

Sammanträde med Vård- och omsorgsnämnden

Tid: 2022-12-19, kl. 14:00

Plats: Hallsalen, Västra Ringgatan 20

Eva-Lotta Pamp (M),
Ordförande

Maria Svensson,
Sekreterare

Ärendelista

1. Upprop och val av justerare
2. Information och överläggningar
 - A/ Vård- och omsorgsnämndens budget 2023-2025
 - B/ Digital målbild för vård- och omsorgsnämnden
 - C/ Revidering av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
 - D/ Vård- och omsorgsförvaltningens kritiska verksamhetsfaktorer 2023
 - E/ Plan för uppföljning av privata utförare 2023
 - F/ Förfrågningsunderlag för bedrivande av hemtjänst och delegerad hälso- och sjukvårdsinsats i Alingsås kommun enligt lag om valfrihetssystem (LOV)
 - G/ Revidering av kvalitetskrav 2022
 - H/ Kvalitetskrav Funktionsstöd
 - I/ Översyn av diarieföringen på vård- och omsorgsförvaltningen
 - J/ Nytt hyresavtal Hälso- och sjukvårdslokaler Malmgatan 10
 - K/ Förvaltningschefens information
3. Vård- och omsorgsnämndens budget 2023-2025, 2022.299 VON
4. Digital målbild för vård- och omsorgsnämnden, 2022.300 VON
5. Revidering av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, 2022.302 VON
6. Vård- och omsorgsförvaltningens kritiska verksamhetsfaktorer 2023, 2022.301 VON
7. Plan för uppföljning av privata utförare 2023, 2022.305 VON

8. Förfrågningsunderlag för bedrivande av hemtjänst och delegerad hälso- och sjukvårdsinsats i Alingsås kommun enligt lag om valfrihetssystem (LOV), 2022.292 VON
9. Revidering av kvalitetskrav 2022, 2022.296 VON
10. Kvalitetskrav Funktionsstöd, 2022.297 VON
11. Översyn av diarietföringen på vård- och omsorgsförvaltningen, 2022.309 VON
12. Nytt hyresavtal Hälso- och sjukvårdslokaler Malmgatan 10, 2022.323 VON
13. Anmälan av delegationsbeslut 2022, 2022.018 VON
14. Meddelanden
 - 2022.210 VON-021 VON meddelande § 249 KF - Val av ledamöter och ersättare i vård- och omsorgsnämnden för mandatperioden 2023-2026
 - 2022.210 VON-022 VON meddelande - § 268 KF - Turordning för ersättares inkallande i styrelser och nämnder 2023-2026

Vård- och
omsorgsnämndens budget
2023-2025

3

2022.299 VON

2022-12-13

§ 99 2022.299 VON

Vård- och omsorgsnämndens budget 2023-2025**Ärendebeskrivning**

I enlighet med styrmodellen för Alingsås kommun ska vård- och omsorgsnämnden anta nämndens budget för kommande treårsperiod. Nämndens budget är till för nämndens styrning och ledning av verksamheten. Budgeten innehåller bland annat nämndens mål, nyckeltal, uppdrag och internkontrollplan samt ekonomiska resurser för nämnden.

Beredning

Förvaltningen har i skrivelse den 7 december 2022 lämnat följande yttrande:

Inom nämnden pågår ett målinriktat och systematiskt arbete utifrån kommunens styrning inom ekonomi, mål- och resultat och kvalitet.

Vård- och omsorgsnämndens budget 2023 innebär en ramökning med 59,7 miljoner vilket är 7,0 procent högre än budget 2022. 13,7 miljoner kompenseras nämnden för befolkningsförändringar, 49,5 miljoner är kompensation för prishöjningar (index). Nämndens ram minskas med 3,5 miljoner då verksamheter flyttas organisatoriskt i kommunen.

Förslag till beslut på sammanträdet

Ordförande Eva-Lotta Pamp (M) föreslår att vård- och omsorgsnämndens budget 2023-2025 antas, samt föreslår följande tillägg till förslag till beslut: Vård- och omsorgsförvaltningen får i uppdrag att med ökad ekonomistyrning ställa om vård- och omsorgsnämndens verksamhet till ett proaktivt och flexibelt arbetssätt, för att därmed klara att bedriva vård- och omsorgsnämndens verksamhet på ett effektivt sätt med hög kvalitet.

Beslutsgång på sammanträdet

Ordförande Eva-Lotta Pamp (M) frågar om arbetsutskottet kan bifalla förvaltningens förslag till beslut med ordförandens tilläggsförslag.

Arbetsutskottet bifaller förvaltningens förslag till beslut med ordförandens tilläggsförslag.

2022-12-13

Beslut**Arbetsutskottets förslag till beslut i vård- och omsorgsnämnden**

1. Vård- och omsorgsnämndens budget 2023-2025 antas.
2. Vård- och omsorgsförvaltningen får i uppdrag att med ökad ekonomistyrning ställa om vård- och omsorgsnämndens verksamhet till ett proaktivt och flexibelt arbetssätt, för att därmed klara att bedriva vård- och omsorgsnämndens verksamhet på ett effektivt sätt med hög kvalitet.

Datum: 2022-12-07
Handläggare: Henrik Larsson
Direktnr:
Diariernr: 2022.299 VON

Vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsnämndens budget 2023-2025

Ärendebeskrivning

I enlighet med styrmodellen för Alingsås kommun ska vård- och omsorgsnämnden anta nämndens budget för kommande treårsperiod. Nämndens budget är till för nämndens styrning och ledning av verksamheten. Budgeten innehåller bland annat nämndens mål, nyckeltal, uppdrag och internkontrollplan samt ekonomiska resurser för nämnden.

Förvaltningens yttrande

Inom nämnden pågår ett målinriktat och systematisk arbete utifrån kommunens styrning inom ekonomi, mål- och resultat och kvalitet.

Vård- och omsorgsnämndens budget 2023 innebär en ramökning med 59,7 miljoner vilket är 7,0 procent högre än budget 2022. 13,7 miljoner kompenseras nämnden för befolkningsförändringar, 49,5 miljoner är kompensation för prishöjningar (index). Nämndens ram minskas med 3,5 miljoner då verksamheter flyttas organisatoriskt i kommunen.

Ekonomisk bedömning

Vård- och omsorgsnämndens budget och dess genomförande ryms inom tilldelad budgetram.

Förslag till beslut

Förslag till beslut i vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsnämndens budget 2023-2025 antas.

Beslutet ska skickas till

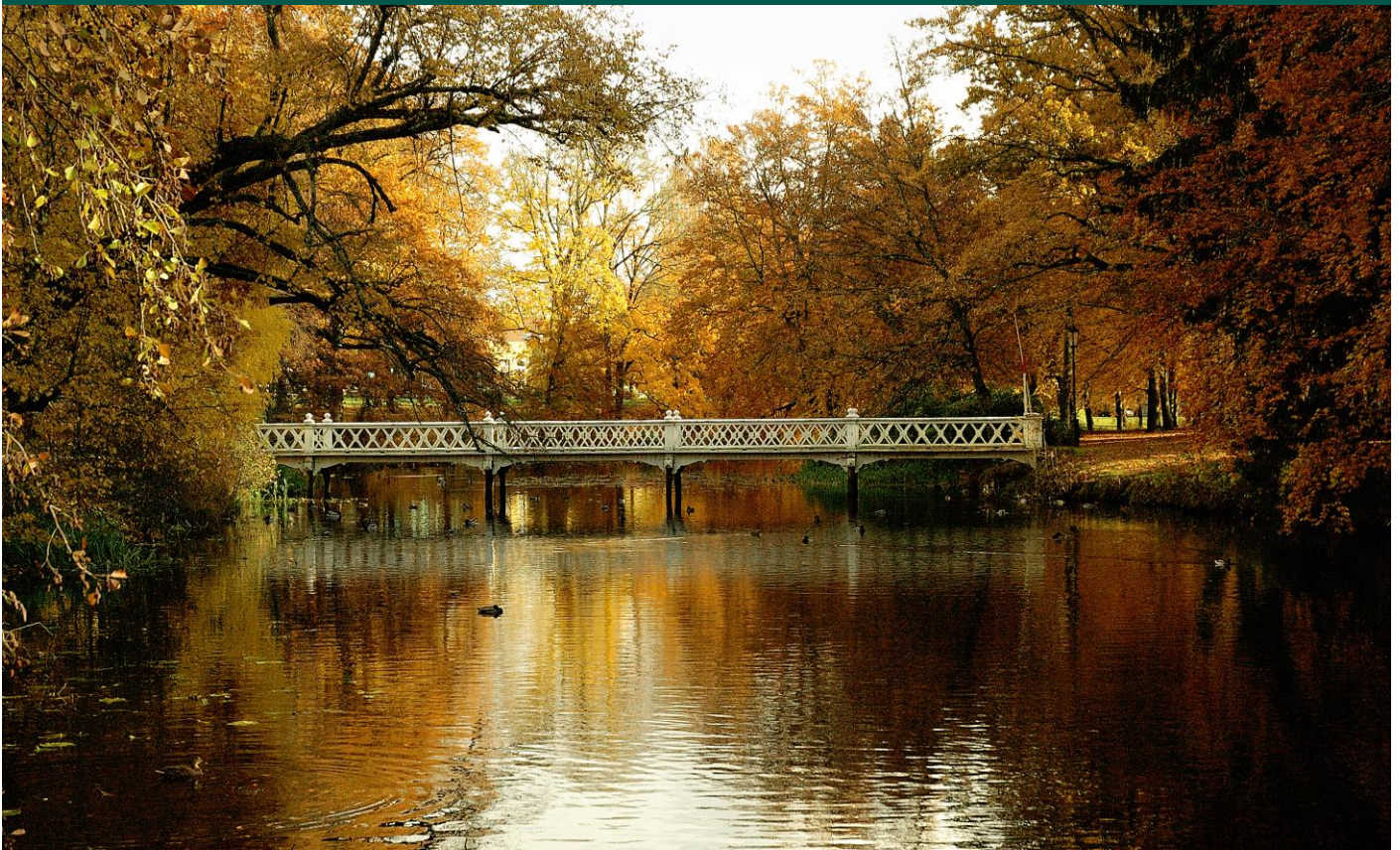
KS

KLK

Anita Hedström
Förvaltningschef

Henrik Larsson
Avdelningschef Förvaltningskontoret

Vård- och omsorgsnämndens budget 2023–2025



Typ av styrdokument: Budget

Beslutande instans: Vård- och omsorgsnämnden

Datum för beslut: 2022-xx-xx§x

Gäller för: Vård- och omsorgsnämnden

Giltighetstid: t.om. 2023-12-31

Innehåll

Inledning	3
Nämndens mål och nyckeltal	5
Uppdrag	8
Nämndens budget.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Ekonomiska ramar.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Investeringsbudget	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Förutbetalda intäkter som periodiseras över sin nyttjandetid.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Arbetsmiljö och sjukfrånvaro	11
 Bilaga 1 – Internkontrollplan	8
Bilaga 2 – Risk- och väsentlighetsanalys	9

Inledning

Vård- och omsorgsnämnden är stolt över sin verksamhet och nämndens målsättning är att fortsatt ha en trygg och säker vård och omsorg med hög kvalitet för Alingsåsarna.

De kommande tio åren kommer den förändrade demografin att medföra ökade behov av insatser inom äldreomsorgen. Antalet yrkesverksamma kommer inte öka i samma takt och det innebär dels stora utmaningar inom kompetensförsörjning dels att skatteintäkter och statsbidrag inte spås öka i samma omfattning.

Denna stora välfärdsutmaningen delar Alingsås med kommuner och regioner över hela landet. I "Strategin för äldreomsorgen" finns en långsiktig planering för framtidens äldreomsorg och den håller på att implementeras med ambitionen om att möta framtidens utmaningar, med så låg kostnadsökning som möjligt och med visionen om bibehållen eller helst högre kvalitet. En strategi för funktionsstöd är planerad att tas fram under 2023.

För att möta det ökade behovet av vård- och omsorg är rätt typ av bostad särskilt viktigt. Alingsås kommun behöver fler trygghetsboende och anpassade lägenheter i det ordinarie bostadsbeståndet. Det är ett viktigt komplement till särskilda boendeplatser för äldre. I kommunen ska det finnas tillräckligt många särskilda boendeplatser så att väntetiden minimeras. Målet är att skapa förutsättningar för individen att leva självständigt och på egna villkor så länge som möjligt.

För att uppnå de höga målen gällande kvalitet och ekonomi som finns i vård- och omsorgsnämndens framtida strategi för äldreomsorgen ser nämnden att ett seniorcenter tillskapas centralt i Alingsås. Nämnden ser gärna att det placeras på Brunnsgårdentomten. Seniorcentret blir en utbyggd Träffpunkt som innehåller service för de äldre som bor i området. I anslutning till seniorcentret finns det med fördel även annan kommunal verksamhet och gärna andra aktörer, för att skapa mervärde för både brukaren och kommunen. Seniorcentret kommer att bidra till att skapa attraktiva trygghetslägenheter med olika standard och samtidigt erbjuda den service som de boende vill ha.

Liksom behovet av äldreboenden gradvis ökar växer även målgruppen funktionshindrade med LSS-beslut med behov av egen bostad. Det är därför mycket viktigt att ytterligare boendeplatser tillskapas i kombination med att övriga LSS-insatser utvecklas och utökas inom de närmaste åren. Kommunen behöver säkerställa god intern samverkan mellan olika verksamheter för att trygga ett gott och sömlöst omhändertagande av målgruppen.

En utmaning i spåren av förändrad demografi är att rekrytera personal till vårdyrket. För att säkerställa kompetens, både i dag och i framtiden, behöver riktade insatser genomföras för att höja attraktiviteten i yrket. En viktig del är förvaltningens samverkan med Vård- och omsorgscollege och med Göteborgsregionen. Kombinationen av ökad efterfrågan på omsorg och den framtida utmaningen att klara rekryteringsbehoven av personal ställer krav på omställning. Ett särskilt fokus bör ligga på ett mer proaktivt och flexibelt arbetssätt. För att höja språkkompetensen implementeras språkrav vid rekrytering och arbetet med att införa Språkombud pågår.

För att kunna möta medborgarnas behov även i framtiden är det viktigt att verksamheten tar tillvara digitaliseringens möjligheter. Nämnden vill fortsätta resan mot att verksamheten skall ligga i framkant i den utvecklingen.

Vård- och omsorgsnämndens förebyggande- och hälsofrämjande insatser behöver utvecklas i samverkan med andra organisationer och civilsamhället. Syftet är att med tidiga insatser öka självständighet och motverka ensamhet samt öka välbefinnande och livskvalitén hos alingsåsarna. Detta i samklang med omställningen till en god och nära vård och i att utveckla den kommunala hälso- och sjukvården utifrån den enskildes behov. "God och Nära vård" kommer att ställa krav på nya arbetssätt för att säkerställa kontinuitet, trygghet och resurseffektivitet.

Prioriterade områden för vård- och omsorgsnämnden:

- Fortsätta utveckla digital teknik inom omsorgen och digitala tjänster i hemmet.
- Fortsätta arbetet med kompetensutveckling samt stärka attraktiviteten inom vårdyrket.
- Tillse att äldreomsorgsstrategin genomförs enligt plan.
- Attraktiva bostäder för trygghet, tillgänglighet och gemenskap.
- Ett proaktivt och flexibelt arbetssätt.
- Fokus på det förebyggande och hälsofrämjande arbetet för ökat välbefinnande och livskvalitet.

Eva-Lotta Pamp

Ordföranden

Vård- och omsorgsnämnden

Birgit Börjesson

Vice ordförande

Vård- och omsorgsnämnden

Nämndens mål och nyckeltal

Prioriterat mål: Alingsåsarna har inflytande, får god service och ett gott bemötande från kommunen.

Indikator:

Nöjd med bemötande via telefoni, index 0–100,
 Enkelt att få hjälp via med sin fråga via telefoni, index 0–100
 Tydligt svar från kommunen via e-post, index 0–100
 Enkelt att få hjälpa med sin fråga via e-post, index 0–100

Nämndens mål:	Koppling Agenda 2030	
Alingsåsarna får god service och ett gott bemötande från nämndens verksamheter.	MÅL 16. Fredliga och inkluderande samhällen.	
Uppföljning/Nyckeltal	Målvärde 2023	Nuläge 2022
1. Nöjd med bemötande via telefoni, index 0–100(N00671)	85	-
2. Enkelt att få hjälp med sin fråga via telefoni, index 0–100 (N00672)	80	-
3. Tydligt svar från kommunen via e-post, index 0–100 (N00673)	85	-
4. Enkelt att få hjälpa med sin fråga via e-post, index 0–100 (N00674)	80	-
5. Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - bemötande, andel (%) (U21504)	96	98
6. Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - bemötande, andel (%) (U23520)	92	92
7. Brukarbedömning boende LSS totalt - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%) (U28567)	76	75 (2021)
8. Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%) (U28536)	85	82
9. Brukarbedömning personlig LSS - Brukaren känner sig trygg med alla sina assistenter, andel (%) (U28631)	82	78

Nämndens mål förväntas ha en positiv effekt på fullmäktiges indikatorer, samt en positiv påverkan på verksamhetens service och bemötande mot brukarna. På så sätt påverka nämndens mål kommunfullmäktiges prioriterade mål.

Andelen brukare som upplever att de bemöts på ett bra sätt av personalen inom hemtjänst och särskilt boende ska vara minst i nivå med genomsnittet för strukturellt liknande kommuner avseende äldreomsorg. Andelen brukare som känner sig trygga med alla i personalen eller sina assistenter ska vara minst i nivå med genomsnittet för alla kommuner.

Antal kommuner med redovisade data i jämförelsegruppen *liknande kommuner LSS* anses vara för lågt för att nyckeltalet ska fungera som ett relevant jämförelsetal. Istället används genomsnittet för alla kommuner som utgångspunkt för nämndens målvärde avseende LSS.

Inom parantes anges nyckeltals-id som är sökbara på www.kolada.se.

Prioriterat mål: Alingsåsarna har inflytande, får god service och ett gott bemötande från kommunen.

Indikator: Andelen invånare som upplever att de har möjlighet till insyn och inflytande över kommunens beslut och verksamhet

Nämndens mål	Koppling Agenda 2030	
Nämndens brukare är delaktiga, har inflytande och ges möjlighet till egna val.	MÅL 16. Fredliga och inkluderande samhällen.	
Uppföljning/Nyckeltal	Målvärde 2023	Nuläge 2022
1. Andelen invånare som upplever att de har möjlighet till insyn och inflytande över kommunens beslut och verksamhet (N00669)	25	19 (2021)
2. Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - hänsyn till åsikter och önskemål, (%) (U21463)	83	91
3. Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - hänsyn till åsikter och önskemål, (%) (U23461)	78	83
4. Brukarbedömning boende LSS totalt – Brukaren får bestämma saker som är viktiga hemma, andel (%) (U28663)	80	83 (2021)
5. Brukarbedömning daglig verksamhet LSS – Brukaren får bestämma om saker som är viktiga, andel (%) (U28532)	75	79
6. Brukarbedömning personlig assistans LSS – Brukaren har varit med och bestämt alla sina assistenter, andel (%) (U28616)	53	44
7. Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - möjlighet att framföra synpunkter och klagomål, andel (%) (U21464)	58	60
8. Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - möjlighet att framföra synpunkter och klagomål, andel (%) (U23516)	39	46
9. Brukarbedömning boende LSS totalt – Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt hemma, andel (U28569)	85	90 (2021)
10. Brukarbedömning daglig verksamhet LSS – Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt, andel (%) (U28562)	90	91
11. Brukarbedömning personlig assistans LSS – Brukaren vet vem hen ska prata med om något fungerar dåligt med assistenterna, andel (%) (U28637)	81	67

Nämndens mål förväntas ha en positiv effekt på brukarnas delaktighet, inflyande och möjlighet till egna val. Därigenom bidrar nämndens mål till att uppfyllelsen av kommunfullmäktighets prioriterade mål.

Andelen brukare som upplever att personalen brukar ta hänsyn till deras åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras och som vet var de ska vända sig om de vill framföra synpunkter eller klagomål inom hemtjänst och särskilt boende ska vara minst i nivå med genomsnittet för strukturellt liknande kommuner avseende äldreomsorg.

Andelen brukar som uppger att de får bestämma saker som är viktiga eller som varit med och bestämt alla sina assistenter, samt andelen brukare som vet vem hen ska kontakta om något är dåligt eller fungerar dåligt med assistenterna ska vara minst i nivå med genomsnittet för alla kommuner.

Antal kommuner med redovisade data i jämförelsegruppen *liknande kommuner* LSS anses vara för lågt för att nyckeltalet ska fungera som ett relevant jämförelsetal. Istället används genomsnittet för alla kommuner som utgångspunkt för nämndens målvärde avseende LSS.

Andelen invånare som upplever att de har möjlighet till insyn och inflytande över kommunens beslut och verksamhet presenteras i december för innevarande år utifrån SCB:s medborgarundersökning

Inom parantes anges nyckeltals-id som är sökbara på www.kolada.se.

Prioriterat mål: I Alingsås finns goda livsmiljöer genom en långsiktig ekologisk, social och ekonomisk hållbar utveckling

Indikator: -

Nämndens mål	Koppling Agenda 2030	
Nämnden tillgodoser behovet av boende för äldre och tillser boendekravet för fullvärdiga lägenheter.	Mål 11. Hållbara städer och samhällen.	
Uppföljning/Nyckeltal	Målvärde 2023	Nuläge 2022
1. Andel lägenheter för äldre som uppfyller boendekravet för fullvärdiga lägenheter	100%	92%
2. Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde (U23401)	69	74

Nämndens mål förväntas bidra till att uppfylla nämndens ansvar om att inom lagstadgad tid verkställa fattade beslut om boende för äldre enligt socialtjänstlagen, samt att kontinuerligt bedöma behovet av nya bostäder i särskilda boendeformer. Därigenom bidrar nämndens mål till att uppfylla kommunens samlade ansvar med att tillgodose behovet av sådana platser.

Väntetiden i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende ska vara minst i nivå med genomsnittet för strukturellt liknande kommuner avseende äldreomsorg.

Inom parantes anges nyckeltals-id som är sökbara på www.kolada.se.

Prioriterat mål: I Alingsås finns goda livsmiljöer genom en långsiktig ekologisk, social och ekonomisk hållbar utveckling

Indikator: -

Nämndens mål	Koppling Agenda 2030	
Nämnden har personal i tillräcklig omfattning och med rätt kompetens.	MÅL 8. Anständiga arbetsvillkor och ekonomisk tillväxt.	
Uppföljning/Nyckeltal	Målvärde 2023	Nuläge 2022
1. Antal specialistutbildade USK ¹	12	1
2. Antal stödpedagoger	22	21
3. Antal utbildade språkbud ²	39	24
4. Antal genomförda utbildningar till USK via Äldreomsorgslyftet ³	110	90

Kompetensförsörjning är en stor utmaning inom vård- och omsorg. Framtida behovsökningar, en ökad konkurrens på arbetsmarknaden och ett ökat antal pensionsavgångar förväntas medföra ett ökat rekryteringsbehov och svårigheter att tillgodose rätt kompetens i verksamheten. Ett strategiskt arbete med kompetensförsörjning förväntas bidra till verksamhetsutveckling, medarbetarnas yrkesutveckling och att göra jobben mer attraktiva. Därigenom ökar nämndens förutsättningar att kunna möta kommande rekryterings- och kompetensförsörjningsbehov.

¹ Avser >200 Yrkehögskolepoäng (YH-poäng).

² Antal medarbetare som genomgått eller påbörjat utbildning till språkbud.

³ Antal medarbetare som genomgått eller påbörjat utbildning inom ramen för äldreomsorgslyftet.

Uppdrag

- Vård- och omsorgsnämnden ger vård- och omsorgsförvaltningen i uppdrag att göra en översyn av förebyggandeenhetens uppdrag och framtida arbete.
- Vård- och omsorgsnämnden ger vård- och omsorgsförvaltningen i uppdrag att säkerställa att förvaltningen har en ändamålsenlig handlingsplan och organisation för kris och beredskap.
- I genomlysningen utifrån handlingsplan Effekt rekommenderades av vård- och omsorgsnämnden att kvalitetssäkra sina nyckeltal för bättre jämförelser och analyser. Nämnden ger förvaltningen i uppdrag att genomföra Kostnad per brukare (KPB) i enlighet med den rekommendationen.

Nämndens budget

Ekonomiska ramar

Belopp i tkr	Budget 2022	Budget 2023	Plan 2024	Plan 2025
Verksamhetens intäkter	194 228	200 274	211 089	218 054
Personalkostnader	-716 023	-769 574	-811 121	-837 693
Lokalhyror	-93 000	-97 612	-102 883	-106 278
Köp av tjänster	-161 998	-167 230	-176 260	-182 076
Övriga kostnader	-76 763	-79 138	-83 411	-86 163
Verksamhetens kostnader	-1 047 784	-1 113 554	-1 173 675	-1 212 210
Verksamhetens nettokostnader	-853 556	-913 280	-962 586	-994 156
Kommunbidrag	853 556	913 280	962 586	994 156
Finansnetto				
Årets resultat	0	0	0	0

Vård- och omsorgsnämndens budget 2023 innebär en ramökning med 59,7 miljoner vilket är 7,0 procent högre än budget 2022. 13,7 miljoner kompenseras nämnden för befolkningsförändringar, 49,5 miljoner är kompensation för prishöjningar (index). Nämndens ram minskas med 3,5 miljoner då verksamheter flyttas organisatoriskt i kommunen. Ramjusteringarna specificeras nedan:

- Larm och bevakning - 0,1 mkr
- Färdtjänst - 4,8 mkr
- Folkhälsomedel - 0,4 mkr
- Boendestöd (LSS) 0,9 mkr
- Somatik under 65 0,9 mkr

Förändringar på kontogruppernivå mellan 2022 och 2023 är beroende på index. Ökningen på intäkter är något lägre vilket beror på en lägre ökning i statlig ersättning för personlig assistans än ökningen på kommunbidraget. Ökningen av personalkostnad är något högre beroende på tilldelad befolkningsförändring.

Investeringsbudget

Belopp i tkr	Budget 2022	Budget 2023	Plan 2024	Plan 2025	Plan 2026	Plan 2027
Reinvestering	5 300	5 300	5 300	5 300	5 300	5 300
Inventarier	4 200	4 200	4 200	4 200	4 200	4 200
Vårdarhjälpmedel	350	350	350	350	350	350
Sängar	750	750	750	750	750	750
Totala utgifter	5 300	5 300	5 300	5 300	5 300	5 300

Budget för investeringar om 5,3 miljoner per år under planperioden förväntas täcka de behov nämnden har av löpande investeringar i verksamheten.

Arbetsmiljö och sjukfrånvaro

Nämndens arbetsmiljö	Koppling Agenda 2030	
Den upplevda arbetsglädjen ska öka.	Mål 8. Anständiga arbetsvillkor och ekonomisk tillväxt	
Uppföljning/Nyckeltal	Målvärde 2023	Nuläge 2022
Jag ser fram emot att gå till jobbet, andel (%) ⁴	71%	68,6%

Vård- och omsorgsförvaltningen ska erbjuda en god organisatorisk och social arbetsmiljö med nolltolerans mot kränkande särbehandling. Det prioriterade arbetsmiljömålet för 2023 är att den upplevda arbetsglädjen ska öka. Detta följs upp genom det nya pulsmättningsverktyget som genomförs kvartalsvis. Där förväntas andelen positiva svar på frågan – jag ser fram emot att gå till jobbet, att öka i jämförelse med den mätning som gjorts hösten 2022. Positiva effekter som förväntas av arbetsmiljömålet är även ökad trivsel och engagemang, samt minskad arbetsrelaterad ohälsa.

Främjande arbetsmiljösatsningar och aktiviteter för att nå arbetsmiljömålet och sänka sjukfrånvaron är dels att arbeta vidare med medarbetarskapssatsningen och de handlingsplaner enheterna tagit fram under 2022. Det systematiska arbetsmiljöarbetet ska fortsatt säkerställas med hjälp av det nya stödsystemet OPUS för att förebygga ohälsorisker och sätta in rätt åtgärder i tid. Till detta ska det nya pulsmätningssystemet stödja verksamheterna med nulägesindikatorer för den upplevda arbetsmiljön fyra gånger per år, samt hjälpa till i dialogen med att identifiera förbättringsområden. För att minska andelen långtidssjukskrivna medarbetare sker aktivt rehabiliteringsarbete med stöd av HR och företagshälsovård vid behov.

Vidare är de nya kommungemensamma medarbetaröverenskommelserna prioriterade för att tydliggöra uppdraget i dialog mellan chef och medarbetare. Detta ska bidra till att man som medarbetare är väl insatt i både verksamhetens mål som sina individuella mål och utvecklingsplan. Samt ett viktigt forum för chef att fånga upp ohälsosignaler och sätta in förebyggande åtgärder för att säkerställa en hållbar arbetsplats med god arbetsmiljö.

⁴ Andel medarbetare som har svarat "Instämmer helt eller "Instämmer" på frågan jag ser fram emot att gå till jobbet. Källa: Pulsmätning

Bilaga 1 - Internkontrollplan

Identifierad risk	Process	Risk-värde	Vad ska kontrolleras?	Metod Hur ska kontrollen genomföras?	Ansvarig Vem ansvarar för att kontrollen blir genomförd?	Uppföljning När följs kontrollen upp?
Brister i det systematiska brandskyddsarbetet (SBA).	Systematiskt brandskyddsarbete	12	Kontroll av att förvaltningen har upprättat de styrdokument som krävs och datum för beslut. Kontroll av att alla medarbetare genomgår brandutbildning var tredje år. Kontroll av att alla enheter har utsedda brandskyddsombud. Kontroll av att alla nyanställda medarbetare får introduktion i SBA vid nyanställning.	Granskning av styrdokument. Enkät till enhetschefer. Enkät till enhetschefer. Enkät enhetschefer.	Avdelningschef förvaltningskontoret	Delårsbokslut
Risk för brister i ärendehanteringsprocessen.	Ärendehanteringsprocessen	9	Kontroll av att nämnden har beskrivit och fastställt ärendehanteringsprocessen. Kontroll av att nämnden har de styrdokument i ärendehanteringsprocessen som krävs och att dessa är aktuella. Kontroll av att ärendehanteringsprocessen följs och fungerar.	Granskning av ärendehanteringsprocessen avseende att processen tydliggör hur inkomna ärende till nämnd ska tas omhand. Granskning av styrdokument och datum för beslut. Stickprov och avstämning med förvaltningssekreterare och registrator, avseende att alla ärende omhändertas, förvaltningssekreterare har kontroll över samtliga ärende, ärenden kommer in i tid, handläggning och godkännande av tjänsteskrivelser sker i Platina, samt att det är tydligt för handläggare när sista datum för inlämning är.	Enhetschef kanslienheten	Delårsbokslut
			Kontroll av att dokumenthanteringsplanen är aktuellt.	Granskning av dokumenthanteringsplanen och datum för beslut.	Enhetschef kanslienheten	Årsbokslut

			Kontroll av att diarieföringen är konsekvent. Kontroll av att nämnden har upprättat de stödjande dokument som krävs avseende hur diarieföring ska ske och att de är aktuella.	Stickprov. Granskning av stödjande dokument och datum för beslut.		
Risk för bristande följsamhet med riktlinjer för informationssäkerhet i Alingsås kommun.	Informations-säkerhetsprocessen	9	Kontroll av att alla medarbetare genomgått kommunens digitala utbildning i informationssäkerhet. Kontroll att data eller information i system eller objekt är inventerad och klassad enligt SKR:s modell för informationsklassning.	Uppföljning av antal deltagare som har genomgått utbildning. Uppföljning och granskning av att data i system är inventerad och klassad.	Enhetschef teknikenheten	Årsbokslut
Att beslut enligt SoL och LSS inte fattas i enlighet med nämndens riktlinjer.	Socialtjänstprocessen	9	Kontroll av att beslutet följer nämndens riktlinjer. Dvs beslut som följer huvudregeln avseende omfattning och nivåer och som inte har beviljats pga. särskilt motiverade skäl. Kontroll av att avvikelser från riktlinjerna har kodats i enlighet med gällande rutin (SoL), samt att bedömning och motivering till beslutet framgår av dokumentationen.	Granskning av beslut och beslutsunderlag genom stickprov. Urval: 5 procent SoL beslut - hemtjänst och korttidsboende 10 procent SoL beslut - särskilt boende 25 Procent LSS beslut Period: 2022-12-01- 23-05-31 2023-06-01-23-11-30	SAS (SoL) i samverkan med 1: socialsekreterare SoL SAS (LSS) i samverkan med 1:e socialsekreterare LSS	Delår och årsbokslut.
Risk att beslut enligt SoL och LSS inte följs upp inom rimlig tid och med god kvalitet.	Socialtjänstprocessen	9	Kontroll av att tidsbegränsade beslut följs upp senast innan beslutet löper ut. Kontroll av att tillsvidare beslut följs upp löpande. Kontroll av att nämnden följer upp att den enskilde får den beviljade insatsen. Kontroll av att nämnden följer upp insatsen mot fastställda mål och den planering som gjorts tillsammans med den enskilde. Dvs att den enskildes behov tillgodoses genom insatsen.	Journalgranskning genom stickprov. Urval: 5 procent SoL beslut, hemtjänst och korttidsboende 10 procent SoL, särskilt boende 25 procent LSS beslut Period: 2022-12-01- 23-05-31 2023-06-01-23-11-30 Avser både intern verkställighet och köpt verkställighet	SAS (SoL) och enhetschef myndighet SoL SAS (LSS) och enhetschef myndighet LSS	Delårsbokslut och årsbokslut

			Kontroll av att dokumentation vid uppföljning av beslut lever upp till kraven i SOSFS 2014:5			
--	--	--	--	--	--	--

Bilaga 2 – Risk- och väsentlighetsanalys

Risk – beskrivning	Risk/ sannolikhet	Risk/ väsentlighet	Risk och väsentlighet	Hantering (mål, internkontrollpunkt, kritisk verksamhetsfaktor, omedelbar åtgärd)
1. Bristande efterlevnad av kommunfullmäktiges policy och struktur för styrande dokument.	1	2	2	Åtgärder bedöms ej nödvändiga
2. Brister i det systematiska brandskyddsarbetet (SBA).	3	4	12	Internkontrollpunkt
3. Risker i samband med organisationsförändringar.	3	3	9	Kritisk verksamhetsfaktor
4. Risk för brister i ärendehanteringsprocessen.	3	3	9	Internkontrollpunkt
5. Risk för bristande följsamhet med riktlinjer för informationssäkerhet i Alingsås kommun.	3	3	9	Internkontrollpunkt
6. Att omställning till digital teknik tar längre tid än beräknat	2	3	6	Kritisk verksamhetsfaktor
7. Att utförda timmar inte överensstämmer med beviljade timmar inom hemtjänst och personlig assistans	2	4	8	Uppdrag
8. Bristande uppföljning av privata utförare och egen regi.	4	3	12	Åtgärder bedöms ej nödvändiga. Omhändertas genom uppdrag VON 2021- 09-27, § 53.
9. Att förvaltningen inte kan rekrytera personal i tillräcklig omfattning och med rätt kompetens.	3	4	12	MÅL
10. Att biståndsbeslut inte fattas i enlighet med nämndens riktlinjer	3	3	9	Internkontrollpunkt
11. Att kostnaden per brukare/insats är för hög.	3	3	9	Kritisk verksamhetsfaktor och uppdrag

12. Risk att biståndsbeslut inte följs upp.	3	3	9	Internkontrollpunkt
13. Risk för att basala hygienrutiner och smittskyddsåtgärder (covid-19) inte fullt ut efterlevs.	2	4	8	Kritisk verksamhetsfaktor
14. Risk för att avvikelser och händelser som skulle kunna leda till vårdskador och missförhållande inte rapporteras och utreds.	3	3	9	Kritisk verksamhetsfaktor.
15. Risk för att det inte sker ett aktivt förebyggandearbete för att minska risker för specifika vårdskador.	3	3	9	Kritisk verksamhetsfaktor
16. Att nämnden inte kan tillgodose behovet av boendeplatser för LSS-målgrupper	1	3	3	Kritisk verksamhetsfaktor
17. Risk för bristfällig dokumentation	3	3	9	Åtgärder bedöms ej nödvändiga. Omhändertas genom uppdrag VON 2022-12-01, § 85
18. Att nämnden inte kan tillgodose behovet av boende för äldre och tillse boendekravet för fullvärdiga lägenheter.	4	3	12	MÅL
20 Att inte klara budget i balans (budgetavvikelser).	2	2	4	Uppdrag, samt genom uppföljning enligt styrmodellen.
21. Att antalet köpta platser ökar och därmed kostnaden.	1	3	3	Åtgärder bedöms ej nödvändiga
22. Risk för att förändringar av in- och utflöden av ärenden och volymförändringar ej omhändertas.	2	2	4	Kritisk verksamhetsfaktor (redovisning av månadsstatistik till nämnd).
23. Risk att förvaltningen inte har en ändamålsenlig handlingsplan och organisation för kris och beredskap.	2	3	6	Uppdrag
Förklaring Risk:				Förklaring Väsentlighetsgrad:

1.Osannolik: risken för att fel ska uppstå är praktiskt taget obefintlig 2.Mindre sannolik: risken för att fels ska uppstå är mycket liten 3.Möjlig: det finns en möjlig risk för att fel ska uppstå 4.Sannolik: det är mycket troligt att fel ska uppstå	1.Försumbar: är obetydlig för de olika intressenterna och kommunen 2.Lindrig: uppfattas som liten av såväl intressenter som kommunen 3.Kännbar: uppfattas som besvärande av såväl intressenter som kommunen 4.Allvarlig: är så stor att fel helt enkelt inte får inträffa
Förklaring Hantering:	
Att ta ställning till hur riskerna ska hanteras. När riskinventering och värdering är gjord ska nödvändiga åtgärder identifieras. Riskvärde 1–4 Åtgärder bedöms ej nödvändiga. Riskvärde 6–12 Alternativ 1: Bedöms vara delar av verksamheten där förändring/utveckling är nödvändig för att nå prioriterade mål med indikatorer eller uppfylla krav utifrån nämndens grunduppdrag. Formuleras som mål i nämndens budget/bolagets måldokument. Alternativ 2: Bedöms vara delar av verksamheten där den värderade risken ska åtgärdas/hållas under uppsikt. Återfinns i nämndens/bolagets internkontrollplan, alternativt i kritiska verksamhetsfaktorer om risken bedöms som mindre sannolik/osannolik. Riskvärde 16 Bedöms vara delar av verksamheten där den värderade risken måste åtgärdas direkt. Formuleras som risk med omedelbar åtgärd i nämndens budget.	

Digital målbild för vård- och omsorgsnämnden

4

2022.300 VON

2022-12-13

§ 100 2022.300 VON

Digital målbild för vård- och omsorgsnämnden**Ärendebeskrivning**

Kommunfullmäktige antog den 25 november 2015, § 180 e-strategi för Alingsås kommun. I Flerårsstrategi 2018–2020, antagen av kommunfullmäktige den 13 december 2017, § 251 fastställs att Alingsås kommun ska ta tillvara digitaliseringens utvecklingsmöjligheter och organisationens vilja att förändra i högre utsträckning. Vård- och omsorgsnämnden har de senaste två åren satsat mer på digitalisering i linje med kommunfullmäktiges ambitioner. Vård- och omsorgsnämndens digitala målbild behöver därför revideras.

Beredning

Förvaltningen har i skrivelse den 7 december 2022 lämnat följande yttrande:

Vård- och omsorg har till uppdrag att leverera nytta för Alingsås medborgare utifrån flera olika lagstiftningar, främst SoL, HSL och LSS. Verksamheten måste därmed kunna fokusera sina insatser åt olika håll beroende på brukarbehov. Alla perspektiv är lika viktiga och kräver därmed olika stöd och olika digitala lösningar för uppkomna behov i olika livsfaser.

Alingsås står inför en demografisk förändring med fler som blir allt äldre samtidigt som mängden äldre beräknas öka kraftigt de kommande 15 åren. Behovet av äldreomsorg kommer därmed att öka. I och med att invånarna lever längre kommer fler personer ha insatser under längre tid, samtidigt som antalet personer i de högre ålderskategorierna ökar.

Parallellt pågår en samhällsutveckling där allt fler tjänster utvecklas och tillgängliggörs via digitala ansatser. Alla svenska medborgare har under senare år blivit mer vana, bekväma och kunniga att hantera olika digitala hjälpmedel, för olika syften. Ett faktum som i hög grad påverkar de krav som brukare och anhöriga ställer på de tjänster som vård- och omsorg erbjuder.

Digital transformation i offentlig sektor består av verksamhetsutveckling som drar nytta av digital teknik kombinerad med organisatoriska förändringar och nya kompetenser. För att uppnå transformation och förändring krävs det dock även omfattande organisations- och kunskapsutveckling i organisationen.

En väl genomförd digital transformation inom vård- och omsorg beräknas kunna förbättra organisationens förmåga att använda digitala lösningar på andra och/eller nya sätt samt skapa möjligheter att kunna bibehålla en idag hög upplevd kvalitet bland brukare, trots att brukar- och insatsvolymerna bedöms öka mer än resurstilldelning.

Beslut

Arbetsutskottet hänskjuter beslutet till vård- och omsorgsnämnden.

Datum: 2022-12-14
Handläggare: Henrik Larsson
Direktnr:
Diariennr: 2022.300 VON

Vård- och omsorgsnämnden

Tjänsteskrivelse - Digital målbild för vård- och omsorgsnämnden

Ärendebeskrivning

Kommunfullmäktige antog den 25 november 2015, § 180 e-strategi för Alingsås kommun. I Flerårsstrategi 2018–2020, antagen av kommunfullmäktige den 13 december 2017, § 251 fastställs att Alingsås kommun ska ta tillvara digitaliseringens utvecklingsmöjligheter och organisationens vilja att förändra i högre utsträckning. Vård- och omsorgsnämnden har de senaste två åren satsat mer på digitalisering i linje med kommunfullmäktiges ambitioner. Vård- och omsorgsnämndens digitala målbild behöver därför revideras.

Förvaltningens yttrande

Vård- och omsorgsnämnden har till uppdrag att leverera nytta för Alingsås medborgare utifrån flera olika lagstiftningar, främst SoL, HSL och LSS. Verksamheten måste därmed kunna fokusera sina insatser åt olika håll beroende på brukarbehov. Alla perspektiv är lika viktiga och kräver därmed olika stöd och olika digitala lösningar för uppkomna behov i olika livsfaser.

Alingsås står inför en demografisk förändring med fler som blir allt äldre samtidigt som mängden äldre beräknas öka kraftigt de kommande 15 åren. Behovet av äldreomsorg kommer därmed att öka. I och med att invånarna lever längre kommer fler personer ha insatser under längre tid, samtidigt som antalet personer i de högre ålderskategorierna ökar.

Parallellt pågår en samhällsutveckling där allt fler tjänster utvecklas och tillgängliggörs via digitala ansatser. Alla svenska medborgare har under senare år blivit mer vana, bekväma och kunniga att hantera olika digitala hjälpmedel, för olika syften. Ett faktum som i hög grad påverkar de krav som brukare och anhöriga ställer på de tjänster som vård- och omsorgsnämndens erbjuder.

Digital transformation i offentlig sektor består av verksamhetsutveckling som drar nytta av digital teknik kombinerad med organisatoriska förändringar och nya kompetenser. För att uppnå transformation och förändring krävs det dock även omfattande organisations- och kunskapsutveckling i organisationen.

En väl genomförd digital transformation inom vård- och omsorgsnämnden beräknas kunna förbättra organisationens förmåga att använda digitala lösningar på andra och/eller nya sätt samt skapa möjligheter att kunna bibehålla en idag hög upplevd kvalitet bland brukare, trots att brukar- och insatsvolymerna bedöms öka mer än resurstilldelning.

Ekonomisk bedömning

Beslutet i sig innebär ingen ekonomisk påverkan.

Förslag till beslut**Förslag till beslut i vård- och omsorgsnämnden**

Vård- och omsorgsnämnden antar digital målbild för vård- och omsorgsnämnden.

Anita Hedström
Förvaltningschef

Henrik Larsson
Avdelningschef Förvaltningskontoret/
tf Myndighetsavdelningen

Digital målbild för vård- och omsorgsnämnden

Typ av styrdokument: Strategi
Beslutande instans: Vård- och omsorgsnämnden
Datum för beslut: 2022-12-19
Diarienummer: XX

Gäller för: Vård- och omsorgsnämnden
Giltighetstid: 2026-12-31
Revideras senast: 2026-12-31
Dokumentansvarig: Avdelningschef
Förvaltningskontoret

Inledning

Detta dokument innehåller nämndens viljeinriktning och övergripande mål gällande förvaltningens förändringsarbete med digitalisering som grund.

Vård- och omsorgsnämndens målbild ska:

- fungera som ett styrande dokument och guide för fortsatt verksamhetsutveckling i samklang med digitaliseringsprocessen och säkerställa att digital utveckling sker i enlighet med förvaltningens mål och vision.
- ligga i linje med Alingsås kommuns övergripande digitala målbild.

Vård- och omsorgs digitala målbild konkretiseras och effektueras i styrdokumentet "Handlingsplan Digital Målbild för vård- och omsorgsnämnden". Handlingsplanen sträcker sig över tre år och uppdateras årligen.

Bakgrund

Vård- och omsorgsnämnden har till uppdrag att leverera nytta för Alingsås medborgare utifrån flera olika lagstiftningar, främst SoL, HSL och LSS. Verksamheten måste därmed kunna fokusera sina insatser åt olika håll beroende på brukarnas behov. Alla perspektiv är lika viktiga och kräver därmed olika stöd och olika digitala lösningar för uppkomna behov i olika livsfaser.

Alingsås står inför en demografisk förändring med fler som blir allt äldre samtidigt som mängden äldre beräknas öka kraftigt de kommande 15 åren. Behovet av äldreomsorg kommer därmed att öka. I och med att invånarna lever längre kommer fler personer ha insatser under längre tid, samtidigt som antalet personer i de högre ålderskategorierna ökar.

Parallellt pågår en samhällsutveckling där allt fler tjänster utvecklas och tillgängliggörs via digitala ansatser. Alla svenska medborgare har under senare år blivit mer vana, bekväma och kunniga i att hantera olika digitala hjälpmedel, för olika syften. Ett faktum som i hög grad påverkar de krav som brukare och anhöriga ställer på de tjänster som vård- och omsorg erbjuder.

Digital transformation i offentlig sektor består av verksamhetsutveckling som drar nytta av digital teknik kombinerad med organisatoriska förändringar och nya kompetenser. För att uppnå transformation och förändring krävs det dock även omfattande organisations- och kunskapsutveckling i organisationen.

En väl genomförd digital transformation inom vård- och omsorgsnämndens verksamhet beräknas kunna förbättra organisationens förmåga att använda digitala lösningar på andra och/eller nya sätt samt skapa möjligheter att kunna bibehålla en idag hög upplevd kvalitet bland brukare, trots att brukar- och insatsvolymerna bedöms öka mer än resurstilldelning.

Övergripande mål – utveckling via digital transformation

Vård- och omsorgsnämnden har ambitionen att de närmaste åren genomföra flera större initiativ för förändring och utveckling av verksamheten via digital transformation.

Planerad digital transformation ska etablera en park av nya digitala systemlösningar som tillsammans med nya arbetssätt ska möjliggöra fortsatt utveckling av vård- och omsorgsnämndens verksamhet under många år framöver. Personal och organisation ska parallellt utbildas och förberedas för att kunna ta till sig nya systemlösningar och kunna använda de möjligheter som nya systemlösningar och arbetssätt kommer att medföra.

Delmål

1. Höjning av förvaltningens digitala förmåga

Vård- och omsorgs digitala förmåga och mognad ska höjas genom kompetensutveckling av samtliga medarbetare inklusive chefer och ledare.

2. Processorientering av verksamheten

Med stöd av digitala verktyg ska förvaltningens huvud- och stödprocesser kartläggas och dokumenteras och utgöra grund för fortsatt utveckling.

3. Digitalt trygghetssystem

Förvaltningen ska införa ett nytt digitalt trygghetssystem som förutom olika typer av larm, sensorer och hotellås (säbo) även kan addera välfärdsteknik.

4. Nytt modernt verksamhetssystem

Förvaltningen ska införa ett nytt verksamhetssystem som ska skapa möjlighet för förbättrad planering, styrning och uppföljning av verksamheten.

5. Nytt modernt planeringssystem

Förvaltningen ska införa ett nytt planeringssystem som ska vara tätt integrerat med kommande verksamhetssystem för bättre och mera flexibel planering av insatser.

6. Digitala uppföljningssystem

Förvaltningen ska införa flera olika digitala uppföljningssystem som tillsammans ska möjliggöra uppföljning och analys av verksamhetsdata ur olika perspektiv.

7. Digitala lås - övriga

Förvaltningen ska införa digitala lås i ordinära boenden och för medicinskåp för att uppnå större trygghet och ökad flexibilitet samt ökad kontroll över läkemedel.

8. Digitala lösningar för brukarinflytande

Förvaltningen ska införa digitala lösningar för att löpande kunna fånga upp och analysera brukares uppfattningar kring levererade tjänster och dess innehåll.

9. Upprätthållande av informationssäkerhet

Förvaltningen ska följa Alingsås överordnade krav kring informationssäkerhet och kompetensutveckla personal inom området informationssäkerhet samt tillämpa SKR:s modell för informationsklassning, KLASSA.

Revidering av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

5

2022.302 VON

2022-12-13

§ 101 2022.302 VON

Revidering av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete**Ärendebeskrivning**

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett systematiskt kvalitetsledningssystem. Utformning och omfattning regleras av Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9. Kvalitetsledningssystemet ska integreras med de befintliga systemen för målstyrning samt budget- och verksamhetsplanering.

Ledningssystemet är ett stöd för att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Det gör det möjligt för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Processerna identifieras, beskrivs och fastställs. Vidare ska rutiner beskriva tillvägagångssättet för hur en aktivitet ska utföras och ange ansvarsfördelningen för utförandet i verksamheten. Det systematiska förbättringsarbetet ska bestå av riskanalys, egenkontroll och hantering av avvikelser. Vidare ska arbetet med att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras.

Nämnden ska också försäkra sig om att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete i övrig yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som nämnden upphandlar tjänster av eller har avtal med.

Vård- och omsorgsnämnden antog 2014-03-24 § 22. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom vård och äldreomsorg i Alingsås kommunenligt SOSFS 2011. Under hösten 2022 har förvaltningen arbetat fram ett reviderat förslag till ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet omfattar vård- och omsorgsförvaltningens samtliga verksamheter.

Externa utförare ansvara för att upprätta ett eget ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete motsvarande kraven i SOSFS 2011:9, samt för att redovisa hur det systematiska kvalitetsarbetet genomförts i en kvalitetsberättelse som upprättas årligen och lämnas till Alingsås kommun i februari månad.

Beredning

Förvaltningen har i skrivelse den 6 december 2022 lämnat följande yttrande:

I ett ledningssystem finns det en för verksamheten organisatorisk struktur med ett uttalat och tydligt ansvar, dokumenterade rutiner, identifierade processer samt rutiner för uppföljning. Systemet ska vara lättillgängligt för medarbetarna och ett stöd i det dagliga arbetet samt motivera till att utveckla verksamhetens kvalitet.

Ledningssystemet är en dokumentation av hur vård- och omsorgsnämndens arbete ska bedrivas för att leva upp till kraven i 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Av dokumentet framgår hur nämnden avser att arbeta med de i föreskriften fastställda momenten: processer och rutiner, samverkan,

Utdragsbestyrkande

2022-12-13

riskanalys, egenkontroll, förbättringsarbete, personalens medverkan i kvalitetsarbetet och dokumentationsskyldighet.

Implementering och utveckling av ledningssystemet är ett fortlöpande arbete.

Uppföljning och utvärdering av ledningssystemets funktion och uppbyggnad på övergripande nivå sker årligen och redovisas i nämndens kvalitetsberättelse.

Beslut**Arbetsutskottets förslag till beslut i vård- och omsorgsnämnden**

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för vård- och omsorgsnämnden antas.

Datum: 2022-12-14
Handläggare: Camilla Liljegren
Direktnr:
Diariennr: 2022.302 VON

Vård- och omsorgsnämnden

Revidering av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Ärendebeskrivning

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett systematiskt kvalitetsledningssystem. Utformning och omfattning regleras av Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9. Kvalitetsledningssystemet ska integreras med de befintliga systemen för målstyrning samt budget- och verksamhetsplanering.

Ledningssystemet är ett stöd för att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Det gör det möjligt för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Processerna identifieras, beskrivs och fastställs. Vidare ska rutiner beskriva tillvägagångssättet för hur en aktivitet ska utföras och ange ansvarsfördelningen för utförandet i verksamheten. Det systematiska förbättringsarbetet ska bestå av riskanalys, egenkontroll och hantering av avvikelser. Vidare ska arbetet med att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras.

Nämnden ska också försäkra sig om att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete i övrig yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som nämnden upphandlar tjänster av eller har avtal med.

Vård- och omsorgsnämnden antog 2014-03-24 § 22. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom vård och äldreomsorg i Alingsås kommunenligt SOSFS 2011. Under hösten 2022 har förvaltningen arbetat fram ett reviderat förslag till ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet omfattar vård- och omsorgsförvaltningens samtliga verksamheter.

Externa utförare ansvara för att upprätta ett eget ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete motsvarande kraven i SOSFS 2011:9, samt för att redovisa hur det systematiska kvalitetsarbetet genomförts i en kvalitetsberättelse som upprättas årligen och lämnas till Alingsås kommun i februari månad.

Förvaltningens yttrande

I ett ledningssystem finns det en för verksamheten organisatorisk struktur med ett uttalat och tydligt ansvar, dokumenterade rutiner, identifierade processer samt rutiner för uppföljning. Systemet ska vara lättillgängligt för medarbetarna och ett stöd i det dagliga arbetet samt motivera till att utveckla verksamhetens kvalitet.

Ledningssystemet är en dokumentation av hur vård- och omsorgsnämndens arbete ska bedrivas för att leva upp till kraven i 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Av dokumentet framgår hur nämnden avser att arbeta med de i föreskriften fastställda momenten: processer och rutiner, samverkan,

riskanalys, egenkontroll, förbättringsarbete, personalens medverkan i kvalitetsarbetet och dokumentationsskyldighet.

Implementering och utveckling av ledningssystemet är ett fortlöpande arbete. Uppföljning och utvärdering av ledningssystemets funktion och uppbyggnad på övergripande nivå sker årligen och redovisas i nämndens kvalitetsberättelse.

Ekonomisk bedömning

Förslaget innebär inga kostnader.

Förslag till beslut**Förslag till beslut i Vård- och omsorgsnämnden**

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, vård- och omsorgsnämnden antas.

