

## **Sammanträde med Vård- och omsorgsnämnden**

Tid: 2021-12-17, kl. 08:30

Plats: Digitalt Lifesize

---

Eva-Lotta Pamp (M),  
Ordförande

Malin Karlsson,  
Sekreterare

### **Ärendelista**

1. Upprop och val av justerare
2. Information och överläggningar
3. Förfrågningsunderlag LOV, 2021.234 VON
4. Systematisk kvalitetsgranskning inom vård- och omsorgsförvaltningen, 2021.218 VON
5. Revidering av kvalitetskrav 2021, 2021.229 VON
6. Hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande överenskommelse, 2021.230 VON
7. Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård, 2021.231 VON
8. Vård- och omsorgsnämndens budget 2022, 2021.232 VON
9. Tuvegården, 2021.241 VON

10. Måltidsprogram för särskilt boende, 2021.112 VON
11. Anmälan av delegationsbeslut 2021, 2021.037 VON



Förfrågningsunderlag LOV

3

2021.234 VON

Datum: 2021-12-06  
Handläggare: Kerstin Frost  
Direktnr:  
Diariernr: 2021.234 VON

Vård- och omsorgsnämnden

## Förfrågningsunderlag 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

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

3.5 Arbetstillstånd

3.10 Antidiskrimineringsklausul

4.1 Beskrivning av tjänsten

4.11 Kvalitet

8.8 Hantering av personuppgifter

Detta förfrågningsunderlag föreslås gälla från 2022-04-01 till och med 2023-03-31.

### Ekonomisk bedömning

Förslaget innebär inga ekonomiska konsekvenser

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden antar förslag till förfrågningsunderlag för bedrivande av hemtjänst och delegerad hälso- och sjukvård i Alingsås kommun att gälla från och med 2022-04-01.

### Beslutet ska skickas till

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

Anita Hedström  
Förvaltningschef

Kerstin Frost  
SAS

2021-12-07

§ 84 2021.234 VON

## **Förfrågningsunderlag 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**

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

3.5 Arbetstillstånd

3.10 Antidiskrimineringsklausul

4.1 Beskrivning av tjänsten

4.11 Kvalitet

8.8 Hantering av personuppgifter

Detta förfrågningsunderlag föreslås gälla från 2022-04-01 till och med 2023-03-31.

### **Beslut**

#### **Arbetsutskottets förslag till beslut i vård- och omsorgsnämnden.**

Vård- och omsorgsnämnden antar förslag till förfrågningsunderlag för bedrivande av hemtjänst och delegerad hälso- och sjukvård i Alingsås kommun att gälla från och med 2022-04-01.

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

**2022-04-01**

Alingsås kommun inbjuder er att ansöka om att bli  
godkänd som utförare av tjänster enligt Lag om  
valfrihetssystem (LOV) enligt detta förfrågningsunderlag  
och bilagor.

Dokumenttyp: Förfrågningsunderlag LOV  
Fastställt av: Vård och omsorgsnämnden  
Fastställsedatum: 2015-12-17  
Dokumentansvarig: SAS, Kerstin Frost  
Senast reviderat den: 2021-11-

## Innehåll

1	Allmän orientering .....	1
1.1	Upphandlingsform .....	1
1.2	Kontraktstid .....	1
1.3	Syfte med upphandlingen .....	1
1.4	Omfattning .....	1
1.5	Målgrupp .....	1
1.6	Befolkningsunderlag och behovsanalys .....	1
1.7	Geografiska områden .....	2
1.8	Kapacitetstak .....	2
1.9	Skyldighet att anta uppdrag .....	2
1.10	Information och val i ett valfrihetssystem .....	2
1.11	Rutiner för omval .....	2
1.12	Ickevalsalternativ .....	2
1.13	Avgifter .....	3
2	Administrativa krav .....	3
2.1	Frågor om upphandlingen, kontaktpersoner .....	3
2.2	Ansökans form, innehåll och språk .....	3
2.3	Upphandlingssekretess .....	3
2.4	Handläggningstid .....	3
2.5	Godkännande och kontraktsskrivning .....	3
3	Krav på utförare .....	4
3.1	Arbetsmiljöansvar .....	4
3.2	Ekonomisk ställning .....	4
3.3	Krav på registrering .....	4
3.4	IVO-tillstånd .....	4
3.5	Arbetsstillstånd .....	4
3.6	Uteslutning av sökande .....	4
3.7	Svensk arbetsrättslig lagstiftning .....	4
3.8	Lagar, förordningar och föreskrifter .....	4
3.9	Riktlinjer och program .....	4
3.10	Antidiskrimineringsklausul .....	4
3.11	IT-system .....	5
3.12	Tekniska förutsättningar .....	5
3.13	Ansvarig för den dagliga driften .....	6
3.14	Chef i beredskap .....	6
3.15	Omsorgspersonalens kompetens .....	7
3.16	Krav på lokaler, utrustning m.m. ....	7
3.17	Arbetskläder .....	7

3.18	Beställning .....	7
4	Krav på tjänsten .....	8
4.1	Beskrivning av tjänsten .....	8
4.2	Tilläggstjänster .....	9
4.3	Trygghetslarm .....	9
4.4	Stöd till närstående anhörig .....	9
4.5	Anhöriganställning .....	9
4.6	Förändrat behov .....	9
4.7	Uppföljning av beslut – beställning .....	9
4.8	Dubbelbemanning .....	9
4.9	Kompetens och erfarenhet .....	10
4.10	Kvalitetsledningssystem .....	10
4.11	Kvalitet .....	10
4.12	Inriktning, mål och åtagande .....	10
4.13	Egenvård .....	11
4.14	Delegerad hälso- och sjukvårdsinsats .....	11
4.15	Basala hygienrutiner .....	11
4.16	Mat och måltider .....	12
4.17	Demens .....	12
4.18	Hemgångsteam .....	<b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>
4.19	Vård i livets slut .....	12
4.20	Skydds och begränsningsåtgärder .....	12
5	Kommersiella villkor .....	12
5.1	Kontraktshandlingar .....	12
5.2	Kontaktpersoner .....	12
5.3	Underleverantör .....	12
5.4	Marknadsföring .....	13
5.5	Överlåtelse av rättigheter och skyldigheter .....	13
5.6	Samverkan och informationsöverföring .....	13
5.7	Ansvarsförsäkring .....	13
5.8	Ansvar vid fel eller brister .....	13
5.9	Grund för att säga upp eller häva avtalet .....	13
5.10	Uppsägning .....	14
5.11	På egen begäran .....	14
5.12	Twistlösning .....	14
5.13	Force majeure, ansvarsbegränsning .....	14
5.14	Lokal kris- och katastroforganisation .....	14
5.15	Skadestånd och viten .....	15
6	Ersättning .....	15

6.1	Prisjustering .....	16
6.2	Betalningsvillkor .....	16
6.3	Dröjsmål med betalning .....	16
7	Uppföljning .....	16
8	Särskilda kontraktsvillkor .....	17
8.1	Ansvar och villkor för samarbete mellan parterna .....	17
8.2	Arbetsgivaransvar .....	17
8.3	Gåvor .....	17
8.4	Meddelarfrihet .....	17
8.5	Policy för rökfri arbetstid .....	17
8.6	Miljökrav .....	17
8.7	Allmän handling -GDPR .....	17
8.8	Hantering av personuppgifter .....	18
	Bilagor se Alingsås kommuns hemsida, <a href="http://www.alingsas.se">www.alingsas.se</a> .....	19



# 1 Allmän orientering

Välkommen att ansöka om att bli utförare av hemtjänst och delegerad hemsjukvård, här följer en beskrivning som ger en överblick av upphandlingen.

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. Detta beslut gäller tills vidare, dock längst till det datum som vård och omsorgsnämnden i Alingsås kommun beslutar att valfrihet för kommuninvånarna skall upphöra.

## 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 t.o.m. den 31 mars, med undantag för första avtalsåret som gäller i max 2 år. Avtalet kan efter första avtalsperioden förlängas med ett år i taget utan att ny ansökan görs.

## 1.3 Syfte med upphandlingen

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

## 1.4 Omfattning

Uppdraget gäller alla dagar under året mellan kl.07.00-22.00. Utförare skall utföra biståndsbedömda insatser enligt socialtjänstlagen samt insatser som delegeras eller ordineras av kommunens 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 samt stöd till anhöriga. Besvara samt utföra insatser i samband med att trygghetslarm.

Mer information finns under [Beskrivning av tjänsten](#).

Åtgärdande av trygghetslarm kan i vissa fall väljas bort, [se Trygghetslarm](#)

## 1.5 Målgrupp

Valfrihet i hemtjänsten gäller alla kommuninvånare, oavsett ålder, som erhåller insatser enligt socialtjänstlagen eller hälso- och sjukvårdslagen. Kommunen ansvarar för hemsjukvård till personer, oavsett ålder, när det är motiverat att vården ges i hemmet.

## 1.6 Befolkningsunderlag och behovsanalys

Cirka 740 personer har hemtjänst och ca 34 000 timmar beviljas per månad (2021-11-01). I dagsläget finns fyra utförare. Cirka 28 % av den beviljade tiden utförs i privat regi.

Utifrån befolkningsprognoser beräknas invånarna med behov av hemtjänst öka med cirka 20

personer per år fram till 2022. Ökningstakten förväntas att öka relativt mycket därefter och antalet invånare med hemtjänst prognostiseras öka med 40–45 personer per år mellan 2022 och 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

Utförare kan begränsa åtagandet genom att ange ett kapacitetstak i form av antal timmar per månad, dock minst 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 om betalningsansvar inträder om utföraren uppenbart försummat sitt uppdrag. Det är beställaren som utreder om utföraren ska bli ersättningsskyldig.

## 1.10 Information och val i ett valfrihetssystem

När den enskilde erhållit ett biståndsbeslut/beslut enligt socialtjänstlagen eller delegerad hälso- och sjukvårdsinsats lämnar biståndshandläggare/legitimerad personal information till den enskilde om valfrihet i hemtjänst. Samtliga godkända utförare kommer att publiceras på kommunens hemsida. Ett skriftligt val görs alltid. När den enskilde gjort ett skriftligt val, kontaktar biståndshandläggaren/legitimerad personal vald utförare.

