjuksköterska för konsultation och besök dygnet runt. |
| På varje särskilt boende ska det finnas en ansvarig sjuksköterska som utgör den fasta vårdkontakten för den enskilde på boendet. |
| Verksamheten ska ha rutin för den fasta vårdkontaktens uppdrag som ska bygga på Region Gotlands riktlinje gällande fasta kontakter i vård och omsorg. |

| **Socialt innehåll** |
|---|
| Verksamheten ska erbjuda olika möjligheter till aktiviteter, gemenskap och sysselsättning som kan utformas individuellt och/eller tillgodoses i grupp. |
| Verksamheten ska beakta den enskildes önskemål och behov av socialt innehåll i vardagen. |

| **Hygien** |
|---|
| Verksamheten ansvarar för att hygienrutiner enligt gällande lagar och förordningar efterlevs i verksamheten. |
| Verksamheten ska ansvara för att det finns rutiner för tillämpning och uppföljning av basala hygienrutiner och i förekommande fall klädregler. |
| Verksamheten ska vid behov tillhandahålla skyddskläder och skyddsutrustning, I förekommande fall ska arbete utföras enligt gällande lagstiftning. |
| Verksamheten ansvarar för att personal har relevant utbildning i hygien och att fortbildning sker kontinuerligt. |

| **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. |
| Verksamheten ska ha en verksamhetschef enligt HSL. |
| Vid ansvarig chefs frånvaro längre än två månader ska utförare i privat regi informera socialförvaltningens avtalscontroller om ersättare. |

| **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. |
| Verksamheten ska säkerställa att kontroll av giltig yrkeslegitimation gentemot Socialstyrelsen görs i samband med anställning. |
| Verksamhetens personal ska ha kunskaper i enlighet med Socialstyrelsens allmänna råd. Utbildning i åldrande och ofta förekommande sjukdomar hos äldre bedöms särskilt viktigt. |

| **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. |

| **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 följa Region Gotlands gällande styrdokument för mat och måltider. |
| Verksamheten ska ha rutin för alkoholservering samt utföra egenkontroll över att rutinen följs. |
| Verksamheten ska säkerställa att den enskilde vid behov får individuell anpassning genom måltidsstöd och hjälpmedel för att behålla och/eller bidra till självständighet i måltidssituationen. |
| Vid behov ska verksamheten konsultera logoped och/eller dietist för att optimalt nutritionstillstånd ska kunna uppnås hos den enskilde. |
| Den enskildes nattfasta ska inte överstiga 11 timmar. |

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

| **Lokal/fastighet** |
| --- |
| Verksamheten ska ha ett internt larmsystem och det ska vara tillgängligt och anpassat för den enskilde så att denne kan påkalla hjälp. |
| Larmsystemet ska säkra trygghet för den enskilde och larmanrop ska besvaras skyndsamt. |

| **Nyckelhantering** |
| --- |
| Verksamheten ska ha rutin för hantering av nyckellösningar, gällande såväl nycklar till den enskildes lägenhet som nycklar till andra lokaler. |
| Om verksamheten tappar bort eller behöver byta ut en nyckellösning ska verksamheten bekosta detta. |
| 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 tillgodose behovet av all hälso- och sjukvård förutom läkarinsatser på primärvårdsnivå. |
| Verksamheten ska använda validerade smärtskattningsinstrument. Samt dokumentera resultat av smärtskattning. |

| **Läkarmedverkan** |
| --- |
| Verksamheten ska ansvara för att det finns rutiner för samverkan med läkare. |
| Verksamheten ska ansvara för att rutiner finns för när och hur kontakt med hälso- och sjukvården tas, och att dessa är väl kända av personal. |

| **Läkemedelshantering** |
| --- |
| Vid ansvarsövertag ska verksamheten ansvara för att det finns en ansvarig sjuksköterska för berörd patients läkemedelshantering. |
| Verksamheten ska säkerställa att läkemedelsgenomgång genomförs enligt gällande föreskrifter om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. |
| Verksamheten ska säkerställa att det tydligt i vårdprocess framgår vilka patienter som har ansvarsövertagande. |
| Sjuksköterskan ansvarar för att det finns tydlig och korrekt information och spårbarhet för läkemedelshanteringen hos patienten. |

