



# Uppdrag och kvalitetskrav

---

## Individ- och familjeomsorgens myndighetsutövning

---

**Fastställd av** socialnämnden  
**Framtagen av** socialförvaltningen  
**Datum** 2025-03-20  
**Ärendenr** SON 2024/495

---

## Innehållsförteckning

|  |          |
|--|----------|
| <b>Inledning</b> .....                                 | <b>3</b> |
| Lagar, förordningar och föreskrifter .....             | 3        |
| Kvalitetsgarantier .....                               | 3        |
| Kommunal hälso- och sjukvård .....                     | 3        |
| Principen om barnets bästa .....                       | 3        |
| Barn och ungas delaktighet och inflytande .....        | 4        |
| Individ- och familjeomsorgens myndighetsutövning ..... | 4        |
| <b>Krav</b> .....                                      | <b>4</b> |
| Tillstånd .....  | 4        |
| Grundläggande förhållningssätt .....                   | 4        |
| Bemötande och delaktighet .....                        | 5        |
| Kvalitets- och ledningssystem .....                    | 5        |
| Egenkontroll .....                                     | 6        |
| Riskanalys .....                                       | 6        |
| Systematiskt förbättringsarbete .....                  | 6        |
| Synpunkter och klagomål .....                          | 6        |
| Avvikelser enligt SoL och LSS .....                    | 7        |
| Vårdavvikelser .....                                   | 7        |
| Handläggning .....                                     | 7        |
| Organisatorisk samverkan .....                         | 8        |
| Samverkan utifrån den enskilde .....                   | 9        |
| Anhörigstöd .....                                      | 9        |
| Barnperspektiv .....                                   | 9        |
| Dokumentation .....                                    | 9        |
| Icke verkställda beslut .....                          | 10       |
| In- och utskrivning .....                              | 10       |
| Hygien .....   | 10       |
| Bemanning .....  | 10       |
| Ansvarig chef .....                                    | 10       |
| Personal .....   | 11       |
| Introduktion .....                                     | 11       |
| Kompetensutveckling .....                              | 11       |
| Praktikanter/studerande .....                          | 11       |
| Gåvor, mutor, jäv .....                                | 11       |
| Krisberedskap .....                                    | 12       |
| Våld i nära relation .....                             | 12       |
| Skydd och säkerhet/trygg och säker vård .....          | 12       |
| Polisanmälan .....                                     | 12       |
| Miljöarbete .....                                      | 12       |
| Tolk .....   | 13       |
| Resor .....  | 13       |
| Kognitiv svikt och psykisk hälsa .....                 | 13       |
| Medicintekniska produkter .....                        | 13       |

## 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.

## Principen om barnets bästa

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

närstående samt kontakt med hemmiljön. För vård utanför det egna hemmet gäller huvudprinciperna om kontinuitet, flexibilitet och närhet. När syftet med vården är uppnått ska barnet eller den unge återförenas med sina föräldrar alternativt flytta till eget boende.

### **Barn och ungas delaktighet och inflytande**

Barn och unga ska ges möjlighet att framföra sina åsikter i frågor som rör dem. Om barnet eller den unge inte framföra sina åsikter ska hans eller hennes inställning så långt det är möjligt klarläggas på annat sätt. Barns och ungas åsikter och inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till deras ålder och mognad. Ett barn som har fyllt 15 år har rätt att föra sin egen talan. För barn som har fyllt 12 men inte 15 år får socialnämnden besluta om öppna insatser även utan vårdnadshavarens samtycke, om det är lämpligt och barnet begär eller samtycker till det.

### **Individ- och familjeomsorgens myndighetsutövning**

Dokumentet riktar sig till verksamhet inom individ- och familjeomsorgen med ansvar för myndighetsutövning enligt socialtjänstlagen (SoL), lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Myndighetsutövningen innefattar handläggning, dokumentation och beslut. Handläggning och beslutsfattande sker enligt socialförvaltningens delegationsordning.

### **Läsanvisningar\***

Krav som finns i samtliga Uppdrag och kvalitetskrav.

Krav som är verksamhetsspecifika. Kan finnas i flera Uppdrag och kvalitetskrav.

Krav som föreslås beslutas av socialnämnden och förtydligande av lagtext och/eller föreskrift.

\*Färgkodningen kommer inte att finnas med i den slutliga versionen.

### **Krav**

| <b>Tillstånd</b>   |
|--|
| Verksamheten ska säkerställa att de konsulentorganisationer som används för familjehemsvård har erforderliga tillstånd.  |
| <b>Grundläggande förhållningssätt</b>  |
| 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.  |

|  |
|--|
| <b>Bemötande och delaktighet</b>   |
| 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.   |

|   |
|---|
| <b>Kvalitets- och ledningssystem</b>  |
| 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 framtagna plan för att säkerställa att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

### **Risakanalys**

Risakanalys är en metod för att identifiera risker vid planerade och kommande verksamhetsförändringar. Verksamheten ska genomföra risakanalys 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).

#### **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.

#### **Handläggning**

Rutiner som säkrar handläggning och dokumentation enligt gällande lagstiftning och föreskrifter ska finnas.

Verksamheten ska ha rutiner som säkrar att en särskild socialsekreterare utses för barnet vid placering i familjehem.