## 1.11 Rutiner för omval

Den enskilde kan när som helst byta utförare. Byte av utförare görs skriftligt till biståndshandläggare/ legitimerad personal som sköter alla kontakter. Bytet genomförs omgående efter att den nya utföraren fått information, inom fem vardagar. Nuvarande utförare ansvarar för att 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 insatserna. 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. 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 upphandlingen, kontaktpersoner**

Vid frågor hänvisar vi till kommunens kontaktperson, se [kommunens hemsida](#). Synpunkter med anledning av kommunens ansökningsrutiner avseende LOV tas tacksamt emot och lämnas skriftligt till kontaktpersonen.

### **2.2 Ansökans form, innehåll och språk**

Ansökan ska vara skriven på svenska. Ansökan går igenom, 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 skall kunna behandlas (6 kap 2 § LOV).

Ansökan sker endast genom E-tjänst [www.alingsas.se](http://www.alingsas.se)

### **2.3 Upphandlingssekretess**

Anser sökande att vissa uppgifter i inlämnad ansökan omfattas av sekretess enligt 31 kap. 16 § offentlighets- och sekretesslagen ska sökande precisera vilka uppgifter detta gäller och en motivering till på vilket sätt sökande skulle lida skada om uppgifterna lämnades ut.

Alingsås kommun beslutar, i egenskap av offentlig myndighet, om en uppgift kan sekretessbeläggas. Beslutet kan överklagas till kammarrätten.

### **2.4 Handläggningstid**

Beredningstiden för en ansökan är cirka åtta veckor från det att ansökan inkommit till förvaltningen. Under juni, juli och augusti kan handläggningstiden bli längre.

### **2.5 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, tom. den 31 mars, med undantag för första avtalsåret som gäller i max 2 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, skall 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 det ansvar som enligt arbetsmiljölagen åvilar kommunen som beställare, för samordning av åtgärder till skydd mot ohälsa och olycksfall på det gemensamma arbetsstället för verksamheten.

#### **3.2 Ekonomisk ställning**

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

#### **3.3 Krav på registrering**

Utföraren skall 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**

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 skall 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 ansvarar för att personalen har denna kunskap och får till sig ny kunskap. Utföraren har skyldighet att iakttä alla likhet inför lagen och verksamheten skall bedrivas utan religiös eller politisk påverkan.

#### **3.9 Riktlinjer och program**

Utföraren ska följa gällande riktlinjer och program.

#### **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.

Utföraren ska senast 14 dagar efter att beställaren begär det, normalt i samband med uppföljning, redovisa dokumentation som innehåller:

- en redogörelse för alla delar av arbetet; undersökning, analys, åtgärder och uppföljning inom de femområdena i diskrimineringslagen. Arbetsförhållanden, bestämmelser och praxis om lön och andra anställningsvillkor, rekrytering och befordran, utbildning och övrig kompetensutveckling samt möjligheter att förena förvärvsarbete och föräldraskap,
- en redogörelse för de åtgärder som vidtas och planeras i syfte att förhindra trakasserier och sexuella trakasserier och repressalier,
- en redogörelse för hur samverkansskyldigheten fullgörs samt
- sanningsförsäkran som anger om utföraren eller anställd som utföraren ansvarar för, vid utförandet av detta kontrakt, enligt lagakraftvunnen dom brutit mot en straffbestämmelse eller ett förbud enligt gällande antidiskrimineringslagstiftning.

### **3.11 IT-system**

Samtliga utförare skall ansluta sig till kommunens verksamhetssystem för dokumentation av beslutsprocesser och verkställighet samt följa kommunens riktlinjer för dokumentation.

Se bilaga "Social dokumentation i genomförandet, riktlinje"

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

Licenskostnaden är 2 100: - per dator och år samt merkostnad till kommunens leverantör för drift ca 2 000: - per dator och år som betalas av utföraren. Detta är ett självkostnadspris och är ett ungefärligt pris. Uppräkning sker årligen med ca 2 % per år.

Utbildning skall rekvireras av kommunen enligt gällande timersättning för hemtjänsten.

Det är utförarens ansvar att se till att det finns tillräcklig kompetens i organisationen för att hantera dokumentationssystemet.

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 journalprogrammen 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 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 förvärvat 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 om personen uppfyller de krav som ställts genom att göra en samlad bedömning av ansvarig för den dagliga driften.

Om utföraren byter ut den som ansvarar för den dagliga driften eller gör ett nytt avtal skall detta skriftligt meddelas beställaren innan bytet äger rum. Skriftlig dokumentation gällande ny ansvarig person skall delges beställaren.

### **3.14 Chef i beredskap**

Utförare ska ha en person med chefsbefogenheter i beredskap de tider ansvarig för verksamheten inte finns på plats. Personen med beredskap skall 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**

Minst 70 procent av den arbetade tiden ska utföras av omsorgspersonal med godkänd omvårdnadsutbildning. Undantag kan medges för semestervikarier under juni till augusti. Utförare åläggs att systematiskt sammanställa hur stor andel av registrerad utförd tid som har genomförts av utbildad personal.

Samtliga medarbetare ska behärska svenska språket i tal och skrift. Det innebär kunskaper i svenska motsvarande lägst årskurs nio eller svenska som andraspråk på grundläggande nivå. Medarbetare som är utländska medborgare måste ha svenskt samordningsnummer.

Utföraren ansvarar för att nyanställda medarbetare får introduktion och ska ha skriftlig rutin för introduktion av nyanställda.

Utföraren ansvarar för att medarbetarna kontinuerligt får utbildning, fortbildning och handledning.

Utföraren ska ha skriftliga generella och individuella kompetensutvecklingsplaner för medarbetarna.

### **3.16 Krav på lokaler, utrustning m.m.**

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 och nyckelskåp för brukares nycklar. På kontoret ska utföraren även ha ett låsbart skåp för eventuell förvaring av brukarnas läkemedel. Endast behöriga medarbetare med läkemedelsdelegering ska ha tillgång till detta skåp.

### **3.17 Arbetskläder**

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**

Biståndshandläggare beslutar om insatser enligt Socialtjänstlagen, SoL. Legitimerad Hälso- och sjukvårdspersonal beslutar om insatser enligt Hälso- och sjukvårdslagen, dessa insatser utförs efter delegering eller instruktion.

- Insatser beställs via verksamhetssystemet.
- Beställningen av SOL-insats anger 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 dels delegerade insatser och dels insatser som utförs inom ramen för arbetssättet/vardagsrehabilitering. 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 biståndshandläggaren och legitimerad personal som bedömer när samordning av tiden är möjlig.

Utföraren skall omgående till beställaren bekräfta 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 korttidsboendet. Beställning skall påbörjas utan dröjsmål. Beslut som inte kan verkställas ska omgående rapporteras till beställaren.

Se bilaga Riktlinjer för biståndshandläggning

I kommunens verksamhetssystem registrerar utföraren datum för verkställighet.

Se bilaga Riktlinjer beställning och informationsöverföring

## 4 Krav på tjänsten

### 4.1 Beskrivning av tjänsten

Valfrihetssystemet gäller den som - oavsett ålder - beviljats bistånd enligt socialtjänstlagen i form av hemtjänst.

Utföraren ska kunna utföra både service och omvårdnad.

Utföraren ska enligt uppdrag från kommunens handläggare utföra hemtjänst samt ansvarar för åtgärder av trygghetslarm (dag och kväll) måndag till söndag mellan kl. 07.00-22.00. Kommunen ansvarar för att åtgärda trygghetslarm, digital natttillsyn samt nattinsatser mellan kl. 22.00-07.00.

För personer som har hemtjänst kan andra insatser enligt SoL och åtgärder enligt HSL också vara aktuella, vilket beskrivs nedan.

Enskilda som har beslut om både hemtjänst och avlösning i hemmet enligt SoL och valt en privat utförare för hemtjänst har möjlighet att välja samma utförare för avlösning i hemmet. Utföraren ska enligt uppdrag från kommunens handläggare utföra avlösning i hemmet.

Enskilda som har beslut om både hemtjänst och ledsagning enligt SoL och valt en privat utförare för hemtjänst har möjlighet att välja samma utförare för ledsagning. Utföraren ska i enlighet med uppdrag från kommunens handläggare utföra ledsagning.

Utföraren ska i enlighet med uppdrag från kommunens legitimerade personal utföra hälso- och sjukvårdsåtgärder. Hälso- och sjukvårdsåtgärder delegeras eller ordinerar av kommunens legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal till medarbetare hos den utförare som den enskilde valt för att utföra hemtjänst. Delegerade/ordinerade hälso- och sjukvårdsåtgärder ska i möjligaste mån samordnas med socialtjänstinsats.

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

För enskilda som endast har insats i form av ordinerad/delegerad hälso- och sjukvård skall den ges av den utförare som den enskilde valt.

Kommunen ser gärna utförare med olika profiler för att utföra tjänsten som beskrivits ovan.



## **4.2 Tilläggstjänster**

Erbjuder leverantören 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 ta 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 att inte åtgärda trygghetslarm. När timantalet uppgår till 1 200 är utföraren skyldig att åtgärda trygghetslarm.

## **4.4 Stöd till närstående anhörig**

Utföraren ansvarar för att personalen har kunskap om kommunens anhörigstöd och 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 särskild blankett, "Redovisning av tid inom hemtjänst, extern" om ersättning ska betalas ut.

## **4.7 Uppföljning av beslut – beställning**

Alla beslut/beställningar följs upp. Vid uppföljningen kommer beställaren att ta del av genomförandeplan och 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.

## **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 avvikelshantering, lex Sarah samt synpunkter och klagomål. Det är utförarens ansvar att dessa är kända av personal, den enskilde och anhöriga.
- För avvikelser inom hälso- och sjukvårdens område skall beställarens rutiner följas.
- Utföraren skall fyra gånger om året, kvartalsvis, lämna en sammanställning av inkomna synpunkter och klagomål samt avvikelser till beställaren.
- Utföraren skall 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
- Självbestämmande och integritet
- Helhetssyn och samordning
- Trygghet och säkerhet
- Kunskapsbaserad verksamhet
- Tillgänglighet
- Effektivitet

## **4.12 Inriktning, mål och åtagande**

Utföraren skall ta del av kommunens styrmodell och arbeta för att uppfylla de av fullmäktige antagna mål samt nämndens mål. Utföraren ska årligen upprätta aktivitetsplaner som beskriver hur verksamheten arbetar för att uppfylla målen. Aktivitetsplanerna ska redovisas till beställaren.