Beslutet ska skickas till

Vård- och omsorgsförvaltningens avdelningschefer

Anita Hedström
Förvaltningschef

Camilla Liljegren
Utvecklingsledare

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Vård- och omsorgsnämnden

Typ av styrdokument: Riktlinje
Beslutande instans: Vård- och omsorgsnämnden
Datum för beslut: 2014-03-24 § 22
Diarienummer: 2022.302 VON

Gäller för: Vård- och omsorgsnämndens
verksamheter
Giltighetstid: Tills vidare
Reviderad senast: 20xx-xx-xx § xx
Dokumentansvarig: EC kvalitetsenheten

Innehåll

Innehåll.....	2
1. Grunderna för det systematiska kvalitetsarbetet	3
1.1. Inledning	3
1.2. Syftet med ett ledningssystem för kvalitet	3
2. Kvalitetsarbetet.....	3
3. Beskrivning av verksamhet	4
4. Lagar och förordningar	5
5. Styrmodell	5
5.1. Mål och resultatstyrning	6
5.2. Kvalitetsstyrning	6
5.3. Verksamhetsuppföljning	7
6. Kvalitetskrav för god vård och omsorg	7
7. Ansvar för kvalitetsarbetet.....	8
7.1. Vård och omsorgsnämnden (Vårdgivare enligt HSL)	8
7.2. Förvaltningschef	8
7.3. Verksamhetschef enligt HSL.....	8
7.4. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) 9	
7.5. Socialt ansvarig samordnare, SAS,	10
7.6. Avdelningschef	10
7.7. Enhetschef	11
7.8. Medarbetare	11
7.9. Extern utförare	12
8. Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad.....	12
8.1. Processer och rutiner.....	12
8.2. Styrande dokument.....	13
8.3. Samverkan	13
9. Systematiskt förbättringsarbete	13
9.1. Riskanalys	14
9.2. Egenkontroll	15
9.2.1 Nämndens plan för egenkontroll	16
9.3. Hantering av klagomål, synpunkter och avvikelser	16
10. Medarbetarens medverkan	17
11. Kompetensförsörjning	18
12. Dokumentationsskyldighet	18

Bilaga 1. Laglista

1. Grunderna för det systematiska kvalitetsarbetet

1.1. Inledning

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.

I Socialstyrelsens författningssamling SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, beskrivs kraven för vad ett kvalitetsledningssystem ska omfatta. SOSFS 2011:9 består av både föreskrifter (bindande regler) och allmänna råd (rekommendationer).

Föreskrifterna och de allmänna råden omfattas av:

- 5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (217:30)
- 16 § tandvårdslagen (1985:125)
- 6 § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS (1993:387)
- 3 kap. 3 § tredje stycket socialtjänstlagen, SoL (2001:453) (*HSLF-FS 2017:12*)
- 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659)

Kvalitetsledningssystemet ska integreras med de befintliga systemen för målstyrning samt budget- och verksamhetsplanering som nämnden har. Nämnden ska också försäkra sig om att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete i övrig yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som nämnden upphandlar tjänster av eller har avtal med.

1.2. Syftet med ett ledningssystem för kvalitet

Ett välfungerande ledningssystem innebär att det för verksamheten finns en organisatorisk struktur med ett uttalat och tydligt ansvar, dokumenterade rutiner, identifierade processer samt rutiner för uppföljning. Systemet ska vara lättillgängligt för medarbetarna och ett stöd i det dagliga arbetet. Det ska också motivera till att utveckla verksamhetens kvalitet.

Utgångspunkten är att kvalitetsarbetet ska vara levande och ledningssystemet bör därför revideras årligen.

2. Kvalitetsarbetet

Kvalitet kan uttryckas som förhållandet mellan förväntning och upplevelse. Det ska vara tydligt för den som kommer i kontakt med förvaltningen vad de förvänta sig. Den enskilde har rätt att få adekvat stöd och hjälp av god kvalitet.

Enligt föreskriften definieras kvalitet som: Verksamheten uppfyller de krav och mål som

enligt lagar och andra föreskrifter som gäller för området. De som avses är hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. (2 kap 1 § SOSFS 2011:9).

Att arbeta med kvalitet innebär att vi säkerställer det vi har som uppgift att göra. Alla insatser ska utföras på ett säkert sätt och med kvalitet så att den enskilde upplever sig nöjd med stödet/hjälpen. Systematiskt kvalitetsarbete innebär att arbetet utgår från gemensamma arbetsmetoder som följs upp och utvecklas beroende på hur de fungerat och vilket resultat de lett till. På så vis återförs erfarenheter och kunskap för att förbättra metoder och verksamhet. Alla medarbetare har ett gemensamt uppdrag för att säkra och utveckla kvaliteten.

3. Beskrivning av verksamhet

I enlighet med vård- och omsorgsnämndens reglemente som beslutades av kommunfullmäktige den 14 december 2022, § xx är nämndens målgrupper människor över 65 år, människor som ingår i personkretstillhörighet enligt 1§ LSS som kan ansöka om insatser enligt både socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, människor med demens, människor som behöver hemsjukvård¹ eller hemtjänst samt människor i livets slutskede.

Vård-och omsorgsnämnden ansvarar bland annat för att, inom nämndens verksamhetsområde, fullgöra kommunens uppdrag enligt följande lagstiftning:

- socialtjänstlagen (2001:453),
- hälso-och sjukvårdslagen (2017:30),
- lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,
- lag (2018:222) om bostadsanpassningsbidrag,
- lag (2021:600) med kompletterande bestämmelser till EU:s förordningar om medicintekniska produkter samt
- vad som i övrigt i lag eller annan författning sägs om socialnämnd.

Undantaget från nämndens ansvar är:

¹ Benämning kommer att ändras till kommunal primärvård.

- Hemsjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (sjukvård i hemmet upp till sjuksköterskenivå) för personer inom socialpsykiatri.
- Nämnden ansvarar för uppgifter som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal oavsett övrig uppgiftsfördelning mellan nämnder. Nämndens ansvar för vård i livets slutskede omfattar inte vård i hospis.

I Alingsås tillämpas lagen om valfrihet, LOV, för verkställighet av hemtjänst och lagen om offentlig upphandling, LOU, för driften på vissa särskilda boenden.

4. Lagar och förordningar

Vård och omsorgsförvaltningens verksamheter styrs av en mängd lagar, författningar och nationella krav, utöver den interna styrningen (se bilaga Laglista). Dessa ska tillämpas i verksamheten på ett sätt som skapar värde för kommuninvånaren, utifrån den egna organisationens förutsättningar.

Kvalitén och kontinuiteten säkras genom gemensamma arbetsmetoder, som kan förstås och tillämpas av alla, och som är lättillgängliga och tydliga.

5. Styrmodell

Alingsås kommun arbetar utifrån en styrmodell, antagen i kommunfullmäktige 2019-11-27, § 218.

Styrmodellen består av tre övergripande block; *mål- och resultatstyrning*, *kvalitetsstyrning* och *ekonomistyrning* som tillsammans bildar kommunens styrsystem. Styrmodellen har sin utgångspunkt i kommunens gemensamma vision och värdegrund samt kommunen och dess verksamheters grunduppdrag som regleras genom lagstiftning och nämndernas reglementen.

Kommunens vision är grundbulten i arbetet vi gör tillsammans i Alingsås. Den ska genomsyra alla verksamheter och vara känd för alla medarbetare. Visionen utgör den långsiktiga styrningen och gemensamma riktningen för hela kommunen.

"Alingsås är Västsveriges vackraste kulturstad i en levande bygd. Genom nytänkande, engagemang och tillgänglighet skapar vi livskvalitet för alla."

För att låta visionen få kraft i hela samhället har fem fokusområden tagits fram som tydliggör de särskilda inriktningar som fokus bör ligga på för att nå kommunens vision.

Fokusområdena ska vara vägledande för både politiker och chefer i styrningen av kommunen, och genomsyrar såväl politiska mål som verksamheternas egna mål.

- Vackra miljöer
- Livskvalitet
- Experimentlust
- Omställning
- Tillsammans

Vision 2040 antogs av kommunfullmäktige den 28 mars 2018, § 55

All verksamhet som bedrivs i Alingsås kommun ska vila på en tydlig värdegrund. Värdegrunden anger tonen i det förhållningssätt som präglar hela kommunens verksamhet och visar sig i hur vi agerar som medarbetare gentemot varandra. Varje dag, året om. Tillsammans har vi arbetat fram de värdeord som beskriver vårt förhållningssätt gentemot varandra: **engagemang, öppenhet och respekt.**

Styrmodellens syfte är att säkerställa att den politiska viljan får genomslag i verksamheterna, att kommunens verksamheter håller en hög kvalitet och att kommunen har en god ekonomisk hushållning där resurser används på bästa sätt.

5.1. Mål och resultatstyrning

Kommunfullmäktiges prioriterade mål med tillhörande indikatorer pekar ut områden som behöver prioriteras för att utveckla kommunen. De tydliggör nämndernas och bolagens inriktning för den kommande planperioden. Målen bryts ned i nämndens budget och följs upp i samband med bokslut. Internkontrollplanen ingår som en del i nämndens budget.

I styrmodellens tillhörande anvisningar finns krav på analys av de utfall av mål och nyckeltal som nämnderna och bolagen ställt upp i sina budgetar och som de följer upp vid bokslut. Kommunens kvalitetsstrategi är en del av kommunens styrmodell och ska bidra till att uppnå uppsatta mål och indikatorer.

5.2. Kvalitetsstyrning

Utöver att nämnden är ålagda enligt lagstiftning att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete på ett särskilt sätt, så ansvarar samtliga verksamheter i kommunen för att löpande följa upp och kvalitetssäkra att verksamhetens grunduppdrag bedrivs på ett kvalitativt sätt.

Kommunens styrmodell innefattar vissa gemensamma utgångspunkter för systematisk kvalitetsuppföljning som gäller för alla nämnder. Arbetssättet går ut på att varje förvaltning utifrån definitionen av god kvalitet och med fokus på sitt grunduppdrag identifiera och

definiera de områden som är särskilt viktiga för en god kvalitet i den egna verksamheten, så kallade kritiska verksamhetsfaktorer.

De kritiska verksamhetsfaktorerna ska formuleras på förvaltningsnivå och ska systematiskt följas upp genom att analysera verksamhetens kvalitet och följa lämpliga nyckeltal. De kritiska kvalitetsfaktorerna revideras årligen vid behov och varje förvaltning säkerställer att den egna nämnden får information om de kritiska verksamhetsfaktorerna. Instruktioner till hur identifiering och dokumentering av kritiska verksamhetsfaktorer sker finns i anvisningar till nämndens budget.

5.3. Verksamhetsuppföljning

Förvaltningens styrning mot att uppnå målen i kommunens mål- och resultatstyrning, och kvalitetsstyrningen sker genom att mål och kritiska verksamhetsfaktorerna bryts ner i chefs- och medarbetaröverenskommelse. Det åligger respektive chef på underliggande nivå att analysera och följa upp mål och kritiska verksamhetsfaktorer för den egna verksamheten. Uppföljning av hur målen utvecklas sker två gånger per år i samband med delårs- och årsuppföljning.

Varje medarbetare ska vara delaktig, ta ansvar och bidra till verksamhetens utveckling.

6. Kvalitetskrav för god vård och omsorg

Nämnden har antagit kvalitetskrav som anger en lägsta nivå för den vård och omsorg som ges. Dessa krav finns specificerade för särskilt boende, hemtjänst, kommunal primärvård, samt funktionsstöd. All verksamhet följs årligen upp utifrån dessa krav. Vård- och omsorgsnämnden justerar löpande dessa krav vid behov för att utveckla och förbättra vården och omsorgen.

Kraven utgår från de områden som Socialstyrelsen har angett vara viktiga för att uppnå en god och säker vård och omsorg. Kraven finns beskrivna under följande rubriker:

- Värdegrund
- Säker vård och omsorg
- God och säker vård och omsorg
- God kvalitet i stöd och service
- Självbestämmande och integritet
- Helhetssyn och samordning
- Trygghet och säkerhet
- Kunskapsbaserad verksamhet
- Tillgänglighet
- Effektivitet

7. Ansvar för kvalitetsarbetet

Ansvaret för hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.

7.1. Vård och omsorgsnämnden (Vårdgivare enligt HSL)

Ansvarar för att

- det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet som fastställer grundprinciperna för ledning av verksamheten,
- verksamheten håller en god kvalitet,
- fastställa mål, inriktning och direktiv för vård och omsorgsförvaltningen,
- fastställa en årlig patientsäkerhetsberättelse utifrån hälso- och sjukvårdslagens ansvarsområde samt
- fastställa en årlig sammanhållen kvalitetsberättelse utifrån nämndens ansvarsområde.

7.2. Förvaltningschef

Ansvarar för att

- kommunicera och omsätta nämndens övergripande strategier och mål till all berörd verksamhet samt organisera verksamheten utifrån givna mål och resurser,
- leda och fördela det övergripande kvalitetsarbetet inom vård- och omsorgsförvaltningen,
- Ger förutsättningar för att planera, genomföra, utvärdera och analysera kvalitetsarbetet,
- förvissa sig om att ledningssystemets olika processer är kända och efterlevs,
- samordna övergripande kvalitetsprojekt,
- delge utförare mål, kvalitetskrav och direktiv mm,
- i samverkan med MAS, MAR, SAS och övriga utsedda stödfunktioner initiera, fastställa och följa upp processer, riktlinjer och rutiner på förvaltningsnivå,
- i samverkan med MAS, MAR, SAS och övriga utsedda stödfunktioner initiera revidering av ledningssystemet,
- Ansvarar för att en årlig patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsberättelse upprättas, samt
- rapportera till Vård och omsorgsnämnden.

7.3. Verksamhetschef enligt HSL

Ansvarar för att

- planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen respektive tandvårdslagen upprätthålls samt uppfylla de krav som anges enligt HSLF-FS 2021:43, Användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården,
- vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador,
- utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada,
- ansvara för att kommuninvånarna och deras anhöriga får möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet, samt
- i samverkan med MAS och MAR, upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse.

7.4. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Ansvarar för att

- Säkerställa att patienten får en ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde (Hälso- och sjukvårdsförordningen 2017:80,)
- Säkerställa att patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,
- journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355), PDL (Hälso- och sjukvårdsförordningen 2017:80),
- bevaka och följa upp att kvalitet och säkerhet upprätthålls inom vård och omsorgsnämndens och socialnämndens ansvarsområde avseende HSL.
- bevaka och informera om förändringar i lagar och förordningar som rör området,
- utfärda och fastställa riktlinjer och rutiner utifrån aktuell lagstiftning,
- utföra granskningar och uppföljningar inom hälso- och sjukvårdens område enligt fastställda dokument samt utifrån klagomål, avvikelser och särskilda uppdrag,
- återkoppla och redovisa resultat av granskningar till verksamhet, förvaltningsledning och nämnd,
- upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse tillsammans med verksamhetschefen enligt § 29 HSL samt redovisa denna till nämnden,
- anmäla till Inspektionen för vård och omsorg, IVO när någon i samband med hälso- och sjukvård drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig vårdskada (Lex Maria), delegerat från nämnden samt
- vara anmälningsansvarig avseende negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter (HSLF-FS 2021:43).
- bistå förvaltningschef och nämnd i framtagandet av mål och kvalitetskrav samt
- bistå förvaltningschef i uppföljning av hur utförarna arbetar med nämndens mål och kvalitetskrav mm.

7.5. Socialt ansvarig samordnare, SAS,

Ansvarar för att

- bevaka och följa upp att kvalitet upprätthålls inom Vård och omsorgsnämndens ansvarsområde,
- bevaka och informera om förändringar i lagar och förordningar som rör området,
- bistå förvaltningschef och nämnd i framtagandet av mål och kvalitetskrav,
- bistå förvaltningschef i uppföljning av hur utförarna arbetar med nämndens mål och kvalitetskrav mm,
- utfärda och fastställa riktlinjer och rutiner utifrån aktuell lagstiftning,
- utföra granskningar och uppföljningar inom nämndens ansvarsområde enligt fastställda dokument från nämnden samt utifrån klagomål, avvikelser och särskilda uppdrag,
- redovisa resultat av granskningar till förvaltningens ledningsgrupp och nämnd,
- upprätta en sammanhållen årlig kvalitetsberättelse samt redovisa denna till nämnden, samt
- anmäla till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, vid missförhållanden eller risk för missförhållande, enligt Lex Sarah, delegerat från nämnden.

7.6. Avdelningschef

Ansvarar för att

- bedöma vilka processer, rutiner och aktiviteter som verksamheten behöver identifiera, kartlägga och fastställa för att uppfylla krav och mål,
- upprätta en årlig kvalitetsplan för avdelningen utifrån de resultat som framkommer av kvalitetsberättelsen och patientsäkerhetsberättelsen,
- initiera och utföra riskanalyser inom verksamhetsområdet,
- utöva egenkontroll,
- rapportera, ta emot och utreda synpunkter, klagomål och avvikelser i enlighet med nämndens riktlinje *"Rapporteringsskyldighet och hantering av händelser"*,
- där behov finns upprätta lokala rutiner för avdelningen utifrån gällande riktlinjer och rutiner samt följa upp och revidera dessa minst en gång årligen,
- årligen sammanställa och analysera avdelningens patientsäkerhetsarbete och redovisa detta till MAS/MAR,
- årligen sammanställa och analysera avdelningens kvalitetsarbete och redovisa detta till SAS,
- medarbetare har kunskap och information om avvikelsehantering, riskanalyser, egenkontroller, resultatet från olika granskningar samt om processer och rutiner,
- det finns rutiner som säkerställer den bemanning som krävs för att kunna genomföra nämndens uppdrag, samt
- det finns personal med lämplig utbildning och erfarenhet och att kompetensutveckling sker i syfte att öka kvaliteten i arbetet.

7.7. Enhetschef

Ansvarar för att

- bedöma vilka processer, rutiner och aktiviteter som verksamheten behöver identifiera, kartlägga och fastställa för att uppfylla krav och mål,
- upprätta en årlig kvalitetsplan för enheten utifrån de resultat som framkommer av kvalitetsberättelsen och patientsäkerhetsberättelsen,
- initiera och utföra riskanalyser inom verksamhetsområdet,
- utöva egenkontroll,
- rapportera, ta emot och utreda synpunkter, klagomål och avvikelser i enlighet med nämndens riktlinje *"Rapporteringsskyldighet och hantering av händelser"*,
- där behov finns upprätta lokala rutiner för enheten utifrån gällande riktlinjer och rutiner samt följa upp och ev. revidera dessa regelbundet,
- årligen sammanställa och analysera enhetens patientsäkerhetsarbete och redovisa detta till avdelningschef,
- årligen sammanställa och analysera enhetens kvalitetsarbete och redovisa detta till avdelningschef,
- rapportera till avdelningschef,
- medarbetare har kunskap och information om avvikelshantering, riskanalyser, egenkontroller, resultatet från olika granskningar samt om processer och rutiner,
- det finns rutiner som säkerställer den bemanning som krävs för att kunna genomföra nämndens uppdrag, samt
- det finns personal med lämplig utbildning och erfarenhet och att kompetensutveckling sker i syfte att öka kvaliteten i arbetet.

7.8. Medarbetare

Ansvarar för att

- ha kännedom om och arbeta efter gällande lagstiftning, mål, processer, riktlinjer och rutiner,
- medverka till att de insatser som genomförs är av god kvalitet samt påtala om något inte fungerar,
- aktivt delta i verksamhetens kvalitetsarbete samt utveckla arbetssätt och rutiner,
- rapportera avvikelser och ta emot synpunkter och klagomål i enlighet med nämndens riktlinje *"Rapporteringsskyldighet och hantering av händelser"*,
- medverka i arbetet med riskanalyser,
- känna till och aktivt arbeta utifrån nämndens mål samt,
- utföra sitt arbete med god kvalitet.

7.9. Extern utförare

Ansvarar för att

- upprätta ett eget ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete motsvarande kraven i SOSFS 2011:9,
- att involvera medarbetare i kvalitetsarbetet och ge information om resultatet till sina medarbetare inom sitt verksamhetsområde,
- fyra gånger om året lämna en redovisning av inkomna avvikelser SoL, synpunkter och klagomål samt
- årligen sammanställa enheternas kvalitets- och patientsäkerhetsarbete och redovisa detta till den av nämnden utsedda tjänstepersoner i Alingsås kommun.

8. Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad

8.1. Processer och rutiner

Ledningssystemet ska anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning och bestå av de processer och rutiner som behövs i verksamheten för att säkra verksamhets kvalitet. Det kan gälla kärnprocesser, styrprocesser och stödprocesser.

Processorienteringen möjliggör en ökad tydlighet i verksamhetens funktion och bidrar till en ökad förståelse för verksamhetens olika uppdrag och ansvarsområden. Med hjälp av tydliga processer tydliggörs vem som ska göra vad, när och på vilket sätt.

Kärnprocesserna inom vård- och omsorgsförvaltningen är:

- Socialtjänstprocessen SoL
- Socialtjänstprocessen LSS
- Kommunala hälso- och sjukvårdsprocessen
- Bostadsanpassningsprocessen
- Förebyggande processen

Varje kärnprocess består av flera delprocesser och har också närliggande processer kopplade till sig. Processbeskrivningarna visar vilka aktiviteter som utgör processen och dess inbördes ordning. Till processbeskrivningarna kopplas rutiner för att säkerställa att aktiviteterna utförs enligt fastställt tillvägagångssätt. I processbeskrivningarna anges vem som ansvarar för varje del av utförandet. Förvaltningens processbeskrivningar kartläggs och modelleras efter samma princip i beslutstödet 2c8. Fastställda processer med tillhörande beskrivningar och anvisningar kommer att finnas tillgängliga via kommunportalen.

8.2. Styrande dokument

Riktlinjer och rutiner ska vara kända och ändamålsenliga och ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras och dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat.

Framtagande och utformning av riktlinjer och rutiner sker utanför utvecklingen av ett processororienterat arbetssätt och i enlighet med vård- och omsorgsförvaltningens riktlinjer för styrande dokument, *"Riktlinje för styrande dokument"*.

8.3. Samverkan

Samverkan är en lagstadgad skyldighet för både socialtjänst och hälso- och sjukvården. Ledningssystemet ska beskriva med vem eller vilken samverkan ska ske.

De processer där samverkan behövs ska identifieras för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. Det ska framgå hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer.

De processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada ska identifieras.

Socialtjänst och hälso- och sjukvård är skyldiga att samverka på alla nivåer i organisationen i syfte att säkra god kvalitet för den enskilde. Samverkan, såväl internt som externt, är en förutsättning för att säkra kvaliteten på de insatser som ges.

Utöver samverkansbestämmelserna i socialstyrelsens föreskrifter om kvalitet finns även andra bestämmelser som förutsätter eller kräver samverkan. Sådana krav ingår också i det som ska säkras med stöd av ledningssystemet.

9. Systematiskt förbättringsarbete

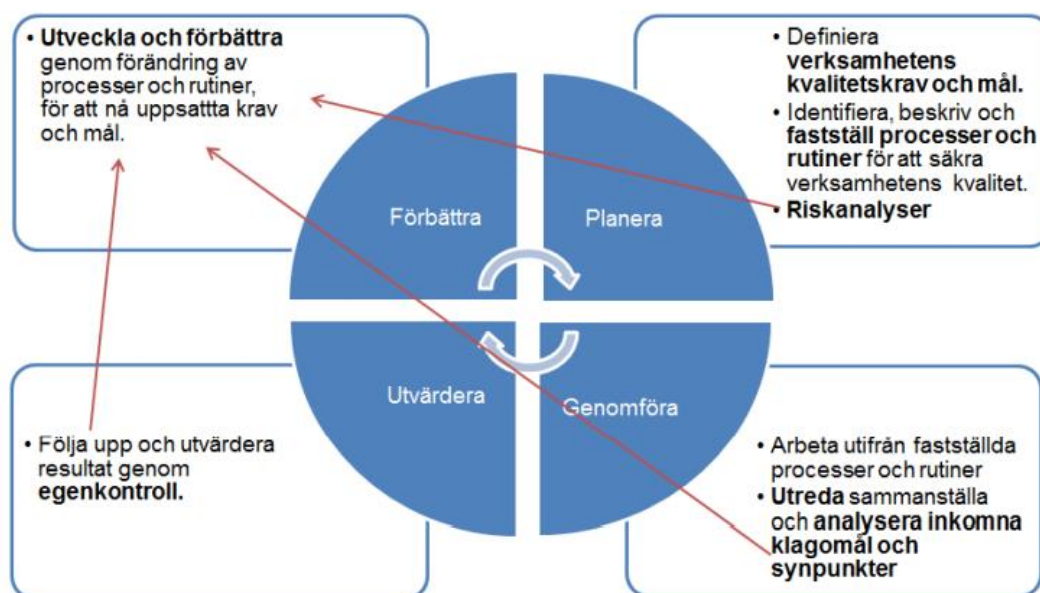
Ledningssystemet ska användas för att

- planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten och
- systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Det systematiska förbättringsarbetet ska bestå av riskanalys, egenkontroll och hantering av klagomål, synpunkter och avvikelser.

Inom vård- och omsorgsförvaltningen bedrivs arbetet med att utveckla och säkra kvalitet genom stegen planera, genomföra, utvärdera, förbättra:

- I planeringsstadiet definieras verksamhetens kvalitetskrav och mål, processer och rutiner fastställs och riskanalyser genomförs.
- I steget genomföra utförs arbetet utifrån processer och rutiner och inkomna klagomål och synpunkter utreds och analyseras.
- I utvärderingssteget följs resultat genom egenkontroll upp.
- I förbättringssteget utvecklas och förbättras verksamheten genom förändring av processer och rutiner för att nå uppsatta krav och mål.



9.1. Riskanalys

Riskanalyser innebär att den som bedriver verksamheten är framåtblickande, det vill säga arbetar förebyggande. Riskanalyser ska omfatta verksamhetens samtliga delar. Analyser ska göras för att identifiera händelser som skulle kunna inträffa och som gör att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar och andra föreskrifter och beslut. Riskanalyser innebär att sannolikheten för att en händelse ska inträffa uppskattas samt att en bedömning görs av vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Riskanalyser ska genomföras fortlöpande.

På strategisk nivå genomför vård- och omsorgsnämnden i den årliga budget- och planeringsprocessen en väsentlighets- och riskanalys som knyter ihop styrmodellen med den interna kontrollen och arbetssättet med kritiska verksamhetsfaktorer.

På avdelnings- och enhetsnivå ska riskanalyser genomföras fortlöpande under året exempelvis vid:

- Frekventa iakttagelser av risker och mindre allvarliga avvikelser inom en arbetsprocess
- När arbetsmoment uppfattas vara riskfyllda.
- Införande av ny metod eller teknik
- Vid organisationsförändringar
- När negativa händelser har inträffat i en liknande organisation som även skulle kunna inträffa i den egna verksamheten

Vid beslut och bedömningar som rör den enskilde brukarens vård- och omsorgsbehov ska en riskanalys genomföras för att förebygga och förhindra skador. Förvaltningen är ansluten till ett antal olika nationella kvalitetsregister avseende riskförebyggande arbete på individnivå.

Varje chef ansvarar, inom sitt uppdrag, för att initiera och genomföra riskanalyser samt vidta åtgärder.

9.2. Egenkontroll

Den som bedriver verksamhet ska utöva egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som behövs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Med egenkontroll avses regelbunden och systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder, samt kontroll av att uppföljningen bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Egenkontrollen ska dokumenteras och regelbundet följas upp systematiskt inom samtliga nivåer. Respektive chef ansvarar för att den löpande egenkontrollen är tillräcklig och att, vid behov, vidta åtgärder för detta.

Nämndens egenkontroll består av olika informationskällor om kvalitet och kan sammanfattas i följande bild.

Nämndens egenkontroll

Brukarens bedömning	Nämndens egen bedömning	Nationell och regional bedömning
• Brukarenkäter • Synpunkter och klagomål	• Måluppföljning och internkontroll • Uppföljning av kritiska verksamhetsfaktorer • Årlig granskning av kvalitetskrav • Lex Sarah, Lex Maria och avvikelser • Andra interna mätningar och kontroller	• Nationella jämförelser • Externa tillsyner och granskningar

9.2.1 Nämndens plan för egenkontroll

Som en del av nämndens systematiska kvalitetsarbete antar nämnden årligen en plan för egenkontroll. Syftet med planen är att tydliggöra de områden och kvalitetskrav som nämnden särskilt behöver granska under nästkommande år.

Väsentlighets- och riskanalysen och nämndens kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse ligger till grund för nämndens egenkontrollplan.

Egenkontrollplanen ingår och beslutas om i nämndens kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse.

Resultatet från arbetet med egenkontroll rapporteras till nämnd två gånger per år i enlighet med detta dokument.

Ett övergripande årshjul av den planerade och granskningen och egenkontrollen redovisas i beslutsstödet Hypergyne.

9.3. Hantering av klagomål, synpunkter och avvikelser

Den som bedriver verksamhet ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet.

Med klagomål avses att någon klagar på att verksamheten inte uppnår kvalitet. Med synpunkter avses övrigt som framförs som berör verksamhetens kvalitet, till exempel förslag på förbättringar.

Klagomål och synpunkter kan framföras av alla intressenter som är angivna i föreskriften, vård- och omsorgstagare och deras närstående, personal, vårdgivare, de som bedriver socialtjänst, de som bedriver verksamhet enligt LSS, myndigheter och föreningar samt andra organisationer.

Genom att systematiskt rapportera, utreda, analysera, åtgärda och följa upp händelser, synpunkter och klagomål kan verksamheten dra lärdom av det som hänt och genomföra förändringar för att förhindra upprepning.

I lagstiftningen finns bestämmelser som reglerar skyldigheter att rapportera vårdskador och risker för vårdskador respektive missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden.

Avvikelse som sker ska rapporteras och hanteras i enlighet med vård- och omsorgsnämndens riktlinje *"Rapporteringsskyldighet och hantering av händelser"*. Riktlinjen beskriver också rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah, och HSLF-FS 2017:41 (lex Maria).

Registrering och omhändertagande av klagomål och synpunkter ska ske i enlighet med Alingsås kommuns riktlinje *"Riktlinje och rutin för synpunktshantering"*, samt vård- och omsorgsnämndens riktlinjer *"Rapporteringsskyldighet och hantering av händelser"*.

10. Medarbetarens medverkan

För att verksamheten ska uppnå en hög kvalitet behövs engagemang i hela förvaltningen. All personal har ett ansvar att medverka i och bidra till att en god och säker vård och omsorg uppnås. Medarbetarens delaktighet i kvalitetsarbetet är nödvändigt för att chefen ska kunna följa verksamhetens resultat.

Ledningssystemet för ett systematiskt kvalitetsarbete är ett stöd för det förbättringsarbete som ska utmynna i kvalitetsförbättringar för den enskilde. Genom att vi följer processer, rutiner och arbetssätt, dokumenterar det som görs, följer upp resultat och arbetar med förbättringar och när vi identifierar avvikelser skapar vi nytta för våra brukare. Förutom det strukturerade förbättringsarbetet ska chefer uppmuntra ett öppet förhållningssätt till förbättringsarbete och låta det genomsyra arbetet på alla nivåer.

Som chef har du ansvar för att dina medarbetare har kunskap och information om avvikelshantering, riskanalyser, egenkontroller, resultat från olika granskningar samt om processer och rutiner. Varje chef ansvarar också för att se till att det finns rutiner för att regelbundet gå igenom förändringar i personalens arbetsbelastning och i brukarnas behov av stöd, vård och behandling. Syftet med dessa rutiner är att försäkra sig om att den bemanning som krävs för att kunna genomföra nämndens uppdrag är tillgodosett.

Varje medarbetare är ansvarig för att lära sig, förstå och följa de processer, rutiner och arbetssätt som finns i verksamheten som medarbetaren arbetar inom.

11. Kompetensförsörjning

Medarbetarens möjlighet att bidra i kvalitetsarbetet och därmed till en god vård och omsorg är kopplat till dess kompetens. Att medarbetare har rätt kompetens är en förutsättning för att de ska kunna medverka i kvalitetsarbetet och bidra till en god vård och omsorg

För utförande av uppgifter inom förvaltningens ansvarsområde ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Det finns olika kompetenskrav kopplade till personal med arbetsuppgifter inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. All personal omfattas således av kompetenskrav.

Den som bedriver verksamhet ansvarar för att det finns den personal som behövs för att kunna ge god vård och omsorg, samt för att bedöma vilka utbildningsinsatser som behövs för att säkerställa att personalen arbetar i enlighet med fastställda processer och rutiner.

Chefer på alla nivåer ansvarar för att kompetensutveckling sker i syfte att öka kvaliteten i arbetet. Som chef ansvarar du också för att planera din rekrytering så att dina medarbetare som grupp har den kompetens som krävs. Möjlighet till stöd och kompetensförstärkning för att hantera svåra situationer i det dagliga arbetet måste också ingå i planering av kompetensförsörjning.

12. Dokumentationsskyldighet

Den som bedriver verksamhet ska dokumentera arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Kravet på dokumentation omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet, såväl ledningssystemets grundläggande uppbyggnad som det systematiska förbättringsarbetet.

Det innebär att fastställda processer och rutiner ska vara dokumenterade. Det innebär även att arbetet med att planera och utföra riskanalyser, egenkontroller och hantera klagomål, synpunkter och rapporter ska dokumenteras liksom vilka förbättrande åtgärder som framkomna avvikelser har gett upphov till.

Dokumentation kan avse planeringen av de olika aktiviteterna och dokumentation av framkomna resultat och hur dessa har hanterats.

I enlighet med kraven om dokumentationsskyldighet i SOSFS 2009:11 sammanställer och dokumenterar nämnden varje år delar av kvalitetsarbetet i en kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse.

Kvalitetsberättelsen och patientsäkerhetsberättelsen ger en samlad analys av informationskällor av kvaliteten i nämndens verksamhet.

Kvalitetsberättelse

I kvalitetsberättelsen framgår det

- hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår,
- vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet, och
- vilka resultat som uppnåtts

Patientsäkerhetsberättelse

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast de 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse, som bl.a. ska innehålla hur

- det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten,
- patientsäkerheten genom egenkontroll har följts upp och utvärderats,
- samverkan har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada,
- risker för vårdskador har hanterats i dokumentationen.

Bilaga. Laglista

Nedan följer de viktigaste lagarna, förordningarna och föreskrifterna för vård- och omsorgsförvaltningens ansvarsområde:

Lagar, förordningar

- [Barnkonventionen - UNICEF Sverige](#)
- [Dataskyddsförordningen](#)
- [Diskrimineringslag \(2008:567\) Svensk författningssamling 2008:2008:567 t.o.m. SFS 2022:848 - Riksdagen](#)
- [Förordning \(1992:289\) om särskild personutredning i brottmål, m.m. Svensk författningssamling 1992:1992:289 t.o.m. SFS 2020:1054 - Riksdagen](#)
- [Förordning \(2001:637\) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten Svensk författningssamling 2001:2001:637 t.o.m. SFS 2022:923 - Riksdagen](#)
- [Förvaltningslag \(2017:900\) Svensk författningssamling 2017:2017:900 t.o.m. SFS 2019:981 - Riksdagen](#)
- [Föräldrabalk \(1949:381\) Svensk författningssamling 1949:1949:381 t.o.m. SFS 2022:966 - Riksdagen](#)
- [Kommunallag \(2017:725\) Svensk författningssamling 2017:2017:725 t.o.m. SFS 2022:638 - Riksdagen](#)
- [LSS - Lag \(1993:387\) om stöd och service till vissa funktionshindrade Svensk författningssamling 1993:1993:387 t.o.m. SFS 2022:1253 - Riksdagen](#)
- [Lag \(2001:454\) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten Svensk författningssamling 2001:2001:454 t.o.m. SFS 2022:914 - Riksdagen](#)
- [Lag \(2007:171\) om registerkontroll av personal vid vissa boenden som tar emot barn Svensk författningssamling 2007:2007:171 t.o.m. SFS 2009:595 - Riksdagen](#)
- [Lag \(2008:962\) om valfrihetssystem Svensk författningssamling 2008:2008:962 t.o.m. SFS 2022:992 - Riksdagen](#)
- [Lag \(2009:47\) om vissa kommunala befogenheter Svensk författningssamling 2009:2009:47 t.o.m. SFS 2022:1241 - Riksdagen](#)
- [Lag \(2010:479\) om registerkontroll av personal som utför vissa insatser åt barn med funktionshinder Svensk författningssamling 2010:2010:479 - Riksdagen](#)
- [Lag \(2016:1145\) om offentlig upphandling Svensk författningssamling 2016:2016:1145 t.o.m. SFS 2022:1138 - Riksdagen](#)
- [Offentlighets- och sekretessförordning \(2009:641\) Svensk författningssamling 2009:2009:641 t.o.m. SFS 2022:1392 - Riksdagen](#)
- [Offentlighets- och sekretesslag \(2009:400\) Svensk författningssamling 2009:2009:400 t.o.m. SFS 2022:1314 - Riksdagen](#)
- [Socialförsäkringsbalk \(2010:110\) Svensk författningssamling 2010:2010:110 t.o.m. SFS 2022:1291 - Riksdagen](#)
- [Socialtjänstförordning \(2001:937\) Svensk författningssamling 2001:2001:937 t.o.m. SFS 2022:1436 - Riksdagen](#)
- [SoL - Socialtjänstlag \(2001:453\) Svensk författningssamling 2001:2001:453 t.o.m. SFS 2022:1034 - Riksdagen](#)

- Föreskrifter och allmänna råd

- HSLF-FS 2022:39 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer
- HSLF-FS 2016 - 59 Socialstyrelsens föreskrifter om statsbidrag för viss verksamhet på funktionshinderområdet
- HSLF-FS 2016:86 Socialstyrelsens föreskrifter om Socialnämndernas skyldighet att lämna statistiska uppgifter om insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning
- SOSFS 2014:5 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS
- SOSFS 2014:2 Socialstyrelsens allmänna råd om kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning
- SOSFS 2012:6 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om bostad med särskild service för barn eller ungdomar enligt LSS
- SOSFS 2012:3 Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre
- 2011:12 Socialstyrelsens allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre
- SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- 2011:5 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah
- Socialstyrelsens 2008:32 allmänna råd om personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärende som avser personer med funktionshinder
- SOSFS 2007:17 Socialstyrelsens allmänna råd om personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärende som avser äldre personer
- 2005:21 Kommunens skyldighet att lämna statistik om stöd och service till vissa funktionshindrade
- SOSFS 2002:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 (1993:387 om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS
- SOSFS 2002:8 Socialstyrelsens allmänna råd om avgifter inom äldre och handikappomsorg

Övergripande lagar och förordningar inom hälso- och sjukvård

- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
- Patientdatalagen (2008:355)
- Patientsäkerhetslagen (2010:659)
- Patientlagen (2014:821)
- Tandvårdslag (1985:125)
- Läkemedelslag (2015:315)
- Lag (1993:584) om medicintekniska produkter
- Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård
- Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården
- Lag (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

- Lag (2018:1212) om nationell läkemedelslista
- Lag (2022:1250) om egenvård
- SFS 2017:80 Hälso- och sjukvårdsförordningen
- SFS 2013:196 om underrättelse till Inspektionen för vård och omsorg om beslut att avskeda legitimerad yrkesutövare

Författningar och allmänna råd

- SOSFS 1998 Allmänna råd om anmälan av verksamheter på hälso- och sjukvårdens område
- SOSFS 1999:26 Förebygga och ha beredskap för att behandla vissa överkänslighetsreaktioner
- SOSFS 1999:26 Förebygga och ha beredskap för att behandla vissa överkänslighetsreaktioner
- SOSFS 1997:14 Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården
- SOSFS 2004:11 Ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården mm
- SOSFS 2005:26 Hantering av smittförande avfall från hälso- och sjukvården
- SOSFS 2008:18 Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård
- SOSFS 2008:21 Anmälan av patienter som av medicinska skäl är olämpliga att inneha skjutvapen
- SOSFS 2009:6 om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård
- SOSFS 2011:7 Livsuppehållande behandling
- SOSFS 2012:17 Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning
- SOSFS 2014:10 Förebyggande av och behandling vid undernäring
- SOSFS 2015:10 Basal hygien inom hälso- och sjukvården
- HSLF-FS 2015:15 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vissa åtgärder i hälso- och sjukvården vid dödsfall
- HSLF-FS 2016:40 Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården
- HSLF-FS 2017:37 Ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården
- HSLF-FS 2017:40 Vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete
- HSLF-FS 2017:41 Anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria);
- HSLF-FS 2018:43 Behörighet för sjuksköterskor att förskriva och ordinera läkemedel
- HSLF-FS 2018:54 Att utfärda intyg i hälso- och sjukvården
- HSLF-FS 2020:81 Behörighet för sjuksköterskor att ordinera läkemedel för vaccination mot sjukdomen covid-19
- HSLF-FS 2021:52 Användande av medicintekniska produkter inom hälso- och sjukvården
- HSLF-FS 2022:44 Smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS;
- HSLF-FS 2022:49 Förebyggande av och behandling vid undernäring;

Vård- och
omsorgsförvaltningens
kritiska verksamhetsfaktorer
2023

6

2022.301 VON

2022-12-13

§ 102 2022.301 VON

Vård- och omsorgsförvaltningens kritiska verksamhetsfaktorer 2023**Ärendebeskrivning**

Vård- och omsorgsförvaltningen ska i enlighet med Alingsås styrmodell identifiera och besluta om kritiska verksamhetsfaktorer. Vidare ska förvaltningen informera vård- och omsorgsnämnden om vilka kritiska verksamhetsfaktorer som har identifierats samt ge information vid uppföljning. En kritisk verksamhetsfaktor ringar in områden som är av särskild vikt för en god kvalitet i förvaltningens grunduppdrag. Verksamhetsfaktorerna sorteras i fyra perspektiv, ekonomi, målgrupp, verksamhet och medarbetare. Kritiska verksamhetsfaktorer följs upp genom nyckeltal som mäter kvaliteten eller resultatuppfyllelsen.

Beredning

Förvaltningen har i skrivelse den 6 december 2022 lämnat följande yttrande:

Ärendet innebär information om revidering av vård- och omsorgsförvaltningens kritiska verksamhetsfaktorer. Inför 2023 har vård- och omsorgsförvaltningen reviderat befintliga kritiska verksamhetsfaktorer. Utgångspunkten har varit att omhänderta resultatet i vård- och omsorgsnämndens väsentlighets- och riskanalys 2022. Förvaltningens kritiska verksamhetsfaktorer följs upp två gånger per år inom ramen för förvaltningens verksamhetsuppföljning. Resultatet av uppföljningen inom perspektiven målgrupp och verksamhet redovisas till vård- och omsorgsnämnden genom nämndens kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse. Resultatet inom perspektiven ekonomi och personal redovisas till nämnden genom information på nämndsammanträde, samt delårs- och årsuppföljning.

Beslut**Arbetsutskottets förslag till beslut i vård- och omsorgsnämnden**

Vård- och omsorgsnämnden godkänner informationen.

Datum: 2022-12-06
Handläggare: Camilla Liljegren
Direktnr: 0322-61 60 05
Diariennr: 2022.301 VON

Vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsförvaltningens kritiska verksamhetsfaktorer

Ärendebeskrivning

Vård- och omsorgsförvaltningen ska i enlighet med Alingsås styrmodell identifiera och besluta om kritiska verksamhetsfaktorer. Vidare ska förvaltningen informera vård- och omsorgsnämnden om vilka kritiska verksamhetsfaktorer som har identifierats samt ge information vid uppföljning. En kritisk verksamhetsfaktor ringar in områden som är av särskild vikt för en god kvalitet i förvaltningens grunduppdrag. Verksamhetsfaktorerna sorteras i fyra perspektiv, ekonomi, målgrupp, verksamhet och medarbetare. Kritiska verksamhetsfaktorer följs upp genom nyckeltal som mäter kvaliteten eller resultatuppfyllelsen.

Förvaltningens yttrande

Ärendet innebär information om revidering av vård- och omsorgsförvaltningen kritiska verksamhetsfaktorer. Inför 2023 har vård- och omsorgsförvaltningen reviderat befintliga kritiska verksamhetsfaktorer. Utgångspunkten har varit att omhänderta resultatet i vård- och omsorgsnämndens väsentlighets- och riskanalys 2022. Förvaltningens kritiska verksamhetsfaktorer följs upp två gånger per år inom ramen för förvaltningens verksamhetsuppföljning. Resultatet av uppföljningen inom perspektiven målgrupp och verksamhet redovisas till vård- och omsorgsnämnden genom nämndens kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse. Resultatet inom perspektiven ekonomi och personal redovisas till nämnden genom information på nämndsammanträde, samt delårs- och årsuppföljning.

Ekonomisk bedömning

Förslaget innebär inga kostnader.

Förslag till beslut

Förslag till beslut i Vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsnämnden godkänner informationen.

Bilaga

Kritiska verksamhetsfaktorer, vård- och omsorgsförvaltningen 2023

Beslutet ska skickas till

Vård- och omsorgsförvaltningens avdelningschefer

Anita Hedström
Förvaltningschef

Camilla Liljegren
Utvecklingsledare

Kritiska verksamhetsfaktorer 2023, vård- och omsorgsförvaltningen

Perspektiv	Kritiska faktor	Nyckeltal/Annat	Utfall (senast mätning)	Målvärde 2023	Uppföljning (Hur ofta?)	Redovisning till nämnd
Ekonomi	Att kostnaden för äldreomsorg och funktionshinder, är i nivå med riket.	Kostnad funktionsnedsättning LSS boende, kr/brukare (N28013 ¹)	799 429 (2021)	I nivå med riket eller lägre	1 gång per år	Månadsuppföljning november
		Kostnad hemtjänst äldreomsorg, kr/hemtjänsttagare (N21006)	370 661 (2021)	I nivå med riket eller lägre	1 gång per år	Månadsuppföljning november
		Kostnad särskilt boende äldreomsorg, kr/brukare (N23009)	1 029 698 (2021)	I nivå med riket eller lägre	1 gång per år	Månadsuppföljning november
Ekonomi	Att verksamheten är kostnadseffektiv.	Nettokostnadsavvikelse, Äldreomsorg (%) (N20900)	3,8 % (2021)	0 eller lägre	1 gång per år	Månadsuppföljning november
		Nettokostnadsavvikelse LSS (%) (N28018)	-1,1 % (2021)	0 eller lägre	1 gång per år	Månadsuppföljning november
Målgrupp	Att brukarna är nöjda med hemtjänsten .	Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%) (U21468)	94 % (2022)	Minst i nivå med genomsnittet för strukturellt liknande kommuner avseende äldreomsorg	1 gång per år	Kvalitetsberättelse
Målgrupp	Att brukarna är nöjda med sitt särskilda boende .	Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%) (U23471)	83 % (2022)	Minst i nivå med genomsnittet för strukturellt liknande	1 gång per år	Kvalitetsberättelse

¹ För nyckeltal 1–15 anges inom parentes nyckeltals-id som är sökbara på www.kolada.se

Perspektiv	Kritiska faktor	Nyckeltal/Annat	Utfall (senast mätning)	Målvärde 2023	Uppföljning (Hur ofta?)	Redovisning till nämnd
				kommuner avseende äldreomsorg		
Målgrupp	Att brukare inom gruppbostad, LSS trivs hemma och har förtroende för personalen	Brukaren trivs alltid hemma, andel (%) (U28524)	81 % (2022)	Minst i nivå med ² genomsnittet för alla kommuner	1 gång per år	Kvalitetsberättelse
		Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%) (U28522)	69 % (2022)	Minst i nivå med genomsnittet för alla kommuner	En gång per år	Kvalitetsberättelse
Målgrupp	Att brukare inom servicebostad, LSS trivs med och har förtroende för personalen	Brukaren trivs med alla i boendepersonalen, andel (%) (U28531)	81 % (2022)	Minst i nivå med genomsnittet för alla kommuner	1 gång per år	Kvalitetsberättelse
		Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%) (U28529)	67 % (2022)	Minst i nivå med genomsnittet för alla kommuner	En gång per år	Kvalitetsberättelse
Målgrupp	Att brukare inom daglig verksamhet trivs på sin dagliga verksamhet och har förtroende för personalen.	Brukaren trivs alltid på sin dagliga verksamhet, andel (%) (U28538)	85 % (2022)	Minst i nivå med genomsnittet för alla kommuner	En gång per år	Kvalitetsberättelse
		Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%) (U28536)	82 % (2022)	Minst i nivå med genomsnittet för alla kommuner	En gång per år	Kvalitetsberättelse
Målgrupp	Att brukare inom personlig assistans trivs med	Brukaren trivs med sina assistenter (U28638)	78 % (2022)	Minst i nivå med genomsnittet för alla kommuner	En gång per år	Kvalitetsberättelse

² Antal kommuner med redovisade data i jämförelsegruppen *liknande kommuner LSS* anses vara för lågt för att nyckeltalet ska fungera som ett relevant jämförelsetal. Istället används genomsnittet för alla kommuner som utgångspunkt för nämndens målvärde avseende LSS.

Perspektiv	Kritiska faktor	Nyckeltal/Annat	Utfall (senast mätning)	Målvärde 2023	Uppföljning (Hur ofta?)	Redovisning till nämnd
	och har förtroende för sina assistenter.	Brukaren känner sig trygg med alla sina assistenter, andel (%) (U28631)	78% (2021)	Minst i nivå med genomsnittet för alla kommuner	En gång per år	Kvalitetsberättelse
Verksamhet	Att biståndsbeslut följs upp och omprövas	Andel beslut som omprövas inom angiven tidsram för uppföljning	100% (220101–220531)	90 %	Två gånger per år	Kvalitetsberättelse
		Antal fallavvikelser totalt ³	1277 (220101–220630)	Förekomsten av fall ska minska med 10 %	Två gånger per år	Patientsäkerhetsberättelse Kvalitetsberättelse
Verksamhet	Att förekomst av kvalitetsbrister minimeras i verksamheten.	Antal läkemedelsavvikelser totalt ⁴	1626 (220101–220630)	Antal läkemedelsavvikelse ska inte överstiga 1500	Två gånger per år	Patientsäkerhetsberättelse Kvalitetsberättelse
		Antal avvikelser bemötande totalt ⁵	57 (220101–220630)	Antalet avvikelser gällande bemötande ska minska med 10 %	Två gånger per år	Patientsäkerhetsberättelse Kvalitetsberättelse
	Att ett aktivt förebyggandearbete sker för att minska risker för specifika vårdskador.	Antal personer registrerade i BPSD	36 (220101–220630)	Antalet registrerade personer i BPSD ska öka med 25 %	Två gånger per år	Patientsäkerhetsberättelse
Verksamhet		Antal registreringar i BPSD	45 (220101–220630)	Antalet registreringar i BPSD ska öka med 25 %	Två gånger per år	Patientsäkerhetsberättelse

³ Avser egen regi

⁴ Avser egen regi

⁵ Avser egen regi

Perspektiv	Kritiska faktor	Nyckeltal/Annat	Utfall (senast mätning)	Målvärde 2023	Uppföljning (Hur ofta?)	Redovisning till nämnd
		Antal registreringar (unika personer) i Senior alert	185 (220101–220630)	Antalet registrerade personer i Senior alert ska vara 400 personer	Två gånger per år	Patientsäkerhetsberättelse
		Antal registrerade riskbedömningar (munhälsa) Senior Alert.	38 (220101–220630)	Antalet riskbedömningar gällande munhälsa ska finnas på minst 400 personer	Två gånger per år	Patientsäkerhetsberättelse
		Antal åtgärdsplaner vid risk för ohälsa i munnen (Senior alert)	34 (220101–220630)	Antalet åtgärdsplaner vid risk för ohälsa i munnen ska finnas på 300 personer	Två gånger per år	Patientsäkerhetsberättelse
		Smärtskattningar under sista levnadsveckan, andel (%) ⁶	62% (220101–220630)	Antalet utförda smärtskattningar ska vara genomfört på 90 % av de registrerade	Två gånger per år	Patientsäkerhetsberättelse
		Dokumenterad ⁷ munhälsobedömning sista levnadsveckan, andel (%)	56,3% (220101–220630)	Antalet utförda riskbedömningar ska vara genomfört på 90% av de registrerade	Två gånger per år	Patientsäkerhetsberättelse
		Antal uppföljningar i Swedem.	-	50 personer	Två gånger per år	Patientsäkerhetsberättelse

⁶ Avser eget hem och SÄBO+ Korttid

⁷ Avser eget hem och SÄBO+Kortttid

Perspektiv	Kritiska faktor	Nyckeltal/Annat	Utfall (senast mätning)	Målvärde 2023	Uppföljning (Hur ofta?)	Redovisning till nämnd
		Följsamhet till basala hygienrutiner (Punkprevalensmätning, SKR)	77% (2022)	Följsamhet till basala hygienrutiner ska vara 73 %	Två gånger per år	Patientsäkerhetsberättelse
		Följsamhet till klädregler (Punkprevalensmätning, SKR)	85% (2022)	Följsamhet till klädregler ska vara 90 %	Två gånger per år	Patientsäkerhetsberättelse
Verksamhet	Att alla avvikelser rapporteras och utreds.	Andel avslutade utredningar (mättillfälle 30 juni, 31 dec)	53% (2021)	Andel avslutade utredningar ska vara 95 %	Två gånger per år	Patientsäkerhetsberättelse Kvalitetsberättelse
		Andel avvikelser som har klassificerats av SSK och/eller EC	43 % (2021)	95 %	Två gånger per år	Patientsäkerhetsberättelse Kvalitetsberättelse
Verksamhet	Att digitalisering sker i enlighet med strategin.	Uppföljning av handlingsplan.	-	-	En gång per år	Nämndssammanträde oktober.
Verksamhet	Att nämnden kan tillgodose behovet av lägenheter för personer med funktionsnedsättnin g	Personer som står i kö till LSS boende ⁸	7	0	En gång per månad	Informationspunkt på nämndssammanträde.
		- Varav väntat mer än 6 månader	0	0		
		-Varav väntat mer än 12 månader	0	0		
		utan erbjudande				
			(nov 2022)			

⁸ Vård- och omsorgsnämnden följer löpande upp antal person som står i kö till LSS boende och antal personer som har väntat mer än sex eller tolv månader genom att ta fram statistik som redovisas till nämnden en gång per månad.