Verksamheten ska ha rutiner som säkrar att barnet eller den unge har tillgång till aktuella kontaktuppgifter till socialsekreterare i ärendet.

|  |
|--|
| Verksamheten ska ha rutiner som säkrar att barnet återkommande på ett sätt som barnet förstår, informeras om grunden för placering samt om sina rättigheter.   |
| Utvärdering/uppföljning av beviljade insatser ska ske löpande av ansvarig handläggare tillsammans med utföraren.   |
| Verksamheten ska fastställa rutiner för hur ett uppdrag om familjehem och jourhem aktualiseras, formuleras och överlämnas.   |
| Verksamheten ska ha rutiner för att anmäla till IVO om fler än tre barn eller unga kommer att vara placerade i ett och samma familjehem.   |
| Verksamheten ska upprätta avtal med den som verksamheten avser att anlita som familjehem/jourhem. Verksamheten och hemmets åtagande som avser barnets behov av stöd och skydd under placeringen ska framgå av avtalet. |
| Verksamheten ska tillse att det finns rutiner som säkrar att barn, om det inte finns särskilda skäl, inte vårdas i ett jourhem längre än två månader efter att utredning enligt SoL avslutats.                         |
| Verksamheten ska ha rutiner som säkrar att enskilda samtal med barnet förs och att dessa besök och samtal dokumenteras.  |

|   |
|---|
| <b>Organisatorisk samverkan</b>   |
| 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.  |



|  |
|--|
| <b>Samverkan utifrån den enskilde</b>  |
| 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.                          |

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

|   |
|---|
| <b>Barnperspektiv</b>   |
| 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.  |

|  |
|--|
| <b>Dokumentation</b>   |
| 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 säkrar att genomförandeplan upprättas i samråd med barnet/den unge, vårdnadshavare/företrädare och kontaktfamilj/kontaktperson/särskilt kvalificerad kontaktperson.              |
| För beslut om kontaktfamilj/kontaktperson/särskilt kvalificerad kontaktperson enligt SoL ska verksamheten ha rutiner som säkerställer att beslutad insats och genomförandeplan följs upp minst var sjätte månad. |
| Verksamheten ska tillämpa BBIC som struktur för handläggning, genomförande och uppföljning med barnet i centrum.   |

|  |
|--|
| <b>Icke verkställda beslut</b>   |
| Verksamheten ska dokumentera när beslutade insatser inte har kunnat verkställas. |

|   |
|---|
| <b>In- och utskrivning</b>  |
| Inför placering ansvarar handläggare för att barnet eller ungdomen bereds möjlighet att besöka HVB-hemmet, samt att ta kontakt med vårdnadshavare/företrädare. Nyanlända ensamkommande barn och ungdomar är undantagna, då det saknas möjlighet att hinna med ett förhandsbesök i aktuellt HVB-hem. |
| Inför placering ansvarar handläggare för att den placerade, om så är möjligt bereds möjlighet att besöka HVB-hemmet.  |
| Inför placering ska handläggare ansvara för att ungdomen bereds möjlighet att besöka stödboendet, samt att ta kontakt med vårdnadshavare/företrädare. Nyanlända ensamkommande ungdomar är undantagna, då det saknas möjlighet att hinna med ett förhandsbesök i aktuellt stödboende.                |

|   |
|---|
| <b>Hygien</b>   |
| Verksamheten ska vid behov tillhandahålla skyddskläder och skyddsutrustning, I förekommande fall ska arbete utföras enligt gällande lagstiftning. |

|   |
|---|
| <b>Bemanning</b>  |
| 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 så att handläggning sker rättssäkert.        |

|   |
|---|
| <b>Ansvarig chef</b>  |
| 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. |
| Ansvarig ska vara tillgänglig, vardagar under kontorstid.   |

|   |
|---|
| <b>Personal</b>   |
| 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.  |
| Handläggare ska ha relevant högskoleutbildning.   |
| Personal som utför uppgifter rörande barn och unga som innefattar myndighetsutövning ska ha socionomexamen eller annan lämplig högskoleexamen i enlighet med gällande föreskrifter.   |

|  |
|--|
| <b>Introduktion</b>  |
| 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.   |

|  |
|--|
| <b>Kompetensutveckling</b>   |
| 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.                    |

|   |
|---|
| <b>Praktikanter/studerande</b>  |
| Verksamheten ska ta emot praktikanter/studerande.   |
| <b>Gåvor, mutor, jäv</b>  |
| Verksamheten ska ha en rutin gällande gåvor, testamentariskt förordnande, mutor och jäv.  |
| <b>Krisberedskap</b>  |
| 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 utrymningsplan för händelse av brand. Samtliga som befinner sig i lokalen ska känna till utrymningsplanen.   |
| <b>Våld i nära relation</b>   |
| Socialnämndens riktlinjer om våld i nära relationer för såväl barn som vuxna 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.   |
| <b>Skydd och säkerhet/trygg och säker vård</b>  |
| Verksamheten ska ha rutiner för att hantera extraordinära händelser. Som extra ordinär händelse avses till exempel våld eller övergrepp. Rutinerna ska vara tydliga, välkända och lättillgängliga för samtliga medarbetare.   |
| <b>Polisanmälan</b>   |
| 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.

### **Resor**

Verksamheten ska arbeta i enlighet med socialförvaltningens gällande riktlinje för transporter av brukare.

### **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.