| |
|---|
| Verksamheten ska säkerställa att alternativ till farmakologisk behandling beaktas. |
| Verksamheten ska ansvara för att den enskilde har ett avskilt låst skåp för läkemedel i sitt rum/lägenhet. |
| Läkemedel ska finnas för att kunna ge patienter vid akuta symtom eller för att påbörja en behandling. Primärvården fastställer vilka läkemedel som ska finnas i akutförråd samt generella ordinationer i samråd med läkemedelskommitté och MAS. |
| Verksamheten ska tillhandahålla låst lämpligt utrymme där basläkemedel (akutförråd) förvaras. Enbart legitimerad sjuksköterska, i sin roll som sjuksköterska, får ha tillgång till utrymme för basläkemedel. |
| Verksamheten ska ansvara för att kassation av läkemedel sker på ett säkert sätt. |
| Verksamheten ska ansvara för att kvalitetsgranskning av verksamhetens läkemedelshantering genomförs årligen. |

| **Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter** |
|---|
| Delegeringar ska ske utifrån gällande föreskrifter om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård samt utifrån av MAS fastställda riktlinjer. |
| Verksamheten ska säkra att det finns en plan för hur man kontinuerligt erbjuder delegeringsutbildningar. |
| Verksamheten ska ansvara för att bedömning av lämplighet samt uppföljning av delegering sker i samråd mellan delegerande sjuksköterska och ansvarig chef. |
| Personal som utför delegerade arbetsuppgifter måste genomgå den godkända delegeringsutbildningen enligt MAS fastställda riktlinjer |
| Verksamheten ska säkra att vårdåtgärder från legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal tas emot och att information ges till berörd personal. |

| **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 personalen har kunskaper om och får fortlöpande kompetensutveckling inom området kognitiv svikt samt bemötande av personer med kognitiv svikt. |
| Verksamheten ska säkerställa att den enskilde vid kognitiva funktionsnedsättningar får hjälp med att boendemiljön anpassas så att den stödjer igenkänning, trygghet och orienterbarhet. |
| 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. |
| Verksamheten ska tillämpa gällande nationella föreskrifter samt Region Gotlands styrdokument och regelverk, om användning av medicintekniska hjälpmedel i verksamheten. |
| Verksamheten ska ha rutiner för säker användning av medicintekniska produkter (MTP). |
| Verksamheten ska ha rutin för hantering, inklusive rengöring och skötsel, av verksamhetshjälpmedel (arbetstekniska hjälpmedel). |
| Verksamheten ska tillgodose personalen erforderlig utbildning och introduktion för hantering av hjälpmedel utifrån gällande regelverk. |
| Förskrivare ansvarar för att vid behov tillgodose personal med erforderlig utbildning och introduktion för hantering av hjälpmedel. Verksamheten ansvarar i dessa fall för att möjliggöra utbildning. |
| Verksamheten ska säkerställa och bekosta verksamhetshjälpmedel (arbetstekniska hjälpmedel) som i första hand används för personalens arbetsmiljö. |
| Arbetsterapeuter och fysioterapeuter ska vid behov ge råd och stöd till verksamheten vid inköp av verksamhetshjälpmedel. |
| Verksamheten ska säkerställa att produkter som används är godkända enligt gällande lagstiftning. |
| Verksamheten ska i aktuella fall säkerställa att personalen ges kontinuerlig utbildning i förflyttningskunskap samt att det ingår i introduktionen. |
| Verksamheten ska ansvara för att det finns rutiner för anmälan av tillbud och olyckor med medicintekniska produkter (MTP). |
| Verksamheten ska tillse att det finns legitimerad personal med rätt att förskriva medicintekniska produkter inklusive inkontinenshjälpmedel. |
| Arbetsterapeuter och fysioterapeuter, och i förekommande fall distriktssköterska/ sjuksköterska, ska förskriva hjälpmedel så att den enskildes behov tillgodoses. |