Perspektiv	Kritiska faktor	Nyckeltal/Annat	Utfall (senast mätning)	Målvärde 2023	Uppföljning (Hur ofta?)	Redovisning till nämnd
		Antal boendeplatser LSS	145 (maj 2022)	-	En gång per år	Lokalförsörjningsplan
Verksamhet	Att förändringar av in- och utflöden av ärenden och volymförändringar omhändertas.	Månadsstatistik ⁹	-	-	En gång per månad	Informationspunkt på nämndssammanträde.
Medarbetare	Sjukfrånvaron överstiger inte 8,0 %	Sjukfrånvaro, totalt (%), Vård- och omsorgsförvaltningen	9,5 % (220101– 220731)	8,0%	Två gånger per år	Delårs- och årsbokslut
Medarbetare	Korttidsfrånvaron överstiger inte mer än 3,0 %	Korttidsfrånvaro, 1–14 dagar (%), vård- och omsorgsförvaltningen	5,0 % (220101– 220731)	3,0 %	Två gånger per år	Delårs- och årsbokslut
Medarbetare	Antal personer med fler än 6 frånvarotillfälle inte överstiger 100.	Antal personer med fler än 6 frånvarotillfälle	243 (juni 2022)	100	Två gånger per år	Årsbokslut
Medarbetare	Rätt till heltid är norm	Genomsnittlig sysselsättningsgrad (enligt anställningsavtal), Vård- och omsorgsförvaltningen	94 % (2021)	95 %	En gång per år	Årsbokslut
		Andel heltidsanställda (%), Vård- och omsorgsförvaltningen	74,56 % (okt.)	73 %	Två gånger per år	Årsbokslut

⁹ Vård- och omsorgsförvaltningen följer löpande upp in- och utflöde av ärende genom att ta fram månadstatistik för följande nyckeltal: Antal hemtjänsttimmar, kommun och privat, Antal platser särskilt boende, Beläggning särskilt boende, Utflyttade per månad, särskilt boende, Antal hemtjänsttimmar, kommun och privat och Antal personer med assistans, från försäkringskassan och kommun.

Perspektiv	Kritiska faktor	Nyckeltal/Annat	Utfall (senast mätning)	Målvärde 2023	Uppföljning (Hur ofta?)	Redovisning till nämnd
			2022)			
Medarbetare	God arbetsmiljö och goda arbetsvillkor	Jag upplever att det är ett öppet klimat på min arbetsplats där jag kan uttrycka min åsikt ¹⁰	70,6% (okt. 2022)	73%	Två gånger per år	Årsbokslut
		Jag känner mig lagom involverad för beslut som påverkar mitt arbete ¹¹	63,5% (okt. 2022)	64,7%	Två gånger per år	Årsbokslut
Medarbetare	Att förvaltningen har tillräckligt med personal och med rätt kompetens	Andel undersköterskor i äldreomsorg	86,03 % (sept. 2022)	75%	Två gånger per år	Årsbokslut
		Andel stödassistenter inom funktionsstöd, exkl. personlig assistans	91,9 % (juni 2022)	75%	Två gånger per år	Årsbokslut
		Andel chefer som genomgått ledarskapsutvecklingsprogram ¹²	54,5 (juli 2022)	65 %	Två gånger per år	Årsbokslut
		Antal nyanställningar äldreomsorg	62	-	Två gånger per år	Årsbokslut
		- Varav andel USK	83,9%	100 %		
		- Varav andel vårdbiträde	16,1% (220101–220630)	0 %		
		Antal nyanställningar funktionsstöd	15	-	Två gånger per år	Årsbokslut
		- Varav andel stödassistenter	86,7 %	100 %		

¹⁰ Andel medarbetare som har svarat "Instämmer helt eller "Instämmer" på frågan. Källa: Pulsmätning.

¹¹ Andel medarbetare som har svarat "Instämmer helt eller "Instämmer" på frågan. Källa: Pulsmätning

¹² Avser UGL, IL eller UL

Perspektiv	Kritiska faktor	Nyckeltal/Annat	Utfall (senast mätning)	Målvärde 2023	Uppföljning (Hur ofta?)	Redovisning till nämnd
	-	Varav andel stödbiträde	13,3% (220101– 220630)	0 %		
		Antal nyanställningar totalt VoO ¹³	202 (220101– 221130)	-	En gång månad	Informationspunkt på nämndssammanträde
		Tillsättningsgrad, tillsvidareanställda (%) ¹⁴	82% ¹⁵ (220101– 220630)	-	Två gånger per år	Årsbokslut
		Pensionsprognos	-	-	Två gånger per år	Årsbokslut
		Antal genomförda utbildningar via äldreomsorgslyftet ¹⁶	90	110	Två gånger per år	Årsbokslut

¹³ Förvaltningen följer löpande upp och redovisar antal nyanställningar inklusive rekryteringsväg till nämnd.

¹⁴ Avser antal tillsatta tjänster dividerat med antal utlysta tjänster.

¹⁵ Avser USK, vårdbiträde, stödassistenter och stödbiträde

¹⁶ Avser antal medarbetare som genomgått eller påbörjat utbildning inom ramen för äldreomsorgslyftet

Plan för uppföljning av privata utförare 2023

7

2022.305 VON

2022-12-13

§ 103 2022.305 VON

Plan för uppföljning av privata utförare 2023**Ärendebeskrivning**

Kommuner får enligt kommunallagen lämna över verksamhet till privata utförare. Kommunen är fortfarande ansvarig gentemot medborgarna för dessa verksamheter på samma sätt som för verksamhet som bedrivs i egen regi. När en kommunal angelägenhet överlämnas till en privat utförare ska kommunen kontrollera och följa upp verksamheten enligt 10 kap. 8 § KL. Uppföljningens syfte är att kontrollera att verksamheten utförs i enlighet med förfrågningsunderlag, anbud och avtal, där mål och riktlinjer för respektive verksamhet framgår.

Kommunfullmäktige antog kommunfullmäktige den 27 oktober 2021, § 216 "Program för uppföljning av privata utförare". Vård- och omsorgsnämnden ska utifrån programmet, årligen utarbeta en uppföljningsplan för när och på vilket sätt avtal och verksamhet som utförs av privata utförare ska följas upp. En sammanställning av uppföljningen av privata utförare ska redovisas i nämndens årsbokslut och kommunicera till kommunledningskontoret och allmänheten.

Beredning

Förvaltningen har i skrivelse den 6 december 2022 lämnat följande yttrande:

Vård- och omsorgsnämnden har sedan 2022 utarbetat en plan för uppföljning av privata utförare. En del i arbetet är att besluta om "Plan för uppföljning av privata utförare" årligen.

Utifrån lagstiftningens intentioner och programmets vägledning om vilka utförare som ska följas upp har vård- och omsorgsförvaltningen identifierat avtal för uppföljning.

Planen beskriver vilka aktuella mål, krav, lagstiftningar som ska följas upp för respektive avtal, hur och frekvens för uppföljning, vem som ansvarar för den och när återkoppling till vård- och omsorgsnämnden, utförare och allmänhet sker. Avtal där kommuner avropar tjänster för enskilda tillfällen omfattas inte av planen.

Beslut**Arbetsutskottets förslag till beslut i vård- och omsorgsnämnden**

Vård- och omsorgsnämnden godkänner "Plan för uppföljning av privata utförare" för 2023.

Datum: 2022-12-06
Handläggare: Camilla Liljegren
Direktnr: 0322-61 60 05
Diariennr: 2022.305 VON

Vård- och omsorgsnämnden

Plan för uppföljning av privata utförare 2023

Ärendebeskrivning

Kommuner får enligt kommunallagen lämna över verksamhet till privata utförare. Kommunen är fortfarande ansvarig gentemot medborgarna för dessa verksamheter på samma sätt som för verksamhet som bedrivs i egen regi. När en kommunal angelägenhet överlämnas till en privat utförare ska kommunen kontrollera och följa upp verksamheten enligt 10 kap. 8 § KL. Uppföljningens syfte är att kontrollera att verksamheten utförs i enlighet med förfrågningsunderlag, anbud och avtal, där mål och riktlinjer för respektive verksamhet framgår.

Kommunfullmäktige antog kommunfullmäktige den 27 oktober 2021, § 216 "Program för uppföljning av privata utförare". Vård- och omsorgsnämnden ska utifrån programmet, årligen utarbeta en uppföljningsplan för när och på vilket sätt avtal och verksamhet som utförs av privata utförare ska följas upp. En sammanställning av uppföljningen av privata utförare ska redovisas i nämndens årsbokslut och kommunicera till kommunledningskontoret och allmänheten.

Förvaltningens yttrande

Vård- och omsorgsnämnden har sedan 2022 utarbetat en plan för uppföljning av privata utförare. En del i arbetet är att besluta om "Plan för uppföljning av privata utförare" årligen.

Utifrån lagstiftningens intentioner och programmets vägledning om vilka utförare som ska följas upp har vård- och omsorgsförvaltningen identifierat avtal för uppföljning.

Planen beskriver vilka aktuella mål, krav, lagstiftningar som ska följas upp för respektive avtal, hur och frekvens för uppföljning, vem som ansvarar för den och när återkoppling till vård- och omsorgsnämnden, utförare och allmänhet sker. Avtal där kommuner avropar tjänster för enskilda tillfällen omfattas inte av planen.

Ekonomisk bedömning

Ärendet medför inga ekonomiska konsekvenser.

Förslag till beslut

Förslag till beslut i vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsnämnden godkänner "Plan för uppföljning av privata utförare" för 2023.

Bilaga

Plan för uppföljning av privata utförare 2023

Beslutet ska skickas till

Avdelningschef förvaltningskontoret

Anita Hedström
Förvaltningschef

Camilla Liljegen
Utvecklingsledare

Bilaga. Plan för uppföljning av privata utförare 2023

Vad ska följas upp? T.ex. vilka mål, krav, riktlinjer, lagstiftning	Berörda avtal	Hur ska det följas upp?	Frekvens Minst 1 g /år	Ansvarig funktion	Återkoppling till nämnd/KS, utförare, allmänhet		
					Nämnd/KS	Utförare	Allmänhet
Patientsäkerhet, PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §	Förfrågningsunderlag LOV (hemtjänst) Avtal LOU (äldreboende)	Strukturerad uppföljning enligt mall från SKR. Patientsäkerhetsberättelse	1 g/år	MAS/MAR	1 g/år	1 g/år	1 g/år
Hemtjänst enligt Lag (2008:962) om valfrihetssystem	Förfrågningsunderlag LOV (hemtjänst)	Strukturerad uppföljning utifrån förfrågningsunderlag (avtal).	1 g/år	SAS, FC, AC förvaltningskontor	1 g/år	1 g/år	1 g/år
Kvalitetsgranskning, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §	Förfrågningsunderlag LOV (hemtjänst) Avtal LOU (äldreboende)	Strukturerad uppföljning utifrån nämndens plan för egenkontroll. Utifrån kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse som tydliggör de områden och kvalitetskrav som nämnden särskilt behöver granska.	2 g/år	FC, MAS/MAR och SAS, AC förvaltningskontor	2 g/år	2 g/år	2 g/år
Socialtjänstlagen 2001:453, middag	Avtal Sodexo (matportioner)	Strukturerad uppföljning utifrån avtal (kvalité på	1 g/år	FC, AC förvaltningskontoret	1 g/år	1 g/år	1 g/år

enligt biståndsbeslut		tjänsten och produkt, klagomål och synpunkter, leveranser mm)					
Socialtjänstlagen 2001:453, inköp enligt biståndsbeslut	Avtal Mathem (inköp av mat)	Strukturerad uppföljning utifrån avtal (kvalité på tjänsten, klagomål och synpunkter, leveranser mm).	1 g/år	FC, AC förvaltningskontoret	1 g/år	1 g/år	1 g/år
Insatser enligt socialtjänstlagen 2001:453 och lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade	Avtal köpt plats under längre period, minst sex månader	Tillstånd från IVO, kvalité på tjänsten.	1 g/år	FC, AC Myndighetsavdelning och AC förvaltningskontoret	1 g/år	1 g/år	1 g/år

Förfrågningsunderlag för
bedrivande av hemtjänst
och delegerad hälso- och
sjukvårdsinsats i Alingsås
kommun enligt lag om
valfrihetssystem (LOV)

8

2022.292 VON

2022-12-13

§ 104 2022.292 VON

Förfrågningsunderlag för bedrivande av hemtjänst och delegerad hälso- och sjukvårdsinsats i Alingsås kommun enligt lag om valfrihetssystem (LOV)**Ärendebeskrivning**

Enligt Lagen om valfrihetssystem, LOV som vård- och omsorgsnämnden tillämpar för utförare av hemtjänst i Alingsås ska kommunen upprätta ett förfrågningsunderlag. Detta skall innehålla en uppdragsbeskrivning, administrativa bestämmelser, krav på leverantörer och kommersiella villkor. För att ha en möjlighet att förändra avtalen med hemtjänstleverantörerna har vård- och omsorgsnämnden valt att skriva avtal med utföraren som gäller för ett år i taget. Då ges möjligheten att årligen revidera förfrågningsunderlag utifrån nya behov och bestämmelser.

Beredning

Förvaltningen har i skrivelse den 6 december 2022 lämnat följande yttrande:

Förfrågningsunderlaget är reviderat och förändringar i detta förfrågningsunderlag är gjorda enligt följande:

Borttaget

2.3 Upphandlingssekretess

3.10 Delar av Antidiskrimineringsklausul

4.12 Kommunen inriktning och mål

Lagt till

3.15 Omsorgspersonalens kompetens

4.13 Lagt till social dokumentation

4.17 Lagt till föreskrifter om förebyggande av och behandling vid undernäring

4.20 Lagt till hjälpmedel

Förtydligat

3.16 Förtydligat krav på lokaler

2022-12-13

4.16 Förtydligat basala hygienrutiner

Beslut**Arbetsutskottets förslag till beslut i vård- och omsorgsnämnden**

Vård- och omsorgsnämnden antar Förfrågningsunderlag för bedrivande av hemtjänst och delegerad hälso- och sjukvårdsinsatser i Alingsås kommun enligt lag om valfrihetssystem (LOV) 2023-04-01.

Datum: 2022-12-14
Handläggare: Kerstin Frost
Direktnr: 0322-61 62 19
Diariernr: 2022.292 VON

Vård- och omsorgsnämnden

Tjänsteskrivelse-Förfrågningsunderlag LOV

Ärendebeskrivning

Ärendebeskrivning

Enligt Lagen om valfrihetssystem, LOV som vård- och omsorgsnämnden tillämpar för utförare av hemtjänst i Alingsås ska kommunen upprätta ett förfrågningsunderlag. Detta skall innehålla en uppdragsbeskrivning, administrativa bestämmelser, krav på leverantörer och kommersiella villkor. För att ha en möjlighet att förändra avtalen med hemtjänstleverantörerna har vård- och omsorgsnämnden valt att skriva avtal med utföraren som gäller för ett år i taget. Då ges möjligheten att årligen revidera förfrågningsunderlag utifrån nya behov och bestämmelser.

Förvaltningens yttrande

Förfrågningsunderlaget är reviderat och förändringar i detta förfrågningsunderlag är gjorda enligt följande:

Borttaget

Upphandlingssekretess

Kommunen inriktning och mål

3.10 Delar av Antidiskrimineringsklausul

Lagt till

3.15 Omsorgspersonalens kompetens

4.12 Lagt till social dokumentation

4.16 Lagt till föreskrifter om förebyggande av och behandling vid undernäring

4.19 Lagt till hjälpmedel

Förtydligat

3.16 Förtydligat krav på lokaler

4.15 Förtydligat basala hygienrutiner

Ekonomisk bedömning

Förslaget innebär inga ekonomiska konsekvenser.

Förslag till beslut

Förslag till beslut i vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsnämnden antar Förfrågningsunderlag för bedrivande av hemtjänst och delegerad hälso- och sjukvårdsinsatser i Alingsås kommun enligt lag om valfrihetssystem (LOV) 2023-04-01.

Bilagor

Förfrågningsunderlag för bedrivande av hemtjänst och delegerad hälso- och sjukvårdsinsatser i Alingsås kommun enligt lag om valfrihetssystem (LOV) 2023-04-01

Beslutet ska skickas till

SAS, MAS

Anita Hedström
Förvaltningschef

Kerstin Frost
SAS

Förfrågningsunderlag för bedrivande av hemtjänst och delegerad hälso- och sjukvårdsinsats i Alingsås kommun enligt lag om valfrihetssystem (LOV) 2023-04-01 - 2024-03-31

Alingsås kommun inbjuder till ansökan om att bli godkänd som utförare av tjänster enligt lag om valfrihetssystem (LOV) enligt detta förfrågningsunderlag och bilagor.

Typ av styrdokument: X X

Beslutande instans: Vård och omsorgsnämnden

Datum för beslut: ÅÅÅ-MM-DD

Diarienummer: XX

Gäller för: Utförare av hemtjänst

Giltighetstid: Från och med 2023-04-01-till och med 2024-03-31

Revideras senast: 2023-12-31

Dokumentansvarig: SAS

Innehåll

1.	Allmän orientering.....	6
1.1.	Upphandlingsform.....	6
1.2.	Kontraktstid.....	6
1.3.	Syfte med valfrihetssystem.....	6
1.4.	Omfattning.....	6
1.5.	Målgrupp.....	7
1.6.	Befolkningsunderlag och behovsanalys.....	7
1.7.	Geografiska områden.....	7
1.8.	Kapacitetstak.....	7
1.9.	Skyldighet att anta uppdrag.....	7
1.10.	Information och val i valfrihetssystem.....	8
1.11.	Rutiner för omval.....	8
1.12.	Ickevalsalternativ.....	8
1.13.	Avgifter.....	8
2.	Administrativa krav.....	9
2.1.	Frågor om ansökan.....	9
2.2.	Ansökans form, innehåll och språk.....	9
2.3.	Handläggningstid.....	9
2.4.	Godkännande och kontraktsskrivning.....	9
3.	Krav på utförare.....	10
3.1.	Arbetsmiljöansvar.....	10
3.2.	Ekonomisk ställning.....	10
3.3.	Krav på registrering.....	10
3.4.	IVO-tillstånd.....	10
3.5.	Arbetsstillstånd.....	10
3.6.	Uteslutning av sökande.....	10
3.7.	Svensk arbetsrättslig lagstiftning.....	11
3.8.	Lagar, förordningar och föreskrifter.....	11
3.9.	Riktlinjer och andra styrande dokument.....	11
3.10.	Antidiskrimineringsklausul.....	11
3.11.	IT-system.....	11
3.12.	Tekniska förutsättningar.....	12
3.13.	Ansvarig för den dagliga driften.....	12
3.14.	Chef i beredskap.....	13
3.15.	Omsorgspersonalens kompetens.....	13
3.16.	Krav på lokaler, utrustning mm.....	14
3.17.	Arbetskläder och skyddsutrustning.....	14
3.18.	Beställning.....	15
4.	Krav på tjänsten.....	15
4.1.	Beskrivning av tjänsten.....	15

4.2.	Tilläggstjänster.....	16
4.3.	Trygghetslarm.....	16
4.4.	Stöd till anhörig.....	17
4.5.	Anhöriganställning.....	17
4.6.	Förändrat behov.....	17
4.7.	Uppföljning av beslut/beställning.....	17
4.8.	Dubbelbemanning.....	17
4.9.	Kompetens och erfarenhet.....	18
4.10.	Kvalitetsledningssystem.....	18
4.11.	Kvalitet.....	18
4.12.	Social dokumentation.....	19
4.13.	Egenvård.....	19
4.14.	Delegerad hälso- och sjukvårdsinsats.....	19
4.15.	Basala hygienrutiner.....	20
4.16.	Mat och måltider.....	20
4.17.	Demens.....	20
4.18.	Vård i livets slut.....	20
4.19.	Hjälpmedel.....	21
4.20.	Skydds- och begränsningsåtgärder.....	21
5.	Kommersiella villkor.....	21
5.1.	Kontraktshandlingar.....	21
5.2.	Kontaktpersoner.....	21
5.3.	Underleverantör.....	22
5.4.	Marknadsföring.....	22
5.5.	Överlåtelse av rättigheter och skyldigheter.....	22
5.6.	Samverkan och informationsöverföring.....	22
5.7.	Ansvarsförsäkring.....	22
5.8.	Ansvar vid fel och brister.....	23
5.9.	Grund för att säga upp eller häva avtalet.....	23
5.10.	Uppsägning.....	23
5.11.	På egen begäran.....	24
5.12.	Tvistlösning.....	24
5.13.	Force majeure, ansvarsbegränsning.....	24
5.14.	Lokal kris- och katastroforganisation.....	24
5.15.	Skadestånd och viten.....	25
6.	Ersättning.....	25
6.1.	Prisjustering.....	25
6.2.	Betalningsvillkor.....	26
6.3.	Dröjsmål med betalning.....	26
7.	Uppföljning.....	26
8.	Särskilda kontraktsvillkor.....	27
8.1.	Ansvar och villkor för samarbete mellan parterna.....	27
8.2.	Arbetsgivaransvar.....	27
8.3.	Gåvor.....	27

8.4.	Meddelarfrihet.....	28
8.5.	Policy för rökfri arbetstid.....	28
8.6.	Miljökrav.....	28
8.7.	Allmän handling - GDPR.....	28
8.8.	Hantering av personuppgifter.....	28

1. Allmän orientering

Förfrågningsunderlaget gäller för utförare av hemtjänst och delegerad hemsjukvård i Alingsås kommun. Vård och omsorgsnämnden beslutade att tillämpa valfrihetssystem inom hemtjänsten och delegerad hälso- och sjukvård enligt Lag om valfrihetssystem, LOV (2008:962) från och med 2010-05-01. Vård och omsorgsnämnden i Alingsås kommun ansvarar för valfrihet i hemtjänsten och vård- och omsorgsförvaltningen administrerar valfrihetssystemet.

1.1. Upphandlingsform

Upphandlingen genomförs enligt lag (2008:962) om valfrihetssystem (LOV).

1.2. Kontraktstid

Kommunen tecknar avtal som löper ett år i taget. Samtliga avtal gäller från och med den 1 april och till och med den 31 mars, med undantag för första avtalsåret som gäller i max två år. Avtalet kan efter första avtalsperioden förlängas med ett år i taget utan att ny ansökan görs.

1.3. Syfte med valfrihetssystem

Syftet är att öka valfriheten och inflytandet för de personer som har hemtjänst och/eller hemsjukvård i Alingsås kommun.

1.4. Omfattning

Uppdraget gäller alla dagar under året mellan kl.07.00-22.00. Utförare skall utföra biståndsbedömda insatser enligt socialtjänstlagen samt HSL-insatser som delegeras av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Hemtjänst omfattar serviceinsatser, omsorgsinsatser, stöd och hjälp av personlig karaktär, förflyttningar, hjälp att bryta isolering, skapa trygghet och säkerhet i det egna hemmet, promenad, ledsagning, avlösning och stöd till anhöriga samt besvara och åtgärda trygghetslarm.

Mer information finns under rubriken "Beskrivning av tjänsten".

Åtgärdande av trygghetslarm kan i vissa fall väljas bort, se rubriken "Trygghetslarm".

1.5. Målgrupp

Valfrihet i hemtjänsten gäller alla kommuninvånare, oavsett ålder, som är beviljade bistånd i form av hemtjänstinsatser enligt socialtjänstlagen eller erhåller delegerade insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen.

1.6. Befolkningsunderlag och behovsanalys

Cirka 730 personer har hemtjänst och nästan 36 000 timmar beviljas per månad (2022-10-31). I dagsläget finns fyra utförare varav tre är externa utförare. Cirka 28 % av den beviljade tiden utförs i privat regi. Utifrån befolkningsprognosen förväntas befolkningen över 80 år öka med 167 personer under 2023 i Alingsås kommun. Därefter beräknas ökningen av personer över 80 år ha ett snitt på 150 personer per år fram till 2028.

1.7. Geografiska områden

Valfrihet i hemtjänst gäller i hela kommunen. Utföraren kan välja att erbjuda sina tjänster i hela kommunen eller i ett eller flera av de specifika geografiska områdena. Beställaren har fastställt fem geografiska områden, se även bilaga *"Karta områdesindelning"*.

- Bjärke: Sollebrunn, Långared, Loo, Magra, Stora Mellby, Gräfsnäs
- Haga: norra och västra delarna av Alingsås stad
- Centrum: centrala och södra delarna av Alingsås stad
- Tuve: östra delarna av Alingsås stad
- Hemsjö: Hemsjö, Ödenäs, Ingared

1.8. Kapacitetstak

Externa utförare kan begränsa åtagandet genom att ange ett kapacitetstak i form av antal timmar per månad, dock får kapacitetstaket inte understiga 500 timmar per månad.

1.9. Skyldighet att anta uppdrag

Utföraren är skyldig att anta, bibehålla och utan dröjsmål utföra de uppdrag inom det geografiska området, på de tider och inom det eventuella kapacitetstak som angetts. Utföraren kan bli återbetalningsskyldig av ersättning om utföraren uppenbart försummat sitt uppdrag. Det är beställaren som utreder om utföraren ska bli återbetalningsskyldig.

1.10. Information och val i valfrihetssystem

När den enskilde erhållit ett beslut om bistånd enligt socialtjänstlagen eller delegerad hälso- och sjukvårdsinsats lämnar biståndshandläggare/legitimerad personalinformation till den enskilde om valfrihet i hemtjänst. Samtliga godkända utförare publiceras på kommunens hemsida. Ett skriftligt val görs alltid. När den enskilde gjort ett skriftligt val, kontaktar biståndshandläggaren/legitimerad personal vald utförare och överlämnar beställning. Vald utförare kontaktar sedan den enskilde omgående.

1.11. Rutiner för omval

Den enskilde kan när som helst byta utförare. Byte av utförare görs skriftligt till biståndshandläggare/legitimerad personal som informerar och initierar kontakten mellan utförarna. Bytet genomförs omgående efter att den nya utföraren fått information, inom fem vardagar. Tidigare utförare ansvarar för att vid behov informera hälso- och sjukvården om bytet och återlämna ev. delegerade arbetsuppgifter.

1.12. Ickevalsalternativ

Enligt lagen om valfrihetssystemet, LOV, ska det alltid finnas ett ickevalsalternativ för den som inte själv eller med hjälp av anhöriga väljer vem som ska utföra beviljade insatser. I Alingsås kommun innebär detta att alla utförare blir ickevalsalternativ en månad i taget. Har utföraren uppnått sitt kapacitetstak eller inte verkar i aktuellt geografiskt område övergår ickevalsalternativet till nästa månads utförare. Nya utförare som tillkommer kommer att läggas till sist på listan. Se bilaga "*Ickevalsalternativ*".

1.13. Avgifter

Beställaren administrerar hemtjänstavgifter för kunden enligt kommunens fastställda avgiftstaxa. Beställaren debiterar den enskilde och tar in alla avgifter för omsorgs- och serviceinsatser, hälso- och sjukvårdsinsatser och trygghetslarm. Utföraren har ej rätt att ta ut avgift från den enskilde för de insatser beställaren beslutat om.

2. Administrativa krav

2.1. Frågor om ansökan

Vid frågor om eller synpunkter på kommunens ansökningsrutiner avseende LOV hänvisas till kommunens kontaktperson för LOV, se kommunens hemsida.

2.2. Ansökans form, innehåll och språk

Ansökan ska vara skriven på svenska. Ansökan genomgås, samtliga frågor ska vara besvarade, kraven uppfyllda och efterfrågade dokument ska vara bifogade. Vid behov kan kommunen komma att begära förtydligande eller rättning av ansökan för att denna ska kunna behandlas (6 kap 2 § LOV). Ansökan sker endast genom E-tjänst www.alingsas.se.

2.3. Handläggningstid

Handläggningstiden för en ansökan, förutsatt att alla efterfrågade underlag är inkomna, är cirka åtta veckor. Under juni, juli och augusti kan handläggningstiden bli längre.

2.4. Godkännande och kontraktsskrivning

Efter förvaltningens granskning av utförarens ansökan bjuds utföraren in till ett samtal. Därefter går ärendet vidare till förvaltningschef för godkännande eller avslag. En godkänd utförare tecknar avtal med kommunen. Avtalet löper ett år i taget, från och med den 1 april till och med den 31 mars, med undantag för första avtalsåret som gäller i max två år.

Avtalet kan efter första avtalsperioden förlängas med ett år i taget. Innan förlängning kontrolleras att utföraren uppfyller ställda krav genom att ett uppdaterat förfrågningsunderlag tillsänds utföraren två månader innan avtalet upphör. Utförare bekräftar att kraven i förfrågningsunderlaget uppfylls. I de fall utföraren vill göra förändringar, exempelvis gällande det geografiska området, ska beställaren meddelas senast två månader innan avtalsperiodens slut.

3. Krav på utförare

3.1. Arbetsmiljöansvar

Utföraren ansvarar för att gällande lagar inom arbetsrätten följs och att arbetsmiljölagen upprätthålls. I detta avtal innebär det att utföraren har övertagit ansvaret, som enligt arbetsmiljölagen annars åvilar kommunen, för samordning av åtgärder till skydd mot ohälsa och olycksfall på arbetsplatsen.

3.2. Ekonomisk ställning

Utföraren ska ha fullgjort sina lagstadgade skyldigheter avseende registreringar och betalningar för sociala avgifter och skatter.

3.3. Krav på registrering

Utföraren ska inneha F-skattsedel och registreringsbevis från bolagsverket där även namnet på firmatecknaren står.

3.4. IVO-tillstånd

Utföraren ska ha giltigt tillstånd från IVO för att bedriva hemtjänst enligt socialtjänstlagen (2001:453). Tillståndet ska bifogas vid ansökan.

3.5. Arbetstillstånd

Medarbetare som är utländska medborgare måste ha svenskt samordningsnummer. För det fall utförarens medarbetare omfattas av reglerna för arbetstillstånd ska utföraren på anmodan av beställaren kunna visa upp giltiga arbetstillstånd. Beställaren kan komma att genomföra stickprov för att kontrollera att kravet följs.

3.6. Uteslutning av sökande

Uteslutningsgrunder finns beskrivet i 7 kap. LOV.

3.7. Svensk arbetsrättslig lagstiftning

Svensk arbetsrättslig lagstiftning ska följas. Om företaget inte har tecknat svenskt kollektivavtal ska ändå motsvarande villkor gälla för utförarens anställda. Med detta menas att arbetsskadeförsäkring, sjukförsäkring, kontraktspension och tjänstepension tecknas och betalas för anställd personal i nivå med kollektivavtal.

3.8. Lagar, förordningar och föreskrifter

Utföraren ska ha kunskap om och följa för verksamheten gällande lagar, regler, författningar, förordningar, föreskrifter, allmänna råd m.m. samt myndighetsbeslut och vara uppdaterad gällande alla förändringar i lagstiftningen som rör verksamheten samt ansvara för att personalen har denna kunskap. Utföraren har skyldighet att iaktta allas likhet inför lagen och verksamheten ska bedrivas utan religiös eller politisk påverkan.

3.9. Riktlinjer och andra styrande dokument

Utföraren ska följa kommunens gällande riktlinjer och andra styrande dokument inom aktuellt verksamhetsområde, se rubrik "Omfattning".

3.10. Antidiskrimineringsklausul

Utföraren förbinder sig att följa diskrimineringslagstiftning och verka för att dess övergripande syfte att motverka diskriminering och främja lika rättigheter och möjligheter uppnås.

3.11. IT-system

Samtliga utförare ska ansluta sig till kommunens verksamhetssystem för dokumentation av beslutsprocesser och verkställighet.

Utföraren ansvarar för anskaffning av IT-utrustning samt support av sin IT-miljö (PC-operativ, nätverk, skrivare etc.).

Licenskostnaden är 2 100 kr per dator och år samt merkostnad till kommunens leverantör för drift ca 2 000 kr per dator och år som betalas av utföraren. Detta är ett självkostnadspris och är ett ungefärligt pris.

Utbildning i verksamhetssystem ska rekvideras av kommunen till en kostnad per timme motsvarande gällande LOV-ersättning. Det är utförarens ansvar att se till att det finns tillräcklig kompetens i organisationen för att hantera verksamhetssystemet.

Beställaren ger support i form av behörighet för nya användare, lösenordsbyte, uppdateringar samt övriga systemfrågor. Alingsås kommuns IT-enhet ansvarar för support avseende inloggning i Alingsås kommuns server. Support är tillgänglig måndag-fredag.

3.12. Tekniska förutsättningar

Utföraren ska ha en uppdaterad IT-miljö som underhålls regelbundet. Windowsmiljöns säkerhetsuppdateringar ska installeras och varje ansluten dator ska ha ett uppdaterat antivirusprogram. För att säkerställa funktionaliteten i verksamhetssystemet så behöver följande krav uppfyllas:

- Windowsmiljö, w10 eller högre
- Programvara för fjärrskrivbord ska vara installerat
- Fast ip-adress (även definierad nätverksserie godkänns)
- Vanlig skrivartyp för att kunna hantera förhandsgranskningar och utskrifter, kompatibel med Microsofts Easy Print för Windowsserver 2012 och 2016.
- Administrativa krav på it- och informationssäkerhet
- Varje utförare ska kunna påvisa att grundläggande it- och informationssäkerhet är en del av det löpande arbetet i organisationen. För att säkerställa de administrativa kraven måste det finnas ett tydligt dokumentstöd.
- Styrande dokument ska finnas gällande it- och informationssäkerhet. Dessa ska hållas uppdaterade och vara väl kända i verksamheten
- Utföraren ska genom egna kontroller och styrande dokument säkerställa att ingen lagring eller förflyttning av data sker från systemen till egenskapade register. Det grundläggande syftet med personuppgiftshanteringen får inte förändras.
- Rutiner för roll- och behörighetstilldelning ska finnas.
- Rutiner för utbildning av personalen inom ovanstående områden ska finnas.

3.13. Ansvarig för den dagliga driften

Utföraren ska ha någon som ansvarar för den dagliga driften. Antalet personer som ansvarar för den dagliga driften ska anpassas till uppdragets omfattning samt utförarens storlek och organisation. Ansvarig för den dagliga driften ska ha ett anställningsförhållande, uppdragsförhållande eller motsvarande. För att styrka detta ska utföraren bifoga en kopia på anställningsbevis/avtal i samband med undertecknade av avtal och därefter vid begäran.

Den som är ansvarig för den dagliga driften ska ha:

- Adekvat högskoleutbildning, med inriktning mot socialt arbete, utbildningen skall vara slutförd och redovisas.
- Erfarenhet inom äldreomsorgen, minst ett års erfarenhet av arbetsledning förvärvad under de senaste 5 åren.
- Ingående kunskaper om tillämpliga lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd, erfarenhet av administration och datorvana samt behärska svenska språket i tal och skrift.

Ansvarig för den dagliga driften har en nyckelroll i verksamheten och har betydelse för verksamhetens kvalitet. Det är därför ett krav att ansvarig är närvarande och delaktig i verksamheten och ska vara tillgänglig för den enskilde, närstående och beställaren dagtid alla vardagar. Det är beställaren som avgör, genom en samlad bedömning, om personen uppfyller de krav som ställts.

Om utföraren byter ut den som ansvarar för den dagliga driften eller gör ett nytt avtal ska detta skriftligt meddelas beställaren innan bytet äger rum. En ny samlad bedömning om personen uppfyller kraven ska göras.

3.14. Chef i beredskap

Utförare ska ha en person med chefsbefogenheter i beredskap de tider den som är ansvarig för den dagliga driften inte finns på plats. Personen med beredskap ska kunna fatta beslut vid oförutsägbara händelser samt vid händelse av en kris. Utföraren ansvarar för att denna person är känd av personalen.

3.15. Omsorgspersonalens kompetens

Nedanstående krav kring personalens kompetens motsvarar de krav som återfinns i vård och omsorgsförvaltningens kvalitetskrav gällande hemtjänst.

Kompetenskravet vid nyanställning av tillsvidareanställd vårdpersonal ska vara undersköterskekompetens vilket innebär:

Gymnasieexamen från vård- och omsorgsprogrammet eller motsvarande tidigare utbildning, alternativt motsvarande gymnasial vuxenutbildning.

Utförare kan åläggas att redovisa en sammanställning av hur stor andel av personalen som har undersköterskekompetens.

All personal ska behärska svenska språket på ett sådant sätt att hon eller han kan kommunicera med den enskilde m.fl. samt skriftligt kunna göra den dokumentation som krävs i yrkesutövningen.

Utföraren ansvarar för att nyanställda medarbetare får introduktion enligt skriftlig rutin och utbildning i kommunens verksamhetssystem. Nyanställd personal får arbeta självständigt när personen genomgått utbildning.

Utföraren ska se till att personalen har kunskap om metoder och arbetssätt för att möta den enskilde brukarens behov. Medarbetarna ska också få kompetensutveckling och handledning inom det aktuella området och i den omfattning uppdraget kräver.

3.16. Krav på lokaler, utrustning mm

Utföraren ska senast när utföraren blir valbar ha kontor och utrustning som är tillgänglig och anpassad till verksamhet och medarbetare. Kontoret ska vara utrustat så att det motsvarar aktuella arbetsmiljökrav. Det ska ge förutsättningar för att utföra administrativt arbete kopplat till uppdraget, genomföra möten, pauser och luncher.

På kontoret ska det finnas dokumentaskåp. Utföraren ska säkerställa att all dokumentation som rör brukaren förvaras på betryggande sätt i ett brandsäkert skåp, så att obehöriga inte får tillgång till den.

Det ska också finnas godkänt nyckelskåp för brukares nycklar och låsbart godkänt skåp för eventuell förvaring av brukares läkemedel, dit endast behöriga medarbetare med läkemedelsdelegering har tillgång till.

Utföraren ska ha skriftliga rutiner för handhavande av nycklar eller andra låssystem, såväl för brukares bostad som för andra lokaler. Rutinerna ska säkerställa en säker hantering och förvaring av nycklar och andra låssystem.

3.17. Arbetskläder och skyddsutrustning

Utföraren ska enligt Arbetsmiljöverkets föreskrifter om smittrisker, AFS 2018:4, tillhandahålla arbetskläder för sina medarbetare och ombesörja tvätt av dessa utan att kostnader ska belasta medarbetaren. Med arbetskläder menas underdel samt kortärmad överdel exempelvis t-shirt eller tunika. Utförare ansvarar i sin roll som arbetsgivare för att medarbetare tar av arbetskläderna vid arbetsdagens slut, att de hålls åtskilda från andra kläder och tvättas i minst 60 grader. Utföraren ska tillhandahålla skyddsutrustning bestående av engångshandskar, plastförkläde, munskydd, handsprit eller liknande för sina medarbetare.

3.18. Beställning

Socialekreterare beslutar om insatser enligt socialtjänstlagen, SoL. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal beslutar om insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen, vilka utförs efter delegering och instruktion.

- Beställningen skickas till vald utförare via verksamhetssystemet.
- Beställningen av SoL-insatser anger grunden till beslutet, vilka insatser som beviljats och omfattningen. Med beställningen kommer ett meddelande om den tid som beviljats för genomförandet.
- Beställning från hälso- och sjukvårdspersonal anger vilka insatser som skall utföras, hur de ska utföras, omfattning, eventuell tidpunkt samt vilken kompetens som krävs. Legitimerad personal beställer delegerade insatser. Med beställningen kommer ett meddelande om den tid som beviljats för genomförandet.
- Har den enskilde både hälso- och sjukvårdsinsatser och SoL-insatser samordnas den tid som medges för utförandet, det är socialekretararen och legitimerad personal som bedömer när samordning av tiden är möjlig.

Utföraren ska omgående bekräfta till beställaren att beställningen har tagits emot, via meddelandefunktionen i verksamhetssystemet. Den enskilde ska kontaktas omgående efter att beställning mottagits, alternativt tas kontakt med det sjukhus som är aktuellt eller eventuellt korttidsboende. Beställningen ska verkställas utan dröjsmål. Beställning som inte kan verkställas ska omgående rapporteras till beställaren. I kommunens verksamhetssystem registrerar utföraren datum för verkställighet. Se bilaga *"Riktlinjer beställning och informationsöverföring"*.

Se bilaga även *"Riktlinjer för biståndshandläggning"*.

4. Krav på tjänsten

4.1. Beskrivning av tjänsten

Valfrietssystemet gäller den som - oavsett ålder - beviljats bistånd enligt socialtjänstlagen i form av hemtjänst och/eller delegerad hälso- och sjukvårdsinsats i Alingsås kommun.

Utföraren ska kunna utföra både service och omvårdnad samt delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser.

Utföraren ska enligt beställning från vård och omsorgsförvaltningens biståndshandläggare utföra hemtjänst samt ansvara för åtgärder av trygghetslarm (dag och kväll) måndag till

söndag mellan kl. 07.00-22.00, årets alla dagar. Kommunen ansvarar för att åtgärda trygghetslarm, digital natt-tillsyn samt nattinsatser mellan kl. 22.00-07.00.

Hemtjänst omfattar serviceinsatser, omsorgsinsatser, stöd och hjälp av personlig karaktär, förflyttningar, hjälp att bryta isolering, skapa trygghet och säkerhet i det egna hemmet, promenad, ledsagning, avlösning och stöd till anhöriga samt besvara och åtgärda trygghetslarm.

Utföraren ska i enlighet med beställning från kommunens legitimerade personal utföra hälso- och sjukvårdsinsatser. Hälso- och sjukvårdsinsatser delegeras av kommunens legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal till medarbetare hos den utförare som den enskilde valt för att utföra hemtjänst. Delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser ska om möjligt samordnas med eventuell befintlig hemtjänstinsats. Om hälso- och sjukvårdsinsatsen inte ryms inom tiden för hemtjänstinsatsen ska ytterligare tid för hälso- och sjukvårdsinsatsen ges av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Utföraren ska på uppdrag från patientansvarig sjuksköterska ge vård och omsorg i livets slut dygnet runt (vak).

För enskilda som endast har insats i form av delegerad hälso- och sjukvård ska den ges av vald utförare.

4.2. Tilläggstjänster

Erbjuder utföraren tilläggstjänster ska det ske på ett etiskt försvarbart sätt och utföraren ska informera den enskilde som får betala för en tilläggstjänst att denne kan ha rätt till insatser enligt socialtjänstlagen.

4.3. Trygghetslarm

Beställaren installerar trygghetslarm och står för service. Utföraren ska ha rutiner för larmmottagning. Samtliga larm ska omedelbart tas emot samt omgående åtgärdas, dagligen mellan kl. 07.00-22.00 alla dagar. Utföraren ska ha rutiner för regelbunden test av trygghetslarmet.

Se bilaga *"Trygghetslarm i ordinärt boende – Utförares åtaganden"*.

Utförare som utför färre än 1 200 timmar hemtjänst/delegerad hälso- och sjukvårdsinsats per månad kan välja bort ansvar för att åtgärda trygghetslarm. När timantalet uppgår till 1 200 är utföraren skyldig att åtgärda trygghetslarm.

4.4. Stöd till anhörig

Utföraren ansvarar för att personalen har kunskap om kommunens anhörigstöd och bedriver anhörigvänlig vård och omsorg. Utföraren har till ansvar att informera anhöriga om anhörigstöd och att anhörigas resurser och kompetens tillvaratas.

4.5. Anhöriganställning

Anställning av anhörig tillåts inte. Utföraren får inte heller anställa personal som arbetar hos en nära släkting eller vän.

4.6. Förändrat behov

Utföraren ansvarar för att akuta behov hos den enskilde tillgodoses omedelbart samt att biståndshandläggare informeras omgående. Ersättning för den tid som utförs vid akuta händelser medges till dess nya beslut meddelas.

Om den enskildes behov av insatser förändras varaktigt, minskar eller ökar, i sådan grad att biståndsbeslut eller beslut om hälso- och sjukvårdsinsats behöver omprövas ska utföraren kontakta beställaren. Utföraren ska en gång per månad redovisa de förändringar som varit under perioden, på blanketten "Redovisning av tid inom hemtjänst extern" om ersättning ska betalas ut.

4.7. Uppföljning av beslut/beställning

Alla beställningar, dvs beslut, ska följas upp. Vid uppföljningen kommer beställaren att ta del av genomförandeplan och övrig social dokumentation. Beställaren och utföraren stämmer regelbundet av att den tid som avsatts för beställningen är relevant. Utföraren ska informera beställaren om beställningen inte stämmer överens med behovet.

4.8. Dubbelbemanning

Dubbelbemanning beviljas för tid då det behövs hjälp av två personer samtidigt för att utföra insatser, exempelvis vid förflyttningar. Dubbelbemanning beviljas endast för den tid då det behövs två personer, den tiden är vanligtvis kortare än den totala beviljade tiden. Dubbelbemanning beviljas inte på grund av arbetsmiljöskalet.

4.9. Kompetens och erfarenhet

Utföraren ska ha tillräcklig kompetens och erfarenhet för att utföra uppdraget enligt kraven i socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen och detta förfrågningsunderlag. Det innebär att utföraren ska ha erfarenhet av att organisera och driva motsvarande verksamhet under minst 12 månader de senaste fem åren. Med motsvarande verksamhet menas hemtjänst eller särskilt boende.

Utföraren ska vara väl förtrogen med gällande lagstiftning och regelverk kopplat till verksamheten samt ha goda kunskaper i svenska språket. Det är beställaren som avgör om personen uppfyller de krav som ställts genom att göra en samlad bedömning av utföraren. Är organisationen nybildad eller inte har drivit motsvarande verksamhet tidigare ska minst en person i den övergripande ledningen ha erfarenhet av att organisera och driva motsvarande verksamhet under minst 12 månader de senaste fem åren.

4.10. Kvalitetsledningssystem

För att kontinuerligt och långsiktigt utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska utföraren ha ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet enligt SOSFS 2011:9. Utföraren ska kunna redovisa hur det systematiska kvalitetsarbetet genomförs i en kvalitetsberättelse som upprättas årligen och lämnas till Alingsås kommun i februari månad.

- Utföraren ansvarar för att det finns rutiner för hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål och för anmälan enligt lex Sarah, lex Maria och lex Maja. Det är utförarens ansvar att dessa är kända av personal, den enskilde och anhöriga.
- Utföraren ska fyra gånger om året, kvartalsvis, lämna en sammanställning av inkomna synpunkter och klagomål samt avvikelser till beställaren.
- Utföraren ska omedelbart informera beställaren om utredning enligt Lex Sarah inleds.

4.11. Kvalitet

Vård och omsorg till den enskilde ska utgå från gällande lagar och författningar samt uppfylla de av nämnden antagna "Kvalitetskrav" (se bilaga) som gäller för utförare av hemtjänst. Kvalitetskraven anger vilken nivå som gäller på vård och omsorg inom följande områden:

- Säker vård och omsorg
- God kvalitet i stöd och service
- Självbestämmande och integritet
- Helhetssyn och samordning
- Trygghet och säkerhet
- Kunskapsbaserad verksamhet

- Tillgänglighet
- Effektivitet

4.12. Social dokumentation

Utföraren ska följa lagstiftning och föreskrifter om social dokumentation. Utföraren ansvarar för att medarbetarna fullgör sin dokumentationsskyldighet. Utföraren ansvarar för att all dokumentation som rör den enskilde förvaras på ett säkert sätt, så att obehöriga inte kan få tillgång till uppgifterna.

4.13. Egenvård

Om den ordinerade hälso- och sjukvårdsuppgiften är bedömd som egenvård men den enskilde är i behov av praktisk hjälp/handräckning (ex. administrera läkemedel, utföra behandling), kan den enskilde själv ansöka om bistånd för hjälp med utförandet enligt socialtjänstlagen.

4.14. Delegerad hälso- och sjukvårdsinsats

Beställaren är vårdgivare och därmed ansvarig för hälso- och sjukvården.

Delegerad eller instruerad hälso- och sjukvård skall utföras efter beställning och instruktion från kommunens legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal (sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut). Kommunens legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal ska ge nödvändig instruktion och handledning till utförarens personal vilken ska följas.

Hur delegerade och ordinerade hälso- och sjukvårdsåtgärder ska dokumenteras avgörs av den som ger utföraren uppdraget. Dokumentation av åtgärderna görs först och främst via signeringslistor. Dokumentation enligt HSL i form av signeringslistor tillhör Alingsås kommun.

Utföraren är skyldig att hålla sig uppdaterad samt följa instruktioner, rutiner och riktlinjer från medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) samt medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) i kommunen samt övrig hälso- och sjukvårdspersonal. Delegering sker i enlighet med riktlinjer fastställda av MAS. Utföraren ansvarar för att personal som ska utföra delegerade uppgifter ges möjlighet att delta i de utbildningstillfällen som regelbundet anordnas av den legitimerade personalen.

Se *"Riktlinjer för delegering"*

4.15. Basala hygienrutiner

Utföraren ska följa Socialstyrelsens föreskrift om basal hygien i vård och omsorg, SOSFS 2015:10 samt Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS (HSLF-FS 2022:44). Utföraren ska ha en skriftlig rutin för ändamålet som är känd och efterföljs i verksamheten.

Utföraren ansvarar för att medarbetarna har goda kunskaper om basala hygienrutiner samt att de får kontinuerlig utbildning i hygien.

Utföraren ansvarar för att medarbetarna konsekvent tillämpar basala hygienrutiner i sitt arbete för att förebygga vårdrelaterade infektioner.

Utföraren ska följa riktlinje *"Basala hygienrutiner"*.

4.16. Mat och måltider

Utföraren ska följa Alingsås kommuns Måltidsprogram. Se bilaga *"Måltidsprogram"*.

Utföraren ska registrera sig som livsmedelsföretag hos miljöförvaltningen om utföraren avser att utföra inköp och/eller distribuera livsmedel åt brukarna under mer organiserade former. Om utföraren behöver rådgivning avseende om man omfattas av skyldigheten att registrera sig som livsmedelsföretag ska miljöförvaltningen i kontaktas.

Utföraren ska följa Socialstyrelsens föreskrift om förebyggande av och behandling vid undernäring (HSLF-FS 2022:49). Utföraren ska ha en skriftlig rutin för ändamålet som är känd och efterföljs i verksamheten.

4.17. Demens

Vid vård och omsorg av brukare med demensdiagnos ska utförare följa kommunens Program för vård och omsorg vid demenssjukdom.

4.18. Vård i livets slut

Beställaren lägger stor vikt vid att omvårdnad och tillsyn ges på ett säkert, tryggt och värdigt sätt vid livets slut. Utförarens uppdrag gäller under hela dygnet, även nattetid, efter beslut från beställaren. Det är kommunens sjuksköterska som bedömer när vård i livets slut inträder och behov av vak.

4.19. Hjälpmedel

Utföraren ansvarar för att medarbetarna har den kunskap och information som behövs för att kunna hjälpa den enskilde att använda personligt förskrivna hjälpmedel på ett säkert sätt. Utföraren ansvarar för att medarbetarna vet vart man vänder sig då personligt hjälpmedel inte fungerar. Utföraren ansvarar för att kontakta legitimerad personal då det finns behov av information/utbildning gällande personligt förskrivet hjälpmedel.

4.20. Skydds- och begränsningsåtgärder

Utföraren ska följa Socialstyrelsens rekommendationer om skyddsåtgärder. Tvångs- och begränsningsåtgärder är enligt gällande regelverk inte tillåtet i vården. Tvångs- och begränsningsåtgärder handlar om att vidta åtgärder mot personens vilja. Det kan exempelvis handla om att använda sänggrindar utan den enskildes samtycke. Åtgärder som larm, sänggrindar och bälten får inte användas i syfte att frihetsberöva en person men däremot som skydd eller hjälpmedel när den enskilde samtycker till åtgärden.

Utföraren ska följa gällande riktlinje *"Skydd- och begränsningsåtgärder"*.

5. Kommersiella villkor

5.1. Kontraktshandlingar

Avtalshandlingarna kompletterar varandra. Om avtalshandlingarna skulle visa sig vara motsägelsefulla i något avseende gäller de, om inte omständigheter uppenbarligen föranleder annat, i sinsemellan följande ordning:

1. Skriftliga ändringar och tillägg till detta avtal, vilka godkänns av båda parter
2. Detta avtal
3. Förfrågningsunderlag för denna period
4. Utförarens ansökan daterad

5.2. Kontaktpersoner

I avtalet som tecknas, ska leverantör och beställare ange aktuella kontaktuppgifter till de kontaktpersoner som är utsedda av vardera parten. Vanligtvis anges två kontaktpersoner för vardera parten, en med ansvar för kontraktsfrågor och en med ansvar för frågor kopplade till uppdragets utförande.

5.3. Underleverantör

Utföraren ska ha ett godkännande från Alingsås kommun om underleverantör anlitas. Dessa omfattas av samma krav och villkor som utföraren. Utföraren ansvarar för att underleverantör uppfyller dessa krav. Rutiner och systematik för att följa upp underleverantör skall finnas.

5.4. Marknadsföring

Vid marknadsföring av företaget ska det ske enligt god marknadsföringssed med stor respekt för kunderna och övriga utförare. Utföraren ska lämna saklig information och så att det inte upplevs som kränkande för den enskilde. Marknadsföringen ska rikta sig till grupper och inte till enskilda personer.

Hänvisning till beställaren i reklam, marknadsföring eller på annat sätt får inte göras av leverantören eller av denne anlitad underleverantör utan beställarens i förväg inhämtade skriftliga medgivande. Leverantören ska i förväg samråda med beställaren avseende informationsmaterial som ska publiceras.

5.5. Överlåtelse av rättigheter och skyldigheter

Detta avtal får inte överlätas på annan fysisk eller juridisk person.

5.6. Samverkan och informationsöverföring

Beställaren och utföraren ska hålla varandra informerade om händelser i respektive organisation som kan påverka utförandet av tjänsterna, samarbetet och vad som avtalats. Beställaren ska också tillförsäkras information som gör det möjligt för allmänheten att få insyn i hur angelägenheten utförs (3kap 19a § Kommunallagen).

5.7. Ansvarsförsäkring

Utföraren ska se till att den enskilde samt vård- och omsorgsnämnden hålls skadelös för skada orsakad genom fel eller försummelse av personal anställd hos utföraren genom att ha en ansvarsförsäkring. Att ansvarsförsäkring finns ska redovisas i samband med avtalsuppföljning årligen.

5.8. Ansvar vid fel och brister

Om det i samband med uppföljning eller av annan orsak finns skäl att ändra rutiner i verksamheten eller om andra väsentliga ändringar behöver ske, ska utföraren omedelbart redovisa en åtgärdsplan för beställaren. Utföraren ska skyndsamt rätta fel eller brister som framkommit vid uppföljning, revision, eller vid tillsyn. Vid brister ska utföraren vidta de åtgärder som beställaren beslutar om.

5.9. Grund för att säga upp eller häva avtalet

Beställaren får häva ingånget avtal om utföraren inte fullgör sina åtaganden, trots skriftlig uppmaning och avtalsbrott av väsentlig betydelse. Avtalsbrott av väsentlig betydelse och därmed hävningsgrund föreligger bl.a. om utföraren saknar fungerande rutiner och system för kvalitetssäkring eller om myndigheten riktat allvarlig kritik mot verksamheten samt om nationella eller lokala föreskrifter eller villkor för verksamheten inte följs har kommunen rätt att häva avtalet och kritiken inte föranlett erforderlig rättelse.

Beställaren har även rätt att häva avtalet om utföraren tar ut avgift av den enskilde för tjänst som ingår i biståndsbeslutet.