#### **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/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.

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 Socialstyrelsen föreskrift om basal hygien i vård och omsorg, SOSFS 2015:10 samt ha en skriftlig rutin för ändamålet.

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.

#### **4.17 Demens**

Vid vård 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.

#### **4.19 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 patientens samtycke. Åtgärder som larm, sänggrindar och bälten får inte användas i syfte att frihetsberöva en person men däremot som skydd eller hjälpmedel när patienten 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, skall 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 skall 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 skall det ske enligt god marknadsföringssed med stor respekt för kunderna och övriga utförare. Utföraren skall lämna saklig information och så att det inte upplevs som kränkande för den enskilde. Marknadsföringen skall 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 anlita 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 skall hålla varandra informerade om händelser i respektive organisation som kan påverka utförandet av tjänsterna, samarbetet och vad som avtalats. Beställaren skall också tillförsäkras information som gör det möjligt för allmänheten att få insyn i hur angelägenheten utförs (3kap 19a § Kommunallagen).

#### **5.7 Ansvarsförsäkring**

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

#### **5.8 Ansvar vid fel eller 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, skall utföraren omedelbart redovisa en åtgärdsplan för beställaren. Utföraren skall 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**

Uppdragsgivaren 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 skall grund för hävning anges. Hävning skall ske skriftligt samt undertecknas av behörig.

### **5.10 Uppsägning**

Alingsås kommun har rätt att säga upp avtalet med en uppsägningstid på tre (3) 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 uppsägningsdagen.

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 skall 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 Leverantören 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 skall 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 skall anses bl.a. myndighetsåtgärd eller underlåtenhet, nytilkommen eller ändrad lagstiftning, konflikt på arbetsmarknaden, blockad, brand, översvämning eller olyckshändelse av större omfattning.

Till händelser utanför parts kontroll skall inte räknas strejk, blockad, lockout eller annan arbetskonflikt som beror av att part inte följer på marknaden gängse tillämpade regler och principer. Part skall 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 skall 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 förpliktas 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 skall 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 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 månad 1 till den 19:e månad 2 och inkommer underlag senast den 27:e månad 2 garanterar beställaren att utbetalning sker senast den 20:e 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 skall 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 inbjudas till samverkans- eller informationsmöten när behovet så påkallar eller i aktuellt ämne.

Utföraren skall 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 skall vara beställaren behjälplig vid dessa uppföljningar. Resultatet av vissa uppföljningar kan komma att offentliggöras.

Beställaren kan även uppdra åt fristående konsult eller dylikt 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, skall 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, skall 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 skall utföraren vid varje tidpunkt uppfylla villkoren i detta förfrågningsunderlag.

Beställaren och utföraren skall 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 skall en ny ansökan lämnas in. Om arbetsledaren/chefen byts ut under avtalsperioden skall 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 kommunens 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**

Leverantören ska följa beställarens miljömål samt miljöpolicy ([www.alingsas.se](http://www.alingsas.se)).  
Leverantören 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](http://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 Riktlinjer för delegering
- Bilaga Trygghetslarm i ordinärt boende – Utförares åtaganden
- Bilaga Riktlinjer beställning av informationsöverföring
- Bilaga Program för vård och omsorg vid demenssjukdom
- Bilaga Riktlinjer för biståndsbedömning
- Bilaga Ickevalsalternativ
- Bilaga Riktlinje Basala hygienrutiner
- Kvalitetskrav för hemtjänst
- Bilaga IT

Systematisk  
kvalitetsgranskning inom  
vård- och  
omsorgsförvaltningen

4

2021.218 VON

Datum: 2021-12-10  
Handläggare: Kerstin Frost  
Direktnr:  
Diariernr: 2021.218 VON

Vård- och omsorgsnämnden

## **Systematisk kvalitetsgranskning inom vård och omsorgsförvaltningen 2022**

### **Ärendebeskrivning**

Vård- och omsorgsnämndens Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom vård och omsorg i Alingsås kommun enligt SOSFS 2011:9, Dnr. 2014.051.720 anger ansvarsfördelningen för den systematiska verksamhetsuppföljningen. Medicinskt ansvarig sjuksköterska MAS, Medicinskt ansvarig för rehabilitering MAR och Socialt ansvarig samordnare SAS ansvarar för att följa upp kvaliteten utifrån de av nämnden fastställda "Kvalitet i vård och äldreomsorg i Alingsås kommun". Planeringsavdelningen har fastställt rutiner för hur detta genomförs.

### **Beredning**

Ledningssystemets föreskrift och allmänna råd, SOFS 2011:9 gör det möjligt för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Att ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete innebär att arbeta utifrån ett systemperspektiv där fokus läggs på att skapa en struktur för verksamhetens ledning och styrning samt att bedriva kontinuerligt förbättringsarbete av dessa strukturer.

I bifogad bilaga presenteras planeringen för kvalitetsgranskningen för 2022 och stora delar är sådana som genomförs varje år. Utöver det kommer nämnden att ha ett specifikt fokus på kvalitet inom området dokumentation under 2022.

Det som främst kommer att granskas är:

Utifrån de av nämnden antagna kvalitetskraven kommer utförarens dokumentation att granskas för att kontrollera att den sker i enlighet med gällande lagkrav, författningar och allmänna råd. Vidare att det av den enskildes dokumentation tydligt framgår vilken effekt som uppnåtts i arbetet mot de uppsatta målen. Rutiner för dokumentation ska vara kända och följas av personalen. Att all dokumentation sker på svenska.

Kontrollen ska också omfatta att den som tagit emot en delegering från legitimerad personal, tillhör hälso- och sjukvårdspersonal, har signerat utförd insats.

Granskningen ska säkerställa att utföraren förvarar att all dokumentation som rör brukaren på ett betryggande sätt.

### **Ekonomisk bedömning**

Förslaget innebär inga ekonomiska konsekvenser.

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden antar vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut enligt bifogad bilaga gällande kvalitetsgranskning 2022

**Beslutet ska skickas till**

SAS,MAS,MAR

Anita Hedström  
Förvaltningschef

Kerstin Frost  
SAS

## Vård- och omsorgsförvaltningen

Dokumenttyp:	Rutin
Dokumentet gäller för, personalkategori;	SAS , MAS och MAR
Fastställt av, befattning och namn:	Avdelningschef Planeringsavdelningen
Fastställsedatum:	2015-10-28
Eventuellt diarienummer:	2015.304.720
Dokumentansvarig, befattning och namn:	SAS Kerstin Frost, MAS Annika Fallqvist och MAR Eva-Marie Onsager
Senast uppdaterat:	2021-11-15
Uppdateras nästa gång:	2022-11

# **Verksamhetsplan för systematisk kvalitetsuppföljning och granskning inom vård-och omsorgsförvaltningen 2022**

## **Bakgrund**

Enligt SOSFS 2011:9 ansvarar vårdgivaren, den som bedriver socialtjänst, eller verksamhet enligt LSS för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.

Vård- och omsorgsnämndens Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom vård och äldreomsorg i Alingsås kommun enligt SOSFS 2011:9, antogs 2014 (Dnr.2014.051.720).

Ledningssystemet är ett stöd för att systematiskt och löpande utveckla, följa upp och säkra kvaliteten i verksamheten. Det möjliggör för ledningen att planera, leda, kontrollera, följa upp och utvärdera verksamheten.

Nämnden har antagit kvalitetskrav som anger en lägsta nivå för den vård och omsorg som ges. Dessa krav finns specialiserade för hemtjänst, hemsjukvård och särskilt boende. Kvalitetskrav för samtliga verksamheter inom avdelningarna för funktionsstöd (AFF) kommer att tas fram baserade utifrån SVENSK STANDARD, SS 877001:2021.

Kraven följs upp varje år som en del i vård -och omsorgsnämndens interna kontrollarbete. Utvärdering av resultaten från kontrollarbetet ger möjlighet för vård- och omsorgsnämnden att justera kvalitetskraven för att utveckla och förbättra vården och omsorgen.

De olika granskningarna och mätningarna som regelbundet och återkommande genomförs i verksamheten ger tillsammans med avvikelshantering, synpunkter och klagomål ett underlag för utveckling och förbättring.

## **Syfte**

Verksamhetsplanen tydliggör vad vård- och omsorgsnämnden avser att fokusera på i den systematiska kvalitetsuppföljningen och granskningen av verksamheten under året.

## **Personalkategori**

Socialt ansvarig samordnare (SAS) ansvarar för att utföra granskningar och uppföljningar av kvalitet inom Socialtjänstens område enligt fastställda dokument från nämnd samt utifrån klagomål, avvikelser och särskilda uppdrag.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att utföra granskningar och uppföljningar av kvalitet inom hälso- och sjukvård, (förutom rehabilitering), utifrån fastställda dokument från nämnd samt klagomål, avvikelser och särskilda uppdrag.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att utföra granskningar och uppföljningar av kvaliteten inom den del av hälso- och sjukvård som omfattar rehabilitering utifrån fastställda dokument från nämnd samt klagomål, avvikelser och särskilda uppdrag.



## Utförande

Ansvar för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten. Hur ansvar för den systematiska verksamhetsuppföljningen är fördelad i Alingsås framgår av vård- och omsorgsnämndens *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom vård och äldreomsorg i Alingsås kommun enligt SOSFS 2011:9*. Ledningssystemet är i stort behov av uppdatering, vilket har påbörjats under 2021.

Den som bedriver verksamhet ska utöva egenkontroll. Det innebär att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamhetens resultat.

Den systematiska verksamhetsuppföljningen ska ske i samverkan mellan granskare och utförare. Granskningarna görs genom enkäter, intervjuer eller personliga besök, som kan vara föranmälda eller oanmälda. Varje granskning eller mätning som genomförs ska ha ett syfte, vara väl underbyggd och motiverad.

lakttagelserna vid granskningarna sammanfattas och analyseras så att verksamheternas rutiner kan förbättras. Resultaten återkopplas i skriftliga rapporter till respektive chef samt sammanställs för rapportering till nämnd och förvaltningsledning.

