



Uppdrag och kvalitetskrav

Dagverksamhet för personer med demenssjukdom

Fastställd av socialnämnden
Framtagen av socialförvaltningen
Datum 2026-06-08
Ärendenr SON 2026/248
Version 1.1

Innehållsförteckning

Dagverksamhet för	1
personer med	1
demenssjukdom	1
Inledning	4
Lagar, förordningar och föreskrifter	4
Kvalitetsgarantier	4
Kommunal hälso- och sjukvård	4
Dagverksamhet för personer med demenssjukdom	4
Krav	5
Tillstånd	5
Grundläggande förhållningssätt	5
Bemötande och delaktighet	6
Individuellt stöd	6
Kvalitets- och ledningssystem	6
Egenkontroll	7
Riskanalys	7
Systematiskt förbättringsarbete	7
Synpunkter och klagomål	8
Avvikelser enligt SoL och LSS	8
Vårdavvikelser	8
Organisatorisk samverkan	9
Samverkan utifrån den enskilde	9
Anhörigstöd	9
Barnperspektiv	10
Dokumentation	10
Verkställighet	11
Icke verkställda beslut	11
Tillgänglighet	11
Riskbedömning	11
Förändrade behov	11
Kontaktpersonal	12
Fast vårdkontakt	12
Hygien	12
Bemannning	12
Ansvarig chef	12
Personal	12
Introduktion	13
Kompetensutveckling	13
Praktikanter	13
Gåvor, mutor, jäv	13
Krisberedskap	13
Våld i nära relation	14
Polisanmälan	14
Miljöarbete	14
Tolk	14

Mat och måltider	14
Nyckelhantering	15
Resor.....	15
Hälsa- och sjukvård	15
Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	15
Urinblås- och tarmfunktion	15
Kognitiv svikt och psykisk hälsa	15
Medicintekniska produkter	15
Funktionsstöd, rehabilitering, habilitering och vardagsrehabilitering.....	16
Fallprevention och fall.....	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.

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.

Dagverksamhet för personer med demenssjukdom

Insatsens främsta funktion är att erbjuda den enskilde brukaren anpassad aktivitet för att bibehålla förmågor och resurser men också att ge anhörig avlastning. Dagverksamhet är särskilt uppbyggd för personer med demensdiagnoser och som bor i ordinärt boende. Som

diagnos inräknas även lindrig kognitiv svikt där den underliggande orsaken bedöms vara början på en demenssjukdom. Som underlag ska finnas läkarintyg alternativt muntlig eller skriftlig bekräftelse från vårdinstans.

Primärvården ansvarar för hälso- och sjukvård för de personer som besöker dagverksamheten. Socialförvaltningen ansvarar dock för hälso- och sjukvård under den tid som personen vistas på dagverksamheten. Hälso- och sjukvårdspersonal som har formell kompetens för en arbetsuppgift kan genom utbildning och delegering överlåta denna arbetsuppgift till en medarbetare utan formell kompetens, men med reell kompetens. Även vid utförande av egenvård behövs ibland instruktion, information och utbildning av legitimerad personal.

Medicintekniska produkter (MTP) ingår i utförarens hälso- och sjukvårdsansvar. De indelas i tre grupper, medicinteknisk utrustning, arbetstekniska hjälpmedel/verksamhetshjälpmedel och individuellt utprovade hjälpmedel.

Transport till och från dagverksamheten ingår inte i insatsen och utförare har inte något ansvar för den enskildes resor till och från dagverksamheten.

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.
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.

Individuellt stöd
Verksamheten ska tillgodose den enskildes omvårdnadsbehov vilket exempelvis kan handla om stöd och hjälp med toalettbesök, förflyttning, hjälp och stöd i samband med måltider.

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.

Risikanalys
Risikanalys 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.

¹ Medicinskt ansvarig sjuksköterska-regler

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.

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).

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 handläggare- 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.

Personalen ska arbeta utifrån levnadsberättelser och strukturerade anhörigsamtal.

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.
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.

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.

Tillgänglighet

Verksamheten ska bedriva dagverksamhet alla vardagar måndag – fredag. Insatsen ska ges under hela året.

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.

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

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 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 ansvarar för att det finns en ansvarig sjuksköterska att kontakta vid behov.

Hygien

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

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 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.

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.

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 säkerställa att den enskilde vid behov får individuell anpassning genom måltidsstöd och hjälpmedel för att behålla och/eller bidra till självständighet i måltidssituationen.

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 ska ansvara för att rutiner finns för när och hur kontakt med hälso- och sjukvården tas, och att dessa är väl kända av personal.

Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter

Verksamheten ska säkra att vårdåtgärder från legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal tas emot och att information ges till berörd personal.

Personal som utför delegerade arbetsuppgifter måste genomgå den godkända delegeringsutbildningen enligt MAS fastställda riktlinjer.

Urinblås- och tarmfunktion

Verksamheten ska ansvara för att den enskilde och omvårdnadspersonal får instruktioner i handhavandet av inkontinenshjälpmedel.

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.

Verksamheten ska säkerställa att personalen har kunskaper om och får fortlöpande kompetensutveckling inom området kognitiv svikt samt bemötande av personer med kognitiv svikt.

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.
Verksamheten ska säkerställa och bekosta verksamhetshjälpmedel (arbetstekniska hjälpmedel) som i första hand används för personalens arbetsmiljö.
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).

Funktionsstöd, rehabilitering, habilitering och vardagsrehabilitering

Verksamheten ska ha rutin för när och hur kontakt med arbetsterapeut och fysioterapeut ska tas.

Fallprevention och fall

Miljön ska vara anpassad så att fallolyckor förhindras.