Om utförare försätts i konkurs, likvidation eller på annat sätt är på sådant obestånd att han inte kan förväntas fullgöra sina skyldigheter har kommunen rätt att häva avtalet. Sak samma om utföraren gjort sig skyldig till fel av väsentlig art i yrkesutövningen eller dömts för brott avseende yrkesutövningen enligt lagakraftvunnen dom.

Uppfyller någondera parten icke avtalsenliga åtaganden i övrigt, och åsidosättandet är väsentligt, kan avtalet hävas. Brott mot gällande lagar, regler och eller förordningar kan leda till att avtalet hävs. Vid hävning ska grund för hävning anges. Hävning ska ske skriftligt samt undertecknas av behörig.

5.10. Uppsägning

Alingsås kommun, som beställare, har rätt att säga upp avtalet med en uppsägningstid på tre månader utan att detta medför någon ersättningsskyldighet. Om beställaren säger upp avtalet har leverantören endast rätt till ersättning för den del av tjänsterna som beställts och utförts före uppsägningdagen.

För det fall leverantören inte uppfyller sina skyldigheter enligt detta avtal, är beställaren berättigad att säga upp avtalet omedelbart.

5.11. På egen begäran

Utförare som avser att avveckla verksamheten ska meddela kommunen minst tre månader innan avtalsperiodens slut.

5.12. Tvistlösning

Tvister med anledning av detta avtal skall i första hand lösas av parterna och i andra hand ska tvist avgöras av allmän domstol i enlighet med svensk lag, med undantag för svenska lagvalsregler.

Den omständigheten att tvist hänskjutits till rättsligt avgörande berättigar inte utföraren att avbryta uppdraget. Inte heller äger beställaren rätt att innehålla belopp som inte direkt omfattas av tvisten, eller underlåta att i övrigt fullgöra sina åtaganden.

5.13. Force majeure, ansvarsbegränsning

Parterna ska vara befriade från att fullgöra skyldighet enligt ramavtal om utförande hindras eller oskäligt betungas till följd av händelser utanför partens kontroll och som inte hade kunnat förutses. Såsom befriande omständighet ska anses bl.a. myndighetsåtgärd eller underlåtenhet, nytillkommen eller ändrad lagstiftning, konflikt på arbetsmarknaden, blockad, brand, översvämning eller olyckshändelse av större omfattning.

Till händelser utanför parts kontroll ska inte räknas strejk, blockad, lockout eller annan arbetskonflikt som beror av att part inte följer på marknaden gängse tillämpade regler och principer. Part ska visa att konflikt som nyss sagts inte beror på parten.

En part är skyldig att omgående skriftligen underrätta den andra parten i händelse av nyss nämnd slag, som hindrar eller oskäligt betungar parts fullgörande av avtalet. Parten är skyldig att genast utföra skyldigheter enligt ramavtal när händelsen av nu nämnt slag upphör.

5.14. Lokal kris- och katastroforganisation

Utföraren ska vid händelse som innebär svår påfrestning på viktiga samhällsfunktioner och vid extra ordinära händelser, samt vid höjd beredskap och krig, inordna sin verksamhet i den kommunala organisationen för vård och äldreomsorg.

Utföraren ansvarar för att planera, upprätta planer och hålla beredskap för att kunna klara extra ordinära händelser såsom pandemi, väderstörning, elavbrott eller andra störningar.

Utföraren är skyldig att:

- upprätta ledning- och krisplan för den egna verksamheten, lämna upprättad plan i samband med ansökan,
- upprätta kontaktlistor till egen krisledning som lämnas till beställaren
- överlägga med kommunen om medverkan vid katastrofer, kriser eller höjd beredskap
- delta i utbildningar och övningar som genomförs
- bidra med information vid upprättandet av centrala beredskapsplaner
- i övrigt följa tillämpliga lagar om kommuners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap

5.15. Skadestånd och viten

Utföraren svarar i förhållande till beställaren för skadestånd, som beställaren p.g.a. vållande hos utföraren eller personal som denne svarar för, kan komma att förpliktats utge till tredje man.

6. Ersättning

De ekonomiska resurserna för utförandet följer kund till den utförare som valts, det är den beviljade tiden som ersätts. Ersättningsnivåer för perioden beskrivs i bilaga *"Ersättning, fakturering"*.

Ersättningen inkluderar samtliga kostnader som utföraren har för att kunna utföra beviljade insatser.

Beställaren kan inte garantera godkänd utförare en viss volym.

Vid oplanerad frånvaro, exempelvis vid sjukhusvistelse, korttidsboende eller dödsfall, ersätts de två första dagarna med beviljad tid, övrig tid ersätts ej. När den enskilde tackar nej i samband med besöket/när insatsen ska utföras ersätts den beviljade tiden. Beviljad tid som inte utförts av andra orsaker ersätts inte.

Utföraren ska en gång per månad redovisa de förändringar som varit under perioden, på särskild blankett.

6.1. Prisjustering

Vård- och omsorgsnämnden fattar årligen, under det sista kvartalet, beslut om förändring av hemtjänstersättningen för nästkommande år. Den förändrade ersättningen gäller från och med januari månad.

6.2. Betalningsvillkor

Ersättning utgår månadsvis i efterskott. Mätperioden är från den 20:e i månad 1 till den 19:e i månad 2. Inkommer underlag senast den 27:e i månad 2 garanterar beställaren att utbetalning sker senast den 20:e i månad 3.

Underlag för ersättning av beviljad tid varje månad ska redovisas till beställaren, på blankett avsedd för tidsredovisning.

Faktureringsavgift eller liknande avgift accepteras inte.

6.3. Dröjsmål med betalning

Eventuell dröjsmålsränta ska utgå enligt räntelagen.

7. Uppföljning

Möten mellan beställare och utförare ska hållas under avtalsperioden, 2–3 gånger per år. Beställaren kallar till dessa möten. Avtalsmöte avser i första hand en avstämning av gällande avtal samt återkoppling av resultat vid uppföljning och utvärdering. Utöver avtalsmöte kan beställaren inbjuda till samverkans- eller informationsmöten när behovet så påkallar eller i aktuellt ämne.

Utföraren ska lämna statistik och uppgifter som efterfrågas av myndigheter på det sätt som efterfrågas.

Utföraren ska delta i och lämna uppgifter till de kvalitetsregister som beställaren lämnar uppgifter till.

Beställaren gör olika typer av uppföljningar och kontroller såsom uppföljningar på individnivå, verksamhetsuppföljningar, brukarundersökningar, dokumentationsgranskning, enkäter och intervjuer, administrativa och ekonomiska uppföljningar, insamling av underlag för kommunens nyckeltal eller statistik, uppföljningar av synpunkter och klagomål, uppföljning av avvikelser och vid behov fördjupande uppföljningar. Uppföljning sker generellt och lika oavsett utförare. Utföraren ska vara beställaren behjälplig vid dessa uppföljningar. Resultatet av vissa uppföljningar kan komma att offentliggöras.

Beställaren kan även uppdra åt fristående konsult eller dylik att utföra uppföljning och kontroll. Utföraren förbinder sig i sådant fall att även bereda denne tillträde och insyn i sådan utsträckning att denne kan genomföra sitt uppdrag.

Förutom att utföraren är skyldig att på eget initiativ informera beställaren om verksamheten, ska kommunens tjänstemän ges insyn i verksamheten och få tillgång till dokumentation runt den enskilde. Det är utförarens ansvar att inhämta samtycke från den enskilde. Om det med anledning av vad som framkommit vid kvalitetsmätning eller av annan orsak finns skäl att ändra rutiner i verksamheten eller om andra väsentliga ändringar behöver ske, ska utföraren omedelbart redovisa en åtgärdsplan för beställaren.

8. Särskilda kontraktsvillkor

8.1. Ansvar och villkor för samarbete mellan parterna

För att vara godkänd som utförare inom Alingsås kommuns valfrihetssystem ska utföraren vid varje tidpunkt uppfylla villkoren i detta förfrågningsunderlag.

Beställaren och utföraren ska ha ett ömsesidigt informations- och samrådsansvar beträffande verksamhetsförändringar som påverkar samarbetet mellan parterna. Detta gäller också förändringar som vidtas i utförarens organisation.

Om företaget byter ägare eller ombildas i ny företagsform ska en ny ansökan lämnas in. Om arbetsledaren/chefen byts ut under avtalsperioden ska detta anmälas till beställaren för godkännande. Uppdraget kan ej sägas upp under pågående avtalsperiod, under förutsättning att inte någon av parterna brister i fullgörandet av avtalet och rättelse inte sker.

8.2. Arbetsgivaransvar

Utföraren är arbetsgivare och har det fulla arbetsgivaransvaret för sin personal. Utföraren föreskrivs att inte vidta åtgärd som kan antas medföra åsidosättande av lag eller avtal för arbetet, eller annars strida mot vad som är allmänt godtagbart inom utförarens avtalsområde. Utföraren förbinder sig att i eventuella avtal med underleverantörer av dessa avkräva samma villkor.

8.3. Gåvor

Gåvor eller liknande från brukare till anställda inom hemtjänsten betraktas som mutor och får inte förekomma. Lagstiftning om mutor finns i brottsbalken kap.17 (1962:700).

8.4. Meddelarfrihet

Utföraren skall följa meddelarskyddslagen och ansvarar för att personal har kännedom om lagen.

8.5. Policy för rökfri arbetstid

Enligt Alingsås kommuns policy för rökfri arbetstid ska ingen anställd eller kund i Alingsås kommun ofrivilligt behöva utsättas för tobaksrök. Detta gäller även för de utförare som kommunen tecknar avtal med.

8.6. Miljökrav

Utföraren ska följa beställarens miljömål samt miljöpolicy (www.alingsas.se). Utföraren ska källsortera avfall enligt vid varje tillfälle gällande regelverk.

Utföraren ska arbeta systematiskt och utbilda sina medarbetare för att minska miljöpåverkan. Nya bilar som köps in ska vara miljöbilar enligt transportstyrelsens direktiv.

8.7. Allmän handling - GDPR

Utlämnande av allmän handling enligt tryckfrihetsordningen får endast handläggas av kommunen/beställaren. Utföraren är i dessa fall skyldig att skyndsamt bistå i denna handläggning.

8.8. Hantering av personuppgifter

Beställaren är personuppgiftsansvarig och utföraren är personuppgiftsbiträde. Vid tecknande av kontrakt förbinder sig utföraren att följa samtliga de krav som ställs för hantering av personuppgifter i tillämplig lagstiftning. Det är utföraren som ansvarar för att inneha adekvat kunskap om lagstiftningen. Utföraren åtar sig att behandla personuppgifter endast enligt den personuppgiftsansvariges instruktioner och ändamål.

Utföraren får ej utge personuppgifter till tredje man. Utföraren ska i enlighet med tillämplig lagstiftning vidta lämplig teknisk och organisatorisk säkerhet för att säkerställa skyddet för personuppgifter samt ge den personuppgiftsansvarige möjligheter att på alla adekvata sätt kontrollera säkerheten.

Utföraren ska omedelbart vid upphörande av uppdraget för en brukare överlämna samtliga personuppgifter om brukaren till den personuppgiftsansvarige. Om avtalet med Alingsås kommun upphör ska samtliga personuppgifter omedelbart överlämnas till den personuppgiftsansvarige.

Utföraren åtar sig att följa det som följer av bilaga *"Personuppgiftsbiträdesavtal"*.

Bilagor se Alingsås kommuns hemsida, www.alingsas.se, "Företagare som vill utföra hemtjänst - ansökan"

- Bilaga Karta områdesindelning
- Bilaga Social dokumentation i genomförandet, riktlinje
- Bilaga Riktlinjer för skydds- och begränsningsåtgärder
- Bilaga Måltidsprogram för hemtjänst
- Bilaga Trygghetslarm i ordinärt boende – Utförarens åtaganden
- Bilaga Riktlinjer beställning av informationsöverföring
- Bilaga Program för vård och omsorg vid demenssjukdom
- Bilaga Riktlinjer för biståndsbedömning
- Bilaga Ickevalsalternativ
- Kvalitetskrav för hemtjänst
- Bilaga IT

Hälso- och sjukvårdens rutiner och riktlinjer

Riktlinje	Insatser vid förändrat hälsotillstånd
Riktlinje	Suicidprevention
Riktlinje	Virusorsakad infektioner i mag-tarmkanalen
Riktlinje	Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgift
Riktlinje	Basal hygien i vård och omsorg
Riktlinje	Förebyggande fall, trycksår, undernäring, ohälsa i munnen
Riktlinje	Rapporteringsskyldighet och hantering av händelser riktlinje
Riktlinje	Värmebölja
Riktlinje	Skyddsåtgärder inom vård och omsorg om vuxna
Riktlinje	Dödsfall, åtgärder inom hälso- och sjukvård
Riktlinje	Medicintekniska produkter
Rutin	Utredning när narkotiska läkemedel saknas
Rutin	Vårdskada - utredning av händelse
Program	Kvalitetskrav på hemtjänst
Riktlinje	Egenvård, riktlinje
Rutin	Vård i livets slutskede

Revidering av kvalitetskrav 2022

9

2022.296 VON

2022-12-13

§ 105 2022.296 VON

Revidering av kvalitetskrav 2022**Ärendebeskrivning**

I Socialstyrelsens författningssamling SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, definieras kvalitet som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Enligt 4 kap 2§ i SOSFS 2011:9 framgår det att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Kvalitetskraven som antagits av vård- och omsorgsnämnden gäller för samtliga utförare av insatser. Kvalitetskraven revideras årligen för att ha en följsamhet till nya krav och åtaganden. Första gången kvalitetskrav antogs i var i mars 2014.

Beredning

Förvaltningen har i skrivelse den 1 december 2022 lämnat följande yttrande:

Att säkerställa kvaliteten i verksamheten innebär bland annat att samtliga insatser utförs på ett säkert sätt och med kvalitet så att den enskilde upplever sig nöjd med den beviljade insatsen/stödet. Kvalitén och kontinuiteten säkras genom gemensamma arbetsmetoder, som kan förstås och tillämpas av alla och som är lättillgängliga och tydliga.

Uppföljning av kvalitetskraven sker i form av egenkontroll, utredning av avvikelser, synpunkter och klagomål samt genom årlig redovisning i kvalitetsberättelsen samt patientsäkerhetsberättelsen.

Kvalitetskraven omfattar all verksamhet, oavsett utförare, som arbetar på nämndens uppdrag och är utformade så att de riktar sig direkt mot tre huvudprocesser, särskilt boende för äldre, hemtjänst och kommunal primärvård (tidigare hemsjukvård).

Beslut**Arbetsutskottets förslag till beslut i vård- och omsorgsnämnden**

Vård- och omsorgsnämnden antar reviderade kvalitetskrav för hemtjänst, kommunal primärvård (tidigare hemsjukvård) samt särskilt boende för äldre.

Datum: 2022-12-01
Handläggare: Malin Karlsson
Direktnr:
Diariennr: 2022.296 VON

Vård- och omsorgsnämnden

Tjänsteskrivelse - Revidering av kvalitetskrav 2022

Ärendebeskrivning

I Socialstyrelsens författningssamling SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, definieras kvalitet som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Enligt 4 kap 2§ i SOSFS 2011:9 framgår det att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Kvalitetskraven som antagits av vård- och omsorgsnämnden gäller för samtliga utförare av insatser. Kvalitetskraven revideras årligen för att ha en följsamhet till nya krav och åtaganden. Första gången kvalitetskrav antogs i var i mars 2014.

Förvaltningens yttrande

Att säkerställa kvaliteten i verksamheten innebär bland annat att samtliga insatser utförs på ett säkert sätt och med kvalitet så att den enskilde upplever sig nöjd med den beviljade insatsen/stödet. Kvalitén och kontinuiteten säkras genom gemensamma arbetsmetoder, som kan förstås och tillämpas av alla och som är lättillgängliga och tydliga.

Uppföljning av kvalitetskraven sker i form av egenkontroll, utredning av avvikelser, synpunkter och klagomål samt genom årlig redovisning i kvalitetsberättelsen samt patientsäkerhetsberättelsen.

Kvalitetskraven omfattar all verksamhet, oavsett utförare, som arbetar på nämndens uppdrag och är utformade så att de riktar sig direkt mot tre huvudprocesser, särskilt boende för äldre, hemtjänst och kommunal primärvård (tidigare hemsjukvård).

Ekonomisk bedömning

Förslaget innebär inga ekonomiska konsekvenser.

Förslag till beslut

Förslag till beslut i vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsnämnden antar reviderade kvalitetskrav för hemtjänst, kommunal primärvård (tidigare hemsjukvård) samt särskilt boende för äldre.

Bilagor

- Kvalitetskrav Hemtjänst
- Kvalitetskrav Särskilt boende för äldre
- Kvalitetskrav kommunal primärvård

Beslutet ska skickas till

Klicka här för att fylla i vilka beslutet ska skickas till.

Anita Hedström
Förvaltningschef

Ingela Oscarsson
MAS

Malin Karlsson
vik. SAS

Anita Hedström, Godkännare tjänsteskrivelse, 2022-12-06

Förändring av Kvalitetskrav 2022

Enligt 4 kap 2§ i SOSFS 2011:9 framgår det att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Kvalitetskraven omfattar all verksamhet, oavsett utförare, som arbetar på nämndens uppdrag och är utformade så att de riktar sig direkt mot tre huvudprocesser, särskilt boende, hemtjänst och kommunal primärvård.

Under hösten 2013 arbetade förvaltningen fram nya kvalitetskrav som ersatte *Kvalitetsmål för vård och äldreomsorg*. Dessa antogs i mars 2014. Samtliga utförare av insatser ska arbeta i enlighet med de kvalitetskrav som Vård- och omsorgsnämnden antagit.

Kvalitetskraven revideras årligen för att ha en följsamhet till nya krav och åtaganden. Årets revidering innehåller ändringar av begrepp utifrån förändringar i författningar.

- Från och med 1 juli 2022 ska den som har hemtjänst erbjudas en fast omsorgskontakt.
- Från och med den 1 juli 2021 primärvården en ny definition. Nu heter kommunal hälso- och sjukvård (fd. hemsjukvård) kommunal primärvård.
- HSLF-FS 2022:44 Smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS.
- HSLF-FS 2022:49 Förebyggande av och behandling vid undernäring.

Kravens formuleringar har anpassats till de formuleringar som finns *SIS-standard (SS 872500:2015) Kvalitet i omsorg, service, omvårdnad och rehabilitering för äldre med omfattande behov i ordinärt och särskilt boende (SIS – svenska institutet för standarder)*

Området "Inkontinens" har breddats och heter nu "Urinblås- och tarmfunktion".

Ansaret för att registrera i kvalitetsregister är inte längre uppdelat på områden utan förtydligas i en övergripande text.

Verksamhetens ansvar för kompetensutveckling har förtydligats och skrivningar om ombudsstrukturen har tagits bort. All kompetensutveckling är samlat under en rubrik.

Krav som finns i förfrågningsunderlag och upphandlingsunderlag och som följs i den egna verksamheten på annat sätt, har tagits bort.

Utöver dessa förändringar har vissa krav förtydligats eller kompletterats med ytterligare text för att uppdraget ska framgå. Vissa tillägg har gjorts utifrån brister som har framkommit i verksamheten under det gångna året.

Nedan presenteras de kvalitetskrav som är förändrade eller som har tillkommit.

HEMTJÄNST

1.1 God och säker vård och omsorg

Utföraren ska medverka vid rapportering och omsätta data från aktuella kvalitetsregister, som en del av verksamhetens systematiska förbättringsarbete. ~~Rapportera till och omsätta data från aktuella kvalitetsregister som en del av verksamhetens systematiska förbättringsarbete.~~

Utföraren ska medverka vid rapportering och omsätta data från aktuella kvalitetsregister, som en del av verksamhetens systematiska förbättringsarbete

~~1.2 Vård i livets slut~~ Vård och stöd i livets slutskede

Utföraren ska säkerställa att processer och rutiner för samverkan och uppföljning med hälso- och sjukvårdsansvariga, är kända och efterföljs så att oro, ångest, illamående och smärta lindras, hos den döende.

Utföraren ska säkerställa att personal finns närvarande, om så önskas av brukaren, under den sista perioden i livets slut. ~~Ingen ska behöva dö ensam.~~

Utföraren ska säkerställa att överenskommelser träffas och beslut om insatser vid livets slut fattas i delaktighet med brukaren.

1.3 Delegering och instruktion

Utföraren ska säkerställa att delegerad uppgifter utförs enligt rutiner som säkerställer patientsäkerheten.

1.4 Egenvård

Riktlinjen för egenvård ska vara känd och följas av all personal.

Utföraren ska säkerställa att beslut om egenvård aldrig överlämnas till annan person än vad ordnatören beslutat.

1.7 Vårdhygien

~~Utföraren ska säkerställa att insatser rörande vårdhygien och vårdrelaterade infektioner genomförs, följs upp och utvärderas. Utföraren ska säkerställa att gällande riktlinje och rutiner för tillämpning och uppföljning av basala hygienrutiner för att förebygga smittspridning följs.~~

~~1.8 Inkontinens~~ Urinblås- och tarmfunktion

Utföraren ska säkerställa och medverka till att brukaren får individuellt utprovade hjälpmedel för bristande urinblås- och tarmfunktion.

1.9 Munhälsa/uppsökande tandvård

~~Utföraren ska rapportera till och omsätta data från aktuella kvalitetsregister som en del av verksamhetens systematiska förbättringsarbete inom området munhälsa.~~

Utföraren ansvarar för att personalen deltar i utbildningsinsatser gällande munhälsa/uppsökande tandvård.

2.2 Genomförandeplan

Utföraren ska säkerställa att brukarens behov av insatser tillgodoses omgående även om genomförandeplan inte hunnit upprättas.

Utföraren ska säkerställa att insatser enligt genomförandeplan rörande brukarens personliga vård sker utifrån ett rehabiliterande och hälsofrämjande arbetssätt.

3.1 Samverkan kring den enskilde

Det ska finnas skriftliga rutiner för hur man agerar samt vem man kontaktar när behov av rättslig företrädare uppmärksammas. ~~Utföraren ska säkerställa att kommunen omgående uppmärksammas på om det finns behov av legal företrädare.~~

Utföraren ska presentera sin verksamhet och sitt arbetssätt i en särskild informationsskrift som riktar sig till den enskilde och deras anhöriga. Det ska även innehålla kontaktuppgifter samt information om vart man vänder sig om man vill framföra synpunkter eller klagomål.

Utförarens personalbemanning ska ge brukaren en trygg och säker vård och omsorg och garantera en god tillsyn och säkerhet enligt SoL och HSL. Utföraren ska ha arbetsmetoder som stödjer arbetet mot uppsatta mål.

3.2 Samverkan med andra utförare

Brukare som vårdats på sjukhus ska snarast återvända till sitt hem när den enskilde är utskrivningsklar och planerad för hemgång. Brukare som vårdats på sjukhus skall snarast återvända till sitt hem när brukaren är medicinskt färdigbehandlad.

När biståndshandläggare eller SoL/LSS utförare har behov av samverkan i utredningar och bedömningar ska leg. hälso- och sjukvårdspersonal medverka till detta.

Utföraren ska säkerställa att en samordnad individuell plan (SIP) upprättas efter samtycke från brukaren om det finns behov av insatser av flera huvudmän och/eller vårdgivare.

3.4 Personkontinuitet

Minst en erfaren personal ska alltid vara i tjänst inom respektive arbetslag.

3.5 ~~Kontaktnät~~ Fast omsorgskontakt

Den enskilde ska ha en fast omsorgskontakt och det ska vara tydligt för den enskilde vem som är fast omsorgskontakt och vilket uppdrag hen har.

Brukaren ska se vården som en helhet och det ska vara enkelt att få rätt stöd och hjälp av en fast omsorgskontakt.

Den enskilde ska kunna påverka valet av fast omsorgskontakt.

Om den enskilde har omsorgsinsatser ska den enskilda ska få möjlighet att träffa sin fasta omsorgskontakt under första veckan efter verkställighet.

Personalen ska känna till vilket uppdrag och ansvar den fasta omsorgskontakten har. En skriftlig beskrivning ska finnas.

4.1 Trygghet och säkerhet

Vid hemtjänst och planering av insatser ska i de fall det finns barn i hemmet tas hänsyn till barns behov av information, råd och stöd.

4.7 Den enskildes rätt till rörelsefrihet

Utföraren ska följa antagna riktlinjer om skyddsåtgärder. Rutiner kring arbetet med skyddsåtgärder ska vara kända och efterlevas.

4.8 Synpunkter och klagomål

Utföraren ska följa antagna riktlinjer för att mottaga klagomål och synpunkter och de ska vara kända i verksamheten. Utföraren ansvarar för att utreda, åtgärda och följa upp.

4.9 Avvikelsehantering

Utföraren ska följa antagna riktlinjer för att identifiera och rapportera avvikelser, samt att åtgärda och följa upp dessa. ~~Utföraren ska ha skriftliga rutiner för avvikelsehantering inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens område.~~

~~Om en avvikelse inträffat ska den enskilde informeras.~~ Det ska finnas rutiner som är kända och efterföljs, för hur den enskilde ska informeras om det har inträffat en händelse/avvikelse.

4.10 Lex Sarah

Utföraren ska omedelbart informera beställaren (socialt ansvarig samordnare) om utredning enligt Lex Sarah inleds.

Verksamhetssystem

Utföraren ska

~~— följa beställarens rutin för beställning samt avslut av behörigheter till IT-system samt~~

~~— kontakta beställaren vid behov av nya behörigheter.~~

~~— När någon personal slutar ska utföraren omgående meddela beställaren att behörigheten ska avslutas.~~

4.13 Kvalitetsarbete

Resultatet från kvalitetsrapport och patientsäkerhetsberättelse ska analyseras i verksamheten och handlingsplan för kvalitet och patientsäkerhet ska upprättas.

5.1 Kompetenskrav för hemtjänst

Utföraren ska alltid sträva efter att vikarie vid långtidsfrånvaro har likvärdig utbildning som tillsvidareanställd personal.

~~Minst 75 % av personalen ska ha undersköterskekompetens. Finns angivet i förfrågningsunderlag.~~

Nyanställd personal får arbeta självständigt när personen genomgått utbildning i kommunens verksamhetssystem och fått en inloggning.

Utföraren ska se till att personalen har kunskap om metoder och arbetssätt för att möta den enskilda personens behov. ~~Fortbildning i bemötandefrågor ska ske årligen.~~

Kunskapsbaserad verksamhet

5.2 Kompetensutveckling

Utföraren ska ha en struktur för kompetensutveckling och fortbildning. Kompetensutvecklingsarbete ska genomföras enligt en fastställd plan. ~~Viss kompetensutveckling sker via ombudsstruktur.~~

Utföraren ska säkerställa att all personal har grundläggande kunskaper inom nedanstående områden samt att kompetensutveckling sker fortlöpande. Utbildningsplaner ska kunna redovisas.

- Personlig vård
- Gerontologi och geriatrik
- Kognitiv svikt och äldres psykiska ohälsa
- Vårdhygien och vårdrelaterade infektioner
- Måltid, kost och nutrition
- Mun- och tandhälsa
- Urinblås- och tarmfunktion inklusive hjälpmedel
- Diabetes
- Stroke
- Rehabilitering
- Förflyttning samt hjälpmedel
- Omvårdnad och omsorg i livets slut
- Riskförebyggande arbete
- Värdegrund och bemötande
- Våld och övergrepp
- Dokumentation

6.2 Insats i rätt tid

~~Insatserna ska ges på de tider som passar den enskilde. Det är viktigt att avtalade tider hålls så att den enskilde kan planera sin dag i övrigt.~~

Den enskilde ska kunna påverka genomförandet av insatserna och tidpunkten för service, omvårdnad och aktiviteter. Det innebär bl.a. att den enskilde ska kunna påverka när han när han/hon vill stiga upp och lägga sig samt påverka vilken tid han/hon vill äta.

Utföraren ska säkerställa att insatser i möjligaste mån, utförs vid den tid som planerats.

6.3 Möjlighet att få kontakt

Det ska vara känt hur man får kontakt med utföraren och det ska vara lätt att ta kontakt samma dag. ~~Den enskilde ska veta hur man får kontakt med utföraren. Personal och den enskilde ska veta hur man får kontakt med utföraren.~~

~~Det skall vara lätt att ta kontakt med utföraren.~~

~~Vårdpersonal och den enskilde skall veta hur man får kontakt med den leg. personalen. Det ska vara möjligt att få kontakt samma dag. Vårdpersonalen ska veta hur man får kontakt med leg. personal. Det ska vara möjligt att i akuta ärende snarast få kontakt och max inom 15 minuter.~~

SÄRSKILT BOENDE

1.1 God och säker vård och omsorg

Utföraren ska medverka vid rapportering och omsätta data från aktuella kvalitetsregister, som en del av verksamhetens systematiska förbättringsarbete. ~~Rapportera till och omsätta data från aktuella kvalitetsregister som en del av verksamhetens systematiska förbättringsarbete.~~

Utföraren ska medverka vid rapportering och omsätta data från aktuella kvalitetsregister, som en del av verksamhetens systematiska förbättringsarbete

~~1.2 Vård i livets slut~~ Vård och stöd i livets slutskede

Utföraren ska säkerställa att processer och rutiner för samverkan och uppföljning med hälso-och sjukvårdsansvariga, är kända och efterföljs så att oro, ångest, illamående och smärta lindras, hos den döende.

Utföraren ska säkerställa att personal finns närvarande, om så önskas av brukaren, under den sista perioden i livets slut. ~~Ingen ska behöva dö ensam.~~

Utföraren ska säkerställa att överenskommelser träffas och beslut om insatser vid livets slut fattas i delaktighet med brukaren.

1.3 Delegering och instruktion

Utföraren ska säkerställa att delegerad uppgifter utförs enligt rutiner som säkerställer patientsäkerheten.

1.4 Egenvård

Riktlinjen för egenvård ska vara känd av all personal.

Utföraren ska säkerställa att beslut om egenvård aldrig överlämnas till annan person än vad ordnatören beslutat.

Om den behandlande leg. yrkesutövaren (ordinatör) beslutat om egenvård ska det finnas en plan som tydligt beskriver vem som ska utföra uppgiften, hur den ska följas upp samt vilka åtgärder som ska vidtas om det sker någon förändring.

1.7 Vårdhygien

~~Utföraren ska säkerställa att insatser rörande vårdhygien och vårdrelaterade infektioner genomförs, följs upp och utvärderas.~~ Utföraren ska säkerställa att gällande riktlinje och rutiner för tillämpning och uppföljning av basala hygienrutiner för att förebygga smittspridning följs.

Utföraren ska säkerställa och medverka till att brukaren får individuellt utprovade hjälpmedel för bristande urinblås- och tarmfunktion.

~~1.8 Inkontinens~~ Urinblås- och tarmfunktion

Utföraren ska säkerställa och medverka till att brukaren får individuellt utprovade hjälpmedel för bristande urinblås- och tarmfunktion.

1.9 Munhälsa/upsökande tandvård

Utföraren ska rapportera till och omsätta data från aktuella kvalitetsregister som en del av verksamhetens systematiska förbättringsarbete inom området munhälsa.

Utföraren ansvarar för att personalen deltar i utbildningsinsatser gällande munhälsa/upsökande tandvård.

2.3 Genomförandeplan

Utföraren ska säkerställa att brukarens behov av insatser tillgodoses omgående även om genomförandeplan inte hunnit upprättas

Utföraren ska säkerställa att insatser enligt genomförandeplan rörande brukarens personliga vård sker utifrån ett rehabiliterande och hälsofrämjande arbetssätt

3.1 Samverkan kring den enskilde

Det ska finnas skriftliga rutiner för hur man agerar samt vem man kontaktar när behov av rättslig företrädare uppmärksammas. ~~Utföraren ska säkerställa att kommunen omgående uppmärksammas på om det finns behov av legal företrädare.~~

3.2 Samverkan med andra utförare

Brukare som vårdats på sjukhus ska snarast återvända till sitt hem när den enskilde är utskrivningsklar och planerad för hemgång. ~~Brukare som vårdats på sjukhus skall snarast återvända till sitt hem när brukaren är medicinskt färdigbehandlad.~~

Utföraren ska presentera sin verksamhet och sitt arbetssätt i en särskild informationsskrift som riktar sig till den enskilde och deras anhöriga. Det ska även innehålla kontaktuppgifter samt information om vart man vänder sig om man vill framföra synpunkter eller klagomål.

Utförarens personalbemanning ska ge brukaren en trygg och säker vård och omsorg och garantera en god tillsyn och säkerhet enligt SoL och HSL. Utföraren ska ha arbetsmetoder som stödjer arbetet mot uppsatta mål.

3.2 Samverkan med andra utförare

Utföraren ska säkerställa att en samordnad individuell plan (SIP) upprättas efter samtycke från brukaren om det finns behov av insatser av flera huvudmän och/eller vårdgivare.

3.4 Personkontinuitet

Minst en erfaren personal ska alltid vara i tjänst inom respektive arbetslag.

3.5 Kontaktmannaskap

Den enskilde ska ha en fast omsorgskontakt/kontaktman och det ska vara tydligt för den enskilde vem som är fast omsorgskontakt och vilket uppdrag hen har.

Brukaren ska se vården som en helhet och det ska vara enkelt att få rätt stöd och hjälp av en fast omsorgskontakt/kontaktman.

Den enskilde ska kunna påverka valet av fast omsorgskontakt/kontaktman.

Om den enskilde har omsorgsinsatser ska den enskilda ska få möjlighet att träffa sin fasta omsorgskontakt/kontaktman under första veckan efter verkställighet.

Personalen ska känna till vilket uppdrag och ansvar den fasta omsorgskontakten/kontaktman har. En skriftlig beskrivning ska finnas.

4.7 Den enskildes rätt till rörelsefrihet

Utföraren ska följa antagna riktlinjer om skyddsåtgärder. Rutiner kring arbetet med skyddsåtgärder ska vara kända och efterlevas.

4.7 Avvikelsehantering

Utföraren ska följa antagna riktlinjer för att identifiera och rapportera avvikelser, samt att åtgärda och följa upp dessa. ~~Utföraren ska ha skriftliga rutiner för avvikelsehantering inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens område.~~

~~Om en avvikelse inträffat ska den enskilde informeras.~~ Det ska finnas rutiner som är kända och efterföljs, för hur den enskilde ska informeras om det har inträffat en händelse/avvikelse.

4.8 Synpunkter och klagomål

Utföraren ska följa antagna riktlinjer för att mottaga klagomål och synpunkter och de ska vara kända i verksamheten. Utföraren ansvarar för att utreda, åtgärda och följa upp.

4.10 Lex Sarah

Utföraren ska omedelbart informera beställaren (socialt ansvarig samordnare) om utredning enligt Lex Sarah inleds.

Verksamhetssystem

Utföraren ska

~~— följa beställarens rutin för beställning samt avslut av behörigheter till IT-system samt~~

~~— kontakta beställaren vid behov av nya behörigheter.~~

~~— När någon personal slutar ska utföraren omgående meddela beställaren att behörigheten ska avslutas.~~

4.13 Kvalitetsarbete

Resultatet från kvalitetsrapport och patientsäkerhetsberättelse ska analyseras i verksamheten och handlingsplan för kvalitet och patientsäkerhet ska upprättas.

5.1 Kompetenskrav för särskilt boende

Utföraren ska alltid sträva efter att vikarie vid långtidsfrånvaro har likvärdig utbildning som tillsvidareanställd personal.

~~Minst 75 % av personalen ska ha undersköterskekompetens.~~ Finns angivet i upphandlingsunderlag.

Nyanställd personal får arbeta självständigt när personen genomgått utbildning i kommunens verksamhetssystem och fått en inloggning.

Utföraren ska se till att personalen har kunskap om metoder och arbetssätt för att möta den enskilda personens behov. ~~Fortbildning i bemötandefrågor ska ske årligen.~~

Kunskapsbaserad verksamhet

5.2 Kompetensutveckling

Utföraren ska ha en struktur för kompetensutveckling och fortbildning. Kompetensutvecklingsarbete ska genomföras enligt en fastställd plan. ~~Viss kompetensutveckling sker via ombudsstruktur.~~

Utföraren ska säkerställa att all personal har grundläggande kunskaper inom nedanstående områden samt att kompetensutveckling sker fortlöpande. Utbildningsplaner ska kunna redovisas.

- Personlig vård
- Gerontologi och geriatrik
- Kognitiv svikt och äldres psykiska ohälsa
- Vårdhygien och vårdrelaterade infektioner
- Måltid, kost och nutrition
- Mun- och tandhälsa
- Urinblås- och tarmfunktion inklusive hjälpmedel
- Diabetes
- Stroke
- Rehabilitering
- Förflyttning samt hjälpmedel
- Omvårdnad och omsorg i livets slut
- Riskförebyggande arbete
- Värdegrund och bemötande
- Våld och övergrepp
- Dokumentation

6.2 Insats i rätt tid

~~Insatserna ska ges på de tider som passar den enskilde. Det är viktigt att avtalade tider hålls så att den enskilde kan planera sin dag i övrigt.~~

Den enskilde ska kunna påverka genomförandet av insatserna och tidpunkten för service, omvårdnad och aktiviteter. Det innebär bl.a. att den enskilde ska kunna påverka när han när han/hon vill stiga upp och lägga sig samt påverka vilken tid han/hon vill äta.

Utföraren ska säkerställa att insatser i möjligaste mån, utförs vid den tid som planerats.

6.3 Möjlighet att få kontakt

Det ska var känt hur man får kontakt med utföraren och det ska vara lätt att ta kontakt samma dag. ~~Den enskilde ska veta hur man får kontakt med utföraren.~~

KOMMUNAL PRIMÄRVÅRD

1.1 God och säker vård

Utföraren ska medverka vid rapportering och omsätta data från aktuella kvalitetsregister, som en del av verksamhetens systematiska förbättringsarbete.

~~Utföraren ska delta och registrera i de kvalitetsregister som beställaren har anslutit sig till.~~

Utföraren ska medverka vid rapportering och omsätta data från aktuella kvalitetsregister, som en del av verksamhetens systematiska förbättringsarbete.

När biståndshandläggare eller SoL/LSS utförare har behov av samverkan i utredningar och bedömningar ska leg. hälso- och sjukvårdspersonal medverka till detta.

1.2 Medicintekniska produkter och förbrukningsartiklar

Utföraren ansvarar för att sjuksköterskor som har forskrivningsrätt har den kompetens som erfordras för att förskriva förbrukningsartiklar enligt aktuell författning.

Utföraren ansvarar för sjukvårdsmaterial såsom förbrukningsartiklar och förbandsmateriel, samt annan medicinsk utrustning som krävs för att fullgöra åtagandet. Utföraren ansvarar för skötsel, underhåll och nyanskaffning.

1.3 Egenvård

Riktlinjen för egenvård ska vara känd av all personal.

Utföraren ska säkerställa att beslut om egenvård aldrig överlämnas till annan person än vad ordnatören beslutat.

1.4 ~~Vård i livets slut~~ Vård och stöd i livets slutskede

Utföraren ska säkerställa att processer och rutiner för samverkan och uppföljning med hälso- och sjukvårdsansvariga, är kända och efterföljs så att oro, ångest, illamående och smärta lindras, hos den döende. ~~Utföraren ska ha rutiner som efterföljs för samverkan så att oro, ångest, illamående och smärta lindras, hos den döende.~~

Utföraren ska säkerställa att överenskommelser träffas och beslut om insatser vid livets slut fattas i delaktighet med brukaren samt att en vårdplan upprättas.

Sjuksköterskan ska säkerställa att en munhälsobedömning blir utförd och dokumenterad sista levnadsveckan.

Läkare ansvarar för brytpunktssamtal och patientansvarig sjuksköterska ska vara delaktig i att detta utförs samt säkerställa att det dokumenteras.

Sjuksköterska ~~och/eller biståndshandläggare~~ ska tillsammans med enhetschef bedöma behovet av vak/tillsyn vid vård i livets slut och besluta om dessa insatser.

Utföraren ska säkerställa att personal finns närvarande, om så önskas av brukaren, under den sista perioden i livets slut. ~~Ingen ska behöva dö ensam.~~

Delegering och instruktion

Utföraren ska säkerställa att delegerad uppgifter utförs enligt gällande riktlinjer och rutiner samt att patientsäkerheten är säkerställd vid utförandet. ~~Delegerade insatser ska kompetenssäkras och följa gällande riktlinje från MAS/MAR.~~

Utföraren ska undervisa, handleda och följa upp delegerade insatser på ett patientsäkert sätt. Den leg. personalen ska regelbundet bedöma den delegerade hälso- och sjukvårdsinsatsen och lämpligheten att delegera insatsen. Endast stabila, okomplicerade insatser bör delegeras. Patientansvarig leg. personal ska säkerställa att delegerad personal har rätt kunskap för sitt uppdrag.

För att kunna garantera en hög patientsäkerhet vid delegering bör den. leg. personalen alltid överväga möjligheten att begränsa antalet personer som utför den delegerade uppgiften hos den enskilde.

Ny delegering ska följas upp senast inom 6 månader.

1.7 Vårdhygien

Utföraren ska säkerställa att insatser rörande vårdhygien och vårdrelaterade infektioner genomförs, följs upp och utvärderas.

Utföraren ska säkerställa att gällande riktlinje och rutiner för tillämpning och uppföljning av basala hygienrutiner för att förebygga smittspridning följs.

1.8 Inkontinens Urinblås- och tarmfunktion

Alla vårdtagare med inkontinens ska ha en aktuell basal utredning.

3.1 Samverkan kring den enskilde

Det ska finnas skriftliga rutiner för hur man agerar samt vem man kontaktar när behov av rättslig företrädare uppmärksammas. ~~Utföraren ska säkerställa att kommunen omgående uppmärksammas på om det finns behov av legal företrädare.~~

Utföraren ska presentera sin verksamhet och sitt arbetssätt i en särskild informationsskrift som riktar sig till den enskilde och deras anhöriga. Det ska även innehålla kontaktuppgifter samt information om vart man vänder sig om man vill framföra synpunkter eller klagomål.

Utförarens personalbemanning ska ge brukaren en trygg och säker vård och omsorg och garantera en god tillsyn och säkerhet. Utföraren ska ha arbetsmetoder som stödjer arbetet mot uppsatta mål.

3.2 Samverkan med andra utförare

Brukare som vårdats på sjukhus ska snarast återvända till sitt hem när den enskilde är utskrivningsklar och planerad för hemgång. ~~Brukare som vårdats på sjukhus skall snarast återvända till sitt hem när brukaren är medicinskt färdigbehandlad.~~

Utföraren ska säkerställa att informationsöverföring rörande tidigare hälsohistoria sker efter samtycke från den enskilde.

Utföraren ska säkerställa att en samordnad individuell plan (SIP) upprättas efter samtycke från brukaren om det finns behov av insatser av flera huvudmän och/eller vårdgivare.

3.3 Personkontinuitet

Minst en erfaren personal ska alltid vara i tjänst inom respektive arbetslag.

3.4 Patientansvar

All leg. personal ska känna till vilket ansvar kommunen har för hälso- och sjukvård enligt gällande avtal.

4.7 Den enskildes rätt till rörelsefrihet

Utföraren ska följa antagna riktlinjer om skyddsåtgärder. Rutiner kring arbetet med skyddsåtgärder ska vara kända och efterlevas.

4.8 Synpunkter och klagomål

Utföraren ska följa antagna riktlinjer för att mottaga klagomål och synpunkter och de ska vara kända i verksamheten. Utföraren ansvarar för att utreda, åtgärda och följa upp.

4.9 Avvikelsehantering

Utföraren ska följa antagna riktlinjer för att identifiera och rapportera avvikelser, samt att åtgärda och följa upp dessa. ~~Utföraren ska ha skriftliga rutiner för avvikelsehantering inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens område.~~

~~Om en avvikelse inträffat ska den enskilde informeras.~~ Det ska finnas rutiner som är kända och efterföljs, för hur den enskilde ska informeras om det har inträffat en händelse/avvikelse.

Det ska finnas rutiner för hur den enskilde ska informeras om möjligheten att anmäla klagomål till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) och begära ersättning från patientförsäkringen om en vårdskada inträffat.

4.13 Kvalitetsarbete

Resultatet från kvalitetsrapport och patientsäkerhetsberättelse ska analyseras i verksamheten och handlingsplan för kvalitet och patientsäkerhet ska upprättas.

Verksamhetssystem

Utföraren ska

~~— följa beställarens rutin för beställning samt avslut av behörigheter till IT-system samt~~

~~— kontakta beställaren vid behov av nya behörigheter.~~

~~— När någon personal slutar ska utföraren omgående meddela beställaren att behörigheten ska avslutas.~~

5.1 Kompetenskrav för legitimerad personal

Nyanställd personal får arbeta självständigt när personen genomgått utbildning i kommunens verksamhetssystem och fått en inloggning.

Det ska finnas sjuksköterskor med fördjupad kompetens inom nutrition, vårdhygien, urinblås- och tarmfunktion, smärtlindring, stroke, palliativ vård, dokumentation, geriatrik, sårvård samt diabetes att tillgå i verksamheten.

All leg. personal ska kunna göra enklare medicinska bedömningar samt kunna kontrollera vitalparametrar.

Kunskapsbaserad verksamhet

5.2 Kompetensutveckling

Utföraren ska säkerställa att all personal har grundläggande kunskaper inom nedanstående områden samt att kompetensutveckling sker fortlöpande. Utbildningsplaner ska kunna redovisas.

- Smärta

- Gerontologi och geriatrik
- Kognitiv svikt och äldres psykiska ohälsa
- Vårdhygien och vårdrelaterade infektioner
- Måltid, kost och nutrition
- Mun- och tandhälsa
- Urinblås- och tarmfunktion inklusive hjälpmedel
- Diabetes
- Stroke
- Rehabilitering
- Förflyttning samt hjälpmedel
- Palliativ vård
- Riskförebyggande arbete
- Värdegrund och bemötande
- Våld och övergrepp
- Sårvård
- Dokumentation

6.1 Insats i rätt tid

~~Insatserna ska ges på de tider som passar den enskilde. Det är viktigt att avtalade tider hålls så att den enskilde kan planera sin dag i övrigt.~~

Den enskilde ska kunna påverka genomförandet av insatserna och tidpunkten för service, omvårdnad och aktiviteter. Det innebär bl.a. att den enskilde ska kunna påverka när han när han/hon vill stiga upp och lägga sig samt påverka vilken tid han/hon vill äta.

Utföraren ska säkerställa att insatser i möjligaste mån, utförs vid den tid som planerats.

Vid oplanerade ärenden ska sjuksköterskor vid behov snarast göra bedömning på plats och har max en timmes inställes tid. ~~Sjuksköterskor har en timmas inställesetid vid oplanerade ärenden.~~

6.3 Möjlighet att få kontakt

Den enskilde ska veta hur man får kontakt med den leg. personalen. Det ska vara möjligt att få kontakt samma dag.

~~För den som söker chefen, ska det vara möjligt att få kontakt senast närmast efterföljande vardag.~~

Vårdpersonalen ska veta hur man får kontakt med leg. personal. Det ska vara möjligt att i akuta ärende snarast få kontakt och max inom 15 minuter.

Andra vårdgivare ska veta hur man får kontakt med leg. personal. Det ska vara möjligt att få kontakt inom rimlig tid.

Kvalitetskrav Hemtjänst

Typ av styrdokument: Program

Beslutande instans: Vård- och omsorgsnämnden

Datum för beslut: 2022-12-

Diarienummer: XX

Gäller för: Vård- och omsorgsförvaltningen

Giltighetstid: Ett år

Revideras senast: 2023-12-31

Dokumentansvarig: SAS, MAS och MAR

Innehåll

Inledning.....	5
Uppföljning/mätning	6
Referenser	6
1. Säker vård och omsorg	7
1.1. God och säker vård och omsorg	7
1.2. Vård och stöd i livets slutskede	8
1.3. Delegering och instruktion	8
1.4. Egenvård	9
1.5. Förebyggande och hälsofrämjande arbete	9
1.6. Måltid	9
1.7. Vårdhygien	9
1.8. Urinblås- och tarmfunktion	10
1.9. Munhälsa/uppsökande tandvård	10
1.10. Personliga hjälpmedel	10
2. Självbestämmande och integritet	11
2.1. Värdegrund	11
2.2. Genomförandeplan	11
3. Helhetssyn och samordning	13
3.1. Samverkan kring den enskilde	13
3.2. Samverkan med andra utförare	14
3.3. Samverkan med beställarens larm- och nattpatruller	14
3.4. Personkontinuitet	14
3.5. Fast omsorgskontakt	14
3.6. Anhörigstöd	15
4. Trygghet och säkerhet.....	16
4.1. Trygghet och säkerhet	16
4.2. Lagstiftning, riktlinjer och rutiner	16
4.3. Identifikation	16
4.4. Sekretess	17
4.5. Rutin för kontanta medel	17
4.6. Rutin för nyckelhantering och andra låssystem	17
4.7. Den enskildes rätt till rörelsefrihet	17
4.8. Synpunkter och klagomål	17
4.9. Avvikelsehantering	18
4.10. Lex Sarah	18
4.11. Lex Maria	18
4.12. Lex Maja	18
4.13. Kvalitetsarbete	19
4.14. Rutin för larmhantering	19
4.15. Social dokumentation	19
4.16. Dokumentation av hälso- och sjukvård	19
4.17. Förvaring av dokumentation	20
4.18. Återlämnande av dokumentation	20
4.19. Utlämnande av handlingar	20
5. Kunskapsbaserad verksamhet	21
5.1. Kompetenskrav för hemtjänst	21

5.2.	Kompetensutveckling	22
5.3.	Elever och studerande	22
6.	Tillgänglighet	23
6.1.	Tillgänglighet	23
6.2.	Insats i rätt tid	23
6.3.	Möjlighet att få kontakt	23
7.	Effektivitet	24
7.1.	Effektivitet	24

Inledning

I Socialstyrelsens författningssamling SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, definieras kvalitet som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Vidare framgår det att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Att säkerställa kvaliteten i verksamheten innebär bland annat att samtliga insatser utförs på ett säkert sätt och med kvalitet så att den enskilde upplever sig nöjd med den beviljade insatsen/stödet. Kvalitén och kontinuiteten säkras även genom gemensamma arbetsmetoder, som kan förstås och tillämpas av alla och som är lättillgängliga och tydliga.

Vård- och omsorgsnämnden har antagit kvalitetskrav som anger en lägsta nivå för den vård och omsorg som ges. I detta dokument finns kvalitetskrav som gäller för hemtjänst beskrivna. Kvalitetskrav finns även specificerade för särskilt boende, kommunal primärvård och funktionsstöd. Verksamheten följs upp årligen utifrån dessa krav, se nedan under "Uppföljning/mätning". Vård- och omsorgsnämnden justerar även kraven årligen, för att kontinuerligt utveckla och förbättra kvaliteten inom verksamheten.

Av 14 kap 2 § SoL framgår att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller vid Statens institutionsstyrelse ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet. Kvalitetskraven kan utifrån detta ses som ett verktyg och stöd att luta sig mot i det gemensamma uppdraget att säkra och utveckla kvaliteten i verksamheten.

Kvalitetskraven för hemtjänst utgår från de områden som Socialstyrelsen har angett vara viktiga för att uppnå en god och säker vård och omsorg. Kraven finns beskrivna under följande rubriker:

- Säker vård och omsorg
- Självbestämmande och integritet
- Helhetssyn och samordning
- Trygghet och säkerhet
- Kunskapsbaserad verksamhet
- Tillgänglighet
- Effektivitet

Uppföljning/mätning

Uppföljning och mätning av resultat utifrån gällande kvalitetskrav sker på olika sätt och i tabellerna nedan finns angivet vilken typ av uppföljning/mätning som är aktuell för respektive kvalitetskrav. Det handlar framför allt om;

- *Kontroll vid besök:*

SAS, MAS och/eller MAR kan komma att göra såväl anmälda som oanmälda besök i verksamheten för att säkerställa att kraven efterlevs.

- *Enkät och intervju i verksamheten:*

En stor andel av kvalitetskraven följs upp via enkäter och/eller intervjuer i verksamheten. Verksamheten kommer inför varje enkätutskick eller planerad intervju att få information om detta i förväg. Frågeställningarna kommer främst att ha koppling till de särskilda områden som vård- och omsorgsförvaltningen fått i uppdrag av nämnden att lägga extra fokus på under året och som finns belysta i kvalitetsberättelsen och patientsäkerhetsberättelsen, som är antagna av Vård- och omsorgsnämnden. Enkäter kan också komma att skickas ut återkommande under året, kring specifikt utvalda områden.

- *Kvalitetsregister och statistik:*

En del av uppföljningen och mätningen av resultat sker genom inhämtande av statistik och information från de nationella kvalitetsregister som Vård- och omsorgsförvaltningen är anslutna till.

- *Dokumentationsgranskning:*

Att granska verksamhetens dokumentation ingår numera som en del av det årliga systematiska kvalitetsarbetet genom egenkontroll. SAS, MAS och/eller MAR kan komma att göra ytterligare journalgranskningar eller stickprov ur dokumentationen i verksamheter där behov av detta uppmärksammas.

- *Brukarenkät/brukarundersökning:*

Vård- och omsorgsförvaltningen deltar årligen i nationella brukarenkäter/ brukarundersökningar. Resultaten från dessa undersökningar kommer att ligga till grund för uppföljning och mätning av en del av kvalitetskraven.

Referenser

- SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- Socialtjänstlag (2001:453)
- SIS-standard (SS 872500:2015) Kvalitet i omsorg, service, omvårdnad och rehabilitering för äldre med omfattande behov i ordinärt och särskilt boende (SIS – svenska institutet för standarder)

1. Säker vård och omsorg

Det är ledningens ansvar att de insatser som utförs är av god kvalitet och att tillsammans med medarbetarna skapa en säker vård och omsorg. Grunden för säker vård är att bedömningar, vård och behandling utförs på rätt sätt.

Säker vård och omsorg innebär bland annat att vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete. Vården i livets slutskede ska ges särskild prioritet så att omvårdnad och tillsyn ges på ett säkert, tryggt och värdigt sätt.

Utföraren ska ha ett habiliterande och rehabiliterande synsätt. Den enskilde ska ges möjlighet att delta i insatserna efter förmåga med syfte att stärka de egna resurserna.