## Systematisk granskning under 2022

Under 2022 kommer kvalitetsgranskningen ha fokus på området Dokumentation

Enligt de av nämnden antagna kvalitetskraven är det utförarens ansvar att all dokumentation sker i enlighet med gällande lagkrav, författningar och allmänna råd. Av den enskildes dokumentation ska det tydligt framgå vilken effekt som uppnåtts i arbetet mot de uppsatta målen. Det ska finnas rutiner för dokumentationen som ska vara kända och följas av personalen. All dokumentation ska vara på svenska.

Den som tagit emot en delegering från legitimerad personal tillhör hälso- och sjukvårdspersonal och har ansvar att signera utförd insats.

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

## Riskanalys

Nämnden behöver årligen och systematiskt granska sina verksamheter för att säkerställa att de uppställda kraven uppnås. Granskningarna och mätningarna ger också underlag för utveckling och förbättring.

## Årsplan

När	Vad	Vem
December 2021	Nämnden fastställer inriktningen för kvalitetsgranskningen under 2022	Nämnden
Under hela året	Oanmälda besök för att följa kvalitén i verksamheten. Kvalitetsgrupp kommer löpande jobba med att analysera behovsområden som behöver förbättras för att säkerställa verksamheten utifrån de uppsatta kvalitetskraven. Under 2022 kommer en översyn göras av kvalitetsledningssystemet.	MAS/MAR/SAS
Januari		
Februari		
Mars	Patientsäkerhetsberättelse och Kvalitetsberättelse för 2020 presenteras för nämnden Systematisk uppföljning genom egenkontroll	MAS/MAR/SAS  MAS/MAR/SAS
April	Kollegial dokumentationsgranskning.  Punktprevalens mätning basala hygienrutiner	Vårdpersonal/legitimerad personal/enhetschef/handläggare  MAS
Maj	Enkät till sjuksköterskor gällande hantering av läkemedel.	Sjuksköterskor besvarar enkäter.
Juni	Övergripande dokumentationsgranskning	MAS/MAR/SAS
Juli	Övergripande dokumentationsgranskning.	MAS/MAR/SAS
Augusti	Övergripande dokumentationsgranskning	MAS/MAR/SAS
September	Redovisning av avvikelser, händelser samt uppföljning av kvalitetsregister första halvåret till nämnd.	MAS/MAR/SAS
Oktober	Punktprevalens mätning basala hygienrutiner  Systematisk uppföljning genom egenkontroll	MAS  MAS/MAR/SAS
November	Redovisning av systematiskt kvalitetsgranskning.  Punktprevalens mätning HALT (vårdrelaterade infektioner).	MAS/MAR/SAS  MAS
December	Nämnden fastställer inriktningen för kvalitetsgranskningen under 2023	Nämnden

# Revidering av kvalitetskrav 2021

5

2021.229 VON

Datum: 2021-12-0111-02  
Handläggare: Ingela Oscarsson  
Direktnr:  
Diariennr: 2021.229 VON

Vård- och omsorgsnämnden

## Revidering av kvalitetskrav 2021

### Ärendebeskrivning

Enligt Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd, SOSFS 2011:9 *om ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete* ska vårdgivaren ha ett ledningssystem och med hjälp av det arbeta systematiskt med att planera, leda, kontrollera, följa upp, samt utvärdera och förbättra verksamheten.

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

Vård och äldreomsorgsnämnden har sedan 2002 formulerat mål för kvaliteten i verksamheten. 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.

### Förvaltningens yttrande

Genom att systematiskt arbeta med resultat av kvalitetsmätningar kan verksamheten förändras så att kvaliteten ökar. Därmed minskar även risken för vårdskador. I kvalitetsarbetet är det också viktigt att analysera risker och avvikelser samt lära av tidigare erfarenheter, både positiva och negativa.

Uppföljning av kvalitet och patientsäkerhet sker med hjälp av egenkontroll, utredning av avvikelser, synpunkter och klagomål samt genom årlig redovisning i kvalitets- respektive 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, hemtjänst och hemsjukvård.

### Ekonomisk bedömning

Förslaget innebär inga ekonomiska konsekvenser.

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden antar kvalitetskrav för hemtjänst, hemsjukvård samt särskilt boende.

**Beslutet ska skickas till**

Enhetschef hemtjänst, särskilt boende och hemsjukvård

Avdelningschef särskilt boende, avdelningschef hemtjänst, avdelningschef hemsjukvård

Anita Hedström  
Förvaltningschef

Ingela Oscarsson  
MAS

# Kvalitetskrav hemsjukvård

**Röd text** = nytt krav hämtat från SIS standard "Kvalitet i service, omvårdnad och rehabilitering för äldre med omfattande behov i ordinärt och särskilt boende".

**Blå text** = omformulerad text

~~Överstruken text~~ = ska tas bort

## 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.

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.
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.
Brukaren ska få tillgång till leg. personal som har fördjupad kunskap inom det område som är aktuellt för den enskilde (ex nutrition, inkontinens, smärtlindring, stroke, geriatrik, sår, diabetes ).	Enkät och intervjuer i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska delta och registrera i de kvalitetsregister som beställaren har anslutit sig till.	Kvalitetsregister.
Hjälpen ska finnas där man är, ingen ska behöva åka till sjukhus i onödan.	Enkät och intervjuer i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

Medicintekniska produkter	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 skall vara godkända av verksamhetschef samt registreras i vårdgivarens register.	Kontroll vid besök. Statistik.

<b>Förbrukningsartiklar</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.

<b>Egenvård</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Den behandlande leg. yrkesutövaren (ordinatör) beslutar inom sitt yrkesområde om en hälso- och sjukvårdsuppgift kan utföras som egenvård.	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.

<b>Vård i livets slut</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utföraren ska ha rutiner som efterföljs för samverkan så att oro, ångest, illamående och smärta lindras, hos den döende.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Kvalitetsregister.
Sjuksköterskan ska säkerställa att en munhälsobedömning blir utförd sista levnadsveckan.	Dokumentationsgranskning. Kvalitetsregister.
Ingen ska behöva dö ensam.	Dokumentationsgranskning. Kvalitetsregister.
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.
Läkare ansvarar för brytpunktssamtal och patientansvarig sjuksköterska ska vara delaktig i att detta utförs.	Kvalitetsregister.
Sjuksköterska och/eller biståndshandläggare ska 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.

<b>Delegering och instruktion</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Delegerade insatser ska kompetenssäkras och följa gällande riktlinje från MAS/MAR.	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.
Utföraren ska undervisa, handleda och följa upp delegerade insatser på ett patientsäkert sätt.	Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska anordna utbildningstillfällen regelbundet, utifrån de behov som finns i verksamheten, för den vårdpersonal som ska få delegation eller behöver uppdatera sina kunskaper. - Flyttad	Enkät och intervjuer i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Patientansvarig leg. personal ska säkerställa att delegerad personal har rätt kunskap för sitt uppdrag. Flyttad	Enkät och intervjuer i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

Förebyggande och hälsofrämjande arbetssätt	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.	Enkät och intervju i verksamheten. Kontroll vid besök.
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.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.
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.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.
Funktionsbedömning ska utföras inom två veckor vid inskrivning i kommunal hemsjukvård i ordinärt boende. Funktionsbedömning är en viktig del vid upprättandet av genomförandeplanen och ska delges det tvärprofessionella teamet.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.
<del>Om behov finns ska fysioterapeut och arbetsterapeut skriva en instruktion för hur habiliterande/rehabiliterande insatser ska utföras hos den enskilde.</del>	
Funktionsbedömningen ska uppdateras vid förändring dock minst en gång årligen. Lämpligen görs detta i samband med uppdatering av genomförandeplanen	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.

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.

Vårdhygien	Uppföljning / mätning
Utföraren ska säkerställa att gällande rutiner för tillämpning och uppföljning av basala hygienrutiner för att förebygga smittspridning följs.	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 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 om MAS beslutar om detta.	Kvalitetsregister.

Inkontinens	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 brukare så långt som möjligt genom stöd får behålla sina funktioner till toalettbesök.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

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.

## 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.

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 kunna påverka genomförandet av insatserna och tidpunkten för vård och omvårdnad.	Dokumentationsgranskning. Brukarenkät. 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 brukares rätt att möblera och utforma den egna lägenheten så som brukare 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.
<del>Den leg. personalen ska säkerställa att brukarens behov och önskemål tillgodoses så långt som det är möjligt i all planering av vård och omsorg.</del>	
Den leg. personalen ska respektera den enskildes behov av integritet i omvårdnadssituationer.	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 den enskildes önskemål om vem som ska utföra insatsen och sträva mot att detta uppfylls.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarenkät.

Omvårdnadsplan/rehabiliteringsplan/individuell plan (LSS) och genomförandeplan	Uppföljning / mätning
<del>Rutiner för upprättandet av omvårdnadsplan/rehabiliteringsplan/ individuell plan (LSS) skall finnas och leg. personal ska följa dem.</del> Flyttat	
Omvårdnadsplan/rehabiliteringsplan ska innehålla uppställda mål samt en beskrivning av hur arbetet bedrivs för att nå målet. Det ska tydligt framgå av dokumentationen vilken effekt som uppnåtts i arbetet mot de uppsatta målen. Flyttat	
<del>Den enskildes medverkan vid planeringen av insatserna ska tydligt beskrivas i den upprättade omvårdnadsplanen/rehabiliteringsplanen.</del> Flyttat	

När den enskilde har behov av hemsjukvård ska en omvårdnadsplan o/e rehabiliteringsplan vara upprättad inom sju arbetsdagar. <b>Flyttat</b>	
Omvårdnadsplan/rehabiliteringsplan ska revideras och uppdateras vid förändringar dock minst en gång per år. Görs lämpligen i samband med revidering av genomförandeplan/individuell plan (LSS). <b>Flyttat</b>	
Den enskilde och/eller deras anhöriga ska vara delaktiga i upprättandet av omvårdnadsplan/rehabiliteringsplan/individuell plan (LSS) och planeringen av insatserna. <b>Flyttat</b>	
Om den enskilde har insatser enligt SoL ska de insatser som är beställda av leg. personal göras tillgängliga i den sociala dokumentationen. <b>Flyttat</b>	

### 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 anhängigt stödande förhållningssätt.

Samverkan kring den enskilde	Uppföljning / mätning
Utföraren ska säkerställa att insatser utförs vid den tid som planerats.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarenkät.
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.
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.
Utföraren ska säkerställa att kommunen omgående uppmärksammas på om det finns behov av legal företrädare.	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.