| **Funktionsstöd, rehabilitering, habilitering och vardagsrehabilitering** |
|---|
| Arbetsterapeuter och fysioterapeuter ska handleda och ge omvårdnadspersonal stöd i vardagsrehabilitering samt medverka och handleda i arbetet hos den enskilde. |
| Arbetsterapeut ska tillgodose behovet av bedömning, åtgärd, uppföljning, delegering och handledning vid hinder i aktivitetsutförande hos den enskilde. |

| |
|---|
| Fysioterapeut ska tillgodose behovet av bedömning, behandling, uppföljning, delegering och handledning vid hinder i rörelse- och fysisk förmåga hos den enskilde. |
| Verksamheten ska ha rutin för när och hur kontakt med arbetsterapeut och fysioterapeut ska tas. |
| Den enskilde ska i samband med ankomst erbjudas en rehabiliteringsbedömning av arbetsterapeut och fysioterapeut. Bedömning ska omfatta förmågan att i sin omgivning utföra förflyttning, personlig vård och aktiviteter. En rehabiliteringsplan ska upprättas utifrån rehabiliteringsbedömningen och insatsens mål. |
| I samband med sjukhusvistelse eller förändrat omvårdnadsbehov ska kontakt tas med arbetsterapeut och fysioterapeut för att se behov av ny bedömning |
| Verksamheten ska säkra att bedömning av habiliterings- och rehabiliteringsinsatser sker vid behov. Det ska således finnas erforderlig tillgång till arbetsterapeut och fysioterapeut. |

| **Fallprevention och fall** |
|---|
| Verksamheten ska arbeta i enlighet med socialförvaltningens gällande MAS-regel för fall. |
| Verksamheten ansvarar för att personal har kunskaper och förutsättningar för att arbeta fallförebyggande. |
| Boendemiljö ska vara anpassad så att fallolyckor förebyggs. |

| **Mun- och tandhälsa** |
|---|
| Verksamheten ansvarar för att omvårdnadspersonal regelbundet ges möjlighet att delta i utbildning av tandhygienist samt att det ingår i ny personals introduktion. |
| Personal ska delta vid munhälsobedömning som utförs av Tandvårdsenheten, om inte den enskilde specifikt motsäger sig detta. |

| **Urinblås- och tarmfunktion** |
|---|
| Verksamheten ska säkerställa att den enskilde vid behov får individuellt utprovade hjälpmedel vid bristande urinblås- och tarmfunktion samt säkerställa att dokumentation sker. |
| Verksamheten ska ansvara för att den enskilde och omvårdnadspersonal får instruktioner i handhavandet av inkontinenshjälpmedel. |

| **Sömn** |
|---|
| Verksamheten ska säkerställa att symtom som kan bero på bakomliggande sömnproblematik uppmärksammas och utreds. |
| Verksamheten ska vid sömnproblem föreslå icke farmakologiska metoder i första hand. |

| **Hud och sår** |
| --- |
| Verksamheten ska ha rutin för att förebygga trycksår. |

| **Vård i livets slutskede** |
| --- |
| Vård i livets slutskede ska bedrivas utifrån ett palliativt förhållningssätt som syftar till att lindra lidande och främja livskvaliteten för den enskilde och dennes närstående. |
| Verksamheten ska ha ett strukturerat arbetssätt och lokala rutiner för den palliativa vården och dödsfall, så att stor respekt visas såväl den avlidne som närstående och anhöriga. |
| En döende person får inte lämnas utan någon i sin närhet om den enskilde inte själv uttryckt önskemål om det. Bedömning ska göras av sjuksköterska. |
| Verksamheten ska säkra att den enskilde har tillgång till en god symtomlindring samt har tillgång till hjälp med fysiska, psykiska, sociala och existentiella problem. |