1.1. God och säker vård och omsorg	Uppföljning/mätning
Utföraren skall ha rutiner för att identifiera personer som riskerar att få en vårdskada, samt medverka till, att förekomsten av vårdskador minskar.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Kvalitetsregister.
Utföraren ska medverka till att brukare som riskbedöms får en åtgärdsplan upprättad av ett tvärprofessionellt team. Utföraren ska medverka till att genomföra de överenskomna åtgärderna.	Kontroll vid besök. Dokumentationsgranskning. Kvalitetsregister.
Utföraren ska medverka vid rapportering och omsätta data från aktuella kvalitetsregister, som en del av verksamhetens systematiska förbättringsarbete.	Kontroll vid besök. Dokumentationsgranskning. Kvalitetsregister.
När leg. hälso- och sjukvårdspersonal eller biståndshandläggare har behov av samverkan med personalen i utredningar och bedömningar ska utföraren medverka till detta.	Enkät och intervjuer i verksamheten. Dokumentationsgranskning
Personalen ska följa och utföra instruktioner/beställningar.	Enkät och intervjuer i verksamheten. Dokumentationsgranskning
Brukaren ska ses som en resurs i planering och genomförande av den egna vården. Den enskildes medverkan är en viktig utgångspunkt i patientsäkerhetsarbetet.	Enkät och intervjuer i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Det ska finnas utarbetade och kända rutiner för när sjuksköterska ska tillkallas samt hantering av akutfall då sjuksköterska inte är på plats.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Hjälpen ska finnas där man är, ingen ska behöva åka till sjukhus i onödan.	Enkät och intervjuer i verksamheten. Dokumentationsgranskning

1.2. Vård och stöd i livets slutskede	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att processer och rutiner för samverkan och uppföljning med hälso- och sjukvårdsansvariga, är kända och efterföljs så att oro, ångest, illamående och smärta lindras, hos den döende.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Kvalitetsregister.
Utföraren ska säkerställa att överenskommelser träffas och beslut om insatser vid livets slut fattas i delaktighet med brukaren.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.
Personalen ska ge en god munvård och en munhälsobedömning ska vara utförd sista levnadsveckan.	Dokumentationsgranskning. Kvalitetsregister.
Utföraren ska säkerställa att personal finns närvarande, om så önskas av brukaren, under den sista perioden i livets slut.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att personalen har kunskaper och förutsättningar att anpassa vården av den döende och att omhändertagandet efter döden anpassas till brukarens önskemål och/eller till de sedvanor som kan betingas av kulturell eller religiös bakgrund.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ansvarar för och säkerställer att det finns personal även under natten om så önskas, vid vård i livets slut efter att sjuksköterska och/eller biståndshandläggare beslutat om dessa insatser.	Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska säkerställa att den avlidnes identitet är fastställd av legitimerad personal och att den avlidne tas om hand på ett värdigt och respektfullt sätt och att närstående omgående underrättas samt får möjlighet att ta farväl.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att personalen får stöd i form av möjlighet till samtal, handledning och reflektion.	Enkät och intervju i verksamheten.

1.3. Delegering och instruktion	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att delegerade uppgifter utförs enligt rutiner som säkerställer patientsäkerheten.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utförarens personal får endast utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter efter delegering eller instruktion. Delegering ska genomföras enligt rutiner som säkerställer patientsäkerheten.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska ha personal med kompetens att ta emot och utföra delegerade uppgifter vid alla tider.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ansvarar för att personal som ska utföra delegerade uppgifter ges möjlighet att delta i de utbildningstillfällen som regelbundet anordnas av den legitimerade personalen.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

1.4. Egenvård	Uppföljning/mätning
Riktlinjen för egenvård ska vara känd av all personal.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att beslut om egenvård aldrig överlämnas till annan person än vad ordnatören beslutat.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Om den behandlande leg. yrkesutövaren (ordinatör) beslutat om egenvård ska det finnas en plan som tydligt beskriver vem som ska utföra uppgiften, hur den ska följas upp samt vilka åtgärder som ska vidtas om det sker någon förändring.	Dokumentationsgranskning.

1.5. Förebyggande och hälsofrämjande arbete	Uppföljning/mätning
Utföraren ska ha kända rutiner för att uppmärksamma samt påtala behov av rehabiliterande insatser.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska arbeta utifrån ett hälsofrämjande arbetssätt genom att tillvarata den enskildes egna resurser och aktivt stödja den enskilde. Detta ska leda till ökad eller bibehållen självständighet, livskvalitet och välbefinnande.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Den enskilde ska regelbundet ges möjlighet till övningar så att rörligheten i leder kvarstår.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarenkät.
Beställningar från arbetsterapeut/fysioterapeut gällande utförandet av habiliterande/rehabiliterande insatser, ska följas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

1.6. Måltid	Uppföljning/mätning
Utföraren ska följa Måltidsprogrammet (se bilaga) som är ett förvaltningsgemensamt, samlande och styrande dokument för all kost- och måltidsverksamhet.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Kvalitetsregister. Brukarenkät.

1.7. Vårdhygien	Uppföljning/mätning
Utföraren ansvarar för att se till att all personal har god kännedom om basala hygienrutiner och att dessa efterlevs.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ansvarar för att det finns förutsättningar för att basala hygienrutiner vid varje tidpunkt följs.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska delta i punktprevalensmätning gällande hygien.	Kvalitetsuppföljning.
Utföraren ska säkerställa att insatser rörande vårdhygien och vårdrelaterade infektioner genomförs, följs upp och utvärderas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att gällande riktlinje och rutiner för tillämpning och uppföljning av basala hygienrutiner för att förebygga smittspridning följs.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

1.8. Urinblås- och tarmfunktion	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att brukaren så långt som möjligt genom stöd får behålla sina funktioner till toalettbesök.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa och medverka till att brukaren får individuellt utprovade hjälpmedel för bristande urinblås- och tarmfunktion.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning. Kvalitetsregister.

1.9. Munhälsa/upsökande tandvård	Uppföljning/mätning
Utföraren ansvarar för att vara en kontaktlänk med utföraren för uppsökande tandvård så att den enskildes behov rörande tandvårdsinsatser blir tillgodosedda.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ansvarar för att personalen tar emot instruktioner om munvård och följer dessa instruktioner.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utförarens personal ska finnas på plats när tandvårdspersonal besöker den enskilde i hemmet.	Dokumentationsgranskning. Statistik.
Utföraren ska säkerställa att insatser rörande brukarens mun- och tandhälsa genomförs, följs upp och utvärderas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att brukaren erbjuds regelbunden kontakt med tandvården samt vid behov.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att brukaren vid behov får individuellt utprovade hjälpmedel för munvård.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

1.10. Personliga hjälpmedel	Uppföljning/mätning
Vid förskrivning av personligt hjälpmedel ska personalen tillhandahålla de kunskaper som krävs för ett patientsäkert användande.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Personalen ska meddela arbetsterapeut/fysioterapeut/ sjuksköterska om förskrivet hjälpmedel inte fungerar enligt syfte eller är i behov av reparation.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

2. Självbestämmande och integritet

Äldreomsorg ska sträva mot att alla personer ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. För att uppnå det ska äldreomsorgen bland annat värna och respektera den enskilda personens rätt till privatliv och kroppslig integritet, självbestämmande och delaktighet. Äldreomsorgen ska stödja att man så långt det är möjligt kan leva sitt liv på det sätt den enskilde önskar. Den enskilde ska ha inflytande och ges möjlighet till egna val. För att kunna möta olika behov av stöd och hjälp krävs ett varierat utbud av insatser. Alla ska utifrån sina förutsättningar få möjlighet till en aktiv och meningsfull tillvaro.

2.1. Värdegrund	Uppföljning/mätning
Den enskildes insatser ska utformas med hänsyn till olika språk och sedvanor som kan betingas av kulturell eller religiös bakgrund.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Den enskilde ska få bestämma över t.ex. klädval, personlig livsstil, personliga tillhörigheter.	Dokumentationsgranskning. Brukarenkät. Intervju i verksamheten.
Personalen ska respektera att den enskildes bostad är dennes hem samt brukarens rätt att möblera och utforma den egna lägenheten så som brukaren själv vill med hänsyn tagen till personalens arbetsmiljö.	Dokumentationsgranskning. Brukarenkät.
Personalen ska ha ett arbetssätt som säkerställer att den enskilde själv får bestämma om den kroppsliga omsorgen och motiverar den enskilde att upprätthålla en god personlig hygien.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarenkät.
Personalen ska respektera den enskildes behov av integritet i omsorgssituationer.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska ge den enskilde möjligheten till individuell stimulans utifrån önskemål och behov inom ramen för beslut.	Dokumentationsgranskning. Brukarenkät.
Den enskilde ska vara nöjd med hur insatserna utförs och med personalens bemötande.	Brukarenkät.
Utföraren ska ta hänsyn till enskildes önskemål om vem som ska utföra insatsen och sträva mot att detta uppfylls.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarenkät.
Personalen ska stödja den enskilde i att hålla kontakten med närstående och vänner.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

2.2. Genomförandeplan	Uppföljning/mätning
Rutiner för upprättandet av genomförandeplan skall finnas och personalen ska följa dem.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten
Utföraren ska säkerställa att brukarens behov av insatser tillgodoses omgående även om genomförandeplan inte hunnit upprättas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten
Utföraren ska säkerställa att en genomförandeplan upprättas i samråd med brukaren snarast men senast inom två veckor från verkställt biståndsbeslut.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

Genomförandeplanen ska innehålla uppställda mål gällande omvårdnad, vård, service, stöd, rehabilitering och omsorg samt en beskrivning av hur arbetet bedrivs för att nå målet. Dessa ska vara begripliga för den enskilde.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Genomförandeplanen ska utgå från värdegrunden. Stor vikt läggs vid den enskildes rätt till delaktighet, inflytande och självbestämmande.	Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska säkerställa att insatser enligt genomförandeplan rörande brukarens personliga vård sker utifrån ett rehabiliterande och hälsofrämjande arbetssätt	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Av den enskildes dokumentation ska det tydligt framgå vilken effekt som uppnåtts i arbetet mot de uppsatta målen.	Dokumentationsgranskning.
Den enskilde och/eller deras närstående ska vara delaktiga i upprättandet av genomförandeplanen och planeringen av insatserna.	Dokumentationsgranskning.
Saknar den enskilde möjligheten att själv uttrycka sig ska närstående eller annan legal företrädare tolka och framföra dennes önskemål och behov.	Dokumentationsgranskning.
Om behov finns ska den enskilde ges möjlighet att använda sig av auktoriserad tolk i samband med upprättande eller revidering av genomförandeplan.	Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska ha arbetsmetoder som stödjer arbetet mot uppsatta mål som är formulerade i genomförandeplaner.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning

3. Helhetssyn och samordning

Helhetssyn utgår från den enskildes samlade livssituation. Då den enskilde har behov av tjänster som bedrivs inom olika verksamheter eller av olika utförare och professioner är dessa samordnade. Det finns en tydlig ansvarsfördelning.

Kontakter, information och olika insatser bör samordnas på ett ändamålsenligt sätt så att möjligheten till oberoende i det dagliga livet stärks.

Verksamheten ska samverka med anhöriga om hur stödet till den enskilde ges förutsatt att den enskilde samtycker till detta. I alla möten har personalen ansvar för ett anhängstödande förhållningssätt.

3.1. Samverkan kring den enskilde	Uppföljning/mätning
Utföraren ska presentera sin verksamhet och sitt arbetssätt i en särskild informationsskrift som riktar sig till den enskilde och deras anhöriga. Det ska även innehålla kontaktuppgifter samt information om vart man vänder sig om man vill framföra synpunkter eller klagomål.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Personalen ska veta vilka, hur och när olika insatser ska utföras hos olika brukare.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarenkät.
Utföraren ska ha rutiner internt och med andra aktörer inom vård och omsorg (ex. primärvård), som säkerställer att samarbetet runt den enskilde fungerar.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ansvarar för att teamsamverkan mellan olika personalkategorier fungerar. Teamsamverkan ska säkra att brukarens insatser från såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård samplaneras för att ge en god vård och omsorg till den enskilde.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Utförarens personalbemanning ska ge brukaren en trygg och säker vård och omsorg och garantera en god tillsyn och säkerhet enligt SoL och HSL. Utföraren ska ha arbetsmetoder som stödjer arbetet mot uppsatta mål.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska ha kända rutiner för att uppmärksamma samt vidta åtgärder om en person med demenssjukdom/kognitiv svikt är i behov av mer hjälp och stöd.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Det ska finnas skriftliga rutiner för hur man agerar samt vem man kontaktar när behov av rättslig företrädare uppmärksammas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att all personal ges information om den legala företrädarens uppdrag och ansvar.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

3.2. Samverkan med andra utförare	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att all relevant information rörande brukaren rapporteras och förmedlas till mottagande instans vid byte av vårdform.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att en samordnad individuell plan (SIP) upprättas efter samtycke från brukaren om det finns behov av insatser av flera huvudmän och/eller vårdgivare.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Brukare som vårdats på sjukhus ska snarast återvända till sitt hem när den enskilde är utskrivningsklar och planerad för hemgång.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

3.3. Samverkan med beställarens larm- och nattpatruller	Uppföljning/mätning
Utföraren ska samverka med beställarens larmorganisation och nattpatrull för att ge en bra och trygg omvårdnad. Rutiner för detta ska finnas hos utföraren.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
När den enskilde har flera utförare och/eller andra insatser, exempelvis dagverksamhet eller nattinsatser, ska genomförandeplanen samordnas om det är möjligt.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

3.4. Personkontinuitet	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att den enskilde informeras om vem som ska utföra vården och omsorgen samt gällande förändringar i verksamheten.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska fördela arbetet på ett sådant sätt att den enskilde upplever kontinuitet i insatserna. Det innebär att personalen ska vara känd och så få olika personer som möjligt svarar för de individuella insatserna.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarenkät.
Minst en erfaren personal ska alltid vara i tjänst inom respektive arbetslag.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

3.5. Fast omsorgskontakt	Uppföljning/mätning
Den enskilde ska ha en fast omsorgskontakt och det ska vara tydligt för den enskilde vem som är fast omsorgskontakt och vilket uppdrag hen har.	Dokumentationsgranskning.
Brukaren ska se vården som en helhet och det ska vara enkelt att få rätt stöd och hjälp av en fast omsorgskontakt.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.
Den enskilde ska kunna påverka valet av fast omsorgskontakt.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.
Om den enskilde har omsorgsinsatser ska den enskilda ska få möjlighet att träffa sin fasta omsorgskontakt under första veckan efter verkställighet.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.
Personalen ska känna till vilket uppdrag och ansvar den fasta omsorgskontakten har. En skriftlig beskrivning ska finnas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

3.6. Anhörigstöd	Uppföljning/mätning
Utförarens samtliga medarbetare ska ha kunskap om vad anhörigstöd och anhörigvänlig vård och omsorg innebär.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska informera brukaren och dennes närstående om möjligheten till anhörigstöd och vart de ska vända sig.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Anhörigas kunskaper och resurser ska tillvaratas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Förutsatt att den enskilde samtycker till detta ska: - Utföraren samverka med anhöriga om hur stödet till den enskilde ges. - Upprätta en individuell planering för att upprätthålla regelbundna kontakter med anhöriga samt hur de involveras vid förändring/uppföljning av insatser.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Vid avlösning i hemmet ska utföraren genomföra ett hembesök innan insatsen startar för att skapa trygghet hos anhörig och brukare. Anhöriga ska fritt få förfoga över sina timmar förutsatt att tiden bokas enligt rutin.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

4. Trygghet och säkerhet

Trygg och säker innebär att tjänsterna utförs enligt gällande regelverk. Tjänsterna är transparenta vilket innebär förutsägbarhet och möjlighet till insyn. Risk för kränkning, försummelse, fysisk eller psykisk skada förhindras genom förebyggande arbete.

Det finns rutiner för avvikelshantering samt synpunkts- och klagomålshantering. Dessa ingår som en del i det systematiska kvalitetsarbetet.

Vården och omsorgen ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.

Tjänsterna präglas av kontinuitet. Den enskilde ska känna att personalen är välkänd, pålitlig och iakttar sekretess.

Den äldre ska kunna bo tryggt utifrån sina förutsättningar och ha möjlighet till rörelsefrihet. Trygghet kan vara att bo kvar i sin invanda miljö, att det finns möjlighet till sociala kontakter samt att det finns god social och medicinsk omvårdnad att tillgå hela dygnet, oavsett var i kommunen man bor.

4.1. Trygghet och säkerhet	Uppföljning/mätning
Vid hemtjänst och planering av insatser ska i de fall det finns barn i hemmet tas hänsyn till barns behov av information, råd och stöd.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska ha en känd rutin som säkerställer att personalen har kunskap om hur de ska agera om barn misstänks fara illa.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska ha en känd rutin som beskriver hur barn som lever i familjer med missbruk, psykisk ohälsa, svårt somatiskt sjuka föräldrar och barn till föräldrar som oväntat avlider ska uppmärksammas samt vilka kontakter som ska tas för att ge extra stöd.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska ha en känd rutin som säkerställer att personalen har kunskap om hur de ska agera vid förekomst eller misstanke om våld i nära relationer.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

4.2. Lagstiftning, riktlinjer och rutiner	Uppföljning/mätning
All personal ska vara uppdaterad och kring gällande lagstiftning, riktlinjer och rutiner inom verksamhetsområdet och följa dessa.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

4.3. Identifikation	Uppföljning/mätning
All personal ska bära namnskylt och kunna identifiera sig.	Kontroll vid besök.
Den enskilde ska känna till på vilket sätt utföraren identifierar sig.	Enkät och intervju i verksamheten.

4.4. Sekretess	Uppföljning/mätning
Utföraren ansvarar för att all personal som utför uppgifter inom uppdraget förstår och efterlever den sekretess och tystnadsplikt som gäller.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
All personal ska underteckna en förbindelse om den tystnadsplikt som råder enligt sekretesslag, socialtjänstlag och hälso- och sjukvårdslag.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
4.5. Rutin för kontanta medel	Uppföljning/mätning
Utföraren ska ha rutiner för hantering av kontanta medel och följa dem, för de fall det är nödvändigt att personal hjälper den enskilde med inköp.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att den enskildes värdesaker förtecknas och hanteras på ett korrekt och tillförlitligt sätt.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
4.6. Rutin för nyckelhantering och andra låssystem	Uppföljning/mätning
Utföraren ska ha skriftliga rutiner för handhavande av nycklar eller andra låssystem såväl för brukarnas boende som för andra lokaler. Rutinerna ska säkerställa en säker hantering och förvaring av nycklar och andra låssystem.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Det ska inte vara möjligt för en utomstående att härleda till vilken adress nyckeln eller låssystemet går.	Kontroll vid besök.
Rutin ska finnas för hur utföraren agerar när någon inte öppnar eller svarar i telefon vid planerat besök/kontakt.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska tillsammans med den enskilde upprätta en plan över vem som ska kontaktas om den enskilde inte öppnar dörren eller svarar på telefon vid planerat besök samt komma överens med den enskilde om hemtjänsten ska använda nyckel vid planerade besök.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
4.7. Den enskildes rätt till rörelsefrihet	Uppföljning/mätning
Utföraren ska följa antagna riktlinjer om skyddsåtgärder. Rutiner kring arbetet med skyddsåtgärder ska vara kända och efterlevas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att skyddsåtgärder inte används utan brukarens samtycke.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
4.8. Synpunkter och klagomål	Uppföljning/mätning
Utföraren ska följa antagna riktlinjer för att mottaga klagomål och synpunkter och de ska vara kända i verksamheten. Utföraren ansvarar för att utreda, åtgärda och följa upp.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att brukaren och/eller dennes närstående erhåller tydlig information om hur de går tillväga vid rapportering av klagomål och synpunkter.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarenkät.

Utföraren ska säkerställa att brukaren och/eller dennes närstående erhåller tydlig information om hur de går tillväga för att anmäla enskilt klagomål/fel i vården till berörd myndighet.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Synpunkts- och klagomålshantering ska ingå som en del i det systematiska kvalitetsarbetet.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

4.9. Avvikelsehantering	Uppföljning/mätning
Utföraren ska följa antagna riktlinjer för att identifiera och rapportera avvikelser, samt att åtgärda och följa upp dessa.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Rutiner för avvikelsehantering ska vara kända hos personalen och efterlevas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Det skall finnas rutiner för hur den enskilde ska informeras om det har inträffat en händelse/avvikelse.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Vid tillbud med medicinteknisk produkt ska ansvarig legitimerad personal kontaktas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Händelser som leder till en avvikelse ska omedelbart dokumenteras i brukarens dokumentation.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Vid en allvarlig avvikelse (klassificering grad 3 och 4) ska vårdgivaren informera om vilka åtgärder som genomförs för att en liknande händelse inte ska inträffa igen.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
För avvikelser inom hälso- och sjukvårdens område ska beställarens rutiner följas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

4.10. Lex Sarah	Uppföljning/mätning
Utföraren ska ha kända skriftliga rutiner för den rapporteringsskyldighet avseende missförhållanden eller risk för missförhållande i omsorger om äldre eller funktionshindrade som följer av 14 kap 2 § socialtjänstlagen samt socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:5 och hur personalen ska informeras om dessa.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska omedelbart informera beställaren (socialt ansvarig samordnare) om utredning enligt Lex Sarah inleds.	Enkät och intervju i verksamheten.

4.11. Lex Maria	Uppföljning/mätning
Utföraren och personalen ska ha kännedom om och veta vad, när och hur det ska rapporteras enligt Lex Maria.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

4.12. Lex Maja	Uppföljning/mätning
Utföraren ska ha kända rutiner för hur man rapporterar när djur far illa.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

4.13. Kvalitetsarbete	Uppföljning/mätning
Resultatet från kvalitetsrapport och patientsäkerhetsberättelse ska analyseras i verksamheten och handlingsplan för kvalitet och patientsäkerhet ska upprättas.	Enkät och intervju i verksamheten.

4.14. Rutin för larmhantering	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att brukaren har tillgång till trygghetslarm där så bedöms nödvändigt.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Personalen ska se till att den enskilde får förutsättningar att hantera sitt trygghetslarm och ska meddela ansvarig person om det inte fungerar.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska ha kända rutiner för åtgärdande av larm och följa dem.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

4.15. Social dokumentation	Uppföljning/mätning
Dokumentation i verksamhetssystemet ska föras enligt beställarens rutiner och riktlinjer för dokumentation och informationsöverföring.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ansvarar för att social dokumentation sker i enlighet med gällande lagkrav, författningar och allmänna råd.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.
Av den enskildes dokumentation ska det tydligt framgå vilken effekt som uppnåtts i arbetet mot de uppsatta målen.	Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska ha rutiner för dokumentation som ska vara kända och följas av personalen.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
All dokumentation ska vara på svenska.	Kontroll vid besök. Dokumentationsgranskning.

4.16. Dokumentation av hälso- och sjukvård	Uppföljning/mätning
Den som tagit emot en delegering från legitimerad personal tillhör hälso- och sjukvårdspersonal och har ett ansvar att signera utförd insats.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska säkerställa att all personal har resurser och tid att dokumentera.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att delegerade insatser dokumenteras och följs upp.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.

4.17. Förvaring av dokumentation	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att all dokumentation som rör brukaren förvaras på betryggande sätt i ett brandsäkert skåp, så att obehöriga inte får tillgång till den.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
4.18. Återlämnande av dokumentation	Uppföljning/mätning
När ärendet upphör eller den enskilde väljer annan utförare ska dokumentationen lämnas tillbaka till beställaren utan kostnad.	Kontroll vid besök. Dokumentationsgranskning.
4.19. Utlämnande av handlingar	Uppföljning/mätning
Utlämnande av allmän handling enligt Tryckfrihetsordningen får endast handläggas av kommunen/beställaren. Utföraren är i dessa fall skyldig att skyndsamt bistå nämnden i denna handläggning.	Kontroll vid besök.
I det fall kommunfullmäktige i Alingsås kommun fattar beslut om att tillämpa, Lag (1994:1383) överlämnande av handlingar till andra organ än myndigheter för förvaring, blir detta en uppgift för utföraren.	Kontroll vid besök.

5. Kunskapsbaserad verksamhet

Insatserna ska utföras i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet dvs. bästa tillgängliga kunskap om utformning, innebörd och förväntat resultat.

Personalen ska få till sig ny kunskap och fortbildning i den omfattning uppdraget kräver.

Den enskilde ska mötas av personal som har den utbildning och/eller yrkeserfarenhet som krävs för arbetsuppgiften. Arbetsmetoder och tillvägagångssätt ska präglas av inlevelseförmåga och respekt för individen.

Den enskildes erfarenhet och kunskap samt önskemål och förväntningar ska tas till vara. För detta krävs ett genomtänkt etiskt förhållningssätt samt kunskaper om kommunikation och bemötande.

5.1. Kompetenskrav för hemtjänst	Uppföljning/mätning
I enlighet med (SOSFS 2011:12) ska grundläggande kunskaper och förmågor finnas hos personalen om värdegrund, förhållningssätt och bedömningsförmåga, det normala åldrandet, åldrandets sjukdomar, funktionsbevarande omsorg, social omsorg, kroppsnära omsorg, måltid, mat och näring och omsorg i livets slutskede.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Kompetenskravet vid nyanställning av tillsvidareanställd vårdpersonal ska vara undersköterskekompetens vilket innebär: Gymnasieexamen från vård- och omsorgsprogrammet eller motsvarande tidigare utbildning, alternativt motsvarande gymnasial vuxenutbildning.	Statistik.
All personal ska behärska svenska språket på ett sådant sätt att hon eller han kan kommunicera med den enskilde m.fl. samt skriftligt kunna göra den dokumentation som krävs för respektive yrkeskategori.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska alltid sträva efter att vikarie vid långtidsfrånvaro har likvärdig utbildning som tillsvidareanställd personal.	Statistik.
Personal som bara utför serviceinsatser ska ha den erfarenhet som krävs för arbetsuppgiften och vara serviceinriktade.	Statistik.
Nyanställd personal får arbeta självständigt när personen genomgått utbildning i kommunens verksamhetssystem och fått en inloggning.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska se till att personalen har kunskap om metoder och arbetssätt för att möta den enskilda personens behov.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Rutiner för introduktion av samtliga yrkesgrupper ska finnas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

5.2. Kompetensutveckling	Uppföljning/mätning
Utföraren ansvarar för att personal får till sig ny kunskap och fortbildning inom det aktuella området och i den omfattning uppdraget kräver.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska ha en struktur för kompetensutveckling och fortbildning. Kompetensutvecklingsarbete ska genomföras enligt en fastställd plan.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att all personal har grundläggande kunskaper inom nedanstående områden samt att kompetensutveckling sker fortlöpande. Utbildningsplaner ska kunna redovisas. • Personlig vård • Gerontologi och geriatrik • Kognitiv svikt och äldres psykiska ohälsa • Vårdhygien och vårdrelaterade infektioner • Måltid, kost och nutrition • Mun- och tandhälsa • Urinblås- och tarmfunktion inklusive hjälpmedel • Diabetes • Stroke • Rehabilitering • Förflyttning samt hjälpmedel • Omvårdnad och omsorg i livets slut • Riskförebyggande arbete • Värdegrund och bemötande • Våld och övergrepp • Dokumentation	Enkät och intervju i verksamheten. Statistik.

5.3. Elever och studerande	Uppföljning/mätning
Utföraren ska ansvara för att elever / studerande har en utsedd handledare.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Minst en person i personalgruppen ska ha handledarutbildning.	Statistik.

6. Tillgänglighet

Tillgänglig innebär att det är lätt att få kontakt med socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Det är lätt att få information om vilken form av stöd och hjälp den enskilde kan få utifrån behov.

Information och kommunikation är begriplig och anpassad efter olika grupper och individers behov. Kommunikationen mellan den enskilde och professionen präglas av ömsesidighet och dialog.

Ingen ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som han eller hon har behov av. Det är viktigt att avtalade tider hålls.

Verksamheterna är fysiskt tillgängliga.

6.1. Tillgänglighet	Uppföljning/mätning
Den enskilde, och vid behov även dennes anhöriga, ska ges information om verksamheten, kontaktuppgifter, rättigheter, förutsättningar för en god vård och omsorg på ett enkelt och lättförståeligt sätt.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarenkät.
Utföraren ansvarar för att rekquirera tolk vid behov samt står för kostnaden för densamma.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska verka för att den fysiska miljön utformas så att den stödjer ett självständigt och oberoende liv.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

6.2. Insats i rätt tid	Uppföljning/mätning
Den enskilde ska kunna påverka genomförandet av insatserna och tidpunkten för service, omvårdnad och aktiviteter. Det innebär bl.a. att den enskilde ska kunna påverka när han eller hon vill stiga upp och lägga sig samt påverka vilken tid han eller hon vill äta.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarenkät.
Utföraren ska säkerställa att insatser i möjligaste mån, utförs vid den tid som planerats.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarenkät.
Information om ändrade förhållanden (ex. förändrad tid, annan person) ska ges utan dröjsmål till den enskilde.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarenkät.

6.3. Möjlighet att få kontakt	Uppföljning/mätning
Chefen ska vara tillgänglig dagtid kl. 08:00 - 17:00 under vardagar.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utförare av hemtjänst inklusive delegerad/instruerad hälso- och sjukvårdsinsats ska vara tillgängliga för beställaren mellan 07.00 - 22.00 alla dagar.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

Utföraren ska alltid ha en person med chefsbefogenheter i beredskap.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Det ska var känt hur man får kontakt med utföraren och det ska vara lätt att ta kontakt samma dag.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Personalen ska känna till vem som är chef och ska när som helst kunna nå en ansvarig chef, om behov uppstår i verksamheten.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
För den som söker chefen, ska det vara möjligt att få kontakt senast närmast efterföljande vardag.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

7. Effektivitet

Innebär att tillgängliga resurser utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål. Detta innebär att vården och omsorgen utformas och ges i samverkan mellan olika aktörer för att uppnå en hög kostnadseffektivitet. Det ska finnas en hög måluppfyllelse i förhållande till insatta resurser.

7.1. Effektivitet	Uppföljning/mätning
Utföraren ska sträva mot att använda tillgängliga resurserna används på bästa sätt för att uppnå de uppsatta målen.	Ekonomisk uppföljning. Statistik.

Kvalitetskrav Kommunal primärvård

Typ av styrdokument: Program
Beslutande instans: Vård- och omsorgsnämnden
Datum för beslut: 2022-12-
Diarienummer: XX

Gäller för: Vård- och omsorgsförvaltningen
Giltighetstid: Ett år
Revideras senast: 2023-12-31
Dokumentansvarig: MAS och MAR

Innehåll

Inledning.....	5
Uppföljning/mätning	6
Referenser	6
1. Säker vård och omsorg	7
1.1. God och säker vård	7
1.2. Medicintekniska produkter och förbrukningsartiklar	7
1.3. Egenvård	8
1.4. Vård och stöd i livets slutskede	8
1.5. Delegering och instruktion	9
1.6. Förebyggande och hälsofrämjande arbete	9
1.7. Vårdhygien.....	10
1.8. Urinblås- och tarmfunktion	10
1.9. Munhälsa/uppsökande tandvård	11
1.10. Personliga hjälpmedel	11
2. Självbestämmande och integritet.....	12
2.1. Värdegrund	12
3. Helhetssyn och samordning	13
3.1. Samverkan kring den enskilde	13
3.2. Samverkan med andra utförare.....	14
3.3. Personkontinuitet.....	14
3.4. Patientansvar.....	15
3.5. Anhörigstöd.....	15
4. Trygghet och säkerhet.....	16
4.1. Trygghet och säkerhet.....	16
4.2. Lagstiftning, riktlinjer och rutiner.....	16
4.3. Identifikation.....	17
4.4. Sekretess.....	17
4.5. Rutin för kontanta medel	17
4.6. Rutin för nyckelhantering och andra låssystem	17
4.7. Den enskildes rätt till rörelsefrihet	17
4.8. Synpunkter och klagomål	18
4.9. Avvikelsehantering	18
4.10. Lex Sarah	19
4.11. Lex Maria	19
4.12. Lex Maja	19
4.13. Kvalitetsarbete.....	19
4.14. Rutin för larmhantering	19
4.15. Dokumentation av hälso- och sjukvård	19
4.16. Förvaring av dokumentation	20
4.17. Återlämnande av dokumentation	20
4.18. Utlämnande av handlingar	20
5. Kunskapsbaserad verksamhet	21
5.1. Kompetenskrav för legitimerad personal.....	21
5.2. Kompetensutveckling	22

5.3.	Elever och studerande	22
6.	Tillgänglighet	23
6.1.	Tillgänglighet	23
6.2.	Insats i rätt tid	23
6.3.	Möjlighet att få kontakt	24
7.	Effektivitet	24
7.1.	Effektivitet	24

Inledning

I Socialstyrelsens författningssamling SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, definieras kvalitet som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Vidare framgår det att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Att säkerställa kvaliteten i verksamheten innebär bland annat att samtliga insatser utförs på ett säkert sätt och med kvalitet så att den enskilde upplever sig nöjd med den beviljade insatsen/stödet. Kvalitén och kontinuiteten säkras även genom gemensamma arbetsmetoder, som kan förstås och tillämpas av alla och som är lättillgängliga och tydliga.

Vård- och omsorgsnämnden har antagit kvalitetskrav som anger en lägsta nivå för den vård och omsorg som ges. I detta dokument finns kvalitetskrav som gäller för kommunal primärvård beskrivna. Kvalitetskrav finns även specificerade för särskilt boende, hemtjänst och funktionsstöd. Verksamheten följs upp årligen utifrån dessa krav, se nedan under "Uppföljning/mätning". Vård- och omsorgsnämnden justerar även kraven årligen, för att kontinuerligt utveckla och förbättra kvaliteten inom verksamheten.

Av 14 kap 2 § SoL framgår att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller vid Statens institutionsstyrelse ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet. Kvalitetskraven kan utifrån detta ses som ett verktyg och stöd att luta sig mot i det gemensamma uppdraget att säkra och utveckla kvaliteten i verksamheten.

Kvalitetskraven för kommunal primärvård utgår från de områden som Socialstyrelsen har angett vara viktiga för att uppnå en god och säker vård och omsorg. Kraven finns beskrivna under följande rubriker:

- Säker vård och omsorg
- Självbestämmande och integritet
- Helhetssyn och samordning
- Trygghet och säkerhet
- Kunskapsbaserad verksamhet
- Tillgänglighet
- Effektivitet

Uppföljning/mätning

Uppföljning och mätning av resultat utifrån gällande kvalitetskrav sker på olika sätt och i tabellerna nedan finns angivet vilken typ av uppföljning/mätning som är aktuell för respektive kvalitetskrav. Det handlar framför allt om;

- *Kontroll vid besök:*

SAS, MAS och/eller MAR kan komma att göra såväl anmälda som oanmälda besök i verksamheten för att säkerställa att kraven efterlevs.

- *Enkät och intervju i verksamheten:*

En stor andel av kvalitetskraven följs upp via enkäter och/eller intervjuer i verksamheten. Verksamheten kommer inför varje enkätutskick eller planerad intervju att få information om detta i förväg. Frågeställningarna kommer främst att ha koppling till de särskilda områden som vård- och omsorgsförvaltningen fått i uppdrag av nämnden att lägga extra fokus på under året och som finns belysta i kvalitetsberättelsen och patientsäkerhetsberättelsen, som är antagna av Vård- och omsorgsnämnden. Enkäter kan också komma att skickas ut återkommande under året, kring specifikt utvalda områden.

- *Kvalitetsregister och statistik:*

En del av uppföljningen och mätningen av resultat sker genom inhämtande av statistik och information från de nationella kvalitetsregister som Vård- och omsorgsförvaltningen är anslutna till.

- *Dokumentationsgranskning:*

Att granska verksamhetens dokumentation ingår numera som en del av det årliga systematiska kvalitetsarbetet genom egenkontroll. SAS, MAS och/eller MAR kan komma att göra ytterligare journalgranskningar eller stickprov ur dokumentationen i verksamheter där behov av detta uppmärksammas.

- *Brukarenkät/brukarundersökning:*

Vård- och omsorgsförvaltningen deltar årligen i nationella brukarenkäter/ brukarundersökningar. Resultaten från dessa undersökningar kommer att ligga till grund för uppföljning och mätning av en del av kvalitetskraven.

Referenser

- SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
- SIS-standard (SS 872500:2015) Kvalitet i omsorg, service, omvårdnad och rehabilitering för äldre med omfattande behov i ordinärt och särskilt boende (SIS – svenska institutet för standarder)
- Socialtjänstlag (2001:453)

1. Säker vård och omsorg

S

Det är ledningens ansvar att de insatser som utförs är av god kvalitet och att tillsammans med medarbetarna skapa en säker vård och omsorg. Grunden för säker vård är att bedömningar, vård och behandling utförs på rätt sätt.

Säker vård och omsorg innebär bland annat att vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete. Vården i livets slutskede ska ges särskild prioritet så att omvårdnad och tillsyn ges på ett säkert, tryggt och värdigt sätt.

Utföraren ska ha ett habiliterande och rehabiliterande synsätt. Den enskilde ska ges möjlighet att delta i insatserna efter förmåga med syfte att stärka de egna resurserna.

1.1. God och säker vård	Uppföljning/mätning
Utföraren skall ha rutiner för att identifiera personer som riskerar att få en vårdskada, samt medverka till, att förekomsten av vårdskador minskar.	Enkät och intervju i verksamheten. Kvalitetsregister.
Utföraren ska medverka till att brukare som riskbedöms får en åtgärdsplan upprättad av ett tvärprofessionellt team. Utföraren ska medverka till att genomföra de överenskomna åtgärderna.	Kontroll vid besök. Dokumentationsgranskning. Kvalitetsregister.
Utföraren ska medverka vid rapportering och omsätta data från aktuella kvalitetsregister, som en del av verksamhetens systematiska förbättringsarbete.	Kontroll vid besök. Dokumentationsgranskning. Kvalitetsregister.
Brukaren ska ses som en resurs i planering och genomförande av den egna vården. Den enskildes medverkan är en viktig utgångspunkt i patientsäkerhetsarbetet.	Enkät och intervjuer i verksamheten. Dokumentationsgranskning
Det ska finnas utarbetade och kända rutiner för när sjuksköterska ska tillkallas samt hantering av akutfall då sjuksköterska inte är på plats.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Hjälpen ska finnas där man är, ingen ska behöva åka till sjukhus i onödan.	Enkät och intervjuer i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

1.2. Medicintekniska produkter och förbrukningsartiklar	Uppföljning/mätning
Medicinsk kompetens och säkerhet ska säkerställas inom verksamheten.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utförare ska följa övergripande inriktning/policy för medicintekniska produkter.	Enkät och intervju i verksamheten. Kontroll vid besök.

Det ska finnas tillgång till förskrivare i den omfattning som krävs för att verksamheten ska fungera på ett patientsäkert sätt.	Kontroll vid besök. Statistik.
Förskrivare ska vara godkända av verksamhetschef samt registreras i vårdgivarens register.	Kontroll vid besök. Statistik.
Utföraren ansvarar för att sjuksköterskor som har förskrivningsrätt har den kompetens som erfordras för att förskriva förbrukningsartiklar enligt aktuell författning.	Kontroll vid besök. Statistik.
Utföraren ansvarar för sjukvårdsmaterial såsom förbrukningsartiklar och förbandsmateriel, samt annan medicinsk utrustning som krävs för att fullgöra åtagandet. Utföraren ansvarar för skötsel, underhåll och nyanskaffning.	Kontroll vid besök. Statistik.

1.3. Egenvård	Uppföljning/mätning
Riktlinjen för egenvård ska vara känd och följas av all personal.	Enkät och intervju i verksamheten.
Den behandlande leg. yrkesutövaren (ordinatör) beslutar inom sitt yrkesområde om en hälso- och sjukvårdsuppgift kan utföras som egenvård.	Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska säkerställa att beslut om egenvård aldrig överlämnas till annan person än vad ordnatören beslutat.	Enkät och intervju i verksamheten.
Om den behandlande leg. yrkesutövaren (ordinatör) beslutat om egenvård ska det finnas en plan som tydligt beskriver vem som ska utföra uppgiften, hur den ska följas upp samt vilka åtgärder som ska vidtas om det sker någon förändring.	Dokumentationsgranskning.

1.4. Vård och stöd i livets slutskede	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att processer och rutiner för samverkan och uppföljning med hälso- och sjukvårdsansvariga, är kända och efterföljs så att oro, ångest, illamående och smärta lindras, hos den döende.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Kvalitetsregister.
Utföraren ska säkerställa att överenskommelser träffas och beslut om insatser vid livets slut fattas i delaktighet med brukaren samt att en vårdplan upprättas.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.
Sjuksköterskan ska säkerställa att en munhälsobedömning blir utförd och dokumenterad sista levnadsveckan.	Dokumentationsgranskning. Kvalitetsregister.
Utföraren ska säkerställa att personal finns närvarande, om så önskas av brukaren, under den sista perioden i livets slut.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att personalen har kunskaper och förutsättningar att anpassa vården av den döende och att omhändertagandet efter döden anpassas till brukarens önskemål	Enkät och intervju i verksamheten.

och/eller till de sedvanor som kan betingas av kulturell eller religiös bakgrund.	
Läkare ansvarar för brytpunktssamtal och patientansvarig sjuksköterska ska vara delaktig i att detta utförs samt säkerställa att det dokumenteras.	Kvalitetsregister.
Sjuksköterska ska tillsammans med enhetschef bedöma behovet av vak/tillsyn vid vård i livets slut och besluta om dessa insatser.	Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska säkerställa att den avlidnes identitet är fastställd av legitimerad personal och att den avlidne tas om hand på ett värdigt och respektfullt sätt och att närstående omgående underrättas samt får möjlighet att ta farväl.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att personalen får stöd i form av möjlighet till samtal, handledning och reflektion.	Enkät och intervju i verksamheten.
Patientansvarig sjuksköterska ansvarar för att anhöriga erbjuds efterlevandesamtal enligt gällande rutin.	Kvalitetsregister.

1.5. Delegering och instruktion	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att delegerad uppgifter utförs enligt gällande riktlinjer och rutiner samt att patientsäkerheten är säkerställd vid utförandet.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska undervisa, handleda och följa upp kunskapsnivå hos delegerad vårdpersonal minst en gång om året samt vid behov.	Enkät och intervju i verksamheten.
Ny delegering ska följas upp senast inom 6 månader.	Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska anordna utbildningstillfällen regelbundet, utifrån de behov som finns i verksamheten, för den vårdpersonal som ska få delegation eller behöver uppdatera sina kunskaper.	Enkät och intervjuer i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Den leg. personalen ska regelbundet bedöma den delegerade hälso- och sjukvårdsinsatsen och lämpligheten att delegera insatsen. Endast stabila, okomplicerade insatser bör delegeras.	Enkät och intervjuer i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
För att kunna garantera en hög patientsäkerhet vid delegering bör den leg. personalen alltid överväga möjligheten att begränsa antalet personer som utför den delegerade uppgiften hos den enskilde.	Enkät och intervjuer i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

1.6. Förebyggande och hälsofrämjande arbete	Uppföljning/mätning
Utföraren ska arbeta utifrån ett hälsofrämjande arbetssätt genom att tillvarata den enskildes egna resurser och aktivt stödja den enskilde. Detta ska leda till ökad eller bibehållen självständighet, livskvalitet och välbefinnande.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

Utifrån den enskildes behov ska fysioterapeut och arbetsterapeut ge funktionsbevarande behandling individuellt och/eller i grupp.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Vårdpersonal ska handledas av arbetsterapeut och/eller fysioterapeut så att omvårdnadsarbetet bedrivs personcentrerat, förebyggande och hälsofrämjande.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Funktionsbedömning ska utföras inom två veckor vid inflyttning till särskilt boende. Funktionsbedömning är en viktig del vid upprättandet av genomförandeplanen och ska delges det tvärprofessionella teamet.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Funktionsbedömning ska utföras senast nästkommande vardag vid vistelse på korttidsenhet. Funktionsbedömning är en viktig del vid upprättandet av genomförandeplanen och ska delges det tvärprofessionella teamet.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Funktionsbedömning ska utföras inom två veckor vid inskrivning i kommunal primärvård i ordinärt boende. Funktionsbedömning är en viktig del vid upprättandet av genomförandeplanen och ska delges det tvärprofessionella teamet.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Funktionsbedömningen ska uppdateras vid förändring dock minst en gång årligen. Lämpligen görs detta i samband med uppdatering av genomförandeplanen.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

1.7. Vårdhygien	Uppföljning/mätning
Utföraren ansvarar för att se till att all personal har god kännedom om basala hygienrutiner och att dessa efterlevs.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ansvarar för att det finns förutsättningar för att basala hygienrutiner vid varje tidpunkt följs.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska delta i punktprevalensmätning gällande hygien.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att insatser rörande vårdhygien och vårdrelaterade infektioner genomförs, följs upp och utvärderas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att gällande riktlinje och rutiner för tillämpning och uppföljning av basala hygienrutiner för att förebygga smittspridning följs.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

1.8. Urinblås- och tarmfunktion	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att brukare vid behov får individuellt utprovade hjälpmedel för bristande urinblås- och tarmfunktion enligt gällande vårdprogram.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

Utföraren ska säkerställa att brukaren så långt som möjligt genom stöd får behålla sina funktioner till toalettbesök.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Alla brukare med inkontinens ska ha en aktuell basal utredning.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

1.9. Munhälsa/upsökande tandvård	Uppföljning/mätning
Utföraren ansvarar för att det finns sjuksköterskor som kan utfärda intyg om nödvändig tandvård.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska informera och göra bedömning av behovet av nödvändig tandvård och utfärda tandvårdsintyg om det ligger i uppdraget.	Enkät och intervju i verksamheten. Statistik.
Utföraren ansvarar för att den som är berättigad till nödvändig tandvård informeras om möjligheten till en munhälsobedömning årligen.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att insatser rörande brukares mun- och tandhälsa genomförs, följs upp och utvärderas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att brukare erbjuds regelbunden kontakt med tandvården samt vid behov.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att brukare vid behov får individuellt utprovade hjälpmedel för munvård.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Den som utfärdar "Intyg om Nödvändig Tandvård" ska ha genomgått utbildning enligt regionens krav.	Dokumentationsgranskning. Statistik.

1.10. Personliga hjälpmedel	Uppföljning/mätning
Personliga hjälpmedel förskrivs enligt de kriterier som anges i "Handbok för förskrivning av personliga hjälpmedel" i enlighet med gällande samarbetsavtal.	Enkät och intervju i verksamheten. Statistik.
Behovet av grundutrustning ska vara tillgodosett innan förskrivning av personliga hjälpmedel.	Kontroll vid besök.
Förskrivning ska ske i enlighet med förskrivningsprocessen i Västra Götaland .	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Vid förskrivning av hjälpmedel ska utföraren instruera/utbilda den vårdpersonal som ska använda hjälpmedlet.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

2. Självbestämmande och integritet

Äldreomsorg ska sträva mot att alla personer ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. För att uppnå det ska äldreomsorgen bland annat värna och respektera den enskilda personens rätt till privatliv och kroppslig integritet, självbestämmande och delaktighet.

Äldreomsorgen ska stödja att man så långt det är möjligt kan leva sitt liv på det sätt den enskilde önskar. Den enskilde ska ha inflytande och ges möjlighet till egna val.

För att kunna möta olika behov av stöd och hjälp krävs ett varierat utbud av insatser.

Alla ska utifrån sina förutsättningar få möjlighet till en aktiv och meningsfull tillvaro.

2.1. Värdegrund	Uppföljning/mätning
Den enskildes insatser ska utformas med hänsyn till olika språk och sedvanor som kan betingas av kulturell eller religiös bakgrund.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Den enskilde ska få bestämma över t.ex. klädval, personlig livsstil, personliga tillhörigheter.	Dokumentationsgranskning. Brukarenkät. Intervju i verksamheten.
Personalen ska respektera att den enskildes bostad är dennes hem samt brukarens rätt att möblera och utforma den egna lägenheten så som brukaren själv vill med hänsyn tagen till personalens arbetsmiljö.	Dokumentationsgranskning. Brukarenkät.
Personalen ska ha ett arbetssätt som säkerställer att den enskilde själv får bestämma om den kroppsliga omsorgen och motiverar den enskilde att upprätthålla en god personlig hygien.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarenkät.
Den leg. personalen ska respektera den enskildes behov av integritet i omsorgssituationer.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Den enskilde ska vara nöjd med hur insatserna utförs och med den leg. personalens bemötande.	Brukarenkät.
Utföraren ska ta hänsyn till enskildes önskemål om vem som ska utföra insatsen och sträva mot att detta uppfylls.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarenkät.

3. Helhetssyn och samordning

Helhetssyn utgår från den enskildes samlade livssituation. Då den enskilde har behov av tjänster som bedrivs inom olika verksamheter eller av olika utförare och professioner är dessa samordnade. Det finns en tydlig ansvarsfördelning.

Kontakter, information och olika insatser bör samordnas på ett ändamålsenligt sätt så att möjligheten till oberoende i det dagliga livet stärks.

Verksamheten ska samverka med anhöriga om hur stödet till den enskilde ges förutsatt att den enskilde samtycker till detta. I alla möten har personalen ansvar för ett anhängstödande förhållningssätt.

3.1. Samverkan kring den enskilde	Uppföljning/mätning
Utföraren ska presentera sin verksamhet och sitt arbetssätt i en särskild informationsskrift som riktar sig till den enskilde och deras anhöriga. Det ska även innehålla kontaktuppgifter samt information om vart man vänder sig om man vill framföra synpunkter eller klagomål.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Den leg. personalen ska veta vilka, hur och när olika insatser ska utföras hos olika brukare.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarenkät.
Utföraren ska medverka till att teamsamverkan mellan olika personalkategorier fungerar. Teamsamverkan ska säkra att brukarens insatser från såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård samplaneras för att ge en god vård och omsorg till den enskilde.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Utförarens personalbemanning ska ge brukarna en trygg och säker vård och omsorg och garantera en god tillsyn och säkerhet. Utföraren ska ha arbetsmetoder som stödjer arbetet mot uppsatta mål.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska ha kända rutiner för att uppmärksamma samt vidta åtgärder om en person med demenssjukdom/kognitiv svikt är i behov av mer hjälp och stöd.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Det ska finnas skriftliga rutiner för hur man agerar samt vem man kontaktar när behov av rättslig företrädare uppmärksammas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att all personal ges information om den legala företrädarens uppdrag och ansvar.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

3.2. Samverkan med andra utförare	Uppföljning/mätning
Brukaren ska se vården som en helhet och det ska vara enkelt att få rätt stöd och hjälp med hjälp av en fast vårdkontakt.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Hjälpen ska finnas där man är, ingen ska behöva flytta mellan sitt boende och sjukhus i onödan.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska säkerställa att all relevant information rörande brukaren rapporteras och förmedlas till mottagande instans vid byte av vårdform.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
När biståndshandläggare eller SoL/LSS utförare har behov av samverkan i utredningar och bedömningar ska leg. hälso- och sjukvårdspersonal medverka till detta.	Enkät och intervjuer i verksamheten. Dokumentationsgranskning
Utföraren ska säkerställa att en samordnad individuell plan (SIP) upprättas efter samtycke från brukaren om det finns behov av insatser av flera huvudmän och/eller vårdgivare.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Brukare som vårdats på sjukhus ska snarast återvända till sitt boende när den enskilde är utskrivningsklar och planerad för hemgång.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska ha rutiner internt och med andra aktörer inom vård och omsorg (ex. primärvård), som säkerställer att samarbetet runt den enskilde fungerar. Den leg. personalen ska känna till dessa rutiner och kunna initiera samordning.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska se till att leg. personal med rätt kompetens deltar vid vårdplaneringar.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska säkerställa att informationsöverföring rörande tidigare hälsohistoria sker efter samtycke från den enskilde.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

3.3. Personkontinuitet	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att den enskilde informeras om vem som ska utföra vården och omsorgen samt gällande förändringar i verksamheten.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska fördela arbetet på ett sådant sätt att den enskilde upplever kontinuitet i insatserna. Det innebär att den leg. personalen ska vara känd och så få olika personer som möjligt svarar för de individuella insatserna.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Minst en erfaren personal ska alltid vara i tjänst inom respektive arbetslag.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

3.4. Patientansvar	Uppföljning/mätning
Alla brukare ska ha en patientansvarig sjuksköterska o/e fysioterapeut o/e arbetsterapeut. En fast vårdkontakt ska utses.	Dokumentationsgranskning.
Den enskilde ska under första veckan få besök i hemmet av patientansvarig leg. personal om brukaren har behov av kommunal primärvård.	Dokumentationsgranskning. Intervju i verksamheten.
Den enskilde ska kunna påverka valet av patientansvarig leg. personal.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Det ska vara tydligt för den enskilde vem som är patientansvarig och vilket uppdrag hon/han har.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
All leg. personal ska känna till vilket ansvar kommunen har för hälso- och sjukvård enligt gällande avtal.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Den leg. personalen ska känna till vilket uppdrag och ansvar man har som patientansvarig. En skriftlig beskrivning ska finnas.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

3.5. Anhörigstöd	Uppföljning/mätning
All leg. personal ska ha kunskap om vad anhörigstöd och anhörigvänlig vård och omsorg innebär.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska informera brukaren och dennes närstående om möjligheten till anhörigstöd och vart de ska vända sig.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Anhörigas kunskaper och resurser ska tillvaratas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Förutsatt att den enskilde samtycker till detta ska: - Utföraren samverka med anhöriga om hur stödet till den enskilde ges. - Upprätta en individuell planering för att upprätthålla regelbundna kontakter med anhöriga samt hur de involveras vid förändring/uppföljning av insatser.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

4. Trygghet och säkerhet

Trygg och säker innebär att tjänsterna utförs enligt gällande regelverk. Tjänsterna är transparenta vilket innebär förutsägbarhet och möjlighet till insyn. Risk för kränkning, försummelse, fysisk eller psykisk skada förhindras genom förebyggande arbete.

Det finns rutiner för avvikelshantering samt synpunkts- och klagomålshantering. Dessa ingår som en del i det systematiska kvalitetsarbetet.

Vården och omsorgen ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.

Tjänsterna präglas av kontinuitet. Den enskilde ska känna att personalen är välkänd, pålitlig och iakttar sekretess.

Den äldre ska kunna bo tryggt utifrån sina förutsättningar och ha möjlighet till rörelsefrihet. Trygghet kan vara att bo kvar i sin invanda miljö, att det finns möjlighet till sociala kontakter samt att det finns god social och medicinsk omvårdnad att tillgå hela dygnet, oavsett var i kommunen man bor.

4.1. Trygghet och säkerhet	Uppföljning/mätning
Vid kommunal primärvård och planering av insatser ska i de fall det finns barn i hemmet tas hänsyn till barns behov av information, råd och stöd.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska ha en känd rutin som säkerställer att den leg. personalen har kunskap om hur de ska agera om barn misstänks fara illa.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska ha en känd rutin som beskriver hur barn som lever i familjer med missbruk, psykisk ohälsa, svårt somatiskt sjuka föräldrar och barn till föräldrar som oväntat avlider ska uppmärksammas samt vilka kontakter som ska tas för att ge extra stöd.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska ha en känd rutin som säkerställer att den leg. personalen har kunskap om hur de ska agera vid förekomst eller misstanke om våld i nära relationer.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska ha rutiner som ska följas för hur samtycke inhämtas från den enskilde så att den leg. personalen får tillgång till relevanta uppgifter från andra aktörer.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska ha rutiner som ska följas för hur den enskilde får information om och ges möjlighet till samtycke att delta i aktuella kvalitetsregister.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

4.2. Lagstiftning, riktlinjer och rutiner	Uppföljning/mätning
All leg. personal ska vara uppdaterad och kring gällande lagstiftning, riktlinjer och rutiner inom verksamhetsområdet och följa dessa.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

4.3. Identifikation	Uppföljning/mätning
All leg. personal ska bära namnskylt och kunna identifiera sig.	Kontroll vid besök.
Den enskilde ska känna till på vilket sätt utföraren identifierar sig.	Enkät och intervju i verksamheten.