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. Den leg. personalen ska känna till dessa rutiner och kunna initiera samordning.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
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.
Brukare som vårdats på sjukhus skall snarast återvända till sitt boende när brukaren är medicinskt färdigbehandlad.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska följa VG-regionens rutiner för samordnad vårdplanering och använda regionens IT-stöd.	
Utföraren ska säkerställa att all relevant information rörande brukare rapporteras och förmedlas till mottagande instans vid byte av vårdform	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska se till att leg. personal med rätt kompetens deltar vid vårdplaneringar.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

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 ordinarie personal ska alltid vara i tjänst	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

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 hemsjukvård.	Dokumentationsgranskning. Intervju i verksamheten.
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.
Den enskilde ska kunna påverka valet av patientansvarig leg. personal.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
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.

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: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utföraren samverka med anhöriga om hur stödet till den enskilde ges.</li> <li>- Utföraren ska upprätta en individuell planering för att upprätthålla regelbundna kontakter med anhöriga samt hur de involveras vid förändring/uppföljning av insatser.</li> </ul>	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.

Trygghet och säkerhet	Uppföljning / mätning
Vid hemsjukvård 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 skall 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 skall 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.

Lagstiftning, riktlinjer och rutiner	Uppföljning / mätning
All leg. personal ska vara uppdaterad kring gällande lagstiftning, riktlinjer och rutiner inom verksamhetsområdet.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Leg. personal ska följa riktlinjer och rutiner fastställda av MAS/MAR.	Kontroll vid besök. Dokumentationsgranskning.



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

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.

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 leg. personal hjälper den enskilde med inköp av t.ex. läkemedel.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att brukarens värdesaker förtecknas och hanteras på ett korrekt och tillförlitligt sätt.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

Rutin för nyckelhantering	Uppföljning / mätning
Utföraren ska ha skriftliga rutiner för handhavande av nycklar eller andra låssystem för såväl brukarnas boende som för andra lokaler. Utföraren 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 en nyckel eller ett låssystem går.	Kontroll vid besök.
Rutin skall finnas för hur utföraren agerar när någon inte öppnar eller svarar i telefon vid besök/kontakt.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren skall tillsammans med den enskilde upprätta en individuellplan 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.

Den enskildes rätt till rörelsefrihet	Uppföljning / mätning
Utföraren ska säkerställa att skyddsåtgärder inte används utan brukares samtycke.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

Synpunkter och klagomål	Uppföljning / mätning
Utföraren ska säkerställa att brukare 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 brukare 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.
<b>Avvikelsehantering</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.
Den leg. personalen ska känna till hur tillbud med medicinteknisk produkt ska hanteras.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
När en avvikelse eller en händelse som medfört en vårdskada inträffat, skall den enskilde informeras.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Det skall 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.
Händelser som leder till en avvikelse ska omedelbart dokumenteras i den enskildes 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.
<b>Kvalitetsarbete</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
<del>Utföraren ska årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse enligt SOSFS 2011:9. Denna ska göras känd i verksamheten.</del>	
<b>Lex Sarah</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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 skall omedelbart informera beställaren om utredning enligt Lex Sarah inleds.	Enkät och intervju i verksamheten.
<b>Lex Maria</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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
<b>Lex Maja</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utföraren ska ha kända rutiner för hur man rapporterar när djur far illa.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
<b>Rutin för larmhantering</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------

Verksamhetssystem	Uppföljning / mätning
Utföraren ska <ul style="list-style-type: none"> <li>- följa beställarens rutin för beställning samt avslut av behörigheter till IT-system samt</li> <li>- kontakta beställaren vid behov av nya behörigheter.</li> </ul>	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.

Dokumentation av hälso- och sjukvård	Uppföljning / mätning
Rutiner för upprättandet av dokumentation av hälso- och sjukvårdsinsatser skall 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 dokumentationen 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.

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
Handlingar ska förvaras brandsäkert och inlåsta.	Kontroll vid besök Enkät och intervju i verksamheten
Handlingar ska förvaras så att den som är obehörig inte får tillgång till dem.	Kontroll vid besök Enkät och intervju i verksamheten



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.*

Kunskapsbaserad verksamhet	Uppföljning / mätning
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.
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.
Utföraren ska tillgodose den leg. personalens behov av handledning. Leg. personal som arbetar inom demensvård ska ha regelbunden handledning.	Enkät och intervju i verksamheten.

Kompetenskrav	Uppföljning / mätning
Vid nyanställning skall personens legitimation kontrolleras.	Kontroll vid besök.
Utföraren ansvar för att säkerställa den medicinska kompetensen inom verksamheten.	Kontroll vid besök
All leg. personal ska känna till vilket ansvar kommunen har för hälso- och sjukvård enligt gällande avtal.	Enkät och intervju i verksamheten.
Det ska finnas sjuksköterskor med fördjupad kompetens inom nutrition, inkontinens, smärtlindring, stroke, geriatrik, sår 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.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

<b>Kompetensutveckling</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utföraren ska ha en struktur för kompetensutveckling och fortbildning.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ansvarar för att den leg. 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.
Inom hälso- och sjukvårdsområdet sker mycket kompetensutvecklingsarbete genom en fastslagen ombudsstruktur.  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utföraren ska se till att det finns utsedd huvudansvarig samt ansvarig leg. personal inom respektive område i den omfattning som uppdraget kräver.</li> <li>- Utförare ska ge huvudansvarig och ansvarig möjlighet att utföra uppdraget.</li> <li>- Huvudansvarig och ansvarig ska utföra uppdraget enligt fastställd modell och uppdrag.</li> </ul>	

<b>Delegation Allt är flyttat</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utföraren ska anordna utbildningstillfällen regelbundet, utifrån de behov som finns i verksamheten, för den vårdpersonal som ska få delegation eller behöver uppdatera sina kunskaper.	Kontroll vid besök Enkät och intervju i verksamheten
Patientansvarig leg. personal ska säkerställa att delegerad personal har rätt kunskap för sitt uppdrag.	Kontroll vid besök Enkät och intervju i verksamheten
Den leg. personalen ska regelbundet bedöma den delegerade hälso- och sjukvårdsinsatsen och lämpligheten att delegera insatsen. Endast stabila, okomplicerade insatser bör delegeras.	Enkät och intervju 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 intervju i verksamheten Dokumentationsgranskning
Ny delegering ska följas upp inom 3-6 månader.	Kontroll vid besök Enkät och intervju i verksamheten
Delegeringar ska omprövas årligen.	Kontroll vid besök Enkät och intervju i verksamheten

<b>Uppsökande tandvård Allt är flyttat</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Den som utfärdar "Intyg om Nödvändig Tandvård" ska ha genomgått utbildning enligt regionens krav.	Kontroll vid besök Enkät och intervju i verksamheten

<b>Elever och studerande</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.*

Tillgänglighet	Uppföljning / mätning
Den enskilde, och vid behov även dennes anhöriga, ska ges information om rättigheter och förändringar på ett enkelt och lättförståeligt sätt.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ansvarar för att rekvidrera 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.

Insats i rätt tid	Uppföljning / mätning
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.	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.
Sjuksköterskor har en timmas inställetid vid oplanerade ärenden.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.

Möjlighet att få kontakt	Uppföljning / mätning
Det skall vara lätt att ta kontakt med utföraren.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Vårdpersonal och den enskilde skall 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. För den som söker chefen, ska det vara möjligt att få kontakt senast närmast efterföljande vardag.	Kontroll vid besök. 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.*

Effektivitet	Uppföljning / mätning
Utföraren ska sträva mot att använda tillgängliga resurserna används på bästa sätt för att uppnå de uppsatta målen.	Ekonomisk uppföljning. Statistik.
<del>Vårdtagare som vårdats på sjukhus skall snarast återvända till det särskilda boendet, då ansvarig läkare och kommunens representant bedömt att vårdtagaren är utskrivningsklar. Flyttad</del>	Statistik

# Kvalitetskrav hemsjukvård

## 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.

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.	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.
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.
Brukaren ska få tillgång till leg. personal som har fördjupad kunskap inom det område som är aktuellt för den enskilde (ex nutrition, inkontinens, smärtlindring, stroke, geriatrik, sår, diabetes ).	Enkät och intervjuer i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska delta och registrera i de kvalitetsregister som beställaren har anslutit sig till.	Kvalitetsregister.
Hjälpen ska finnas där man är, ingen ska behöva åka till sjukhus i onödan.	Enkät och intervjuer i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

Medicintekniska produkter	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 skall vara godkända av verksamhetschef samt registreras i vårdgivarens register.	Kontroll vid besök. Statistik.



Förbrukningsartiklar	Uppföljning / mätning
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.

Egenvård	Uppföljning / mätning
Den behandlande leg. yrkesutövaren (ordinatör) beslutar inom sitt yrkesområde om en hälso- och sjukvårdsuppgift kan utföras som egenvård.	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.

Vård i livets slut	Uppföljning / mätning
Utföraren ska ha rutiner som efterföljs för samverkan så att oro, ångest, illamående och smärta lindras, hos den döende.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Kvalitetsregister.
Sjuksköterskan ska säkerställa att en munhälsobedömning blir utförd sista levnadsveckan.	Dokumentationsgranskning. Kvalitetsregister.
Ingen ska behöva dö ensam.	Dokumentationsgranskning. Kvalitetsregister.
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.
Läkare ansvarar för brytpunktssamtal och patientansvarig sjuksköterska ska vara delaktig i att detta utförs.	Kvalitetsregister.
Sjuksköterska och/eller biståndshandläggare ska 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.

Delegering och instruktion	Uppföljning / mätning
Delegerade insatser ska kompetenssäkras och följa gällande riktlinje från MAS/MAR.	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.
Utföraren ska undervisa, handleda och följa upp delegerade insatser på ett patientsäkert sätt.	Enkät och intervju i verksamheten.
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.
Patientansvarig leg. personal ska säkerställa att delegerad personal har rätt kunskap för sitt uppdrag.	Enkät och intervjuer i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

<b>Förebyggande och hälsofrämjande arbetssätt</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.	Enkät och intervju i verksamheten. Kontroll vid besök.
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.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.
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.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.
Funktionsbedömning ska utföras inom två veckor vid inskrivning i kommunal hemsjukvård i ordinärt boende. Funktionsbedömning är en viktig del vid upprättandet av genomförandeplanen och ska delges det tvärprofessionella teamet.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.
Funktionsbedömningen ska uppdateras vid förändring dock minst en gång årligen. Lämpligen görs detta i samband med uppdatering av genomförandeplanen	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.

<b>Personliga hjälpmedel</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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 <a href="#">förskrivningsprocessen i Västra Götaland</a> .	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.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------

<b>Vårdhygien</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.	Kvalitetsregister.

<b>Inkontinens</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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 brukare så långt som möjligt genom stöd får behålla sina funktioner till toalettbesök.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

<b>Munhälsa/upsökande tandvård</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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 utförda 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.



## 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.

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 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.	Dokumentationsgranskning. Brukarenkät. 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 brukares rätt att möblera och utforma den egna lägenheten så som brukare 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 omvårdnadssituationer.	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 den 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 anhängigstödande förhållningssätt.

Samverkan kring den enskilde	Uppföljning / mätning
Utföraren ska säkerställa att insatser utförs vid den tid som planerats.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarenkät.

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.
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.
Utföraren ska säkerställa att kommunen omgående uppmärksammas på om det finns behov av legal företrädare.	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.

<b>Samverkan med andra utförare</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.
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.
Brukare som vårdats på sjukhus skall snarast återvända till sitt boende när brukaren är medicinskt färdigbehandlad.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska säkerställa att all relevant information rörande brukare rapporteras och förmedlas till mottagande instans vid byte av vårdform.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Utföraren ska se till att leg. personal med rätt kompetens deltar vid vårdplaneringar.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

<b>Personkontinuitet</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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 ordinarie personal ska alltid vara i tjänst	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

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 hemsjukvård.	Dokumentationsgranskning. Intervju i verksamheten.
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.
Den enskilde ska kunna påverka valet av patientansvarig leg. personal.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
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.

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: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utföraren samverka med anhöriga om hur stödet till den enskilde ges.</li> <li>- Utföraren ska upprätta en individuell planering för att upprätthålla regelbundna kontakter med anhöriga samt hur de involveras vid förändring/uppföljning av insatser.</li> </ul>	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.

Trygghet och säkerhet	Uppföljning / mätning
Vid hemsjukvård 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 skall 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 skall 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.

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

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

<b>Sekretess</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.

<b>Rutin för kontanta medel</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utföraren skall 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 brukarens värdesaker förtecknas och hanteras på ett korrekt och tillförlitligt sätt.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

<b>Rutin för nyckelhantering och andra låssystem</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utföraren ska ha skriftliga rutiner för handhavande av nycklar eller andra låssystem för såväl brukarnas boende som för andra lokaler. Utföraren 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 en nyckel eller ett låssystem går.	Kontroll vid besök.

Rutin skall finnas för hur utföraren agerar när någon inte öppnar eller svarar i telefon vid besök/kontakt.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren skall tillsammans med den enskilde upprätta en individuellplan 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.

<b>Den enskildes rätt till rörelsefrihet</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utföraren ska säkerställa att skyddsåtgärder inte används utan brukares samtycke.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

<b>Synpunkter och klagomål</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utföraren ska säkerställa att brukare 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 brukare 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.

<b>Avvikelsehantering</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.
Den leg. personalen ska känna till hur tillbud med medicinteknisk produkt ska hanteras.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
När en avvikelse eller en händelse som medfört en vårdskada inträffat, skall den enskilde informeras.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Det skall 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.
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.

<b>Lex Sarah</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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 skall omedelbart informera beställaren om utredning enligt Lex Sarah inleds.	Enkät och intervju i verksamheten.

<b>Lex Maria</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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

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

<b>Rutin för larmhantering</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.

<b>Verksamhetssystem</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utföraren ska <ul style="list-style-type: none"> <li>- följa beställarens rutin för beställning samt avslut av behörigheter till IT-system samt</li> <li>- kontakta beställaren vid behov av nya behörigheter.</li> <li>- När någon personal slutar ska utföraren omgående meddela beställaren att behörigheten ska avslutas.</li> </ul>	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.

<b>Dokumentation av hälso- och sjukvård</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Rutiner för upprättandet av dokumentation av hälso- och sjukvårdsinsatser skall 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	Dokumentationsgranskning.



samt resultat av insatser/åtgärder. Omvårdnadsplan ska innehålla uppställda mål.	
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.

<b>Förvaring av dokumentation</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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

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

<b>Utlämnande av handlingar</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.*

<b>Kompetenskrav för legitimerad persona</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Vid nyanställning skall 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
All leg. personal ska känna till vilket ansvar kommunen har för hälso- och sjukvård enligt gällande avtal.	Enkät och intervju i verksamheten.
Nyanställda ska genomgå utbildning i kommunens verksamhetssystem.	Statistik.

<b>Kunskapsbaserad verksamhet</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Det ska finnas sjuksköterskor med fördjupad kompetens inom nutrition, inkontinens, smärtlindring, stroke, geriatrik, sår 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.
Utföraren ska tillgodose den leg. personalens behov av handledning. Leg. personal som arbetar inom demensvård ska ha regelbunden handledning.	Enkät och intervju i verksamheten.

<b>Kompetensutveckling</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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 ansvarar för att den leg. 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.

<b>Elever och studerande</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.*

<b>Tillgänglighet</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Den enskilde, och vid behov även dennes anhöriga, ska ges information om rättigheter och förändringar 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.

<b>Insats i rätt tid</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.	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.
Sjuksköterskor har en timmas inställelsetid vid oplanerade ärenden.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.

<b>Möjlighet att få kontakt</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Det skall vara lätt att ta kontakt med utföraren.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Vårdpersonal och den enskilde skall 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.	
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.*

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 på hemtjänst

**Röd text** = nytt krav hämtat från SIS standard "Kvalitet i service, omvårdnad och rehabilitering för äldre med omfattande behov i ordinärt och särskilt boende".

**Blå text** = omformulerad text

~~Överstruken text~~ = ska tas bort

## 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 **hälsofrämjande** synsätt. Den enskilde ska ges möjlighet att delta i insatserna efter förmåga med syfte att stärka de egna resurserna.

<b>God och säker vård och omsorg</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.
När leg. hälso- och sjukvårdspersonal eller biståndshandläggare har behov av samverkan med personalen i utredningar och bedömningar ska utföraren medverka till detta.	Enkät och intervju i verksamheten.
Personalen ska följa och utföra instruktioner/beställningar.	Enkät och intervjuer i verksamheten. Dokumentationsgranskning
<b>Brukaren ska ses som en resurs i planering och genomförande av den egna vården. Den enskildes medverkan är en viktig utgångspunkt i patientsäkerhetsarbetet.</b>	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
<b>Utföraren ska rapportera till och omsätta data från aktuella kvalitetsregister som en del av verksamhetens systematiska förbättringsarbete.</b>	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning. Kvalitetsregister.

<b>Vård i livets slut</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utföraren ska ha rutiner som efterföljs för samverkan så att oro, ångest, illamående och smärta lindras, hos den döende.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Kvalitetsregister.

Personalen ska ge en god munvård och en munhälsobedömning ska vara utförd sista levnadsveckan.	Dokumentationsgranskning. Kvalitetsregister.
Ingen ska behöva dö ensam.	Dokumentationsgranskning. Kvalitetsregister.
Utföraren ska säkerställa att personalen har kunskaper och förutsättningar att anpassa vården av den döende och att omhändertagandet efter döden anpassas till den äldres 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.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
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.

Delegering och instruktion	Uppföljning / mätning
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.

Förebyggande och hälsofrämjande arbetssätt	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 enskild. 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.

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.

<b>Inkontinens</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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 att brukaren vid behov får individuellt utprovade hjälpmedel för bristande urinblås- och tarmfunktion.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning. Kvalitetsregister.

<b>Vårdhygien</b>	
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 om MAS beslutar om detta.	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 rutiner för tillämpning och uppföljning av basala hygienrutiner för att förebygga smittspridning följs.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

<b>Munhälsa/upsökande tandvård</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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/upsökande tandvård.	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.
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.

<b>Personliga hjälpmedel</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.

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 kunna påverka genomförandet av insatserna och tidpunkten för service, omvårdnad och aktiviteter.	Dokumentationsgranskning. Brukarenkät. 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.

Genomförandeplan	Uppföljning / mätning
Rutiner för upprättandet av genomförandeplan skall finnas och personalen ska följa dem.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
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
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 ha arbetsmetoder som stödjer arbetet mot uppsatta mål som är formulerade i genomförandeplaner.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning
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
Utföraren ska säkerställa att en samordnad individuell plan upprättas efter samtycke från brukaren om det finns behov av insatser av flera huvudmän och/eller vårdgivare.	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 anhängigstödande förhållningssätt.

Samverkan kring den enskilde	Uppföljning / mätning
Utföraren ska säkerställa att insatser utförs vid den tid som planerats.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarenkät.
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 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 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.
Brukaren ska se vården som en helhet och det ska vara enkelt att få rätt stöd och hjälp med hjälp av en fast vårdkontakt/kontaktman.	Brukarenkät. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren är skyldig att följa kommunens biståndsbeslut och ta emot nya brukare.	Enkät och intervju i verksamheten.
Brukare som vårdats på sjukhus skall snarast återvända till sitt hem när brukaren är medicinskt färdigbehandlad.	Enkät och intervju i verksamheten. Statistik.



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.
Utföraren ska säkerställa att kommunen omgående uppmärksammas på om det finns behov av legal företrädare.	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.