4.4. Sekretess	Uppföljning/mätning
Utföraren ansvarar för att all leg. personal som utför uppgifter inom uppdraget förstår och efterlever den sekretess och tystnadsplikt som gäller.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
All leg. personal ska underteckna en förbindelse om den tystnadsplikt som råder enligt hälso- och sjukvårdslagen.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

4.5. Rutin för kontanta medel	Uppföljning/mätning
Utföraren ska ha rutiner för hantering av kontanta medel och följa dem, för de fall det är nödvändigt att leg. personal hjälper den enskilde med inköp av t.ex. läkemedel.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att den enskildes värdesaker förtecknas och hanteras på ett korrekt och tillförlitligt sätt.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

4.6. Rutin för nyckelhantering och andra låssystem	Uppföljning/mätning
Utföraren ska ha skriftliga rutiner för handhavande av nycklar eller andra låssystem såväl för brukarnas boende som för andra lokaler. Rutinerna ska säkerställa en säker hantering och förvaring av nycklar och andra låssystem.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Det ska inte vara möjligt för en utomstående att härleda till vilken adress nyckeln eller låssystemet går.	Kontroll vid besök.
Rutin ska finnas för hur utföraren agerar när någon inte öppnar eller svarar i telefon vid planerat besök/kontakt.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska tillsammans med den enskilde upprätta en plan över vem som ska kontaktas om den enskilde inte öppnar dörren eller svarar på telefon vid planerat besök samt komma överens med den enskilde om personalen ska använda nyckel vid planerade besök.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

4.7. Den enskildes rätt till rörelsefrihet	Uppföljning/mätning
Utföraren ska följa antagna riktlinjer om skyddsåtgärder. Rutiner kring arbetet med skyddsåtgärder ska vara kända och efterlevas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

Utföraren ska säkerställa att skyddsåtgärder inte används utan brukarens samtycke.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
--	---

4.8. Synpunkter och klagomål	Uppföljning/mätning
Utföraren ska följa antagna riktlinjer för att mottaga klagomål och synpunkter och de ska vara kända i verksamheten. Utföraren ansvarar för att utreda, åtgärda och följa upp.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att brukaren och/eller dennes närstående erhåller tydlig information om hur de går tillväga vid rapportering av klagomål och synpunkter.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarenkät.
Utföraren ska säkerställa att brukaren och/eller dennes närstående erhåller tydlig information om hur de går tillväga för att anmäla enskilt klagomål/fel i vården till berörd myndighet.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Synpunkts- och klagomålshantering ska ingå som en del i det systematiska kvalitetsarbetet.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

4.9. Avvikelsehantering	Uppföljning/mätning
Utföraren ska följa antagna riktlinjer för att identifiera och rapportera avvikelser, samt att åtgärda och följa upp dessa.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska ha skriftliga rutiner för avvikelsehantering och dessa ska vara kända hos den leg. personalen och efterlevas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Det ska finnas rutiner som är kända och efterföljs, för hur den enskilde ska informeras om det har inträffat en händelse/avvikelse.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Den leg. personalen ska känna till hur tillbud med medicinteknisk produkt ska hanteras.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Händelser som leder till en avvikelse ska omedelbart dokumenteras i brukarens hälso- och sjukvårdsjournal.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Vid en allvarlig avvikelse (klassificering grad 3 och 4) ska utföraren informera om vilka åtgärder som genomförs för att en liknande händelse inte ska inträffa igen.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Det ska finnas rutiner för hur den enskilde ska informeras om möjligheten att anmäla klagomål till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) och begära ersättning från patientförsäkringen om en vårdskada inträffat.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

4.10. Lex Sarah	Uppföljning/mätning
All leg. personal ska känna till den rapporteringsskyldighet avseende missförhållanden eller risk för missförhållande i omsorgen om äldre eller funktionshindrade som följer av 14 kap 2 § socialtjänstlagen samt socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:5 om hur personalen ska informeras om dessa.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska omedelbart informera beställaren (socialt ansvarig samordnare) om utredning enligt Lex Sarah inleds.	Enkät och intervju i verksamheten.
4.11. Lex Maria	Uppföljning/mätning
Utföraren och den leg. personalen ska ha kännedom om och veta vad, när och hur det ska rapporteras enligt Lex Maria.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
4.12. Lex Maja	Uppföljning/mätning
Utföraren ska ha kända rutiner för hur man rapporterar när djur far illa.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
4.13. Kvalitetsarbete	Uppföljning/mätning
Resultatet från patientsäkerhetsberättelse ska analyseras i verksamheten och handlingsplan för kvalitet och patientsäkerhet ska upprättas.	Enkät och intervju i verksamheten.
4.14. Rutin för larmhantering	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att brukare har tillgång till trygghetslarm där så bedöms nödvändigt.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Personalen ska se till att den enskilde får förutsättningar att hantera sitt trygghetslarm och ska meddela ansvarig person om det inte fungerar.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
4.15. Dokumentation av hälso- och sjukvård	Uppföljning/mätning
Dokumentation i verksamhetssystemet ska föras enligt beställarens rutiner och riktlinjer för dokumentation och informationsöverföring.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.
Rutiner för upprättandet av dokumentation av hälso- och sjukvårdsinsatser ska finnas som utgår från gällande författningar och leg. personal ska följa dem.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
All dokumentation ska vara på svenska.	Dokumentationsgranskning.

Utföraren ska säkerställa att hälso- och sjukvårdsjournal avseende anamnes, status, åtgärder, eventuella planer och riskanalys upprättas senast inom två veckor vid behov av hälso- och sjukvård samt att den hålls aktuell utifrån brukares ändrade behov dock minst en gång per år.	Dokumentationsgranskning.
Det ska tydligt framgå av den leg. personalens dokumentation utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden till dessa samt resultat av insatser/åtgärder. Omvårdnadsplan ska innehålla uppställda mål.	Dokumentationsgranskning.
Den enskilde o/e dennes anhöriga ska vara delaktiga i upprättandet av omvårdnadsplan och planering av insatser. Den enskildes medverkan vid planering av vård och omsorg ska tydligt beskrivas i dokumentationen.	Dokumentationsgranskning.
Om den enskilde har insatser enligt SoL ska de insatser som är beställda av leg. personal göras tillgängliga i den sociala dokumentationen.	Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska säkerställa att en samordnad individuell plan upprättas efter samtycke från brukare om det finns behov av insatser av flera huvudmän och/eller vårdgivare	Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska säkerställa att all personal har resurser och tid att dokumentera.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

4.16. Förvaring av dokumentation	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att all dokumentation som rör brukaren förvaras på betryggande sätt i ett brandsäkert skåp, så att obehöriga inte får tillgång till den.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

4.17. Återlämnande av dokumentation	Uppföljning/mätning
När ärendet upphör eller den enskilde väljer annan utförare ska dokumentationen lämnas tillbaka till beställaren utan kostnad.	Kontroll vid besök. Dokumentationsgranskning.

4.18. Utlämnande av handlingar	Uppföljning/mätning
Utlämnande av allmän handling enligt Tryckfrihetsordningen får endast handläggas av kommunen/beställaren. Utföraren är i dessa fall skyldig att skyndsamt bistå nämnden i denna handläggning.	Kontroll vid besök.
I det fall kommunfullmäktige i Alingsås kommun fattar beslut om att tillämpa, Lag (1994:1383) överlämnande av handlingar till andra organ än myndigheter för förvaring, blir detta en uppgift för utföraren.	Kontroll vid besök.

5. Kunskapsbaserad verksamhet

Insatserna ska utföras i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet dvs. bästa tillgängliga kunskap om utformning, innebörd och förväntat resultat.

Personalen ska få till sig ny kunskap och fortbildning i den omfattning uppdraget kräver.

Den enskilde ska mötas av personal som har den utbildning och/eller yrkeserfarenhet som krävs för arbetsuppgiften. Arbetsmetoder och tillvägagångssätt ska präglas av inlevelseförmåga och respekt för individen.

Den enskildes erfarenhet och kunskap samt önskemål och förväntningar ska tas till vara. För detta krävs ett genomtänkt etiskt förhållningssätt samt kunskaper om kommunikation och bemötande.

5.1. Kompetenskrav för legitimerad personal	Uppföljning/mätning
Vid nyanställning ska personens legitimation kontrolleras.	Kontroll vid besök.
All leg. personal ska behärska svenska språket på ett sådant sätt att hon eller han kan kommunicera med den enskilde m.fl. samt skriftligt kunna göra den dokumentation som krävs för respektive yrkeskategori.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ansvar för att säkerställa den medicinska kompetensen inom verksamheten.	Kontroll vid besök.
Nyanställd personal får arbeta självständigt när personen genomgått utbildning i kommunens verksamhetssystem och fått en inloggning.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
All leg. personal ska kunna göra enklare medicinska bedömningar samt kunna kontrollera vitalparametrar.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Det ska finnas sjuksköterskor med fördjupad kompetens inom nutrition, vårdhygien, urinblås- och tarmfunktion, smärtlindring, stroke, palliativ vård, geriatrik, sårvård samt diabetes att tillgå i verksamheten.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Det ska finnas sjuksköterska med fördjupad kunskap inom demens att tillgå på alla demensavdelningar.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Det ska finnas arbetsterapeut och fysioterapeut med fördjupad kunskap inom demens att tillgå på alla demensavdelningar.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Det ska finnas fysioterapeut och arbetsterapeut med fördjupad kompetens inom strokevård att tillgå i verksamheten.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska se till att den leg. personalen har kunskap om metoder och arbetssätt för att möta den enskilda personens behov. Fortbildning i bemötandefrågor ska ske årligen.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Rutiner för introduktion av samtliga yrkesgrupper ska finnas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

5.2. Kompetensutveckling	Uppföljning/mätning
Utföraren ska tillgodose den leg. personalens behov av handledning. Leg. personal som arbetar inom demensvård ska ha regelbunden handledning.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ansvarar för att den leg. personalen får till sig ny kunskap och fortbildning inom det aktuella området och i den omfattning uppdraget kräver.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska ha en struktur för kompetensutveckling och fortbildning. Kompetensutvecklingsarbete ska genomföras enligt en fastställd plan.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att kompetensutveckling sker fortlöpande inom nedanstående områden. Utbildningsplaner ska kunna redovisas. • Smärta • Gerontologi och geriatrik • Kognitiv svikt och äldres psykiska ohälsa • Vårdhygien och vårdrelaterade infektioner • Måltid, kost och nutrition • Mun- och tandhälsa • Urinblås- och tarmfunktion inklusive hjälpmedel • Diabetes • Stroke • Rehabilitering • Förflyttning samt hjälpmedel • Palliativ vård • Riskförebyggande arbete • Värdegrund och bemötande • Våld och övergrepp • Sårvård • Dokumentation	Enkät och intervju i verksamheten. Statistik.

5.3. Elever och studerande	Uppföljning/mätning
Utföraren ska ansvara för att studerande har en utsedd handledare.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Kompetenskrav för handledare är; handledarutbildning motsvarande högskolenivå, minst 7,5 hp, kandidatexamen inom huvudämnet/ huvudområdet samt dokumenterad yrkeserfarenhet om minst ett år.	Statistik.

6. Tillgänglighet

Tillgänglig innebär att det är lätt att få kontakt med socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Det är lätt att få information om vilken form av stöd och hjälp den enskilde kan få utifrån behov.

Information och kommunikation är begriplig och anpassad efter olika grupper och individers behov. Kommunikationen mellan den enskilde och professionen präglas av ömsesidighet och dialog.

Ingen ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som han eller hon har behov av. Det är viktigt att avtalade tider hålls.

Verksamheterna är fysiskt tillgängliga.

6.1. Tillgänglighet	Uppföljning/mätning
Den enskilde, och vid behov även dennes anhöriga, ska ges information om verksamheten, kontaktuppgifter, rättigheter, förutsättningar för en god vård och omsorg på ett enkelt och lättförståeligt sätt.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ansvarar för att rekvirera tolk vid behov samt står för kostnaden för densamma.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska verka för att den fysiska miljön utformas så att den stödjer ett självständigt och oberoende liv.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

6.2. Insats i rätt tid	Uppföljning/mätning
Den enskilde ska kunna påverka genomförandet av insatserna och tidpunkten för service, omvårdnad och aktiviteter. Det innebär bl.a. att den enskilde ska kunna påverka när han eller hon vill stiga upp och lägga sig samt påverka vilken tid han eller hon vill äta.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarenkät.
Utföraren ska säkerställa att insatser i möjligaste mån, utförs vid den tid som planerats.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarenkät.
Information om ändrade förhållanden (ex. förändrad tid, annan person) ska ges utan dröjsmål till den enskilde.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarenkät.
Vid oplanerade ärenden ska sjuksköterskor vid behov snarast göra bedömning på plats och har max en timmes inställelsetid.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.

6.3. Möjlighet att få kontakt	Uppföljning/mätning
Det ska vara känt hur man får kontakt med utföraren och det ska vara lätt att ta kontakt samma dag.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Vårdpersonalen ska veta hur man får kontakt med leg. personal. Det ska vara möjligt att i akuta ärenden snarast få kontakt och max inom 15 minuter.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Andra vårdgivare ska veta hur man får kontakt med leg. personal. Det ska vara möjligt att få kontakt inom rimlig tid.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Den enskilde ska veta hur man får kontakt med den leg. personalen. Det ska vara möjligt att få kontakt samma dag.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Chefen ska vara tillgänglig dagtid kl. 08:00 - 17:00 under vardagar.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
För den som söker chefen, ska det vara möjligt att få kontakt senast närmast efterföljande vardag.	Enkät och intervju i verksamheten.
Den leg. personalen ska känna till vem som är chef och ska kunna nå en ansvarig chef dagtid, om behov uppstår i verksamheten.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Det ska finnas rutiner som är kända, för hur sjuksköterskor ska hantera oväntade situationer under obekvämtid, då chefen inte är i tjänst.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
På särskilda boende ska sjuksköterskan vara närvarande på boendet och tillgänglig för vårdpersonal, boende och anhöriga vid minst tre olika tillfällen per vecka. Vårdpersonalen ska veta i förväg vilka tider sjuksköterskan är tillgänglig på boendet.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
På särskilda boende ska fysioterapeut och arbetsterapeut vara närvarande på boendet och tillgänglig för vårdpersonal, boende och anhöriga minst vid ett tillfälle per vecka. Vårdpersonalen ska veta i förväg vilka tider fysioterapeut och arbetsterapeut är tillgänglig på boendet.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

7. Effektivitet

Innebär att tillgängliga resurser utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål. Detta innebär att vården och omsorgen utformas och ges i samverkan mellan olika aktörer för att uppnå en hög kostnadseffektivitet. Det ska finnas en hög måluppfyllelse i förhållande till insatta resurser.

7.1. Effektivitet	Uppföljning/mätning
Utföraren ska sträva mot att använda tillgängliga resurserna används på bästa sätt för att uppnå de uppsatta målen.	Ekonomisk uppföljning. Statistik.

Kvalitetskrav Särskilt boende

Typ av styrdokument: Program
Beslutande instans: Vård- och omsorgsnämnden
Datum för beslut: 2022-12-
Diarienummer: XX

Gäller för: Vård- och omsorgsförvaltningen
Giltighetstid: Ett år
Revideras senast: 2023-12-31
Dokumentansvarig: SAS, MAS och MAR

Innehåll

Inledning.....	5
Uppföljning/mätning	6
Referenser	6
1. Säker vård och omsorg	7
1.1. God och säker vård och omsorg	7
1.2. Vård och stöd i livets slutskede	8
1.3. Delegering och instruktion	8
1.4. Egenvård	9
1.5. Förebyggande och hälsofrämjande arbete	9
1.6. Måltid	9
1.7. Vårdhygien.....	9
1.8. Urinblås- och tarmfunktion	10
1.9. Munhälsa/uppsökande tandvård	10
1.10. Personliga hjälpmedel	11
2. Självbestämmande och integritet.....	11
2.1. Värdegrund	11
2.2. Aktiviteter och social samvaro	12
2.3. Genomförandeplan	13
3. Helhetssyn och samordning	14
3.1. Samverkan kring den enskilde	14
3.2. Samverkan med andra utförare.....	15
3.3. Inflyttning	15
3.4. Personkontinuitet.....	15
3.5. Kontaktmannaskap	16
3.6. Anhörigstöd.....	16
4. Trygghet och säkerhet.....	17
4.1. Trygghet och säkerhet.....	17
4.2. Lagstiftning, riktlinjer och rutiner.....	17
4.3. Identifikation.....	18
4.4. Sekretess.....	18
4.5. Rutin för kontanta medel	18
4.6. Rutin för nyckelhantering och andra låssystem	18
4.7. Den enskildes rätt till rörelsefrihet	19
4.8. Synpunkter och klagomål	19
4.9. Avvikelsehantering	19
4.10. Lex Sarah	20
4.11. Lex Maria	20
4.12. Lex Maja	20
4.13. Kvalitetsarbete	20
4.14. Rutin för larmhantering	20
4.15. Social dokumentation	20
4.16. Dokumentation av hälso- och sjukvård	21
4.17. Förvaring av dokumentation.....	21
4.18. Återlämnande av dokumentation	21

4.19.	Utlämnande av handlingar	21
5.	Kunskapsbaserad verksamhet	22
5.1.	Kompetenskrav för särskilt boende	22
5.2.	Kompetensutveckling	23
5.3.	Elever och studerande	23
6.	Tillgänglighet	24
6.1.	Tillgänglighet	24
6.2.	Insats i rätt tid	24
6.3.	Möjlighet att få kontakt	25
7.	Effektivitet	25
7.1.	Effektivitet	25

Inledning

I Socialstyrelsens författningssamling SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, definieras kvalitet som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Vidare framgår det att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Att säkerställa kvaliteten i verksamheten innebär bland annat att samtliga insatser utförs på ett säkert sätt och med kvalitet så att den enskilde upplever sig nöjd med den beviljade insatsen/stödet. Kvalitén och kontinuiteten säkras även genom gemensamma arbetsmetoder, som kan förstås och tillämpas av alla och som är lättillgängliga och tydliga.

Vård- och omsorgsnämnden har antagit kvalitetskrav som anger en lägsta nivå för den vård och omsorg som ges. I detta dokument finns kvalitetskrav som gäller för särskilt boende beskrivna. Kvalitetskrav finns även specificerade för hemtjänst, kommunal primärvård och funktionsstöd. Verksamheten följs upp årligen utifrån dessa krav, se nedan under "Uppföljning/mätning". Vård- och omsorgsnämnden justerar även kraven årligen, för att kontinuerligt utveckla och förbättra kvaliteten inom verksamheten.

Av 14 kap 2 § SoL framgår att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller vid Statens institutionsstyrelse ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet. Kvalitetskraven kan utifrån detta ses som ett verktyg och stöd att luta sig mot i det gemensamma uppdraget att säkra och utveckla kvaliteten i verksamheten.

Kvalitetskraven för särskilt boende utgår från de områden som Socialstyrelsen har angett vara viktiga för att uppnå en god och säker vård och omsorg. Kraven finns beskrivna under följande rubriker:

- Säker vård och omsorg
- Självbestämmande och integritet
- Helhetssyn och samordning
- Trygghet och säkerhet
- Kunskapsbaserad verksamhet
- Tillgänglighet
- Effektivitet

Uppföljning/mätning

Uppföljning och mätning av resultat utifrån gällande kvalitetskrav sker på olika sätt och i tabellerna nedan finns angivet vilken typ av uppföljning/mätning som är aktuell för respektive kvalitetskrav. Det handlar framför allt om;

- *Kontroll vid besök:*

SAS, MAS och/eller MAR kan komma att göra såväl anmälda som oanmälda besök i verksamheten för att säkerställa att kraven efterlevs.

- *Enkät och intervju i verksamheten:*

En stor andel av kvalitetskraven följs upp via enkäter och/eller intervjuer i verksamheten. Verksamheten kommer inför varje enkätutskick eller planerad intervju att få information om detta i förväg. Frågeställningarna kommer främst att ha koppling till de särskilda områden som vård- och omsorgsförvaltningen fått i uppdrag av nämnden att lägga extra fokus på under året och som finns belysta i kvalitetsberättelsen och patientsäkerhetsberättelsen, som är antagna av Vård- och omsorgsnämnden. Enkäter kan också komma att skickas ut återkommande under året, kring specifikt utvalda områden.

- *Kvalitetsregister och statistik:*

En del av uppföljningen och mätningen av resultat sker genom inhämtande av statistik och information från de nationella kvalitetsregister som Vård- och omsorgsförvaltningen är anslutna till.

- *Dokumentationsgranskning:*

Att granska verksamhetens dokumentation ingår numera som en del av det årliga systematiska kvalitetsarbetet genom egenkontroll. SAS, MAS och/eller MAR kan komma att göra ytterligare journalgranskningar eller stickprov ur dokumentationen i verksamheter där behov av detta uppmärksammas.

- *Brukarenkät/brukarundersökning:*

Vård- och omsorgsförvaltningen deltar årligen i nationella brukarenkäter/ brukarundersökningar. Resultaten från dessa undersökningar kommer att ligga till grund för uppföljning och mätning av en del av kvalitetskraven.

Referenser

- SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- SIS-standard (SS 872500:2015) Kvalitet i omsorg, service, omvårdnad och rehabilitering för äldre med omfattande behov i ordinärt och särskilt boende (SIS – svenska institutet för standarder)
- Socialtjänstlag (2001:453)

1. Säker vård och omsorg

Det är ledningens ansvar att de insatser som utförs är av god kvalitet och att tillsammans med medarbetarna skapa en säker vård och omsorg. Grunden för säker vård är att bedömningar, vård och behandling utförs på rätt sätt.

Säker vård och omsorg innebär bland annat att vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete. Vården i livets slutskede ska ges särskild prioritet så att omvårdnad och tillsyn ges på ett säkert, tryggt och värdigt sätt.

Utföraren ska ha ett habiliterande och rehabiliterande synsätt. Den enskilde ska ges möjlighet att delta i insatserna efter förmåga med syfte att stärka de egna resurserna.

1.1. God och säker vård och omsorg	Uppföljning/mätning
Utföraren skall ha rutiner för att identifiera personer som riskerar att få en vårdskada, samt medverka till, att förekomsten av vårdskador minskar.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Kvalitetsregister.
Utföraren ska medverka till att brukare som riskbedöms får en åtgärdsplan upprättad av ett tvärprofessionellt team. Utföraren ska medverka till att genomföra de överenskomna åtgärderna.	Kontroll vid besök. Dokumentationsgranskning. Kvalitetsregister.
Utföraren ska medverka vid rapportering och omsätta data från aktuella kvalitetsregister, som en del av verksamhetens systematiska förbättringsarbete.	Kontroll vid besök. Dokumentationsgranskning. Kvalitetsregister.
När leg. hälso- och sjukvårdspersonal eller biståndshandläggare har behov av samverkan med personalen i utredningar och bedömningar ska utföraren medverka till detta.	Enkät och intervjuer i verksamheten. Dokumentationsgranskning
Personalen ska följa och utföra instruktioner/beställningar.	Enkät och intervjuer i verksamheten. Dokumentationsgranskning
Brukaren ska ses som en resurs i planering och genomförande av den egna vården. Den enskildes medverkan är en viktig utgångspunkt i patientsäkerhetsarbetet.	Enkät och intervjuer i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Det ska finnas utarbetade och kända rutiner för när sjuksköterska ska tillkallas samt hantering av akutfall då sjuksköterska inte är på plats.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Hjälpen ska finnas där man är, ingen ska behöva åka till sjukhus i onödan.	Enkät och intervjuer i verksamheten. Dokumentationsgranskning

1.2. Vård och stöd i livets slutskede	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att processer och rutiner för samverkan och uppföljning med hälso-och sjukvårdsansvariga, är kända och efterföljs så att oro, ångest, illamående och smärta lindras, hos den döende.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Kvalitetsregister.
Utföraren ska säkerställa att överenskommelser träffas och beslut om insatser vid livets slut fattas i delaktighet med brukaren.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.
Personalen ska ge en god munvård och en munhälsobedömning ska vara utförd sista levnadsveckan.	Dokumentationsgranskning. Kvalitetsregister.
Utföraren ska säkerställa att personal finns närvarande, om så önskas av brukaren, under den sista perioden i livets slut.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att personalen har kunskaper och förutsättningar att anpassa vården av den döende och att omhändertagandet efter döden anpassas till brukarens önskemål och/eller till de sedvanor som kan betingas av kulturell eller religiös bakgrund.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ansvarar för och säkerställer att det finns personal även under natten om så önskas, vid vård i livets slut.	Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska säkerställa att den avlidnes identitet är fastställd av legitimerad personal och att den avlidne tas om hand på ett värdigt och respektfullt sätt och att närstående omgående underrättas samt får möjlighet att ta farväl.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att personalen får stöd i form av möjlighet till samtal, handledning och reflektion.	Enkät och intervju i verksamheten.

1.3. Delegering och instruktion	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att delegerade uppgifter utförs enligt rutiner som säkerställer patientsäkerheten.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utförarens personal får endast utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter efter delegering eller instruktion. Delegering ska genomföras enligt rutiner som säkerställer patientsäkerheten.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska ha personal med kompetens att ta emot och utföra delegerade uppgifter vid alla tider.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ansvarar för att personal som ska utföra delegerade uppgifter ges möjlighet att delta i de utbildningstillfällen som regelbundet anordnas av den legitimerade personalen.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

1.4. Egenvård	Uppföljning/mätning
Riktlinjen för egenvård ska vara känd av all personal.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att beslut om egenvård aldrig överlämnas till annan person än vad ordnatören beslutat.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Om den behandlande leg. yrkesutövaren (ordinatör) beslutat om egenvård ska det finnas en plan som tydligt beskriver vem som ska utföra uppgiften, hur den ska följas upp samt vilka åtgärder som ska vidtas om det sker någon förändring.	Dokumentationsgranskning.

1.5. Förebyggande och hälsofrämjande arbete	Uppföljning/mätning
Utföraren ska ha kända rutiner för att uppmärksamma samt påtala behov av rehabiliterande insatser.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska arbeta utifrån ett hälsofrämjande arbetssätt genom att tillvarata den enskildes egna resurser och aktivt stödja den enskilde. Detta ska leda till ökad eller bibehållen självständighet, livskvalitet och välbefinnande.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Den enskilde ska regelbundet ges möjlighet till övningar så att rörligheten i leder kvarstår.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarenkät.
Beställningar från arbetsterapeut/fysioterapeut gällande utförandet av habiliterande/rehabiliterande insatser, ska följas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

1.6. Måltid	Uppföljning/mätning
Utföraren ska följa Måltidsprogrammet (se bilaga) som är ett förvaltningsgemensamt, samlande och styrande dokument för all kost- och måltidsverksamhet.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Kvalitetsregister. Brukarenkät.

1.7. Vårdhygien	Uppföljning/mätning
Utföraren ansvarar för att se till att all personal har god kännedom om basala hygienrutiner och att dessa efterlevs.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ansvarar för att det finns förutsättningar för att basala hygienrutiner vid varje tidpunkt följs.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska delta i punktprevalensmätning gällande hygien.	Kvalitetsuppföljning.

Utföraren ska säkerställa att insatser rörande vårdhygien och vårdrelaterade infektioner genomförs, följs upp och utvärderas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att gällande riktlinje och rutiner för tillämpning och uppföljning av basala hygienrutiner för att förebygga smittspridning följs.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

1.8. Urinblås- och tarmfunktion	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att brukaren så långt som möjligt genom stöd får behålla sina funktioner till toalettbesök.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa och medverka till att brukaren får individuellt utprovade hjälpmedel för bristande urinblås- och tarmfunktion.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning. Kvalitetsregister.

1.9. Munhälsa/uppsökande tandvård	Uppföljning/mätning
Utföraren ansvarar för att vara en kontaktlänk med utföraren för uppsökande tandvård så att den enskildes behov rörande tandvårdsinsatser blir tillgodosedda.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ansvarar för att personalen tar emot instruktioner om munvård och följer dessa instruktioner.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utförarens personal ska finnas på plats när tandvårdspersonal besöker den enskilde i hemmet.	Dokumentationsgranskning. Statistik.
Utföraren ansvarar för att personalen deltar i utbildningsinsatser gällande munhälsa/uppsökande tandvård.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att insatser rörande brukarens mun- och tandhälsa genomförs, följs upp och utvärderas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att brukaren erbjuds regelbunden kontakt med tandvården samt vid behov.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att brukaren vid behov får individuellt utprovade hjälpmedel för munvård.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Den som utfärdar "Intyg om Nödvändig Tandvård" ska ha genomgått utbildning enligt regionens krav.	Dokumentationsgranskning. Statistik.

1.10. Personliga hjälpmedel	Uppföljning/mätning
Vid förskrivning av personligt hjälpmedel ska personalen tillhandahålla de kunskaper som krävs för ett patientsäkert användande.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Personalen ska meddela arbetsterapeut/fysioterapeut/ sjuksköterska om förskrivet hjälpmedel inte fungerar enligt syfte eller är i behov av reparation.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

2. Självbestämmande och integritet

Äldreomsorg ska sträva mot att alla personer ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. För att uppnå det ska äldreomsorgen bland annat värna och respektera den enskilda personens rätt till privatliv och kroppslig integritet, självbestämmande och delaktighet.

Äldreomsorgen ska stödja att man så långt det är möjligt kan leva sitt liv på det sätt den enskilde önskar. Den enskilde ska ha inflytande och ges möjlighet till egna val.

För att kunna möta olika behov av stöd och hjälp krävs ett varierat utbud av insatser.

Alla ska utifrån sina förutsättningar få möjlighet till en aktiv och meningsfull tillvaro.

2.1. Värdegrund	Uppföljning/mätning
Den enskildes insatser ska utformas med hänsyn till olika språk och sedvanor som kan betingas av kulturell eller religiös bakgrund.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Den enskilde ska få bestämma över t.ex. klädval, personlig livsstil, personliga tillhörigheter.	Dokumentationsgranskning. Brukarenkät. Intervju i verksamheten.
Personalen ska respektera att den enskildes bostad är dennes hem samt brukarens rätt att möblera och utforma den egna lägenheten så som brukaren själv vill med hänsyn tagen till personalens arbetsmiljö.	Dokumentationsgranskning. Brukarenkät.
Personalen ska ha ett arbetssätt som säkerställer att den enskilde själv får bestämma om den kroppsliga omsorgen och motiverar den enskilde att upprätthålla en god personlig hygien.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarenkät.
Personalen ska respektera den enskildes behov av integritet i omsorgssituationer.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska ge den enskilde möjligheten till individuell stimulans utifrån önskemål och behov inom ramen för beslut.	Dokumentationsgranskning. Brukarenkät.

Den enskilde ska vara nöjd med hur insatserna utförs och med personalens bemötande.	Brukarenkät.
Utföraren ska ta hänsyn till enskildes önskemål om vem som ska utföra insatsen och sträva mot att detta uppfylls.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarenkät.
Personalen ska stödja den enskilde i att hålla kontakten med närstående och vänner.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

2.2. Aktiviteter och social samvaro	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att den äldre erbjuds och får välja minst en daglig aktivitet i grupp eller enskilt.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att överenskommelser träffas och beslut om insatser rörande den äldres aktiviteter fattas i delaktighet med den äldre.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att den äldre erbjuds dagligt socialt umgänge utifrån identifierade behov.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att den äldre erbjuds intellektuell stimulans utifrån identifierade behov.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att den äldre ges möjlighet att upprätthålla kontakt med närstående och andra önskade sociala kontakter.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att den äldre erbjuds möjlighet och stöd till utevistelse efter behov och önskemål.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att den äldre erbjuds fysisk aktivitet och träning.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Boendemiljön ska vara berikande och stimulerande för de boende.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Återkommande gemensamma aktiviteter på boendet ska presenteras i en plan som görs känd för de boende och anhöriga.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska samverka med frivilligorganisationer och föreningar.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

2.3. Genomförandeplan	Uppföljning/mätning
Rutiner för upprättandet av genomförandeplan ska finnas och personalen ska följa dem.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att brukarens behov av insatser tillgodoses omgående även om genomförandeplan inte hunnit upprättas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten
Utföraren ska säkerställa att en genomförandeplan upprättas i samråd med brukaren snarast men senast inom två veckor från verkställt biståndsbeslut.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Genomförandeplanen ska innehålla uppställda mål gällande omvårdnad, vård, service, stöd, rehabilitering och omsorg samt en beskrivning av hur arbetet bedrivs för att nå målet. Dessa ska vara begripliga för den enskilde.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Genomförandeplanen ska utgå från värdegrunden. Stor vikt läggs vid den enskildes rätt till delaktighet, inflytande och självbestämmande.	Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska säkerställa att insatser enligt genomförandeplan rörande brukarens personliga vård sker utifrån ett rehabiliterande och hälsofrämjande arbetssätt.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Av den enskildes dokumentation ska det tydligt framgå vilken effekt som uppnåtts i arbetet mot de uppsatta målen.	Dokumentationsgranskning.
Den enskilde och/eller deras närstående ska vara delaktiga i upprättandet av genomförandeplanen och planeringen av insatserna.	Dokumentationsgranskning.
Saknar den enskilde möjligheten att själv uttrycka sig ska närstående eller annan legal företrädare tolka och framföra dennes önskemål och behov.	Dokumentationsgranskning.
Om behov finns ska den enskilde ges möjlighet att använda sig av auktoriserad tolk i samband med upprättande eller revidering av genomförandeplan.	Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska ha arbetsmetoder som stödjer arbetet mot uppsatta mål som är formulerade i genomförandeplaner.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning

3. Helhetssyn och samordning

Helhetssyn utgår från den enskildes samlade livssituation. Då den enskilde har behov av tjänster som bedrivs inom olika verksamheter eller av olika utförare och professioner är dessa samordnade. Det finns en tydlig ansvarsfördelning.

Kontakter, information och olika insatser bör samordnas på ett ändamålsenligt sätt så att möjligheten till oberoende i det dagliga livet stärks.

Verksamheten ska samverka med anhöriga om hur stödet till den enskilde ges förutsatt att den enskilde samtycker till detta. I alla möten har personalen ansvar för ett anhörigstödande förhållningssätt.

3.1. Samverkan kring den enskilde	Uppföljning/mätning
Utföraren ska presentera sin verksamhet och sitt arbetssätt i en särskild informationsskrift som riktar sig till den enskilde och deras anhöriga. Det ska även innehålla kontaktuppgifter samt information om vart man vänder sig om man vill framföra synpunkter eller klagomål.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Personalen ska veta vilka, hur och när olika insatser ska utföras hos olika brukare.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarenkät.
Utföraren ska ha rutiner internt och med andra aktörer inom vård och omsorg (ex. primärvård), som säkerställer att samarbetet runt den enskilde fungerar.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ansvarar för att teamsamverkan mellan olika personalkategorier fungerar. Teamsamverkan ska säkra att brukarens insatser från såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård samplaneras för att ge en god vård och omsorg till den enskilde.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Utförarens personalbemanning ska ge brukaren en trygg och säker vård och omsorg och garantera en god tillsyn och säkerhet enligt SoL och HSL. Utföraren ska ha arbetsmetoder som stödjer arbetet mot uppsatta mål.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska ha kända rutiner för att uppmärksamma samt vidta åtgärder om en person med demenssjukdom/kognitiv svikt är i behov av mer hjälp och stöd.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Det ska finnas skriftliga rutiner för hur man agerar samt vem man kontaktar när behov av rättslig företrädare uppmärksammas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att all personal ges information om den legala företrädarens uppdrag och ansvar.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

3.2. Samverkan med andra utförare	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att all relevant information rörande brukaren rapporteras och förmedlas till mottagande instans vid byte av vårdform.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att en samordnad individuell plan (SIP) upprättas efter samtycke från brukaren om det finns behov av insatser av flera huvudmän och/eller vårdgivare.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Brukare som vårdats på sjukhus ska snarast återvända till sitt hem när den enskilde är utskrivningsklar och planerad för hemgång.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

3.3. Inflyttning	Uppföljning/mätning
Utföraren är skyldig att följa kommunens biståndsbeslut och ta emot nya brukare i den takt som kommunen begär. Inflyttning ska kunna ske med kort varsel.	Dokumentationsgranskning.
Utföraren ansvarar för att kontakter tas med anhöriga samt att hembesök genomförs om det behövs innan inflyttning sker.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska inhämta nödvändig information och följa beställarens rutin: "Informationsutbyte mellan beställaren och utföraren vid ledigt boende och in- och utflyttning".	Enkät och intervju i verksamheten.

3.4. Personkontinuitet	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att den enskilde informeras om vem som ska utföra vården och omsorgen samt gällande förändringar i verksamheten.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska fördela arbetet på ett sådant sätt att den enskilde upplever kontinuitet i insatserna. Det innebär att personalen ska vara känd och så få olika personer som möjligt svarar för de individuella insatserna.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarenkät.
Minst en erfaren personal ska alltid vara i tjänst inom respektive arbetslag.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

3.5. Kontaktmannaskap	Uppföljning/mätning
Den enskilde ska ha en fast omsorgskontakt/kontaktman och det ska vara tydligt för den enskilde vem som är fast omsorgskontakt och vilket uppdrag hen har.	Dokumentationsgranskning.
Brukaren ska se vården som en helhet och det ska vara enkelt att få rätt stöd och hjälp av en fast omsorgskontakt/kontaktman.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.
Den enskilde ska kunna påverka valet av fast omsorgskontakt/kontaktman.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.
Den enskilde ska få möjlighet att träffa sin fasta omsorgskontakt/kontaktman under första veckan efter inflyttning.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.
Personalen ska känna till vilket uppdrag och ansvar den fasta omsorgskontakten/kontaktman har. En skriftlig beskrivning ska finnas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

3.6. Anhörigstöd	Uppföljning/mätning
Utförarens samtliga medarbetare ska ha kunskap om vad anhörigstöd och anhörigvänlig vård och omsorg innebär.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska informera brukaren och dennes närstående om möjligheten till anhörigstöd och vart de ska vända sig.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Anhörigas kunskaper och resurser ska tillvaratas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Förutsatt att den enskilde samtycker till detta ska: Utföraren samverka med anhöriga om hur stödet till den enskilde ges. Upprätta en individuell planering för att upprätthålla regelbundna kontakter med anhöriga samt hur de involveras vid förändring/uppföljning av insatser.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Samverkan med anhöriga ska erbjudas minst 1 gång per år, exempelvis individuella samtal, träffar med anhöriga, öppet hus.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

4. Trygghet och säkerhet

Trygg och säker innebär att tjänsterna utförs enligt gällande regelverk. Tjänsterna är transparenta vilket innebär förutsägbarhet och möjlighet till insyn. Risk för kränkning, försummelse, fysisk eller psykisk skada förhindras genom förebyggande arbete.

Det finns rutiner för avvikelshantering samt synpunkts- och klagomålshantering. Dessa ingår som en del i det systematiska kvalitetsarbetet.

Vården och omsorgen ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.

Tjänsterna präglas av kontinuitet. Den enskilde ska känna att personalen är välkänd, pålitlig och iakttar sekretess.

Den äldre ska kunna bo tryggt utifrån sina förutsättningar och ha möjlighet till rörelsefrihet. Trygghet kan vara att bo kvar i sin invanda miljö, att det finns möjlighet till sociala kontakter samt att det finns god social och medicinsk omvårdnad att tillgå hela dygnet, oavsett var i kommunen man bor.

4.1. Trygghet och säkerhet	Uppföljning/mätning
Boendet ska ge nämnden möjlighet att medverka vid förtroenderåd 1-2 gånger per år.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska ha en känd rutin som säkerställer att personalen har kunskap om hur de ska agera om barn misstänks fara illa.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska ha en känd rutin som beskriver hur barn som lever i familjer med missbruk, psykisk ohälsa, svårt somatiskt sjuka föräldrar och barn till föräldrar som oväntat avlider ska uppmärksammas samt vilka kontakter som ska tas för att ge extra stöd.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska ha en känd rutin som säkerställer att personalen har kunskap om hur de ska agera vid förekomst eller misstanke om våld i nära relationer.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

4.2. Lagstiftning, riktlinjer och rutiner	Uppföljning/mätning
All personal ska vara uppdaterad och kring gällande lagstiftning, riktlinjer och rutiner inom verksamhetsområdet och följa dessa.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

4.3. Identifikation	Uppföljning/mätning
All personal på boendet ska bära namnskylt och kunna identifiera sig.	Kontroll vid besök.
Den enskilde ska känna till på vilket sätt utföraren identifierar sig.	Enkät och intervju i verksamheten.

4.4. Sekretess	Uppföljning/mätning
Utföraren ansvarar för att all personal som utför uppgifter inom uppdraget förstår och efterlever den sekretess och tystnadsplikt som gäller.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
All personal ska underteckna en förbindelse om den tystnadsplikt som råder enligt sekretesslag, socialtjänstlag och hälso- och sjukvårdslag.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

4.5. Rutin för kontanta medel	Uppföljning/mätning
Utföraren ska ha rutiner för hantering av kontanta medel och följa dem, för de fall det är nödvändigt att personal hjälper den enskilde med inköp.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att den enskildes värdesaker förtecknas och hanteras på ett korrekt och tillförlitligt sätt.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

4.6. Rutin för nyckelhantering och andra låssystem	Uppföljning/mätning
Utföraren ska ha skriftliga rutiner för handhavande av nycklar eller andra låssystem såväl för brukarnas boende som för andra lokaler. Rutinerna ska säkerställa en säker hantering och förvaring av nycklar och andra låssystem.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Det ska inte vara möjligt för en utomstående att härleda till vilken adress nyckeln eller låssystemet går.	Kontroll vid besök.
Rutin ska finnas för hur utföraren agerar när någon inte öppnar eller svarar i telefon vid planerat besök/kontakt.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska tillsammans med den enskilde upprätta en plan över vem som ska kontaktas om den enskilde inte öppnar dörren eller svarar på telefon vid planerat besök samt komma överens med den enskilde om personalen ska använda nyckel vid planerade besök.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

4.7. Den enskildes rätt till rörelsefrihet	Uppföljning/mätning
Utföraren ska följa antagna riktlinjer om skyddsåtgärder. Rutiner kring arbetet med skyddsåtgärder ska vara kända och efterlevas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att skyddsåtgärder inte används utan brukarens samtycke.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

4.8. Synpunkter och klagomål	Uppföljning/mätning
Utföraren ska följa antagna riktlinjer för att mottaga klagomål och synpunkter och de ska vara kända i verksamheten. Utföraren ansvarar för att utreda, åtgärda och följa upp.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att brukaren och/eller dennes närstående erhåller tydlig information om hur de går tillväga vid rapportering av klagomål och synpunkter.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarenkät.
Utföraren ska säkerställa att brukaren och/eller dennes närstående erhåller tydlig information om hur de går tillväga för att anmäla enskilt klagomål/fel i vården till berörd myndighet.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Synpunkts- och klagomålshantering ska ingå som en del i det systematiska kvalitetsarbetet.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

4.9. Avvikelsehantering	Uppföljning/mätning
Utföraren ska följa antagna riktlinjer för att identifiera och rapportera avvikelser, samt att åtgärda och följa upp dessa.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Rutiner för avvikelsehantering ska vara kända hos personalen och efterlevas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Det ska finnas rutiner som är kända och efterföljs, för hur den enskilde ska informeras om det har inträffat en händelse/avvikelse.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Vid tillbud med medicinteknisk produkt ska ansvarig legitimerad personal kontaktas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Händelser som leder till en avvikelse ska omedelbart dokumenteras i brukarens dokumentation.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Vid en allvarlig avvikelse (klassificering grad 3 och 4) ska vårdgivaren informera om vilka åtgärder som genomförs för att en liknande händelse inte ska inträffa igen.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

4.10. Lex Sarah	Uppföljning/mätning
Utföraren ska ha kända skriftliga rutiner för den rapporteringsskyldighet avseende missförhållanden eller risk för missförhållande i omsorger om äldre eller funktionshindrade som följer av 14 kap 2 § socialtjänstlagen samt socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:5 och hur personalen ska informeras om dessa.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska omedelbart informera beställaren (socialt ansvarig samordnare) om utredning enligt Lex Sarah inleds.	Enkät och intervju i verksamheten.

4.11. Lex Maria	Uppföljning/mätning
Utföraren och personalen ska ha kännedom om och veta vad, när och hur det ska rapporteras enligt Lex Maria.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

4.12. Lex Maja	Uppföljning/mätning
Utföraren ska ha kända rutiner för hur man rapporterar när djur far illa.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

4.13. Kvalitetsarbete	Uppföljning/mätning
Resultatet från kvalitetsrapport och patientsäkerhetsberättelse ska analyseras i verksamheten och handlingsplan för kvalitet och patientsäkerhet ska upprättas.	Enkät och intervju i verksamheten.

4.14. Rutin för larmhantering	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att brukaren har tillgång till trygghetslarm där så bedöms nödvändigt.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Personalen ska se till att den enskilde får förutsättningar att hantera sitt trygghetslarm och ska meddela ansvarig person om det inte fungerar.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska ha kända rutiner för åtgärdande av larm och följa dem.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

4.15. Social dokumentation	Uppföljning/mätning
Dokumentation i verksamhetssystemet ska föras enligt beställarens rutiner och riktlinjer för dokumentation och informationsöverföring.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.

Utföraren ansvarar för att social dokumentation sker i enlighet med gällande lagkrav, författningar och allmänna råd.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.
Av den enskildes dokumentation ska det tydligt framgå vilken effekt som uppnåtts i arbetet mot de uppsatta målen.	Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska ha rutiner för dokumentation som ska vara kända och följas av personalen.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
All dokumentation ska vara på svenska.	Kontroll vid besök. Dokumentationsgranskning.

4.16. Dokumentation av hälso- och sjukvård	Uppföljning/mätning
Den som tagit emot en delegering från legitimerad personal tillhör hälso- och sjukvårdspersonal och har ett ansvar att signera utförd insats.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska säkerställa att all personal har resurser och tid att dokumentera.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att delegerade insatser dokumenteras och följs upp.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.

4.17. Förvaring av dokumentation	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att all dokumentation som rör brukaren förvaras på betryggande sätt i ett brandsäkert skåp, så att obehöriga inte får tillgång till den.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

4.18. Återlämnande av dokumentation	Uppföljning/mätning
När ärendet upphör eller den enskilde väljer annan utförare ska dokumentationen lämnas tillbaka till beställaren utan kostnad.	Kontroll vid besök. Dokumentationsgranskning.

4.19. Utlämnande av handlingar	Uppföljning/mätning
Utlämnande av allmän handling enligt Tryckfrihetsordningen får endast handläggas av kommunen/beställaren. Utföraren är i dessa fall skyldig att skyndsamt bistå nämnden i denna handläggning.	Kontroll vid besök.
I det fall kommunfullmäktige i Alingsås kommun fattar beslut om att tillämpa, Lag (1994:1383) överlämnande av handlingar till andra organ än myndigheter för förvaring, blir detta en uppgift för utföraren.	Kontroll vid besök.

5. Kunskapsbaserad verksamhet

Insatserna ska utföras i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet dvs. bästa tillgängliga kunskap om utformning, innebörd och förväntat resultat.

Personalen ska få till sig ny kunskap och fortbildning i den omfattning uppdraget kräver.

Den enskilde ska mötas av personal som har den utbildning och/eller yrkeserfarenhet som krävs för arbetsuppgiften. Arbetsmetoder och tillvägagångssätt ska präglas av inlevelseförmåga och respekt för individen.

Den enskildes erfarenhet och kunskap samt önskemål och förväntningar ska tas till vara. För detta krävs ett genomtänkt etiskt förhållningssätt samt kunskaper om kommunikation och bemötande.

5.1. Kompetenskrav för särskilt boende	Uppföljning/mätning
I enlighet med (SOSFS 2011:12) ska grundläggande kunskaper och förmågor finnas hos personalen om värdegrund, förhållningssätt och bedömningsförmåga, det normala åldrandet, åldrandets sjukdomar, funktionsbevarande omsorg, social omsorg, kroppsnära omsorg, måltid, mat och näring och omsorg i livets slutskede.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Kompetenskravet vid nyanställning av tillsvidareanställd vårdpersonal ska vara undersköterskekompetens vilket innebär: Gymnasieexamen från vård- och omsorgsprogrammet eller motsvarande tidigare utbildning, alternativt motsvarande gymnasial vuxenutbildning.	Statistik.
All personal ska behärska svenska språket på ett sådant sätt att hon eller han kan kommunicera med den enskilde m.fl. samt skriftligt kunna göra den dokumentation som krävs för respektive yrkeskategori.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska alltid sträva efter att vikarie vid långtidsfrånvaro har likvärdig utbildning som tillsvidareanställd personal.	Statistik.
Personal som bara utför serviceinsatser ska ha den erfarenhet som krävs för arbetsuppgiften och vara serviceinriktade.	Statistik.
Nyanställd personal får arbeta självständigt när personen genomgått utbildning i kommunens verksamhetssystem och fått en inloggning.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska se till att personalen har kunskap om metoder och arbetssätt för att möta den enskilda personens behov.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Rutiner för introduktion av samtliga yrkesgrupper ska finnas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

5.2. Kompetensutveckling	Uppföljning/mätning
Utföraren ansvarar för att personal får till sig ny kunskap och fortbildning inom det aktuella området och i den omfattning uppdraget kräver.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska ha en struktur för kompetensutveckling och fortbildning. Kompetensutvecklingsarbete ska genomföras enligt en fastställd plan.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att all personal har grundläggande kunskaper inom nedanstående områden samt att kompetensutveckling sker fortlöpande. Utbildningsplaner ska kunna redovisas. • Personlig vård • Gerontologi och geriatrik • Kognitiv svikt och äldres psykiska ohälsa • Vårdhygien och vårdrelaterade infektioner • Måltid, kost och nutrition • Mun- och tandhälsa • Urinblås- och tarmfunktion inklusive hjälpmedel • Diabetes • Stroke • Rehabilitering • Förflyttning samt hjälpmedel • Omvårdnad och omsorg i livets slut • Riskförebyggande arbete • Värdegrund och bemötande • Våld och övergrepp • Dokumentation	Enkät och intervju i verksamheten. Statistik.

5.3. Elever och studerande	Uppföljning/mätning
Utföraren ska ansvara för att elever / studerande har en utsedd handledare.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Minst en person i personalgruppen ska ha handledarutbildning.	Statistik.

6. Tillgänglighet

Tillgänglig innebär att det är lätt att få kontakt med socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Det är lätt att få information om vilken form av stöd och hjälp den enskilde kan få utifrån behov.

Information och kommunikation är begriplig och anpassad efter olika grupper och individers behov. Kommunikationen mellan den enskilde och professionen präglas av ömsesidighet och dialog.

Ingen ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som han eller hon har behov av. Det är viktigt att avtalade tider hålls.

Verksamheterna är fysiskt tillgängliga.

6.1. Tillgänglighet	Uppföljning/mätning
Den enskilde, och vid behov även dennes anhöriga, ska ges information om verksamheten, kontaktuppgifter, rättigheter, förutsättningar för en god vård och omsorg på ett enkelt och lättförståeligt sätt.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarenkät.
Utföraren ansvarar för att rekvirera tolk vid behov samt står för kostnaden för densamma.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska verka för att den fysiska miljön utformas så att den stödjer ett självständigt och oberoende liv.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ansvarar för att personalen eller annan lämplig person vid behov följer med den enskilde till sjukhus, tandläkare, frisör, fotvård, inköp etc.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

6.2. Insats i rätt tid	Uppföljning/mätning
Den enskilde ska kunna påverka genomförandet av insatserna och tidpunkten för service, omvårdnad och aktiviteter. Det innebär bl.a. att den enskilde ska kunna påverka när han när han/hon vill stiga upp och lägga sig samt påverka vilken tid han/hon vill äta.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarenkät.
Utföraren ska säkerställa att insatser i möjligaste mån, utförs vid den tid som planerats.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarenkät.
Information om ändrade förhållanden (ex. förändrad tid, annan person) ska ges utan dröjsmål till den enskilde.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarenkät.

6.3. Möjlighet att få kontakt	Uppföljning/mätning
Chefen ska vara tillgänglig dagtid kl. 08:00 - 17:00 under vardagar.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska alltid ha en person med chefsbefogenheter i beredskap.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Det ska var känt hur man får kontakt med utföraren och det ska vara lätt att ta kontakt samma dag.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Personalen ska känna till vem som är chef och ska när som helst kunna nå en ansvarig chef, om behov uppstår i verksamheten.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Chefen ska vara närvarande på boendet och tillgänglig för personal, boende och anhöriga minst vid två olika tillfällen, två vardagar per vecka.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
För den som söker chefen, ska det vara möjligt att få kontakt senast närmast efterföljande vardag.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

7. Effektivitet

Innebär att tillgängliga resurser utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål. Detta innebär att vården och omsorgen utformas och ges i samverkan mellan olika aktörer för att uppnå en hög kostnadseffektivitet. Det ska finnas en hög måluppfyllelse i förhållande till insatta resurser.

7.1. Effektivitet	Uppföljning/mätning
Utföraren ska sträva mot att använda tillgängliga resurserna används på bästa sätt för att uppnå de uppsatta målen.	Ekonomisk uppföljning. Statistik.

Kvalitetskrav Funktionsstöd

10

2022.297 VON

2022-12-13

§ 106 2022.297 VON

Kvalitetskrav Funktionsstöd**Ärendebeskrivning**

I Socialstyrelsens författningssamling SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, definieras kvalitet som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Enligt 4 kap 2§ i SOSFS 2011:9 framgår det att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Av 24 a § LSS framgår det att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller i verksamhet enligt LSS är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete. Samtliga utförare av insatser ska arbeta i enlighet med de kvalitetskrav som vård- och omsorgsnämnden antagit. Kvalitetskraven revideras årligen för att ha en följsamhet till nya krav och åtaganden.

Vård- och omsorgsnämnden har sedan 2014 antagit kvalitetskrav för särskilt boende, hemtjänst och kommunal primärvård (tidigare hemsjukvård). Kraven anger en lägsta nivå för den vård och omsorg som ges. Kvalitetskrav för verksamheter som bedrivs enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) har tidigare inte varit framtagna.

Beredning

Förvaltningen har i skrivelse den 1 december 2022 lämnat följande yttrande:

Att säkerställa kvaliteten i verksamheten innebär bland annat att samtliga insatser utförs på ett säkert sätt och med kvalitet så att den enskilde upplever sig nöjd med den beviljade insatsen/stödet. Kvalitén och kontinuiteten säkras även genom gemensamma arbetsmetoder, som kan förstås och tillämpas av alla och som är lättillgängliga och tydliga.

Verksamheten kommer att följas upp årligen utifrån kvalitetskraven, genom exempelvis egenkontroll, utredning av avvikelser, synpunkter och klagomål samt genom årlig redovisning i kvalitetsberättelsen samt patientsäkerhetsberättelsen.

Beslut**Arbetsutskottets förslag till beslut i vård- och omsorgsnämnden**

Vård- och omsorgsnämnden antar kvalitetskraven för funktionsstöd.

Datum: 2022-12-01
Handläggare: Malin Karlsson
Direktnr:
Diariennr: 2022.297 VON

Vård- och omsorgsnämnden

Tjänsteskrivelse - Kvalitetskrav Funktionsstöd

Ärendebeskrivning

I Socialstyrelsens författningssamling SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, definieras kvalitet som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Enligt 4 kap 2§ i SOSFS 2011:9 framgår det att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Av 24 a § LSS framgår det att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller i verksamhet enligt LSS är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete. Samtliga utförare av insatser ska arbeta i enlighet med de kvalitetskrav som vård- och omsorgsnämnden antagit. Kvalitetskraven revideras årligen för att ha en följsamhet till nya krav och åtaganden.

Vård- och omsorgsnämnden har sedan 2014 antagit kvalitetskrav för särskilt boende, hemtjänst och kommunal primärvård (tidigare hemsjukvård). Kraven anger en lägsta nivå för den vård och omsorg som ges. Kvalitetskrav för verksamheter som bedrivs enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) har tidigare inte varit framtagna.

Förvaltningens yttrande

Att säkerställa kvaliteten i verksamheten innebär bland annat att samtliga insatser utförs på ett säkert sätt och med kvalitet så att den enskilde upplever sig nöjd med den beviljade insatsen/stödet. Kvalitén och kontinuiteten säkras även genom gemensamma arbetsmetoder, som kan förstås och tillämpas av alla och som är lättillgängliga och tydliga.

Verksamheten kommer att följas upp årligen utifrån kvalitetskraven, genom exempelvis egenkontroll, utredning av avvikelser, synpunkter och klagomål samt genom årlig redovisning i kvalitetsberättelsen samt patientsäkerhetsberättelsen.

Ekonomisk bedömning

Förslaget innebär inga ekonomiska konsekvenser.

Förslag till beslut

Förslag till beslut i vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsnämnden antar kvalitetskraven för funktionsstöd.

Bilagor

- Kvalitetskrav Funktionsstöd

Beslutet ska skickas till

Klicka här för att fylla i vilka beslutet ska skickas till.

Anita Hedström
Förvaltningschef

Malin Karlsson
vik. SAS

Anita Hedström, Godkännare tjänsteskrivelse, 2022-12-06

Kvalitetskrav Funktionsstöd

Typ av styrdokument: Program
Beslutande instans: Vård- och omsorgsnämnden
Datum för beslut: 2022-12-
Diarienummer: XX

Gäller för: Vård- och omsorgsförvaltningen
Giltighetstid: Ett år
Revideras senast: 2023-12-31
Dokumentansvarig: SAS, MAS och MAR

Innehåll

Inledning.....	5
Uppföljning/mätning	6
Referenser	6
1. Värdegrund.....	7
1.1. Värdegrund.....	7
2. Självbestämmande och integritet	8
2.1. Självbestämmande och integritet	8
2.2. Genomförandeplan	9
2.3. Brukarundersökningar.....	10
3. Helhetssyn, samordning och kontinuitet	11
3.1. Samverkan kring den enskilde	11
3.2. Samverkan med andra utförare.....	12
3.3. Personkontinuitet	12
3.4. Stödperson i verksamheten	12
3.5. Anhöriga	12
3.6. Rättslig företrädare	13
4. Trygghet och säkerhet.....	14
4.1. Lagstiftning, riktlinjer och rutiner	14
4.2. Sekretess.....	14
4.3. Barnperspektiv	14
4.4. Social dokumentation.....	15
4.5. Hälso- och sjukvårdsdokumentation	15
4.6. Systematiskt kvalitetsarbete.....	16
4.7. Synpunkter och klagomål.....	16
4.8. Avvikelsehantering.....	16
4.9. Lex Sarah	17
4.10. Lex Maria	17
4.11. Lex Maja	17
4.12. Skyddsåtgärder.....	17
4.13. Rutin för nyckelhantering och andra låssystem	18
4.14. Rutin för kontanta medel	18
4.15. Identifikation.....	18
4.16. Rutin för larmhantering	18
5. God kvalitet i stöd och service	19
5.1. Kognition.....	19
5.2. Kommunikation och kommunikationsstöd	19
5.3. Hälsa och livsstil/fysisk aktivitet.....	20
5.4. Kultur och fritidsaktiviteter	20
5.5. Rekreation och återhämtning	20
5.6. Mat och måltider	21
5.7. Relationer och sexualitet.....	21
5.8. Utmanande beteenden	21
5.9. Psykisk ohälsa	22
5.10. Missbruk och riskbeteende	22

5.11.	Våld och brottsutsatthet	22
5.12.	Åldrande och demens	23
6.	God och säker vård och omsorg	24
6.1.	God och säker vård	24
6.2.	Förebyggande och hälsofrämjande arbete	25
6.3.	Delegering och instruktion	25
6.4.	Egenvård	26
6.5.	Personliga hjälpmedel	26
6.6.	Vårdhygien	26
6.7.	Urinblås- och tarmfunktion	27
6.8.	Munhälsa/uppsökande tandvård	27
6.9.	Vård och stöd i livets slutskede	27
7.	Kunskapsbaserad verksamhet	28
7.1.	Kompetenskrav	28
7.2.	Kunskapsbaserad verksamhet	29
7.3.	Kompetensutveckling/fortbildning	30
7.4.	Elever och studerande	30
8.	Tillgänglighet	31
8.1.	Tillgänglighet	31
8.2.	Insats i rätt tid	31
8.3.	Möjlighet att få kontakt	32
9.	Effektivitet	32
9.1.	Effektivitet	32

Inledning

I Socialstyrelsens författningssamling SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, definieras kvalitet som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Vidare framgår det att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Att säkerställa kvaliteten i verksamheten innebär bland annat att samtliga insatser utförs på ett säkert sätt och med kvalitet så att den enskilde upplever sig nöjd med den beviljade insatsen/stödet. Kvalitén och kontinuiteten säkras även genom gemensamma arbetsmetoder, som kan förstås och tillämpas av alla och som är lättillgängliga och tydliga.

Vård- och omsorgsnämnden har antagit kvalitetskrav som anger en lägsta nivå för den vård och omsorg som ges. I detta dokument finns kvalitetskrav som gäller för verksamheter som bedrivs enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) beskrivna. Kvalitetskrav finns även specificerade för särskilt boende, hemtjänst och kommunal primärvård. Verksamheten följs upp årligen utifrån dessa krav, se nedan under "Uppföljning/mätning". Vård- och omsorgsnämnden justerar även kraven årligen, för att kontinuerligt utveckla och förbättra kvaliteten inom verksamheten.

Av 24 a § LSS framgår det att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller i verksamhet enligt LSS är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete. Kvalitetskraven kan utifrån detta ses som ett verktyg och stöd att luta sig mot i det gemensamma uppdraget att säkra och utveckla kvaliteten i verksamheten.

Kvalitetskraven för LSS utgår främst från de områden som Socialstyrelsen har angett vara viktiga för att uppnå en god och säker vård och omsorg. Kraven finns beskrivna under följande rubriker:

- Värdegrund
- Självbestämmande och integritet
- Helhetssyn, samordning och kontinuitet
- Trygghet och säkerhet
- God kvalitet i stöd och service
- God och säker vård och omsorg
- Kunskapsbaserad verksamhet
- Tillgänglighet
- Effektivitet

De flesta av kraven gäller för samtliga insatser enligt LSS. Det finns dock vissa krav som är specifika och riktar sig mer mot en eller flera insatser, exempelvis bostad med särskild service.

Uppföljning/mätning

Uppföljning och mätning av resultat utifrån gällande kvalitetskrav sker på olika sätt och i tabellerna nedan finns angivet vilken typ av uppföljning/mätning som är aktuell för respektive kvalitetskrav. Det handlar framför allt om;

- *Kontroll vid besök:*

SAS, MAS och/eller MAR kan komma att göra såväl anmälda som oanmälda besök i verksamheten för att säkerställa att kraven efterlevs.

- *Enkät och intervju i verksamheten:*

En stor andel av kvalitetskraven följs upp via enkäter och/eller intervjuer i verksamheten. Verksamheten kommer inför varje enkätutskick eller planerad intervju att få information om detta i förväg. Frågeställningarna kommer främst att ha koppling till de särskilda områden som vård- och omsorgsförvaltningen fått i uppdrag av nämnden att lägga extra fokus på under året och som finns belysta i kvalitetsberättelsen och patientsäkerhetsberättelsen, som är antagna av Vård- och omsorgsnämnden. Enkäter kan också komma att skickas ut återkommande under året, kring specifikt utvalda områden.

- *Kvalitetsregister och statistik:*

En del av uppföljningen och mätningen av resultat sker genom inhämtande av statistik och information från de nationella kvalitetsregister som Vård- och omsorgsförvaltningen är anslutna till.

- *Dokumentationsgranskning:*

Att granska verksamhetens dokumentation ingår numera som en del av det årliga systematiska kvalitetsarbetet genom egenkontroll. SAS, MAS och/eller MAR kan komma att göra ytterligare journalgranskningar eller stickprov ur dokumentationen i verksamheter där behov av detta uppmärksammas.

- *Brukarenkät/brukarundersökning:*

Vård- och omsorgsförvaltningen deltar årligen i nationella brukarenkäter/ brukarundersökningar. Resultaten från dessa undersökningar kommer att ligga till grund för uppföljning och mätning av en del av kvalitetskraven.

Referenser

- SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)
- Svensk standard (SS 877001:2021) Kvalitetssäkring inom LSS – bostad med särskild service för vuxna (SIS – svenska institutet för standarder)
- Handläggning och dokumentation – handbok för socialtjänsten (Socialstyrelsen, 2021)

1. Värdegrund

Värdegrunden för insatser enligt LSS bygger på de bärande principerna; tillgänglighet, inflytande, delaktighet, självbestämmande, helhetssyn och kontinuitet. Det är verksamhetens ansvar att utgå från alla människors lika värde och rättigheter.

Värdegrunden skapar ett gemensamt förhållningssätt och är det gemensamma etiska fundament som styr de synsätt, värderingar och etiska principer som utgör kompassen för verksamheten och det dagliga arbetet. Den utgör en förutsättning för etisk medvetenhet och etiskt agerande.

Ett pedagogiskt förhållnings- och arbetssätt handlar om hur personalen ger stöd för att skapa förutsättningar för den enskildes självständighet och möjlighet att, utifrån sina förutsättningar, leva som andra.

På vård- och omsorgsförvaltningen i Alingsås kommun har avdelningarna för boende och arbete samt personlig assistans och stöd (tidigare avdelningen för funktionsstöd) skapat ett "*Pedagogiskt förhållningssätt*". Målet och huvudsakligt fokus med pedagogiskt förhållningssätt handlar om att den enskilde ska vara huvudperson i sitt liv. Med ett antal ledstjärnor som stöd i arbetet att uppnå målet skapas ett gemensamt synsätt och en pedagogisk tydlighet i hur vi verkställer LSS insatser i Alingsås kommun.

1.1. Värdegrund	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att värdegrunden i LSS är känd, implementerad och efterlevs av all personal.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att verksamhetens "Pedagogiska förhållningssätt" är känd, implementerad och efterlevs av all personal.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att personalen är delaktig i tillämpningen, utvärderingen och utvecklingen av värdegrundsarbetet på verksamhetsnivå.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att personalen är medvetna om diskrimineringsgrunderna och har ett dokumenterat arbetssätt för att motverka diskriminering.	Enkät och intervju i verksamheten.

2. Självbestämmande och integritet

I lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) framgår att; "Verksamheten skall vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Den enskilde skall i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges" (6§).

Den enskilde har tolkningsföreträde av vad som utgör goda levnadsvillkor för hen och har därmed rätt att i största möjliga mån påverka utformningen av stödet.

Behov och önskemål om stöd och service varierar från person till person och i livets olika skeden. Insatserna bör därför utformas så att de svarar mot den enskildes aktuella situation. Den enskilde ska ha ett direkt inflytande, både i planeringen och utformningen av insatserna och i genomförandet av insatsen.

Verksamheten ska sträva mot att alla personer ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. För att uppnå det ska verksamheten bland annat värna om och respektera den enskildes rätt till privatliv och kroppslig integritet, självbestämmande och delaktighet. Verksamheten ska stödja att man så långt det är möjligt kan leva sitt liv på det sätt den enskilde önskar. Alla ska utifrån sina förutsättningar få möjlighet till en meningsfull tillvaro.

2.1. Självbestämmande och integritet	Uppföljning/mätning
Den enskilde ska vara nöjd med hur insatserna utförs och med personalens bemötande.	Brukarundersökning.
Den enskilde ska kunna påverka genomförandet av insatserna och tidpunkten för service, omvårdnad och aktiviteter. Det innebär bl.a. att den enskilde ska kunna påverka när han/hon vill stiga upp och lägga sig samt välja vilken tid han/hon vill äta.	Brukarundersökning. Dokumentationsgranskning.
Den enskilde ska i möjligaste mån få bestämma över t.ex. klädval, personlig livsstil, personliga tillhörigheter.	Brukarundersökning.
Personalen ska respektera den enskildes behov av integritet i omsorgssituationer.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Personalen ska ha ett arbetssätt som säkerställer att den enskilde själv får bestämma om den kroppsliga omsorgen och motiverar den enskilde att upprätthålla en god personlig hygien.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarundersökning.
Personalen ska respektera att den enskildes bostad är dennes hem samt brukares rätt att möblera och utforma den egna lägenheten så som brukare själv vill med hänsyn tagen till personalens arbetsmiljö.	Dokumentationsgranskning. Brukarundersökning.
Utföraren ska säkerställa att personalen reflekterar över hur den enskildes integritet respekteras	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att den enskilde ges möjlighet att påverka valet av den personal som tillhandahåller stödet i situationer av särskild vikt för den enskilde.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

Den enskildes insatser ska utformas med hänsyn till olika språk och sedvanor som kan betingas av kulturell eller religiös bakgrund.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska ge den enskilde möjligheten till individuell stimulans utifrån önskemål och behov inom ramen för beslut.	Dokumentationsgranskning. Brukarundersökning.
Personalen ska, förutsatt att den enskilde önskar, stödja den enskilde i att hålla kontakten med anhöriga och vänner.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för hur samtycke inhämtas och följs upp i olika sammanhang.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska säkerställa att personalen kontinuerligt reflekterar över etiska dilemman och att det finns möjlighet att diskutera svåra situationer.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att den enskildes integritet beaktas i förhållande till andra brukare (i gemensamhetsutrymmen, på boendet, på daglig verksamhet, etc).	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

2.2. Genomförandeplan	Uppföljning/mätning
Rutiner för upprättandet av genomförandeplan skall finnas och personalen ska följa dem.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att den enskildes behov av insatser tillgodoses omgående även om genomförandeplan inte hunnit upprättas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att en genomförandeplan upprättas i samråd med den enskilde snarast men senast inom två veckor från verkställt beslut.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska säkerställa att den enskilde får för hen begriplig och tillgänglig information om genomförandeplanens innehåll och syfte.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Genomförandeplanen ska innehålla uppställda mål samt en beskrivning av hur arbetet bedrivs för att nå målet. Dessa ska vara begripliga för den enskilde.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Genomförandeplanen ska utgå från värdegrunden. Stor vikt läggs vid den enskildes rätt till delaktighet, inflytande och självbestämmande.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Av den enskildes dokumentation ska det tydligt framgå vilken effekt som uppnåtts i arbetet mot de uppsatta målen.	Dokumentationsgranskning.
Den enskilde och/eller dennes närstående ska vara delaktiga i upprättandet av genomförandeplanen och planeringen av insatserna.	Dokumentationsgranskning.
Saknar den enskilde möjligheten att själv uttrycka sig ska närstående eller annan legal företrädare tolka och framföra dennes önskemål och behov.	Dokumentationsgranskning.

Om behov finns ska den enskilde ges möjlighet att använda sig av auktoriserad tolk i samband med upprättande eller revidering av genomförandeplan.	Dokumentationsgranskning.
Utföraren skall säkerställa att genomförandeplanen efterlevs, följs upp och utvärderas tillsammans med den enskilde minst en gång per år, samt hålls aktuell utifrån den enskildes förändrade behov.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

2.3. Brukarundersökningar	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att brukarundersökningar genomförs regelbundet och minst en gång per år samt följer den rutin för brukarundersökning som gäller.	Brukarundersökning. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att den enskilde genom förberedelser ges förutsättningar att besvara brukarundersökningen samt att dess utformning och innehåll är anpassat och tillgängligt för den enskilde.	Brukarundersökning. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att den enskilde, så långt det är möjligt, ges möjlighet att besvara undersökningen anonymt.	Brukarundersökning. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att den enskilde ges möjlighet att vara delaktig vid analys av resultat och eventuell planering av åtgärder utifrån brukarundersökningens utfall.	Brukarundersökning. Enkät och intervju i verksamheten.

3. Helhetssyn, samordning och kontinuitet

I lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) framgår det att:
"Verksamheten enligt denna lag ska vara av god kvalitet och bedrivas i samarbete med andra berörda samhällsorgan och myndigheter" (6§).

Vidare framgår i 7§ att *"Den enskilde skall genom insatserna tillförsäkras goda levnadsvillkor. Insatserna skall vara varaktiga och samordnade. De skall anpassas till mottagarens individuella behov samt utformas så att de är lätt tillgängliga för de personer som behöver dem och stärker deras förmåga att leva ett självständigt liv"*.

Helhetssyn utgår från den enskildes samlade livssituation och innebär att stödet planeras och ges med utgångspunkt i den enskildes samlade behov. Då den enskilde har behov av tjänster som bedrivs inom olika verksamheter eller av olika utförare och professioner ska dessa vara samordnade. Det ska finnas en tydlig ansvarsfördelning. Kontakter, information och olika insatser bör samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

Kontinuitet innebär att insatserna är bestående och att tillvaron därmed blir överblickbar för den enskilde. Det innebär också att den enskilde kan känna en tillit till att insatsen finns kvar och en säkerhet i att stödet inte plötsligt upphör eller förändras.

Verksamheten ska samverka med anhöriga om hur stödet till den enskilde ges förutsatt att den enskilde samtycker till detta. Det kan vara särskilt viktigt med god samverkan mellan utförare, anhöriga och hälso- och sjukvården för att uppnå bästa möjliga hälsa och välbefinnande hos den enskilde.

3.1. Samverkan kring den enskilde	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att stödet planeras, genomförs, följs upp och utvärderas utifrån en helhetssyn och i delaktighet med den enskilde, samt utifrån individuell plan och beslut från handläggare.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska presentera sin verksamhet och sitt arbetssätt i en särskild informationsskrift som riktar sig till den enskilde och deras anhöriga. Det ska även innehålla kontaktuppgifter samt information om vart man vänder sig om man vill framföra synpunkter eller klagomål.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att den enskilde ges förutsättningar och stöd för att kommunicera, och uttrycka sin vilja.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska medverka till att teamsamverkan mellan olika personalkategorier fungerar. Teamsamverkan ska säkra att brukarens insatser från såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård samplaneras för att ge en god vård och omsorg till den enskilde.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

3.2. Samverkan med andra utförare	Uppföljning/mätning
Utföraren ska ha rutiner internt och med andra aktörer inom vård och omsorg (ex. primärvård), som säkerställer att samarbetet runt den enskilde fungerar. Personalen ska känna till dessa rutiner och kunna initiera samordning.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att en samordnad individuell plan (SIP) upprättas efter samtycke från brukaren om det finns behov av insatser av flera huvudmän och/eller vårdgivare.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Brukare som vårdats på sjukhus ska snarast återvända till sitt hem när den enskilde är utskrivningsklar och planerad för hemgång.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

3.3. Personkontinuitet	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att den enskilde informeras om vem som ska utföra stödet samt gällande förändringar i verksamheten.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska fördela arbetet på ett sådant sätt att den enskilde upplever kontinuitet i insatserna. Det innebär att personalen ska vara känd och så få olika personer som möjligt svarar för de individuella insatserna.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarundersökning.
Minst en erfaren personal ska alltid vara i tjänst inom respektive arbetslag	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Personalen ska veta vilka, hur och när olika insatser ska utföras hos olika brukare.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

3.4. Stödperson i verksamheten	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att den enskilde har en utsedd stödperson i verksamheten som har primärt ansvar för att samordna, planera och utvärdera stödet i samråd med den enskilde.	Dokumentationsgranskning.
Personalen ska känna till vilket uppdrag och ansvar man har som stödperson. En skriftlig beskrivning ska finnas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

3.5. Anhöriga	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att samtycke inhämtas från den enskilde gällande utlämnande av personlig information om den enskildes hälsa, vardag och behov innan den lämnas till anhörig.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska informera den enskilde och dennes närstående om möjligheten till anhörigstöd och vart de ska vända sig.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Förutsatt att den enskilde samtycker till detta ska utföraren samverka med anhöriga om hur stödet till den enskilde ges.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

Förutsatt att den enskilde samtycker till detta ska utföraren upprätta en individuell planering för att upprätthålla regelbundna kontakter med anhöriga samt hur de involveras vid förändring/uppföljning av insatser.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Samverkan med anhöriga ska erbjudas minst 1 gång per år, exempelvis individuella samtal, träffar med anhöriga, öppet hus.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Anhörigas kunskaper och resurser ska tillvaratas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

3.6. Rättslig företrädare	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att personalen har kunskap om vad den rättslige företrädarens uppdrag innebär samt vem som har uppdraget.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska säkerställa att det i den enskildes akt finns aktuella uppgifter om förordnande av god man eller förvaltare med uppgifter om vem som har förordnats, för vilket eller vilka uppdrag samt kontaktuppgifter.	Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska säkerställa att den enskilde får stöd i kontakt med rättslig företrädare.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Det ska finnas skriftliga rutiner för hur man agerar samt vem man kontaktar när behov av rättslig företrädare uppmärksammas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska uppmärksamma och informera överförmyndarnämnden vid brister i utförandet av den rättsliga företrädarens uppdrag.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

4. Trygghet och säkerhet

Trygg och säker innebär att tjänsterna utförs enligt gällande regelverk. Tjänsterna är transparenta vilket innebär förutsägbarhet och möjlighet till insyn. Risk för kränkning, försummelse, fysisk eller psykisk skada förhindras genom förebyggande arbete. Det finns rutiner för avvikelshantering samt synpunkts- och klagomålshantering. Dessa ingår som en del i det systematiska kvalitetsarbetet.

Vården och omsorgen ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Tjänsterna präglas av kontinuitet. Den enskilde ska känna att personalen är välkänd, pålitlig och iakttar sekretess.

4.1. Lagstiftning, riktlinjer och rutiner	Uppföljning/mätning
All personal ska vara uppdaterad kring gällande lagstiftning, riktlinjer och rutiner inom verksamhetsområdet och följa dessa.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
4.2. Sekretess	Uppföljning/mätning
Utföraren ansvarar för att all personal som utför uppgifter inom uppdraget förstår och efterlever den sekretess och tystnadsplikt som gäller.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
All personal ska underteckna en förbindelse om den tystnadsplikt som råder enligt sekretesslag, LSS, socialtjänstlag och hälso- och sjukvårdslag.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
4.3. Barnperspektiv	Uppföljning/mätning
Vid insatser där det förekommer barn i hemmet, ska hänsyn tas till barnets behov av information, råd och stöd.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska ha en känd rutin som säkerställer att personalen har kunskap om hur de ska agera om barn misstänks fara illa.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska ha en känd rutin som beskriver hur barn som lever i familjer med missbruk, psykisk ohälsa, svårt somatiskt sjuka föräldrar och barn till föräldrar som oväntat avlider ska uppmärksammas samt vilka kontakter som ska tas för att ge extra stöd.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska ha en känd rutin som säkerställer att personalen har kunskap om hur de ska agera vid förekomst eller misstanke om våld i nära relationer.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

4.4. Social dokumentation	Uppföljning/mätning
Utföraren ansvarar för att social dokumentation sker i enlighet med gällande lagkrav, författningar och allmänna råd.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att verksamheten har dokumenterade rutiner gällande social dokumentation.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att all dokumentation som rör den enskilde förvaras på ett säkert sätt, t.ex. i ett brandsäkert låsbart skåp, så att obehöriga inte får tillgång till den.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att all personal har resurser och tid att dokumentera.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.
Dokumentationen ska utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse.	Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska säkerställa att den sociala dokumentationen förs på ett systematiskt sätt utifrån uppsatta mål samt att avvikelser från genomförandeplanen dokumenteras.	Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska säkerställa att den sociala dokumentationen utförs med respekt för den enskildes integritet.	Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska säkerställa att den sociala dokumentationen skrivs på ett lättbegripligt och objektiva sätt, och inte är av kränkande eller nedsättande karaktär.	Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska säkerställa att dokumentationen innehåller uppgifter som är tillräckliga, väsentliga och ändamålsenliga i förhållande till vad saken gäller.	Dokumentationsgranskning.
All dokumentation ska vara på svenska.	Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska säkerställa att den enskilde informeras om att dokumentation sker och att dokumentationen lämnas ut vid begäran av den enskilde. Om den enskilde anser att någon uppgift i dokumentationen är oriktig ska detta antecknas.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.
Dokumentation i verksamhetssystemet ska föras enligt beställarens rutiner och riktlinjer för dokumentation och informationsöverföring.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.

4.5. Hälso- och sjukvårdsdokumentation	Uppföljning/mätning
Den som tagit emot en delegering från legitimerad personal tillhör hälso- och sjukvårdspersonal och har ett ansvar att signera utförd insats.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

Utföraren ska säkerställa att delegerade insatser dokumenteras och följs upp.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.
---	--

4.6. Systematiskt kvalitetsarbete	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att personalen ges möjlighet till inflytande och medverkar i det systematiska kvalitetsarbetet.	Enkät och intervju i verksamheten.
Resultatet från kvalitetsberättelse och patientsäkerhets-berättelse ska analyseras i verksamheten och handlingsplaner ska upprättas.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att roller och ansvar i processer samt rutiner finns beskrivna och dokumenterade och är kända för dem det berör.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att de processer där samverkan behövs med andra aktörer har identifierats och dokumenterats.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att genomförda egenkontroller dokumenteras.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att en handlingsplan för åtgärder av identifierade brister upprättas.	Enkät och intervju i verksamheten.

4.7. Synpunkter och klagomål	Uppföljning/mätning
Utföraren ska följa antagna riktlinjer för att mottaga klagomål och synpunkter och de ska vara kända i verksamheten. Utföraren ansvarar för att utreda, åtgärda och följa upp.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att den enskilde och/eller dennes närstående erhåller tydlig information om hur de går tillväga vid rapportering av klagomål och synpunkter.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarundersökning.
Utföraren ska säkerställa att brukaren och/eller dennes närstående erhåller tydlig information om hur de går tillväga för att anmäla enskilt klagomål/fel i vården till berörd myndighet.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att den enskilde, på ett för hen tillgängligt och begripligt sätt, får återkoppling på synpunkter och klagomål samt är delaktig i planering av åtgärder.	Enkät och intervju i verksamheten.
Synpunkts- och klagomålshantering ska ingå som en del i det systematiska kvalitetsarbetet.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

4.8. Avvikelsehantering	Uppföljning/mätning
Utföraren ska följa antagna riktlinjer för att identifiera och rapportera avvikelser, samt att åtgärda och följa upp dessa.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Rutiner för avvikelsehantering ska vara kända hos personalen och efterlevas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

Det skall finnas rutiner för hur den enskilde ska informeras om det har inträffat en händelse/avvikelse.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska aktivt arbeta för en kultur där personalen uppmuntras att rapportera och vara lyhörd för kvalitetsbrister.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Händelser som resulterat i en avvikelse ska omedelbart dokumenteras i den enskildes journal.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Vid en allvarlig avvikelse (klassificering grad 3 och 4) ska utföraren informera om vilka åtgärder som genomförs för att en liknande händelse inte ska inträffa igen.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

4.9. Lex Sarah	Uppföljning/mätning
All personal ska känna till den rapporteringsskyldighet avseende missförhållanden eller risk för missförhållande i omsorgen om äldre eller funktionshindrade som följer av 24a§ + 24b§ LSS samt socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:5 om hur personalen ska informeras om dessa.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska följa antagna riktlinjer för att hantera, åtgärda och följa upp rapporteringar om Lex Sarah.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren skall omedelbart informera socialt ansvarig samordnare om rapport enligt Lex Sarah upprättats.	Enkät och intervju i verksamheten.

4.10. Lex Maria	Uppföljning/mätning
Utföraren och all personal ska ha kännedom om och veta vad, när och hur det ska rapporteras enligt Lex Maria.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

4.11. Lex Maja	Uppföljning/mätning
Utföraren ska ha kända rutiner för hur och när man rapporterar när djur far illa.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

4.12. Skyddsåtgärder	Uppföljning/mätning
Utföraren ska följa antagna riktlinjer om skyddsåtgärder. Rutiner kring arbetet med skyddsåtgärder ska vara kända och efterlevas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att man inhämtar samtycke från den enskilde för varje enskild skyddsåtgärd (ett samtycke kan när som helt återkallas).	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

Vid skyddsåtgärder ska alltid en handlingsplan upprättas i verksamhetssystemet	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska säkerställa att skyddsåtgärder som planeras på lång eller kort sikt, följs upp och arbetas bort i delaktighet med den enskilde och dennes eventuella rättsliga företrädare.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

4.13. Rutin för nyckelhantering och andra låssystem	Uppföljning/mätning
Utföraren ska ha skriftliga rutiner för handhavande av nycklar eller andra låssystem såväl för brukarnas boende som för andra lokaler. Rutinerna ska säkerställa en säker hantering och förvaring av nycklar och andra låssystem.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Det skall inte vara möjligt för en utomstående att härleda till vilken adress nyckeln eller låssystemet går.	Kontroll vid besök.
Rutin skall finnas för hur utföraren agerar när någon inte öppnar eller svarar i telefon vid planerat besök/kontakt.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren skall tillsammans med den enskilde upprätta en plan över vem som ska kontaktas om den enskilde inte öppnar dörren eller svarar på telefon vid planerat besök samt komma överens med den enskilde om personal skall använda nyckel vid planerade besök.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

4.14. Rutin för kontanta medel	Uppföljning/mätning
Utföraren skall ha rutiner för hantering av kontanta medel och följa dem, för de fall det är nödvändigt att personal hjälper den enskilde med inköp.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att den enskildes värdesaker förtecknas och hanteras på ett korrekt och tillförlitligt sätt.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

4.15. Identifikation	Uppföljning/mätning
All personal ska bära namnskylt och kunna identifiera sig.	Kontroll vid besök.
Den enskilde ska känna till på vilket sätt utföraren identifierar sig.	Enkät och intervju i verksamheten.

4.16. Rutin för larmhantering	Uppföljning/mätning
Utföraren ska ha kända rutiner för åtgärdande av larm och följa dem.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Personalen ska se till att den enskilde får förutsättningar att hantera sitt larm och ska meddela ansvarig person om det inte fungerar.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

5. God kvalitet i stöd och service

Stöd och service av god kvalitet är beroende av strukturen, kompetensen, ansvarsfördelningen och resurserna i verksamheten.

För att säkerställa god kvalitet vad gäller stöd, service och omvårdnad med den enskildes behov i centrum tillämpar verksamheten en evidensbaserad praktik. Stödet grundar sig i ett pedagogiskt förhållnings- och arbetssätt.

5.1. Kognition	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att personal har kompetens och ges fortlöpande kompetensutveckling inom kognitiv funktionsnedsättning och kognitivt stöd.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att den enskilde ges möjlighet att bibehålla och utveckla sin kognitiva förmåga.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att personalen har kunskap om och tar hänsyn till den enskildes perception och kognition.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

5.2. Kommunikation och kommunikationsstöd	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att personalen har kompetens när det gäller kommunikation och dess betydelse, alternativa kommunikationssätt samt hjälpmedel för kommunikation, samt förståelse av vikten av att anpassa sin egen kommunikation till den enskildes förmåga att förstå den.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att det finns processer och rutiner för kontakt med exempelvis barn- och vuxenhabiliteringen så att den enskildes behov av kommunikationsstöd kan kartläggas och dokumenteras.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att den enskilde får stöd i att förstå samt kunna förmedla information.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att den enskilde ges möjlighet att kommunicera på det sätt som denne själv föredrar och behärskar.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att den enskilde får stöd att bibehålla och utveckla sin förmåga att kommunicera och använda sina kommunikationshjälpmedel.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att personalen har kunskap om hur en anpassad miljö kan bidra till ökad självständighet och ökat självbestämmande för den enskilde.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att den enskilde erbjuds tolktjänster vid behov.	Enkät och intervju i verksamheten.

5.3. Hälsa och livsstil/fysisk aktivitet	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att personalen arbetar motiverande för en hälsosam livsstil hos den enskilde.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att den enskilde uppmuntras till och får stöd till regelbunden fysisk aktivitet i varierande former, utifrån individuella önskemål och behov	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att kontakt initieras med fysioterapeut eller arbetsterapeut vid behov.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

5.4. Kultur och fritidsaktiviteter	Uppföljning/mätning
Utföraren ska i genomförandeplanen beskriva den enskildes kultur-, samhälls- och fritidsintressen.	Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska skapa förutsättningar för ett kontinuerligt genomförande av den enskildes olika kultur- och fritidsaktiviteter.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska ge stöd för att utveckla och bibehålla den enskildes kultur- och fritidsintressen, vid behov upptäcka nya samt kontinuerligt utvärdera om de gemensamma och/eller individuella aktiviteterna är de som önskas.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska säkerställa att den enskilde erbjuds stöd och stimulans för att delta i samhällets gemenskap utifrån sina individuella behov, önskemål och förutsättningar.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

5.5. Rekreation och återhämtning	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att den enskilde får stöd att skapa en fungerande sömnrutin.	Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska säkerställa att personal ger stöd till den enskilde när det gäller att identifiera vilka aktiviteter som ger respektive tar energi, samt stöd till en planering med god aktivitetsbalans.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska säkerställa att personal ger stöd till den enskilde när det gäller att planera och skapa tid för återhämtning efter behov och önskemål.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska säkerställa att personal ger stöd till den enskilde i att planera och genomföra semesteraktiviteter.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

5.6. Mat och måltider	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att personalen har kunskap om mat och måltiders inverkan på psykisk och fysisk hälsa, samt klarar enkel matlagning och har kunskaper kring hygienrutiner vid matlagning.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska stötta och inspirera den enskilde till hälsosamma val av livsmedel, recept och måltider.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska förmedla kunskap om sambandet mellan mat och hälsa på ett så anpassat och pedagogiskt sätt som möjligt.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att den enskilde ges stöd vid måltidsplanering utifrån önskemål och behov.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska anpassa måltidsmiljön utifrån den enskildes önskemål och behov.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att det finns processer och rutiner för kontakt och samarbete med hälso- och sjukvården vid särskilda behov eller tillstånd.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

5.7. Relationer och sexualitet	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att den enskilde får stöd i att skapa, utveckla och bibehålla för hen viktiga relationer.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att personalen har kompetens om och fortlöpande får kompetensutveckling om sexualitet och normkritiskt förhållningssätt.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att personal respekterar den enskildes integritet och är uppmärksam på gränser som måste upprätthållas på ett professionellt sätt.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att den enskilde har tillgänglig och aktuell information om preventivmedel och information om skydd mot sexuellt överförbara sjukdomar.	Enkät och intervju i verksamheten.

5.8. Utmanande beteenden	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att personalen har kunskaper om den enskildes funktionstillstånd, fysiska och psykiska hälsa, sätt att kommunicera samt om konsekvenserna av individens funktionsnedsättningar.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att det utmanande beteendet kartläggs och beskrivs, som underlag till att identifiera möjliga orsaker.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

Utföraren ska säkerställa att individuellt anpassad och tydliggörande pedagogik används för att förbereda den enskilde på och skapa förutsägbarhet och förståelse för aktiviteter och händelser i syfte att undvika osäkerhet och frustration.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska säkerställa att arbets-, kommunikations- och förhållningssätt utvärderas, anpassas och förändras när de inte fungerar.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska säkerställa att personal har kunskap om hur man bemöter personer som har svårt med känslokontroll på ett lågaffektivt sätt samt får handledning i detta vid behov.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att arbets- och förhållningssätt finns dokumenterade i en handlingsplan för den enskilde som ett stöd för hur personal ska förhålla sig vid dennes utmanande beteenden.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

5.9. Psykisk ohälsa	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att personalen har kompetens om psykisk ohälsa och verkar i samråd med den enskilde för att stärka hens psykiska välmående.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att det finns processer och rutiner för samarbete och uppföljning med relevanta aktörer utifrån den enskildes psykiska hälsa (t.ex. psykiatri, primärvård).	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att det i den sociala dokumentationen finns rutiner och handlingsplaner för förebyggande och akuta insatser, pedagogiska hjälpmedel och bemötande.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

5.10. Missbruk och riskbeteende	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att personalen har grundläggande kunskaper om riskbruk, riskbeteende, missbruk och beroendeproblematik.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att det finns dokumenterade processer och rutiner för samverkan och stöd till den enskilde i kontakt med relevanta aktörer som erbjuder stöd och/eller behandling inom det område som missbruket eller riskbeteendet rör.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att det i den sociala dokumentationen finns rutiner och handlingsplaner för förebyggande och akuta insatser samt bemötande.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

5.11. Våld och brottsutsatthet	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att det finns processer och rutiner för hur personalen ska agera vid misstanke om att den enskilde utsätts eller har utsatts för våld.	Enkät och intervju i verksamheten.

Utföraren ska tillhandahålla information om rättigheter och om var den enskilde kan vända sig för att få stöd, samt vilken typ av stöd, på ett för den enskilde begripligt sätt.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att misstankar om övergrepp och andra brott uppmärksammas och hanteras av verksamheten, och vid behov stötta den enskilde att själv eller med hjälp av rättslig företrädare göra anmälan till polis eller socialtjänst.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att alla tecken på våldsutsatthet dokumenteras på ett sakligt och objektivt sätt i den enskildes sociala journal, och i förekommande fall rapporteras som missförhållande (lex Sarah).	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

5.12. Åldrande och demens	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att personalen har kunskap om och vid behov får kompetensutveckling inom området åldrande hos individer med funktionsnedsättning.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att personalen har kompetens för att tidigt uppmärksamma och dokumentera tecken på demenssjukdom.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska ha processer och rutiner för att upptäcka förändringar i beteende, behov, kognition, samt fysisk och psykisk hälsa hos den enskilde. (Exempelvis kartläggningsinstrumentet "Tidiga tecken").	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att det finns processer och rutiner för samarbete med hälso- och sjukvården, närstående och/eller rättslig företrädare när tidiga tecken på demenssjukdom uppmärksammas.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska anpassa stödinsatser och fysisk miljö efter förändrade hjälp- och stödbehov i delaktighet med den enskilde.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att miljö, bemötande, bemanning, arbetssätt och metoder anpassas till behoven hos den enskilde som uppvisar tecken på demens.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska genom planering skapa förutsättningar för den enskildes liv som pensionär samt följa åldrandet och den enskildes förutsättningar socialt, medicinsk och psykiskt.	Enkät och intervju i verksamheten.

6. God och säker vård och omsorg

Det är vanligt att de individer vi ger stöd till inom LSS-verksamheter har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser. Varierande svårigheter att uttrycka upplevelser och reaktioner på olika sjukdomstillstånd och läkemedelsbehandlingar kan medföra att den enskilde behöver stöd av personal för att få den hjälp som man har rätt till.

Personal behöver vara uppmärksam på förändringar i den enskildes fysiska och psykiska hälsotillstånd, ha regelbunden dialog med hälso- och sjukvården och diskutera och informera om förändringar.

Verksamheten behöver säkerställa att behandling initieras, genomförs och följs upp, samt att säkerställa kontinuitet i behandlingen. Verksamheten ska ha ett lösningsfokuserat perspektiv på samverkan med hälso- och sjukvården så att den enskildes behov och trygghet sätts i centrum.

Det är ledningens ansvar att de insatser som utförs är av god kvalitet och att tillsammans med medarbetarna skapa en säker vård och omsorg. Grunden för säker vård är att bedömningar, vård och behandling utförs på rätt sätt. Säker vård och omsorg innebär bland annat att vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete. Vården i livets slutskede ska ges särskild prioritet så att omvårdnad och tillsyn ges på ett säkert, tryggt och värdigt sätt. Utföraren ska ha ett habiliterande och rehabiliterande synsätt. Den enskilde ska ges möjlighet att delta i insatserna efter förmåga med syfte att stärka de egna resurserna.

6.1. God och säker vård	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att det finns processer och rutiner för samverkan och uppföljning för hälso- och sjukvård samt tandvård utifrån den enskildes behov, inklusive akuta hälso- och sjukvårdsinsatser.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att den enskilde ges pedagogiskt och praktiskt stöd att förberedas, klara av och förstå kontakter med hälso- och sjukvård, tandvård, habilitering, m.m.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att den enskilde får stöd i att förmedla nödvändig och adekvat information om sin livssituation samt sin fysiska och psykiska hälsa.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska medverka till att vårdtagare som riskbedöms får en åtgärdsplan upprättad av ett tvärprofessionellt team. Utföraren ska medverka till att genomföra de överenskomna åtgärderna.	Dokumentationsgranskning. Kvalitetsregister.
Den enskilde ska ses som en resurs i planering och genomförande av den egna vården. Den enskildes medverkan är en viktig utgångspunkt i patientsäkerhetsarbetet.	Enkät och intervjuer i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska säkerställa att den enskilde får stöd i sin läkemedelshantering, som omfattar uthämtning, förvaring, iordningsställande, administrering samt inlämning av överblivna läkemedel till apotek.	Enkät och intervjuer i verksamheten.

Utföraren ska säkerställa att den enskilde får stöd i eventuell egenvård (se nedan).	Enkät och intervjuer i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska säkerställa att det finns processer och rutiner för samarbete med hälso- och sjukvårdsansvarig personal för delegering av hälso- och sjukvårdsinsatser och läkemedelshantering gällande den enskilde.	Enkät och intervjuer i verksamheten.
Personalen ska följa och utföra instruktioner/beställningar.	Enkät och intervjuer i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Utföraren skall ha rutiner för att identifiera personer som riskerar att få en vårdskada, samt medverka till, att förekomsten av vårdskador minskar.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Kvalitetsregister.
Det ska finnas utarbetade och kända rutiner för när sjuksköterska ska tillkallas samt hantering av akutfall då sjuksköterska inte är på plats.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

6.2. Förebyggande och hälsofrämjande arbete	Uppföljning/mätning
Utföraren ska arbeta utifrån ett hälsofrämjande arbetssätt genom att tillvarata den enskildes egna resurser och aktivt stödja den enskilde. Detta ska leda till ökad eller bibehållen självständighet, livskvalitet och välbefinnande.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska ha kända rutiner för att uppmärksamma samt påtala behov av rehabiliterande insatser.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Beställningar från arbetsterapeut/fysioterapeut gällande utförandet av habiliterande / rehabiliterande insatser, ska följas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

6.3. Delegering och instruktion	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att delegerade uppgifter utförs enligt rutiner som säkerställer patientsäkerheten.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Personal får endast utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter efter delegering eller instruktion. Delegering ska genomföras enligt rutiner som säkerställer patientsäkerheten.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska ha personal med kompetens att ta emot och utföra delegerade uppgifter vid alla tider	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ansvarar för att personal som ska utföra delegerade uppgifter ges möjlighet att delta i de utbildningstillfällen som regelbundet anordnas av den legitimerade personalen.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

6.4. Egenvård	Uppföljning/mätning
Riktlinjen för egenvård ska vara känd av all personal.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att beslut om egenvård aldrig överlämnas till annan person än vad ordnatören beslutat.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Om den behandlande leg. yrkesutövaren (ordinatör) beslutat om egenvård ska det finnas en plan som tydligt beskriver vem som ska utföra uppgiften, hur den ska följas upp samt vilka åtgärder som ska vidtas om det sker någon förändring.	Dokumentationsgranskning.

6.5. Personliga hjälpmedel	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att den enskildes behov av hjälpmedel eller förändringar av behov uppmärksammas, följs upp och utvärderas.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska säkerställa att den enskilde ges stöd i kontakter med vårdgivare när det gäller hjälpmedel (t.ex. arbetsterapeut, fysioterapeut).	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Vid förskrivning av personligt hjälpmedel ska personalen tillhandahålla de kunskaper som krävs för ett patientsäkert användande.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Personalen ska meddela arbetsterapeut/fysioterapeut/ sjuksköterska om förskrivet hjälpmedel inte fungerar enligt syfte eller är i behov av reparation.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

6.6. Vårdhygien	Uppföljning/mätning
Utföraren ansvarar för att se till att all personal har god kännedom om basala hygienrutiner och att dessa efterlevs.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ansvarar för att det finns förutsättningar för att basala hygienrutiner vid varje tidpunkt följs.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska delta i punktprevalensmätning gällande hygien.	Kvalitetsuppföljning.
Utföraren ska säkerställa att insatser rörande vårdhygien och vårdrelaterade infektioner genomförs, följs upp och utvärderas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att gällande riktlinje och rutiner för tillämpning och uppföljning av basala hygienrutiner för att förebygga smittspridning följs.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

6.7. Urinblås- och tarmfunktion	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att den enskilde så långt som möjligt genom stöd får behålla sina funktioner till toalettbesök.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att den enskilde vid behov får individuellt utprovade hjälpmedel för bristande urinblås- och tarmfunktion.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning. Kvalitetsregister.

6.8. Munhälsa/upsökande tandvård	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att den enskilde erbjuds regelbunden kontakt med tandvården samt vid behov.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ansvarar för att personalen tar emot instruktioner om munvård och följer dessa instruktioner.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att brukare vid behov får individuellt utprovade hjälpmedel för munvård.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att insatser rörande brukarens mun- och tandhälsa genomförs, följs upp och utvärderas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

6.9. Vård och stöd i livets slutskede	Uppföljning/mätning
Utföraren ska säkerställa att processer och rutiner för samverkan och uppföljning med hälso- och sjukvårdsansvariga, är kända och efterföljs så att oro, ångest, illamående och smärta lindras, hos den döende.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Kvalitetsregister.
Utföraren ska säkerställa att överenskommelser träffas och beslut om insatser vid livets slut fattas i delaktighet med den enskilde.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska säkerställa att den enskildes eventuella önskemål som den enskilde tidigare gett uttryck för tillgodoses så långt det är möjligt.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Läkare ansvarar för brytpunktssamtal och patientansvarig sjuksköterska ska vara delaktig i att detta utförs samt säkerställa att det dokumenteras.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska säkerställa att personal vid behov får kompetensutveckling inom omvårdnad och omsorg i livets slut.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att personal finns närvarande, om så önskas av den enskilde, under den sista perioden i livets slut.	Dokumentationsgranskning
Utföraren ansvarar för och säkerställer att det finns personal även under natten om så önskas, vid vård i livets slut.	Dokumentationsgranskning

Utföraren ska säkerställa att personalen har kunskaper och förutsättningar att anpassa vården av den döende och att omhändertagandet efter döden anpassas till brukares önskemål och/eller till de sedvanor som kan betingas av kulturell eller religiös bakgrund.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att den avlidne tas om hand på ett värdigt och respektfullt sätt och att närstående omgående underrättas samt får möjlighet att ta farväl.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att personalen får stöd i form av möjlighet till samtal, handledning och reflektion.	Enkät och intervju i verksamheten.

7. Kunskapsbaserad verksamhet

I lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) framgår följande;

"För verksamheten enligt denna lag skall det finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad skall kunna ges" (6§).

Att bedriva verksamhet med kvalitet inbegriper att utforma insatser och verksamheter utifrån bästa tillgängliga kunskap som hämtas från forskning, från den enskilde och från praktiken (evidensbaserad praktik). Insatserna ska utföras i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet dvs. bästa tillgängliga kunskap om utformning, innebörd och förväntat resultat.

Personalen ska få till sig ny kunskap och fortbildning i den omfattning uppdraget kräver. Den enskilde ska mötas av personal som har den utbildning och/eller yrkeserfarenhet som krävs för arbetsuppgiften. I kompetensutvecklingen ingår även att omvärldsbevaka och hålla sig uppdaterad med aktuell forskning, nya råd, föreskrifter och styrdokument samt att vara lyhörd för den enskildes behov och önskemål.

Personal behöver inte bara ha god kunskap om de olika funktionsnedsättningarna var för sig, utan även om hur en kombination av olika funktionsnedsättningar kan påverka hälsa och vardagsfungerande för den enskilde. Kompetens är en kombination av kunskap, erfarenhet och förmåga att genomföra.

7.1. Kompetenskrav	Uppföljning/mätning
Kompetenskravet vid nyanställning av tillsvidareanställd omvårdnadspersonal ska vara undersköterskekompetens eller annan utbildning som arbetsgivaren bedömer likvärdig, t.ex. barn- och fritidsprogrammet. Undersköterskekompetens innebär: gymnasieexamen från vård- och omsorgsprogrammet eller motsvarande tidigare utbildning, alternativt motsvarande gymnasial vuxenutbildning.	Statistik.

Utföraren ska säkerställa att personal har kompetens inom följande område (där verksamheten kräver detta); • De bärande principerna (tillgänglighet, inflytande, delaktighet, självbestämmande, helhetssyn och kontinuitet) • Lagar och föreskrifter av relevans för verksamheten, • Fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar, • Konsekvenser av funktionsnedsättningar och kombinationer av funktionsnedsättningar, • Pedagogik och förhållningssätt, • Kommunikation och kommunikativt stöd, • Basala hygienrutiner, • Hälsa, • Social gemenskap och sysselsättning. • Personlig vård • Gerontologi och geriatrik • Kognitiv svikt och äldres psykiska ohälsa • Vårdhygien och vårdrelaterade infektioner • Måltid, kost och nutrition • Mun- och tandhälsa • Urinblås- och tarmfunktion inklusive hjälpmedel • Diabetes • Stroke • Rehabilitering • Förflyttning samt hjälpmedel • Omvårdnad och omsorg i livets slut • Riskförebyggande arbete • Värdegrund och bemötande • Våld och övergrepp • Dokumentation	Enkät och intervju i verksamheten. Statistik.
All personal ska behärska svenska språket på ett sådant sätt att hon eller han kan kommunicera med den enskilde samt andra aktörer, förstå uppdrag, genomförandeplaner, tillgodogöra sig rutiner och utbildningar, samt skriftligt kunna utföra den dokumentation som krävs för respektive yrkeskategori.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att nyanställd personal handleds och genomgår teoretisk och praktisk introduktion innan självständigt arbete tillåts.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Nyanställda ska genomgå utbildning i kommunens verksamhetssystem.	Statistik.
Nyanställda ska genomgå avdelningens utbildning i pedagogiskt förhållningssätt.	Statistik.

7.2. Kunskapsbaserad verksamhet	Uppföljning/mätning
Utföraren ska se till att personalen har kunskap om metoder och arbetssätt för att möta den enskilda personens behov. Fortbildning ska ske årligen.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Rutiner för introduktion av samtliga yrkesgrupper ska finnas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

Utföraren ska säkerställa att det finns tillräckligt med tid för personalen att kartlägga, planera, förbereda, genomföra, dokumentera och följa upp det överenskomna stödet till den enskilde.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
--	--

7.3. Kompetensutveckling/fortbildning	Uppföljning/mätning
Utföraren ansvarar för att personal får till sig ny kunskap och fortbildning inom det aktuella området och i den omfattning uppdraget kräver.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska ha en struktur för kompetensutveckling och fortbildning. Kompetensutvecklingsarbete ska genomföras enligt en fastställd plan.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att personalen har tid avsatt för personalmöten, reflektionstid samt kompetens- och kvalitetsutveckling.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

7.4. Elever och studerande	Uppföljning/mätning
Utföraren ska ansvara för att elever/studerande har en utsedd handledare.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Minst en person i personalgruppen ska ha handledarutbildning.	Statistik.

8. Tillgänglighet

Tillgänglig innebär att det är lätt att få kontakt med vård- och omsorgsförvaltningen och den kommunala hälso- och sjukvården. Det är lätt att få information om vilken form av stöd och hjälp den enskilde kan få utifrån behov.

Information och kommunikation är begriplig och anpassad efter olika grupper och individers behov. Kommunikationen mellan den enskilde och professionen präglas av ömsesidighet och dialog. Ingen ska behöva vänta oskälig tid på de insatser som han eller hon har behov av. Det är viktigt att avtalade tider hålls.

Verksamheterna är fysiskt tillgängliga.

För att möjliggöra stöd och service av god kvalitet är det viktigt att verksamheten har en grundbemanning och tillräcklig personaltäthet för att kunna erbjuda anpassat stöd, service och omvårdnad som utgår från den enskildes behov, önskemål, förmågor, vilka och känslor.

8.1. Tillgänglighet	Uppföljning/mätning
Den enskilde, och vid behov även dennes anhöriga, ska ges information om verksamheten, kontaktuppgifter, rättigheter, förutsättningar för en god vård och omsorg på ett enkelt och lättförståeligt sätt.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ansvarar för att rekquirera tolk vid behov samt står för kostnaden för densamma.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska verka för att den fysiska miljön utformas så att den stödjer ett självständigt och oberoende liv.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att bemanningen är anpassad efter den enskildes stödbehov samt att arbetet organiseras så att den enskilde får god omvårdnad.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

8.2. Insats i rätt tid	Uppföljning/mätning
Insatserna ska i möjligaste mån ges på de tider som passar den enskilde. Det är viktigt att avtalade tider i möjligast mån hålls, så att den enskilde kan planera sin dag i övrigt.	Enkät och intervju i verksamheten.
Information om ändrade förhållanden (ex. förändrad tid, annan person) ska ges utan dröjsmål till den enskilde.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Utförarens personalbemanning ska ge den enskilde en trygg och säker vård och omsorg och garantera en god tillsyn och säkerhet. Utföraren ska ha arbetsmetoder som stödjer arbetet mot uppsatta mål.	Enkät och intervju i verksamheten.