<b>Samverkan med beställarens larm- och nattpatruller</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utföraren skall 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, skall genomförandeplanen samordnas om det är möjligt.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

<b>Personkontinuitet</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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 ordinarie personal ska alltid vara i tjänst.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Den enskilde ska ha en kontaktperson och det ska vara tydligt för den enskilde vem som är kontaktperson och vilket uppdrag hon/han har.	Dokumentationsgranskning
Den enskilde ska kunna påverka valet av kontaktperson.	Dokumentationsgranskning. Intervju i verksamheten.
Personalen ska känna till vilket uppdrag och ansvar en kontaktperson har. En skriftlig beskrivning ska finnas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

<b>Kontaktmannaskap</b>	
Den enskilde ska ha en kontaktperson och det ska vara tydligt för den enskilde vem som är kontaktperson och vilket uppdrag hen har.	Dokumentationsgranskning
Den enskilde ska kunna påverka valet av kontaktperson.	Dokumentationsgranskning. Intervju i verksamheten.
Personalen ska känna till vilket uppdrag och ansvar en kontaktperson har. En skriftlig beskrivning ska finnas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Om den enskilde har omsorgsinsatser ska den enskilda ska få möjlighet att träffa sin kontaktperson under första veckan efter verkställighet.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

<b>Anhörigstöd</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
--------------------	------------------------------



Utförarens samtliga medarbetare ska ha kunskap om vad anhörigstöd och anhörigvänlig vård och omsorg innebär.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
<i>Utföraren ska informera brukaren och dennes närstående om möjligheten till anhörigstöd och vart de ska vända sig.</i>	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: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utföraren samverka med anhöriga om hur stödet till den enskilde ges.</li> <li>- Utföraren ska upprätta en individuell planering för att upprätthålla regelbundna kontakter med anhöriga samt hur de involveras vid förändring/uppföljning av insatser.</li> </ul>	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Vid avslösning i hemmet skall 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.

Trygghet och säkerhet	Uppföljning / mätning
Utföraren skall 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 skall 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.

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

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

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.

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

Rutin för nyckelhantering och andra låssystem	Uppföljning / mätning
Utföraren ska ha skriftliga rutiner för handhavande av nycklar eller andra låssystem för såväl brukarnas boende som för andra lokaler. Utföraren 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 en nyckel eller ett låssystem 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 hemtjänsten skall använda nyckel vid planerade besök.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

Den enskildes rätt till rörelsefrihet	Uppföljning / mätning
Utföraren ska säkerställa att skyddsåtgärder inte används utan brukarens samtycke.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

Synpunkter och klagomål	Uppföljning / mätning
Utföraren ska säkerställa att brukaren och/eller dennes närstående erhåller tydlig information om hur de går tillväga vid rapportering av klagomål/synpunkt/fel i vården till berörd myndighet.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarenkät.
Synpunkts- och klagomålshantering ska ingå som en del i det systematiska kvalitetsarbetet.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren skall fyra gånger om året, kvartalsvis, lämnas en sammanställning till beställaren av inkomna synpunkter och klagomål.	Kvartalsuppföljning.

Avvikelsehantering	Uppföljning / mätning
Utföraren ska ha skriftliga rutiner för avvikelsehantering inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens område.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
För avvikelser inom hälso- och sjukvårdens område skall beställarens rutiner följas.	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.

Vid tillbud med medicinteknisk produkt ska ansvarig legitimerad personal kontaktas.	Enkät och intervju i verksamheten.
<del>Fyra gånger om året, kvartalsvis, lämnas en sammanställning av till beställaren av samtliga avvikelser.</del>	<del>Kvartalsuppföljning.</del>
När en avvikelse inträffat skall den enskilde informeras.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Händelser som resulterat i 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.

<b>Lex Sarah</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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 skall omedelbart informera beställaren om utredning enligt Lex Sarah inleds.	Enkät och intervju i verksamheten.

<b>Lex Maria</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.

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

<b>Rutin för larmhantering</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utföraren ska säkerställa att brukaren har tillgång till trygghetslarm där så bedöms nödvändigt.	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.
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.

<b>Verksamhetssystem</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
--------------------------	------------------------------

Om utförare har tillgång till kommunens verksamhetssystem ska utföraren <ul style="list-style-type: none"> <li>- föra social dokumentation i detta system</li> <li>- följa beställarens rutin för beställning samt avslut av behörigheter till IT-system samt</li> <li>- kontakta beställaren vid behov av nya behörigheter. När någon personal slutar ska utföraren omgående meddela beställaren att behörigheten ska avslutas.</li> </ul>	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten. Statistik.
Dokumentation i verksamhetssystemet ska föras enligt beställarens rutiner och riktlinjer för dokumentation och informationsöverföring.	Dokumentationsgranskning. Enkät och intervju i verksamheten.

<b>Social dokumentation</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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 sker på svenska.	Kontroll vid besök. Dokumentationsgranskning.

<b>Dokumentation av hälso- och sjukvård</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.

<b>Förvaring av dokumentation</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.
Handlingar ska förvaras brandsäkert och inlåsta.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Handlingar ska förvaras så att den som är obehörig inte får tillgång till dem.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

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

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.*

Kompetenskrav för serviceinsatser	Uppföljning / mätning
<del>Verksamhet som endast utför serviceinsatser skall ha den erfarenhet som krävs för arbetsuppgiften och vara serviceinriktade.</del>	Statistik.

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: <i>Gymnasieexamen från vård- och omsorgsprogrammet eller motsvarande tidigare utbildning, alternativt motsvarande gymnasial vuxenutbildning.</i>	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.
Vikarier vid långtidsfrånvaro ska ha likvärdig utbildning som tillsvidareanställd personal.	Statistik.
Minst 75 % av personalen ska ha undersköterskekompetens.	Statistik.
<i>Personal som bara utför serviceinsatser skall ha den erfarenhet som krävs för arbetsuppgiften och vara serviceinriktade.</i>	Statistik.
<i>Nyanställda ska genomgå utbildning i kommunens verksamhetssystem.</i>	Statistik.

Kunskapsbaserad verksamhet	Uppföljning / mätning
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.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Rutiner för introduktion av samtliga yrkesgrupper ska finnas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Rutiner ska finnas för att ge personalen kunskap om tystnadsplikt och sekretess.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

<b>Kompetensutveckling/fortbildning</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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. <u>Kompetensutvecklingsarbete ska genomföras enligt en fastställd plan.</u> <u>Viss kompetensutveckling sker via ombudsstruktur.</u>	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Inom hälso- och sjukvårdsområdet sker mycket kompetensutvecklingsarbete genom beställarens ombudsstruktur som leds av legitimerad personal med specialistkunskap. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utföraren ska se till att det finns utsedda ombud inom samtliga aktuella områden.</li> <li>- Beställaren ska känna till vem som är utförarens ombud inom respektive område.</li> <li>- Utsedda ombud ska delta i de aktiviteter som genomförs och ges möjlighet att föra kunskapen vidare.</li> </ul>	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
<b>Delegation</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utföraren ansvarar för att personal som ska utföra delegerade uppgifter ges möjlighet att delta i de utbildningstillfällen som regelbundet anordnas av den legitimerade personalen. <b>Flyttad</b>	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
<b>Uppsökande tandvård</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utföraren ansvarar för att personalen deltar i de utbildningsinsatser som ges från utföraren för uppsökande tandvård. <b>Flyttad</b>	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
<b>Måltid</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utföraren ska följa Måltidsprogrammet (se bilaga) som är ett förvaltningsgemensamt, samlande och styrande dokument för all kost- och måltidsverksamhet. <b>Flyttad</b>	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Kvalitetsregister. Brukarenkät.
<b>Elever och studerande</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.*

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 rekvidrera 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.

Insats i rätt tid	Uppföljning / mätning
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.	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.

Möjlighet att få kontakt	Uppföljning / mätning
Det skall vara lätt att ta kontakt med utföraren.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Personal och den enskilde skall veta hur man får kontakt med utföraren.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Chefen ska vara tillgänglig dagtid kl. 08:00 - 17:00 under vardagar. Utföraren ska alltid ha en person med chefsbefogenheter i beredskap.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utförare av hemtjänst inklusive delegerad/instruerad hälso- och sjukvårdsinsats skall vara tillgängliga för beställaren mellan 07.00 - 22.00 alla dagar.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
<del>Utförare av enbart serviceinsatser skall vara tillgängliga 08.00-17.00 vardagar.</del>	
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.
<del>Utföraren som inte har tillgång till beställarens verksamhetssystem skall ha telefon och säker fax.</del>	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.*

Effektivitet	Uppföljning / mätning
Utföraren ska sträva mot att <b>tillgängliga resurser</b> används på bästa sätt för att uppnå de uppsatta målen.	Ekonomisk uppföljning. Statistik.

# Kvalitetskrav på hemtjänst

## 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.

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 vårdtagare som riskbedöms får en åtgärdsplan upprättad av ett tvärprofessionellt team. Utföraren ska medverka till att genomföra de överenskomna åtgärderna.	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 intervju i verksamheten.
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
Rapportera till och omsätta data från aktuella kvalitetsregister som en del av verksamhetens systematiska förbättringsarbete.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning. Kvalitetsregister.

Vård i livets slut	Uppföljning / mätning
Utföraren ska ha rutiner som efterföljs för samverkan så att oro, ångest, illamående och smärta lindras, hos den döende.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Kvalitetsregister.
Personalen ska ge en god munvård och en munhälsobedömning ska vara utförd sista levnadsveckan.	Dokumentationsgranskning. Kvalitetsregister.
Ingen ska behöva dö ensam.	Dokumentationsgranskning. Kvalitetsregister.

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.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
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.

<b>Delegering och instruktion</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.

<b>Förebyggande och hälsofrämjande arbetssätt</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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 enskild. 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.

<b>Måltid</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.

<b>Inkontinens</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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 att brukaren vid behov får individuellt utprovade hjälpmedel för bristande urinblås- och tarmfunktion.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning. Kvalitetsregister.

<b>Vårdhygien</b>	
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.

<b>Munhälsa/upsökande tandvård</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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/upsökande tandvård.	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.
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.

<b>Personliga hjälpmedel</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.

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 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 välja vilken tid han/hon vill äta.	Dokumentationsgranskning. Brukarenkät. 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 Utföraren ska säkerställa 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.

Genomförandeplan	Uppföljning / mätning
Rutiner för upprättandet av genomförandeplan skall finnas och personalen ska följa dem.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
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
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 skall ha arbetsmetoder som stödjer arbetet mot uppsatta mål som är formulerade i genomförandeplaner.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning
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
Utföraren ska säkerställa att en samordnad individuell plan upprättas efter samtycke från brukaren om det finns behov av insatser av flera huvudmän och/eller vårdgivare.	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 anhängigstödande förhållningssätt.*

<b>Samverkan kring den enskilde</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utföraren ska säkerställa att insatser utförs vid den tid som planerats.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarenkät.
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.
Brukaren ska se vården som en helhet och det ska vara enkelt att få rätt stöd och hjälp med hjälp av en fast vårdkontakt/kontaktman.	Brukarenkät. 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.
Brukare som vårdats på sjukhus skall snarast återvända till sitt hem när brukaren är medicinskt färdigbehandlad.	Enkät och intervju i verksamheten. Statistik.
Utföraren ska säkerställa att kommunen omgående uppmärksammas på om det finns behov av legal företrädare.	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.