Utföraren ska säkerställa att personaltätheten anpassas så att överenskommet stöd kan utföras på ett professionellt sätt.	Enkät och intervju i verksamheten.
---	------------------------------------

8.3. Möjlighet att få kontakt	Uppföljning/mätning
Det ska var känt hur man får kontakt med utföraren och det ska vara lätt att ta kontakt samma dag.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Enhetschef ska vara tillgänglig dagtid kl. 08:00 - 17:00 under vardagar.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Personal ska känna till vem som är chef och ska när som helst kunna nå en ansvarig chef, om behov uppstår i verksamheten.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
För den som söker chefen, ska det vara möjligt att få kontakt senast närmast efterföljande vardag.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Personal ska veta hur man får kontakt med leg. personal. Det ska vara möjligt att i akuta ärende snarast få kontakt och max inom 15 minuter.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

9. Effektivitet

Effektivitet innebär att tillgängliga resurser utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål. Detta innebär att vården och omsorgen utformas och ges i samverkan mellan olika aktörer för att uppnå en hög kostnadseffektivitet. Det ska finnas en hög måluppfyllelse i förhållande till insatta resurser.

9.1. Effektivitet	Uppföljning/mätning
Utföraren ska sträva mot att använda tillgängliga resurserna används på bästa sätt för att uppnå de uppsatta målen.	Ekonomisk uppföljning. Statistik.

Översyn av diarieföringen på vård- och omsorgsförvaltningen

11

2022.309 VON

2022-12-13

§ 107 2022.309 VON

Översyn av diarieföringen på vård- och omsorgsförvaltningen

Ärendebeskrivning

I internkontrollplanen i vård- och omsorgsnämndens budget 2022-2024 identifierades risk för brister i ärendehanteringsprocessen. Mot bakgrund av det har vård- och omsorgsförvaltningen gjort en genomlysning av sin diarieföring. Utredningen presenteras i egen rapportbilaga.

Rapporten uppmärksammar en del svagheter i diarieföringen. Den största bristen är att dokumenthanteringsplanen i delar är svår att följa, vilket lett till att det utvecklats en informell praxis som inte varit konsekvent. Andra brister som lyfts är, bland annat, att det saknas stödande dokument för hur diarieföringen ska göras.

Rapporten belyser även problem med hur registraturen är organiserad och fungerar på förvaltningen och jämför med de andra förvaltningarna i Alingsås kommun samt andra vård- och omsorgsförvaltningar inom Göteborgsregionen (GR).

Beslut

Arbetsutskottets förslag till beslut i vård- och omsorgsnämnden

Redovisningen av Översyn av diarieföring 2022-12-02 godkänns.

Datum: 2022-12-02
Handläggare: Hannes Rasper
Direktnr:
Diariernr: 2022.309 VON

Vård- och omsorgsnämnden

Översyn av diarietföringen på vård- och omsorgsförvaltningen

Ärendebeskrivning

I internkontrollplanen i vård- och omsorgsnämndens budget 2022-2024 identifierades risk för brister i ärendehanteringsprocessen. Mot bakgrund av det har vård- och omsorgsförvaltningen gjort en genomlysning av sin diarietföring. Utredningen presenteras i egen rapportbilaga.

Rapporten uppmärksammar en del svagheter i diarietföringen. Den största bristen är att dokumenthanteringsplanen i delar är svår att följa, vilket lett till att det utvecklats en informell praxis som inte varit konsekvent. Andra brister som lyfts är, bland annat, att det saknas stödjande dokument för hur diarietföringen ska göras.

Rapporten belyser även problem med hur registraturen är organiserad och fungerar på förvaltningen och jämför med de andra förvaltningarna i Alingsås kommun samt andra vård- och omsorgsförvaltningar inom Göteborgsregionen (GR).

Ekonomisk bedömning

Förslaget innebär inga ekonomiska konsekvenser.

Förslag till beslut

Förslag till beslut i vård- och omsorgsnämnden

Redovisningen av Översyn av diarietföring 2022-12-02 godkänns.

Bilaga: Översyn av diarietföringen på vård- och omsorgsförvaltningen 2022-12-02.

Anita Hedström
Förvaltningschef

Hannes Rasper
Enhetschef, kanslienheten

Översyn av diarieföringen på vård- och omsorgsförvaltningen

Dokumentinfo: Rapport/utredning
Darienummer: 2022.309 VON

Beställare: Anita Hedström, Förvaltningschef
Henrik Larsson, Chef förvaltningskontoret
Utreddare: Hannes Rasper, Chef kanslienheten
Datum: 2022-12-02

1. Innehåll

1.	Innehåll.....	2
2.	Sammanfattning.....	3
3.	Uppdrag.....	5
4.	Metod.....	5
5.	Vad måste en myndighet diarieföra?.....	6
6.	Hur fungerar diarieföringen på vård- och omsorgsförvaltningen?.....	7
6.1.	Vad ska diarieföras enligt gällande styrdokument?.....	7
6.2.	Hur ska diarieföringen göras enligt styrdokumentet?.....	8
6.3.	Hur fungerar diarieföringen i praktiken på förvaltningen?.....	9
6.4.	Granskning av diariet.....	10
6.5.	Slutsatser.....	12
7.	Registratorns roll.....	13
7.1.	Tidsåtgång för registraturen.....	13
7.2.	Omvärldsbevakning.....	14
7.3.	Slutsatser.....	16

2. Sammanfattning

Kanslienheten har gjort en översyn av hur diarieföringen fungerar på vård- och omsorgsförvaltningen.

Brister i diarieföring

Rapporten uppmärksammar en del svagheter i diarieföringen. Den största bristen är att dokumenthanteringsplanen, som är nämndens instruktion på vad som ska diarieföras, inte följs när det gäller LSS-ärenden. Enligt dokumenthanteringsplanen ska i princip inga ärenden inom myndighetsutövningen och verkställigheten rörande LSS diarieföras. Men här har det utvecklats muntliga överenskommelser på förvaltningen som inneburit att flera LSS-ärenden ändå diarieförts. Problemet med det är dels att förvaltningen en följt nämndens beslut, dels att den informella praxisen inte varit konsekvent. Det har blivit särskilt tydligt när nya personer börjar diarieföra och inte känt till att dokumenthanteringsplanen i praktiken inte gällt i vissa delar.

Utredaren har även hittat andra ärendetyper som ska diarieföras enligt dokumenthanteringsplanen, men som i praktiken inte har registrerats på flera år.

Ett annat problem med diarieföringen är en misstanke om att alla inkomna synpunkter och klagomål inte diarieförs. Här saknas hårda siffror, men alla som intervjuats inom ramen för denna översyn tar upp farhågan. Synpunkter och klagomål är även den vanligaste ärendetyper som diarieförs, vilket gör att de dominerar diariet och gör det svårare att hitta andra ärenden av större vikt.

Ett tredje problem handlar om att det saknas rutiner för hur inkomna ärenden som ska behandlas av nämnden fångas upp i nämndprocessen.

Ett fjärde problem är att det saknas stödjande dokument för hur diarieföringen ska gå till utöver tekniska manualer. Det skulle exempelvis behöva finnas en standard för hur bilagor i nämndärenden namnges för att lättare kunna veta vilken version som slutligen beslutats.

Trots uppenbara brister är bedömningen att förvaltningen inte brutit mot lagstiftningen som är kopplad till registrering av allmänna handlingar. Offentlighetsprincipen har kunnat upprätthållas. De negativa konsekvenserna av bristerna handlar snarare om att förvaltningen inte följt nämndens beslut samt att det blir svårare för förvaltningen att utföra sina uppdrag.

Registratorns roll

Utan en fungerande registratur kan en myndighet varken upprätthålla offentlighetsprincipen eller utföra sitt grunduppdrag. Registrator är dock ingen skyddad titel, och det finns ingen lagstiftning som styr vad en registrator ska ha för arbetsuppgifter, ansvar och mandat. Det finns inte heller några styrande dokument i Alingsås kommun som reglerar hur registraturen ska fungera, det är upp till varje nämnd att organisera.

Tidsuppskattning

Den samlade bedömningen är att om registraturen ska skötas professionellt på förvaltningen och även innefatta arkiv, utvecklingsarbete och utbildning så motsvarar det en halvtid.

Omvärldsbevakning

En enkät har skickats ut till jämförbara kommuner inom GR samt till de andra förvaltningarna i Alingsås kommun om hur de organiserat sin registratur och ser på registratorsfunktionen. Resultatet av enkäten visar att cheferna för registraturen i genomsnitt uppskattar att kärnuppgifterna för en registrator motsvarar 50 procent av en heltid.

I inget fall har registratorn också varit nämndsekreterare, utan personen som ansvarar för registraturen har varit registrator i första hand och sedan haft andra arbetsuppgifter vid sidan av uppdraget.

I de fem svarande GR-kommunerna hade alla registratorerna på deras vård- och omsorgsförvaltningar en högskoleutbildning och alla skulle kräva högskoleutbildning vid nyrekrytering. I Alingsås hade hälften av registratorerna högskoleutbildning och alla svarande förvaltningar skulle kräva högskoleutbildning vid nyrekrytering förutom socialförvaltningen.

Problem med nuvarande organiseringen av registraturen

Det är viktigt att förvaltningssekreterare och registrator arbetar på samma enhet eftersom de arbetar ihop i samma ärendeprocess. Med nuvarande organisation finns inte det naturliga utbytet på arbetsmöten. Ansvarig chef för diariet har svårt att få en inblick i administratörernas arbete med registraturen, eftersom de är anställda på en annan enhet. Det kan leda till att viktig information inte kommer ansvarig chef till del tillräckligt snabbt. Det är oklart för personer i vår förvaltning och utanför vem som är registrator på vård- och omsorgsförvaltningen då funktionen delas av flera personer där ingen är registrator i första hand.

3. Uppdrag

Kanslienheten har fått i uppdrag av förvaltningsledningen att göra en översyn av förvaltningens diarieföring. Uppdragsgivaren befarar att kunskapen om hur ärenden ska diarieföras är låg i förvaltningen och det finns behov av att uppdatera rutinerna.

Uppdraget innebär att:

- Göra en genomlysning av processen för diarieföring och komma med förslag på förbättringsåtgärder,
- Göra en uppskattning av hur mycket tid som bör läggas på arbetsuppgifterna,
- Förtydliga vilken roll som registratören har i diarieföringen, och
- Uppdatera rutinerna för diarieföring.

Utredare har varit enhetschefen på kanslienheten.

4. Metod

Utredaren har gått igenom och sammanfattat vilka krav som lagstiftning och styrande dokument i Alingsås kommun ställer på registrering av allmänna handlingar.

Intervjuer har gjorts med tjänstepersoner som diarieför i dag. En översiktlig genomgång av vård- och omsorgsnämndens diarium i Platina har gjorts för de senaste två åren.

Utredaren har arbetat som registratör under en vecka i oktober och klockat arbetsmoment.

En enkät till jämförbara vård- och omsorgsförvaltningar inom Göteborgsregionen (GR) samt andra förvaltningar i Alingsås kommun har skickats ut med frågor om hur mycket tid som deras registratur upptar samt hur den bemannas.

5. Vad måste en myndighet diarieföra?

Registrering av allmänna handlingar görs för att ge allmänheten möjlighet att få insyn i den offentliga makten. Det är ett sätt att garantera offentlighetsprincipen, som är en grundsten i Sveriges demokratiska statsskick. I denna rapport kommer *registrering* att användas synonymt med *diarieföring*.

Vad som ska diarieföras regleras i femte kapitlet i offentlighets- och sekretesslagen. Huvudregeln är att allmänna handlingar ska registreras så snart de kommit in eller upprättats av en myndighet.¹

Från huvudregeln gäller ett antal undantag: allmänna handlingar som inte omfattas av sekretess behöver inte diarieföras om de kan hållas ordnade på annat sätt. Och om det är uppenbart att en allmän handling har ringa betydelse för myndighetens verksamhet behöver den varken registreras eller hållas ordnad på annat sätt.²

Om det finns särskilda skäl får regeringen meddela föreskrifter om att handlingar av ett visst slag som finns i betydande omfattning hos en myndighet inte behöver registreras, trots att de omfattas av sekretess.³ Så är fallet med handlingarna som ingår i socialtjänstens personakter eller hälso- och sjukvården patientjournaler.⁴ Syftet med undantagsregeln är att myndigheter inte ska behöva registrera ärenden som förekommer i stor omfattning där det blir både dyrt och opraktiskt med diarieföring.⁵

Sammanfattningsvis är det få handlingar som vård- och omsorgsförvaltningen hanterar som enligt lag *måste* diarieföras. De ärenden som måste diarieföras är sekretessärenden som inte ingår i våra personakter eller patientjournaler. Det skulle kunna vara polisanmälningar och vissa granskningar från tillsynsmyndigheter.

¹ 5 kap.1 § 1 stycket Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)

² 5 kap.1 § 2-4 stycket Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)

³ 5 kap 3 § stycket Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)

⁴ 2 § Offentlighets- och sekretessförordningen (2009:641)

⁵ s 54 Kommunal nämnd administration sjunde upplagan, Axel Danielsson

6. Hur fungerar diarieföringen på vård- och omsorgsförvaltningen?

6.1. Vad ska diarieföras enligt gällande styrdokument?

Det finns inget som hindrar en nämnd från att diarieföra fler handlingar och ärendetyper än vad lagen kräver. Hur handlingar ska förvaras, gallras och arkiveras beskrivs i nämndens dokumenthanteringsplan.

I den nu gällande dokumenthanteringsplanen från juni 2018 listas vilka allmänna handlingar som nämnden beslutat ska diarieföras. Främst handlar det om övergripande ärenden med koppling till nämnden, men även vissa handlingar som skapas långt ute i verksamheterna och som inte når nämnden finns med.

Handlingar från nämnd och central förvaltning

Nämndbeslut

Tjänsteskrivelser och andra underlag för beslut

Delegationsbeslut

Delegationsförteckning

Protokoll VON

Protokoll VON/AU

Protokoll KPR

Avtal

E-post av vikt

Inkommen handling av vikt

Utgående handlingar av vikt

Lex Maria, anmälan och utredning

Lex Sarah, anmälan och utredning

Orosanmälan

Informationsskrifter och broschyrer – egenproducerade

Protokoll, ledningsgrupp, förvaltningsnivå

PUL, begäran och svar om registerutdrag

PUL, anmälan om av behandling av personuppgifter till personuppgiftsombudet

PUL, förteckning

Röstbrevlåda SMS/MMS – av vikt

Budgetuppföljning/rapporter

Delårsbokslut/Årsbokslut

Sammanställningar av avvikelser enligt SoL och HSL

Arkiv-, kansli- och posthandlingar

Fullmakt postöppning
Sekretessbevis förtroendevalda
Arkivhandlingar
Gallringsprotokoll
Attestantförteckning
Tystnadsplikt för konsulter

Handlingar från myndighetsutövningen SoL

Överklagan med bilagor
Domar från förvaltningsdomstol

Handlingar från verkställigheten, SOL

Klagomål och synpunkter
Enkäter – sammanställningar och rapporter
Samtycke till fotografering
Leveransbevis
Personalförteckning
Arbetsmiljöutredningar
Ansökan om projektmedel
Beslut om tilldelning av projektmedel
Protokoll från möten med projektgrupper
Aidentifierade närvarolistor inom förebyggande verksamheten
Protokoll från förebyggande verksamheten
Närvarolistor Träffpunkt

Värt att notera är också vilka handlingar som dokumenthanteringsplanen föreskriver att vi inte ska diarieföra. Inom biståndshandläggningen LSS och funktionsstödsavdelningens verksamheter ska inga handlingar diarieföras utan endast förvara i personakter i närarkivet eller i aktskåp ute på boenden. Det gäller även för överklaganden, domar och betydelsefull korrespondens.

6.2. Hur ska diarieföringen göras enligt styrdokumentet?

Lagkraven är sparsamma på hur allmänna handlingar ska registreras, det räcker med datumet när handlingen inkom eller upprättades, diarienummer, avsändare och mottagare samt i korthet vad handlingen rör.⁶ Samtliga av dessa uppgifter behöver matas in i ärendehanteringssystemet Platina för att ett nytt ärende ska kunna skapas.

⁶ 5 kap. 2 § OSL

Kommunledningskontoret har upprättat en användarmanual i Platina för registratorer som finns publicerad i Alfresco.⁷ Manualen är främst inriktad på hur diarieföring går till rent tekniskt i systemet. Hur ärenden ska beskrivas, rubriceras och ordnas förklaras inte, och det finns inga andra stödjande dokument kopplat till hur diarieföringen bör gå till, varken på kommunledningskontoret eller vård- och omsorgsförvaltningen.

6.3. Hur fungerar diarieföringen i praktiken på förvaltningen?

För några år sedan var förvaltningssekreteraren även registrator på vård- och omsorgsförvaltningen. Det framkom efter hand att arbetet som både registrator och förvaltningssekreterare var för omfattande för en person och att organisationen var sårbar.

I dagsläget är det bestämt att kanslienheten har det övergripande ansvaret för registraturen men att det är administratörer på serviceenheten som utför det praktiska arbetet med post, registratur och arkiv. Två administratörer på serviceenheten har uppdraget att arbeta med detta vid sidan av andra uppdrag. Om båda är frånvarande får kanslienheten ta över registraturen och posthanteringen.

Handlingar som ska diarieföras kan komma in till förvaltningen från tre håll. Antingen som fysisk post till Kungsgatan 9, som elektronisk post till funktionsbrevlådan eller elektroniskt till platina-mailen. Den fysiska posten kommer två gånger om dagen till kontoret vid 9.30 och 14.30. Posten öppnas av registratören, datumstämplas och fördelas ut till rätt tjänsteperson. Om någon handling behöver diarieföras så skannas den in i Platina och läggs in på ett befintligt eller nytt ärende som registratören startar upp.

Registratören går igenom platina-mailen och funktionsbrevlådan minst två gånger om dagen, där handlingar som kan behöva diarieföras kommer in.

För ärenden som ska behandlas av AU och nämnd kommer förvaltningssekreteraren att vara delaktig i en del av diarieföringen. Den processen utvecklas i skrivande stund.

Kungsgatan 9 är förvaltningens myndighetsadress, men det sitter även chefer, samordnare och handläggare som hanterar allmänna handlingar på andra adresser. På Sidenvägen finns chefer inom LSS-verksamheterna samt socialsekreterare. Dit kommer också fysisk post två gånger om dagen som datumstämplas och fördelas ut av en postansvarig administratör från serviceenheten. Om handlingen behöver diarieföras är det upptill adressaten att anmäla det till registratören på Kungsgatan 9.

Ute på äldreboendena och i andra verksamhetslokaler så tas posten om hand av personal på plats och det är upp till adressaten att anmäla till registratorn om något behöver diarieföras.

6.4. Granskning av diariet

Utredaren har gått igenom diariet för de senaste två åren från 1 oktober 2020 till 30 september 2022 och undersökt om vi diarieför de typer av handlingar som dokumenthanteringsplanen säger att förvaltningen ska diarieföra samt hur de diarieförs.

Ren kvantitativt har antalet diarieförda ärenden på vård- och omsorgsförvaltningen sett ut såhär de senaste åren:

2022 jan-okt: 271 ärenden

2021: 254 ärenden

2020 :372 ärenden

2019: 339 ärenden

2018: 431 ärenden

2017: 389 ärenden

Källa: Platina

Man kan se en kraftig nedgång under 2021 och en återhämtning under 2022. I genomsnitt diarieförs runt 350 ärenden per år. Att det varierar mellan åren kan bero på om man väljer att diarieföra många ärenden på ett samlingsärende eller inte.

Tittar man närmare på 2021 fördelade sig antalet ärendetyper enligt tabellen nedan

2021	
Ärendetyp	Antal
Synpunkter och klagomål	67
Övrigt	65
Övriga nämndärenden	35
Domar	18
Avtal	17
IVO	14
Brev från andra myndigheter än IVO	9
Kvalitetsrapporter	6
Ekonomirapporter	5
Remisser, svar och motioner	7

Personuppgiftsincidenter	7
Revisionsgranskningar	4
Totalt	254

Källa: Platina

Nämndärenden

I princip alla handlingar som går upp till nämnden diarieförs. I några fall har förvaltningen missat att diarieföra tjänsteskrivelser, som ligger kvar som arbetsdokument i Platina, men det hör till undantagen och har skett i samband med byte av förvaltningssekreterare.

Ett genomgående problem är att det saknas tydlighet i hur tjänsteskrivelse och bilagor som ändras mellan AU och nämnd ska namnges. I vissa ärenden finns det flera versioner av bilagor och tjänsteskrivelser diarieförda där det är svårt att följa vilken som är den senaste versionen som nämnden till sist tagit beslut om. Här saknas vägledning från kommunledningskontorets manual eller andra stödjande dokument.

Ett annat problem är att diarieföringen av nämndärenden inte gjorts i rätt ordning innan kallelsen till AU och nämnd gått ut, vilket fått till följd att ärenden förvunnit från sammanträdesportalen. Det har dock inte påverkat ärendena i diariet.

Ett tredje problem är kopplat till nämndprocessen och handlar om att det saknas rutiner för hur och när registratören ska kommunicera med förvaltningssekreteraren när nya ärenden kommer in som ska behandlas på nämnd. Det innebär en risk att ärenden till nämnd inte fångas upp i tid i nämndprocessen.

Övriga ärenden

Även synpunkter och klagomål, domar, avtal och korrespondens med myndigheter diarieförs. Vad som inte hittas i diariet men som ska diarieföras enligt dokumenthanteringsplanen är:

- Fullmakt för postöppning
- Sekretessbevis förtroendevalda
- Protokoll, förvaltningens ledningsgrupp
- Protokoll från möten med projektgrupper
- Protokoll från förebyggande verksamheten
- Protokoll, KPR
- Tystnadsplikt konsulter
- Leverensbevis
- Personalförteckning
- Beslut om tilldelning av projektmedel
- Aidentifierade närvarolistor inom förebyggande verksamheten
- Närvarolistor från träffpunkt

Det är problematiskt att förvaltningen inte följer dokumenthanteringsplanen här, samtidigt är det inte självklart att just dessa ärendetyper ska förvaras i diariet framöver vid en revidering av dokumenthanteringsplanen. Vad som däremot inte framgår här är dock hur många synpunkter och klagomål, avtal och myndighetsbrev som kommit in till förvaltningen men som av eventuellt inte registrerats.

Utredaren har intervjuat de som arbetar med registraturen på serviceenheten och deras bild är att det som kan ha missats att diarieföras främst är synpunkter och klagomål. Det är handlingar som hanteras av många personer långt ute i verksamheten och systemet Platina är inte särskilt smidigt att hantera synpunkter och klagomål.

Förvaltningschefen har gett exempel på domar och korrespondens med IVO som inte diarieförts utan gått direkt ut till enhetschefer i verksamheten. Vid en granskning av detta visar det sig att det handlade om LSS-ärenden som enligt dokumenthanteringsplanen inte ska diarieföras.

I praktiken har dock förvaltningen frångått dokumenthanteringsplanen på dessa punkter och börjat diarieföra LSS-domar och korrespondens med IVO i LSS-ärenden efter informella chefsbeslut i väntan på att dokumenthanteringsplanen ska uppdateras. Av olika skäl så har uppdateringen försenats, vilket inneburit svårigheter för nya registratorer som strikt förhåller sig till en dokumenthanteringsplan som inte följer den muntliga praxis som bildats på området.

6.5. Slutsatser

Den övergripande slutsatsen är att det finns brister i hur diarieföringen görs och hur ärendehantering fungerar i stort på vård- och omsorgsförvaltningen. Det som är positivt är att bristerna inte varit av den karaktär att förvaltningen brutit mot lagar om registrering av allmänna handlingar, att bristerna har tydliga orsaker och möjliga lösningar.

Den största bristen är att dokumenthanteringsplanen är gammal och har helt olika regler för diarieföring av handlingar som rör LSS-ärenden. Det har lett till att det skapats en informell praxis som varken är konsekvent eller följs när nya registratorer tar vid.

Den näst största bristen handlar om synpunkter och klagomål. Här misstänks att mörkertalet är stort, men det finns egentligen inga siffror som visar vad förvaltningen missar att diarieföra. Synpunkter och klagomål måste inte diarieföras enligt lag utan skulle kunna hanteras på annat sätt, till exempel i ett system som är anpassat för synpunktshantering. Just synpunkter och klagomål tar även upp en stor del av ärendena som diarieförs och gör det svårare att söka upp och hitta andra diarieförda ärenden.

Ett tredje problem handlar om att det saknas rutiner för hur inkomna ärenden ska behandlas av nämnden fångas upp i nämndprocessen.

Slutligen så är det problematiskt att det saknas stödande dokument för hur diarieföringen ska gå till utöver tekniska manualer.

7. Registratorns roll

I uppdraget ingick att analysera vilken roll som registratorn har i en förvaltning och om det är möjligt att flera personer delar på uppdraget.

Arbetsuppgifter som traditionellt sett åligger en registrator är diarieföring, hantering av fysisk och elektronisk post, kunna svara på var olika handlingar finns och lämna ut allmänna handlingar. Registratorn kan även ansvara för att revidera dokumenthanteringsplan, skapa rutiner för det egna arbetet, vara förvaltningens expert i dokumenthantering och relevanta IT-system. Genomföra utbildningar.

Utan en fungerande registratur kan en myndighet varken upprätthålla offentlighetsprincipen eller utföra sitt grunduppdrag. Registrator är dock ingen skyddad titel, och det finns ingen lagstiftning som styr vad en registrator ska ha för arbetsuppgifter, ansvar och mandat.

Det finns inte heller några styrande dokument i Alingsås kommun som reglerar hur registraturen ska fungera, det är upp till varje nämnd att organisera. Kommunledningskontoret (KLK) vill att det finns en huvudregistrator vid varje förvaltning för att kunna hantera behörigheter, men det finns inga hinder för att andra personer utför eller kan utföra arbetsuppgifterna.

7.1. Tidsåtgång för registraturen

I intervjuer uppskattar båda administratörerna som i dag arbetar som registratorer att arbetet i genomsnitt tar 2 timmar om dagen. Då är inte hantering av arkivet inräknat utan arbetsuppgifterna som avses här är i huvudsak dessa:

- Hantera fysisk post på Kungsgatan 9 två gånger om dagen
- Svara på mail på förvaltningsbrevlådan
- Diarieföra inkommen fysisk post
- Diarieföra inkomna mail från förvaltningsbrevlådan
- Diarieföra inkomna handlingar i Platina-mailet
- Skapa ärenden i Platina åt personer på förvaltningen
- Kunna svara på frågor och veta var olika handlingar finns
- Lämna ut allmänna handlingar

Under en vecka i oktober 2022 testade undertecknad att utföra dessa arbetsuppgifter och klockade arbetsmomenten. I genomsnitt tog det knappt två timmar om dagen, vilket stämmer överens bra med de uppgifter som kommit fram i intervjuer med administratörerna.

De två timmarna det tog att hantera det löpande arbetet innefattar inte planering, utveckling, information, utbildning eller arkivhantering. Om sådant läggs i registratorrollen är uppskattningen att det rör sig om en tjänst på minst 50 procent av en heltid.

7.2. Omvärldsbevakning

Undertecknad skickade ut en enkät till cheferna för registraturen i andra förvaltningar i Alingsås kommun med frågor om hur de uppskattar tidsåtgången för kärn arbetsuppgifterna samt vad deras registratorer har för andra arbetsuppgifter.

Förvaltning	Uppskattad tidsåtgång för registratur	Andra arbetsuppgifter	Krav på högskoleutbildning vid nyanställning?
Barn- och ungdom	60 procent	Reception, fakturering, admin, beställningar	Ja
Kultur- och utbildning	20 procent	Handläggareuppgifter	Ja
Social	50 procent	Informationsarbete, GDPR, dataskydd	Nej
Samhällsbyggnad	80-90 procent	Nämndplanering, dokumenthanteringsplan	Ja

Samma frågor ställdes till vård- och omsorgsförvaltningarna i ett antal GR-kommuner.

Svaren redovisas nedan:

Vård- och omsorgsförvaltningar i olika kommuner	Uppskattad tidsåtgång för registratur	Andra arbetsuppgifter	Har nuvarande registrator högskoleutbildning	Krävs högskoleutbildning vid nyanställning?
Ale kommun	40 procent	-	Ja	Ja
Partille kommun	40 procent	Sekreterare i samverkasansförum, beställningar, admin.	Ja	Ja
Mölnåls stad	-	Sekreterare i samverkasansförum, ersätta nämndsek.	Ja	Ja
Kungsbacka kommun	-	Utbildning, ersätta nämndsekreterare, revidera planer mm.	Ja	Ja
Härryda kommun	50 - 60 procent	Delar av nämndprocessen, utbildning, utvecklingsarbete	Ja	Ja

Slutsatserna som man kan dra från omvärldsbevakningen var att i Alingsås kommun hade två av fyra svarande förvaltningar en registrator med högskoleutbildning. I de fem GR-kommuner som svarat var samtliga registratorer högskoleutbildade.

Alla förvaltningar som svarat förutom socialförvaltningen i Alingsås kommun skulle kräva högskoleutbildning vid nyrekrytering av en registrator.

När det gäller uppskattning i tid för de klassiska registratorsuppgifterna varierar de mycket, från 20 – 90 procent, och det går inte att utesluta att de svarande har tolkat frågan på olika sätt. Det bör också påpekas att förvaltningarna varierar i storlek och är inte helt jämförbara. Genomsnittet ligger på 50 procent, vilket ligger i linje med utredarens

bedömning av nödvändig tjänstgöringsgrad för en registratortjänst på vård- och omsorgsförvaltningen i Alingsås kommun.

7.3. Slutsatser

I dagsläget är enhetschefen för kanslienheten, tillika rapportförfattaren, övergripande ansvarig för registraturen på förvaltningen samtidigt som de två administratörer som utför arbetsuppgifterna tillhör serviceenheten.

Det är problematiskt att ansvara för registraturen och samtidigt inte ha rådighet över personalresurserna. Information som tas upp på kanslienhetens arbetsmöten kommer inte registraturen till del lika snabbt. För att få saker gjorda behöver kommunikationen ske mellan enhetschefer innan den går via medarbetare. Enhetschefen för kanslienheten får sämre koll på registraturen över lag och får inte information lika snabbt om vad administratörerna arbetar med i registraturen och vilka problem som de stöter på i sitt dagliga arbete. Ett tydligt exempel på det är problemet med att tillämpa dokumenthanteringsplanen och de parallell-strukturer som bildas kring det. Dessa uppgifter kände enhetschefen kansli inte till förrän denna rapport sammanställdes.

En annan organisatorisk fråga är att det finns stora nackdelar med att inte ha förvaltningssekreterare och registrator på samma enhet. De båda funktionerna arbetar i samma ärendeprocesser och behöver känna till varandras arbete för att ärenden inte ska tappas bort i nämndprocessen. Tidigare har detta lösts genom att samma tjänst innefattar både förvaltningssekreterarskap och registratur men det har inneburit en ohanterlig arbetsbörda för den person som innehaft den tjänsten.

Ett tredje problem med organisationen är att det är otydligt i dag vem som är registrator på förvaltningen då funktionen delas av flera personer där ingen är registrator i första hand.

Nytt hyresavtal Hälso- och
sjukvårdslokaler Malmgatan

10

12

2022.323 VON

Datum: 2022-12-14
Handläggare: Henrik Larsson
Direktnr:
Diariernr: 2022.323 VON

Vård- och omsorgsnämnden

Nytt hyresavtal Hälso- och sjukvårdslokaler Malmgatan 10

Ärendebeskrivning

Sedan fem år tillbaka har vård- och omsorgsförvaltningens sjuksköterskor sina lokaler på Malmgatan 8. Insatser i ordinärt boende har på dessa år stadigt ökat, som in sin tur påverkat både personal- och materialvolymerna i nuvarande lokaler. Fastighetsägaren för Malmgatan 8 äger också fastigheten på Malmgatan 10. Där har kommunen nu erbjudits ett hyresavtal på tre år för kontorslokaler om 177 m².

Hyresavtal med en löptid mellan 3 och 10 år beslutas i kommunstyrelsen.

Förvaltningens yttrande

Arbetsmiljön för sjuksköterskor har försämrats de senaste åren, inte minst under pandemin. Den försämrade arbetsmiljön i lokalerna har påtalats i flera sammanhang och tagits upp i lokal samverkansgrupp. Kraven på att hålla avstånd, förvara och hantera stora volymer av material och utrustning har inneburit stor påverkan på verksamheten.

I ett längre perspektiv är det mest fördelaktigt att verksamheten finns i samma lokaler. Det råder däremot en brist på sådana lokaler där det finns fastighetsnära parkeringsplatser för verksamhetens behov. Att hyra lokaler i intilliggande fastighet ser förvaltningen i nuläget därför som ett bra alternativ.

Ekonomisk bedömning

Förhyrningen av lokalerna på Malmgatan 10 innebär en utökad årshyra för vård- och omsorgsförvaltningen på drygt 252 000 kr/år.

Förslag till beslut

Tecknande av nytt hyresavtal för lokaler vid Malmgatan 10 godkänns.

Beslutet ska skickas till

KS

Handläggare

Anita Hedström
Förvaltningschef

Henrik Larsson
Avdelningschef förvaltningskontoret/
Tf myndighetschef

Anmälan av delegationsbeslut 2022

13

2022.018 VON

Avgångar

Organisation: Vård och Omsorgsförvaltning **Valt mått:** Externa avgångar **Ålder:** Alla åldrar
Anställnings- och löneform: Tillsvidareanställd månadsavlönad **Sysselsättning:** Heltid+Deltid
Avtal: Alla exklusive förtroendevalda **Vilande:** Ej vilande **Datum:** 2022-11-01 - 2022-11-30

Datum	Avgångsorsak	Avgångsväg	Befattning	Verksamhet
2022-11-14	40 Egen begäran	3 Annan kommun	9783 Personlig assistent HÖK	51395 Ledsagning/Avlösning
2022-11-26	50 Pension	9 Annan	1984 Vårdbiträde	51010 Äldreomsorg ordinärt boen
2022-11-27	40 Egen begäran	3 Annan kommun	2433 Enhetschef	93000 Förvaltnngemensam verksamh
2022-11-28	40 Egen begäran	8 Privat verksamh	9783 Personlig assistent HÖK	51330 Personlig assistans enl L
2022-11-28	40 Egen begäran	9 Annan	1650 Undersköterska	51020 Äldreomsorg särsk boende
2022-11-29	40 Egen begäran	3 Annan kommun	3518 Stödassistent	51311 Boende enl LSS, vuxna
2022-11-30	40 Egen begäran	3 Annan kommun	1151 Distriktssköterska	51030 Hälso- o sjukvård, >65 år
2022-11-30	40 Egen begäran	3 Annan kommun	1650 Undersköterska	51020 Äldreomsorg särsk boende
2022-11-30	40 Egen begäran	8 Privat verksamh	1650 Undersköterska	51020 Äldreomsorg särsk boende
2022-11-30	40 Egen begäran	9 Annan	1650 Undersköterska	51020 Äldreomsorg särsk boende
2022-11-30	40 Egen begäran	9 Annan	9783 Personlig assistent HÖK	51330 Personlig assistans enl L
2022-11-30	40 Egen begäran	6 Landsting	9783 Personlig assistent HÖK	51330 Personlig assistans enl L
2022-11-30	50 Pension	9 Annan	9783 Personlig assistent HÖK	51330 Personlig assistans enl L

Nyanställda

Organisation: Vård och Omsorgsförvaltning **Ålder:** Alla åldrar **Anställnings- och löneform:** Tillsvidareanställd månadsavlönad

Sysselsättning: Heltid+Deltid Avtal: Alla exklusive förtroendevalda Vilande: Ej vilande Datum: 2022-01-01 - 2022-11-30							
2022-11-01	Rekryteringssätt saknas	1 Från samma förv	1 Tills vidare	1650 Undersköterska	2022-11-01	51020 Äldreomsorg särsk boende	100%
2022-11-01	Rekryteringssätt saknas	1 Från samma förv	1 Tills vidare	1650 Undersköterska	2022-11-01	51020 Äldreomsorg särsk boende	80%
2022-11-14	Rekryteringssätt saknas	1 Från samma förv	1 Tills vidare	1650 Undersköterska	2022-11-14	51020 Äldreomsorg särsk boende	75%
2022-11-07	Rekryteringssätt saknas	3 Fr annan kommun	1 Tills vidare	3094 Socialsekreterare	2022-11-07	98030 Gemensamt (enhet)	100%
2022-11-28	Rekryteringssätt saknas	2 Från annan förv	1 Tills vidare	3094 Socialsekreterare	2022-11-28	98030 Gemensamt (enhet)	100%
2022-11-14	Rekryteringssätt saknas	1 Från samma förv	1 Tills vidare	3518 Stödassistent	2022-11-14	51311 Boende enl LSS, vuxna	100%
2022-11-03	Rekryteringssätt saknas	6 Fr privat företag	1 Tills vidare	1650 Undersköterska	2022-11-03	51010 Äldreomsorg ordinärt boen	100%
2022-11-15	Rekryteringssätt saknas	1 Från samma förv	1 Tills vidare	9783 Personlig assistent HÖK	2022-11-15	51330 Personlig assistans enl L	75%
2022-11-21	Rekryteringssätt saknas	1 Från samma förv	1 Tills vidare	3518 Stödassistent	2022-11-21	51395 Ledsagning/Avlösning	100%
2022-11-01	Rekryteringssätt saknas	1 Från samma förv	1 Tills vidare	1326 Aktivitetspedagog	2022-11-01	53520 Öppen verksamhet, äldre	100%

Riktlinje för styrande dokument

Vård- och omsorgsförvaltningen

Typ av styrdokument: Riktlinje
Beslutande instans: Förvaltningschef
Datum för beslut: 2022-06-15
Diarienummer: Ej diarieförd

Gäller för: Vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter
Giltighetstid: Tillsvidare
Revideras senast: 2023-06-15
Dokumentansvarig: Enhetschef kanslienheten

Innehåll

1.	Bakgrund	3
2.	Syfte	3
3.	Alingsås styrdokument	4
3.1.	Kommunala föreskrifter (Alingsås kommuns författningssamling)	5
3.2.	Strategiska dokument	6
3.3.	Reglerande dokument	8
4.	Stödjande dokument	10
5.	Utformning	11
5.1.	Dokumentmallar	14
6.	Publicering	15
7.	Uppföljning	15

1. Bakgrund

Ramverket för en kommuns befogenheter utgörs av kommunallagen (2017.725). Utöver kommunallagen och annan lagstiftning styrs en kommun av ett antal styrdokument som kommunen själv har antagit. De viktigaste övergripande styrdokumenterna i en kommun är reglementen och kommunfullmäktiges budget.

Alingsås styrdokument skapar förutsättningar för att kommunen ska göra rätt saker på rätt sätt. Styrdokumenterna anger vad nämnder/styrelser och förvaltningar/bolag ska göra, vem som ska genomföra arbetet och hur arbetet ska genomföras.

Kommunfullmäktige antog, KF 2020-02-26, § 31, Policy för styrande dokument i Alingsås kommun.

Syftet med policyn är att ge en ökad tydlighet för användande av styrdokument inom Alingsås kommun. Utformningen av styrdokument ska vara likartad, då det ökar dokumentens kvalitet och gör det enklare att efterleva dess intentioner. En fast terminologi, gemensam struktur och tydlig namngivning av styrdokumentet förenklar framtagande och användande av dokumentet. Kommunfullmäktiges policy syftar till att definiera betydelsen och beslutsnivå för respektive styrdokument.

Kommunfullmäktiges policy är styrande och ska följas så långt det går utifrån dokumentets intentioner. Det finns ett visst utrymme för tolkning vad gäller vilket styrdokument som ska väljas i en given situation.

För att säkerställa styreffekten i kommunfullmäktiges Policy för styrande dokument i Alingsås kommun har vård- och omsorgsförvaltningen fastställt riktlinjer för styrande dokument.

2. Syfte

Syftet med riktlinjen är att säkerställa styreffekten i kommunfullmäktiges Policy samt att underlätta en effektiv och kvalitetssäkrad hantering av styrdokument inom vård- och omsorgsförvaltningen. Riktlinjen ska också ge en tydlighet för publicering och förvaring nämndens styrdokument. Det ska säkerställa att rätt person ska komma åt rätt information vid rätt tillfälle.

3. Alingsås styrdokument

Styrdokument i Alingsås kommun är indelade i tre områden: kommunala föreskrifter, strategiska dokument och reglerande dokument. Kommunala föreskrifter avser styrdokument som kommunen enligt lag givits rätt att meddela. Strategiska dokument avser dokument som reglerar vad kommunen ska göra. Reglerande dokument avser dokument som visar hur kommunen ska genomföra en särskild uppgift.



3.1. Kommunala föreskrifter (Alingsås kommuns författningssamling)

Kommuner har inom flera områden enligt lag rätt att meddela föreskrifter. Detta gäller till exempel för kommunala föreskrifter som meddelas med stöd av 8 kap. 9 och 1 §§ regeringsreformen, taxor avseende kommunala avgifter samt interna bestämmelser om de kommunala organens organisation och verksamhetsformer.

Styrdokument	Beslutsnivå
Lokal föreskrift Lokala föreskrifter reglerar det omgivande samhället inom ett flertal områden, främst miljö- och hälsoskydd, allmän ordning och trafik. Vissa föreskrifter är helt och hållet lagstadgade, men utformningen av de flesta följer till stora delar av lagar och praxis. Eftersom föreskrifter riktar sig mot enskilda genom att bland annat förbjuda vissa beteenden är det viktigt att de är tydligt utformade.	Kommunfullmäktige.
Taxa Taxor reglerar avgifter och avgiftsuttag för den kommunala verksamheten. Kommunen får enligt 8 kap. 3 § kommunallagen besluta om föreskrifter gällande uttag av taxor och avgifter för tjänster eller nyttigheter som kommunen är skyldig att tillhandahålla. Det finns även reglerat i annan författning att kommunen får fastställa taxor och avgifter inom vissa områden.	Kommunfullmäktige.
Reglementen Reglementen reglerar nämndernas uppdrag, ansvarsområde och verksamhet. Det finns ett gemensamt reglemente för samtliga nämnder, samt ett reglemente för respektive nämnd. Reglementen kan även finnas i andra sammanhang, som exempel kan nämnas olika samrådsorgan.	Kommunfullmäktige.
Förbundsordning I en förbundsordning anges förutsättningar, såsom ändamål och finansiering, för ett kommunalförbund eller liknande. Ytterligare reglering kring förbundssamverkan kan ske genom avtal.	Respektive medlemskommuns kommunfullmäktige.
Bolagsordning En bolagsordning reglerar ett aktiebolags verksamhet och förvaltning och är motsvarighet till en nämnds reglemente. Aktiebolagslagen reglerar hur bolagsordningen ska vara utformad.	Kommunfullmäktige därefter fastställande på bolagsstämma.

Bland annat ska det av en kommunal aktiebolagsbolagsordning framgå vad som är det kommunala ändamålet med bolaget.	
Ägardirektiv Ägardirektiv anger vad som ska uppnås med ett bolag och vilken nytta det förväntas tillföra kommunen och dess invånare. Regleringen i ägardirektivet ska rymmas inom ramen för den fastställda bolagsordningen.	Kommunfullmäktige, därefter fastställande på bolagsstämman.
Arbetsordning En arbetsordning innehåller anvisningar och instruktioner om fördelning av arbetsuppgifter. Enligt kommunallagen ska det finnas en arbetsordning för kommunfullmäktige. Det kan även finnas arbetsordningar för kommunala bolag. För nämnderna framgår arbetsordning av respektive reglemente.	Kommunfullmäktige fastställer arbetsordning för kommunfullmäktige och bolagsstämman fastställer arbetsordning för bolag.
Delegationsordning En nämnd kan i en delegationsordning, delegera ner rätten att fatta beslut å nämndens vägnar både till politiker och tjänstepersoner.	Respektive nämnd/styrelse

3.2. Strategiska dokument

Strategiska dokumentets funktion är att styra kommunens riktning mot framtiden. Strategiska dokument ska innehålla målsättningar och visioner men inga konkreta beskrivningar för hur arbetsuppgifter i den dagliga verksamheten ska utföras.

Styrdokument	Beslutsnivå
Vision Alingsås kommun har en vision. En vision är ett kortfattat dokument som beskriver kommunens önskvärda framtida inriktning på mycket lång sikt. Detta dokument ska inte innehålla några detaljerade bestämmelser såsom konkreta mål eller metoder utan endast långsiktiga och övergripande strategier.	En vision antas av kommunfullmäktige.
Strategi En strategi är ett dokument som beskriver den politiska viljeinriktningen inom ett visst område, geografiskt eller verksamhetsmässigt. Strategin pekar ut handlingsinriktningar och långsiktiga mål, den ska dock inte peka ut konkreta åtgärder för	Kommunfullmäktige beslutar om strategier som är av principiell beskaffenhet,

genomförandet. Dokumentet ska vara mer detaljerat än en vision och får således innehålla ett fåtal utpekade mål och strategier för att uppnå målen. Dokumentet ska gälla för en tidsbestämd period på lång sikt, ca fyra år eller mer.	kommunövergripande eller annars av större vikt. Nämnder/styrelser får besluta om strategier som endast rör det egna verksamhetsområdet.
Program Ett program pekar ut handlingsinriktning och långsiktiga mål i en fråga av större vikt. Program är en mellanform av strategi och plan. Jämfört med en strategi kan ett program konkretisera vilka åtgärder som ska göras, men utan planens detaljerade utförande och ansvar. Dokumentet ska gälla för en tidsbestämd period på lång sikt, ca fyra år eller mer.	Kommunfullmäktige beslutar av program som är av principiell beskaffenhet, kommunövergripande eller annars av större vikt. Nämnder/styrelser får besluta om program som endast rör det egna verksamhetsområdet.
Plan inkl. budget Planer är det mest konkreta av de strategiska styrdokumenterna och anger de åtgärder och metoder som ska användas för att uppnå ett program, strategi eller en vision. Alla planer ska gälla för en tidsbestämd period. Denne kan vara kortare, såsom för handlingsplaner eller åtgärdsplaner, eller längre som för översiktsplaner.	Kommunfullmäktige beslutar av planer som är av principiell beskaffenhet, kommunövergripande eller annars av större vikt. Nämnder/styrelser får besluta om planer som endast rör det egna verksamhetsområdet.

3.3. Reglerande dokument

Reglerande dokument ska visa hur kommunen ska handla här och nu, i sitt vardagliga agerande. Reglerande dokument beskriver hur kommunen utför befintlig verksamhet och strategiska dokument handlar om åtgärder som bryter nya vägar.

Styrdokument	Beslutsnivå
Policy En policy är ett kortfattat och översiktligt dokument som anger värderingar och grundprinciper för att styra kommunens agerande inom ett visst område.	Kommunfullmäktige antar kommunövergripande policies, policies som är som är av principiell beskaffenhet eller av större vikt.
Riktlinje Riktlinjer ska ge vägledning och stöd för hur uppgifter ska utföras. De koncentrerar sig på hur en åtgärd utförs och inte på vad den innehåller. Riktlinjer kan även vara inriktade på metod och tillvägagångssätt.	Kommunstyrelsen antar kommunövergripande riktlinjer. Nämnder/styrelser beslutar om riktlinjer som endast rör det egna verksamhetsområdet. Antagande av riktlinjer som inte kräver politiskt ställningstagande får delegeras till politiker, förvaltningschef, avdelningschef samt SAS i enlighet med delegationsordningen för Vård och omsorgsnämnden. MAS/MAR beslutar enligt HSLF-FS 2017:37
Regler Regler är en samling bestämmelser som ska sätta exakta gränser för verksamhetens handlande. Regler anger i detalj vad som gäller inom ett visst område. Regler ska vara enkla, tydliga och lätta att överblicka. De ska vara konkreta och inte innehålla oklara formuleringar och låter den enskilde medarbetaren göra egna tolkningar. Typiska ord och uttryck i sådana dokument är "ska", "måste" och "får inte".	Kommunstyrelsen antar kommunövergripande regler. Nämnder/styrelser beslutar om regler som endast rör det egna verksamhetsområdet. Antagande av regler som inte kräver politiskt

	ställningstagande får delegeras till politiker, förvaltningschef, avdelningschef samt SAS i enlighet med delegationsordningen för Vård och omsorgsnämnden. MAS/MAR beslutar enligt HSLF-FS 2017:37
--	--

4. Stödjande dokument

En förvaltning kan behöva hjälp i form av stödjande dokument exempelvis rutin, instruktioner, lathund, handbok m.fl. Dessa dokument är arbetsrelaterade vardagsdokument som ska hjälpa medarbetare att utföra sitt arbete i linje med lagstiftning och styrande dokument. Det är viktigt att sådana dokument stannar vid praktiska rekommendationer och inte innehåller sådant som hör hemma i ett styrdokument. Utformandet av stödjande dokument ska inte innehålla några ställningstaganden utan endast stödja verkställighet av politiska beslut. Stödjande dokument antas inte politiskt eller på delegation och tillåter begreppsdefinition utifrån behov.

Respektive chef ansvarar för att inom sitt verksamhetsområde utforma och fastställa relevanta stödjande dokument.

Stödjande dokument	Beslutsnivå
Rutin Rutiner och andra stödjande dokument är arbetsrelaterade vardagsdokument som ska hjälpa medarbetaren att utföra sitt arbete i linje med lagstiftning och styrande dokument. Respektive chef ansvarar för att inom sitt verksamhetsområde utforma och fastställa relevanta stödjande dokument.	Förvaltningschef, avdelningschef, enhetschef samt SAS i enlighet med delegationsordningen för Vård och omsorgsnämnden. MAS/MAR beslutar enligt HSLF-FS 2017:37.

5. Utformning

Styrdokument inom Alingsås kommun ska utformas på ett enhetligt sätt. En enhetlig utformning av styrdokumentet genererar en igenkänningseffekt och stödjer genomförande och att kommunen ses som en helhet. Alingsås kommuns grafiska profil ska följas i syfte att uppträda som en enhetlig användare i Alingsås kommun. I vissa fall kan särskilda skäl till alternativ utformning föreligga.

Styrdokumentens första sida ska, förutom att följa den grafiska profilen, innehålla följande information.

Typ av styrdokument:

Beslutande instans:

Datum för beslut:

Diarienummer:

Gäller för:

Giltighetstid:

Revideras senast:

Dokumentansvarig:

- Typ av styrdokument. (Fyll i typ av styrande dokument, exempelvis taxa, delegationsordning, plan eller riktlinje)
- Beslutande instans (exempel: nämnd, kommunfullmäktige, styrelse eller tjänsteperson)
- Datum för beslutstillfället (år-mån-dag) och dess paragraf i protokollet om dokumentet har beslutats politiskt. Har dokumentet antagits genom delegationsbeslut ska datum för det politiska sammanträde där delegationsbeslutet anmäldes anges.
- Diarienummer i Platina.
- Gäller för (exempelvis vilken/vilka nämnder/styrelser som dokumentet gäller för). Om dokumentet är förvaltningsövergripande anges "Vård- och omsorgsnämndens verksamheter"
- Giltighetstid från och med och till och med (år-mån-dag).
- Senast beslutsdatum för revidering som har gjorts (år-mån-dag)
- Dokumentansvarig där befattning och avdelning/enhet anges.

Rutiner inom vård- och omsorgsförvaltningen ska utformas på ett enhetligt sätt.

Rutinernas första sida ska innehålla följande information.

Typ av stödjande dokument:

Beslutande instans:

Datum för beslut:

Gäller för:

Giltighetstid:

Revideras senast:

Dokumentansvarig:

- Typ av styrande dokument. Ändra i mallen till Typ av stödjande dokument och (fyll i rutin)
- Beslutande instans (exempel: Förvaltningschef, avdelningschef eller enhetschef.)
- Datum för beslutstillfället (år-mån-dag).
- Gäller för (exempelvis vilken/vilka avdelningar, enheter som rutinen dokumentet gäller för.) Om dokumentet är förvaltningsövergripande anges "Vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter.
- Giltighetstid från och med och till och med (år-mån-dag).
- Senast beslutsdatum för revidering som har gjorts (år-mån-dag)
- Dokumentansvarig där befattning och avdelning/enhet anges.

Rubriker

Riktlinjer och rutiner ska förutom att utformas i gällande mall för styrande dokument innehålla följande rubriker

Revidering denna version:

Bakgrund:

Syfte:

Personalkategori:

Utförande:

- Revidering denna version: Om dokumentet har reviderat anges här kortfattat vilka förändringar som har gjorts i den reviderade versionen. Om riktlinjen eller rutinen är ny utesluts denna rubrik.

- Bakgrund: Här anges bakgrunden till det styrande dokumentet, t.ex. planer och strategier, nämndbeslut, lagstiftning mm som kan ligga till grund för framtagandet av det.
- Syfte: Här anges syftet med det styrande dokumentet som ger svar på frågan VARFÖR har vi detta styrande dokument.
- Personalkategori: Här anges vilket eller vilka områden som omfattas av det styrande dokumentet, t.ex. personalkategori, arbetsställen.
- Utförande: Här anges själva uppdraget/utförandet. Lägg till de underrubriker som behövs.

Namngivning

- I styrdokumentets namn ska som huvudregel dokumenttyp finnas med exempelvis "Riktlinjer för..." "Rutin för...".

Som bilaga till denna riktlinje finns en Checklistan som är ett stödjande dokument för att ge ytterligare stöd i uppdraget.

5.1. Dokumentmallar

Styrande dokument ska vara upprättade efter den mall för Styrande dokument som finns i finns i Office-programmet Word.

För att förenkla och tydliggöra skillnaden mellan riktlinjer och rutiner har vård- och omsorgsförvaltningen beslutat att färgkoda dokumenten riktlinjer och rutiner. Vid utformande av riktlinjer ska grön framsida användas. Vid upprättande av rutiner ska ofärgad framsida användas.

Mall riktlinjer:



Mall rutin:



6. Publicering

Styrande och stödjande dokument som är beslutade inom vård- och omsorgsnämnden ska publiceras i vård- och omsorgsförvaltningens specifika samarbetsyta i dokumenthanteringssystemet Alfresco. Publicering sker enligt den mappstruktur som beskrivs i rutinen Mappstruktur - riktlinjer och rutiner i Alfresco. Det är ett stödjande dokument som redovisar en översikt av mappstrukturen för styrande dokument och rutiner i Alfresco.

Styrande dokument publiceras även på kommunens webbplats.

Dokumentansvarig ansvarar för att styrdokumentet publiceras och hålls uppdaterad på respektive plats.

Behörighetsnivåer i vård- och omsorgsförvaltningens specifika samarbetsyta i Alfresco beslutas av förvaltningschef.

7. Uppföljning

Vård- och omsorgsnämndens riktlinjer för styrande dokument aktualiseras varje år. Dokumentet ska revideras vid behov eller om en ny version av Policy för styrande dokument i Alingsås beslutas.