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.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------

<b>Samverkan med beställarens larm- och nattpatruller</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utföraren skall 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, skall genomförandeplanen samordnas om det är möjligt.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

<b>Personkontinuitet</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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 ordinarie personal ska alltid vara i tjänst.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

<b>Kontaktmannaskap</b>	
Den enskilde ska ha en kontaktperson och det ska vara tydligt för den enskilde vem som är kontaktperson och vilket uppdrag hen har.	Dokumentationsgranskning
Den enskilde ska kunna påverka valet av kontaktperson.	Dokumentationsgranskning. Intervju i verksamheten.
Personalen ska känna till vilket uppdrag och ansvar en kontaktperson har. En skriftlig beskrivning ska finnas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Om den enskilde har omsorgsinsatser ska den enskilda ska få möjlighet att träffa sin kontaktperson under första veckan efter verkställighet.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

<b>Anhörigstöd</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utförarens samtliga medarbetare ska ha kunskap om vad anhörigstöd och anhörgvänlig 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: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utföraren samverka med anhöriga om hur stödet till den enskilde ges.</li> <li>- Utföraren ska upprätta en individuell planering för att upprätthålla regelbundna kontakter med anhöriga samt hur de involveras vid förändring/uppföljning av insatser.</li> </ul>	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Vid avslösning i hemmet skall utföraren genomföra ett hembesök innan insatsen startar för att skapa trygghet hos anhörig och vårdtagare.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.



Anhöriga ska fritt få förfoga över sina timmar förutsatt att tiden bokas enligt rutin.	
----------------------------------------------------------------------------------------	--

## 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.

Trygghet och säkerhet	Uppföljning / mätning
Utföraren skall 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 skall 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.

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.

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

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.

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 brukarens värdesaker förtecknas och hanteras på ett korrekt och tillförlitligt sätt.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.



<b>Rutin för nyckelhantering och andra låssystem</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utföraren ska ha skriftliga rutiner för handhavande av nycklar eller andra låssystem såväl för brukarnas boende som för andra lokaler. Rutinerna ska Utföraren 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 hemtjänsten skall använda nyckel vid planerade besök.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

<b>Den enskildes rätt till rörelsefrihet</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utföraren ska säkerställa att skyddsåtgärder inte används utan brukarens samtycke.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

<b>Synpunkter och klagomål</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.

<b>Avvikelsehantering</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utföraren ska ha skriftliga rutiner för avvikelsehantering inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens område.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
För avvikelser inom hälso- och sjukvårdens område skall beställarens rutiner följas.	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.
Vid tillbud med medicinteknisk produkt ska ansvarig legitimerad personal kontaktas.	Enkät och intervju i verksamheten.
Om en avvikelse inträffat skall den enskilde informeras.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
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.

<b>Lex Sarah</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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 skall omedelbart informera beställaren om utredning enligt Lex Sarah inleds.	Enkät och intervju i verksamheten.
<b>Lex Maria</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.
<b>Lex Maja</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utföraren ska ha kända rutiner för hur man rapporterar när djur far illa.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
<b>Rutin för larmhantering</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utföraren ska säkerställa att brukaren har tillgång till trygghetslarm där så bedöms nödvändigt.	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.
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.
<b>Verksamhetssystem</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utföraren ska <ul style="list-style-type: none"> <li>- följa beställarens rutin för beställning samt avslut av behörigheter till IT-system samt</li> <li>- kontakta beställaren vid behov av nya behörigheter.</li> <li>- När någon personal slutar ska utföraren omgående meddela beställaren att behörigheten ska avslutas.</li> </ul>	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.
<b>Social dokumentation</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.

<b>Dokumentation av hälso- och sjukvård</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.

<b>Förvaring av dokumentation</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.

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

<b>Utlämnande av handlingar</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.*

<b>Kompetenskrav för hemtjänst</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.
Vikarier vid långtidsfrånvaro ska ha likvärdig utbildning som tillsvidareanställd personal.	Statistik.
Minst 75 % av personalen ska ha undersköterskekompetens.	Statistik.
Personal som bara utför serviceinsatser skall ha den erfarenhet som krävs för arbetsuppgiften och vara serviceinriktade.	Statistik.
Nyanställda ska genomgå utbildning i kommunens verksamhetssystem.	Statistik.
<b>Kunskapsbaserad verksamhet</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Rutiner för introduktion av samtliga yrkesgrupper ska finnas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

<b>Kompetensutveckling</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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. Viss kompetensutveckling sker via ombudsstruktur.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

<b>Elever och studerande</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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 gruppers och individers behov. Kommunikationen mellan den enskilde och professionen präglas av ömsesidighet och dialog. Ingen ska behöva vänta onödigt lång tid på de vårdinsatser som han eller hon har behov av. Det är viktigt att avtalade tider hålls.*

*Verksamheterna är fysiskt tillgängliga.*

<b>Tillgänglighet</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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 rekvidrera 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.

<b>Insats i rätt tid</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.	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.

<b>Möjlighet att få kontakt</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Det skall vara lätt att ta kontakt med utföraren.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Personal och den enskilde skall veta hur man får kontakt med utföraren.	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.
Utföraren ska alltid ha en person med chefsbefogenheter i beredskap.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utförare av hemtjänst inklusive delegerad/instruerad hälso- och sjukvårdsinsats skall vara tillgängliga för beställaren mellan 07.00 - 22.00 alla dagar.	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.*

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

# Kvalitetskrav särskilt boende

**Röd text** = nytt krav hämtat från SIS standard "Kvalitet i service, omvårdnad och rehabilitering för äldre med omfattande behov i ordinärt och särskilt boende". **Blå text** = omformulerad text. ~~Överstruken text~~ = ska tas bort.

## Inriktning / profil

Utföraren ska ha en tydlig inriktning/profil för boendet som ska vara av intresse för det stora flertalet av de boende.

## 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 **hälsofrämjande** synsätt. Den enskilde ska ges möjlighet att delta i insatserna efter förmåga med syfte att stärka de egna resurserna.

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.
När leg. hälso- och sjukvårdspersonal eller biståndshandläggare har behov av samverkan med personalen i utredningar och bedömningar ska utföraren medverka till detta.	Enkät och intervju i verksamheten.
Personalen ska följa och utföra instruktioner/beställningar.	Enkät och intervjuer i verksamheten. Dokumentationsgranskning
<b>Brukaren ska ses som en resurs i planering och genomförande av den egna vården. Den enskildes medverkan är en viktig utgångspunkt i patientsäkerhetsarbetet.</b>	Enkät och intervjuer i verksamheten. Dokumentationsgranskning
<b>Det ska finnas utarbetade och kända rutiner för när sjuksköterska ska tillkallas samt hantering av akutfall då sjuksköterska inte är på plats.</b>	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
<b>Hjälpen ska finnas där man är, ingen ska behöva åka till sjukhus i onödan.</b>	Enkät och intervjuer i verksamheten. Dokumentationsgranskning
<b>Utföraren ska rapportera till och omsätta data från aktuella kvalitetsregister som en del av verksamhetens systematiska förbättringsarbete.</b>	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning. Kvalitetsregister.
Vård i livets slut	Uppföljning / mätning
Utföraren ska ha rutiner som efterföljs för samverkan så att oro, ångest, illamående och smärta lindras, hos den döende.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Kvalitetsregister.



Personalen ska ge en god munvård och en munhälsobedömning ska vara utförd sista levnadsveckan.	Dokumentationsgranskning. Kvalitetsregister.
Ingen ska behöva dö ensam.	Dokumentationsgranskning. Kvalitetsregister.
Utföraren ska säkerställa att personalen har kunskaper och förutsättningar att anpassa vården av den döende och att omhändertagandet efter döden anpassas till den äldres 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.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
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.

Delegering och instruktion	Uppföljning / mätning
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. -Flyttad	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

Förebyggande och hälsofrämjande arbetssätt	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 enskild. 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.

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

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 rutiner för tillämpning och uppföljning av basala hygienrutiner för att förebygga smittspridning följs.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

Inkontinens	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 att brukaren vid behov får individuellt utprovade hjälpmedel för bristande urinblås- och tarmfunktion.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning. Kvalitetsregister.

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 ansvarar för att personalen deltar i utbildningsinsatser gällande munhälsa/upsökande tandvård.	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.
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. - Flyttad	Dokumentationsgranskning. Statistik.

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.

Värdegrund	Uppföljning / mätning
Den enskildes insatser ska utformas med hänsyn till olika språk, sedvanor som kan betingas av kulturell eller religiös bakgrund.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
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.	Dokumentationsgranskning. Brukarenkät. 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 anhöriga och vänner.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

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.

Genomförandeplan	Uppföljning / mätning
Rutiner för upprättandet av genomförandeplan skall finnas och personalen ska följa dem.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
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
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 ha arbetsmetoder som stödjer arbetet mot uppsatta mål som är formulerade i genomförandeplaner.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning
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
Utföraren ska säkerställa att en samordnad individuell plan upprättas efter samtycke från brukaren om det finns behov av insatser av flera huvudmän och/eller vårdgivare.	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.

Samverkan kring den enskilde	Uppföljning / mätning
Utföraren ska säkerställa att insatser utförs vid den tid som planerats.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarenkät.
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.
Brukaren ska se vården som en helhet och det ska vara enkelt att få rätt stöd och hjälp med hjälp av en fast vårdkontakt/kontaktman.	Brukarenkät. 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.
Brukare som vårdats på sjukhus skall snarast återvända till sitt hem när brukaren är medicinskt färdigbehandlad.	Enkät och intervju i verksamheten. Statistik.
Utföraren ska säkerställa att kommunen omgående uppmärksammas på om det finns behov av legal företrädare.	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.
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.

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. - Flyttad	
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.
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.

Biståndsbeslut	
----------------	--

Utföraren är skyldig att följa kommunens biståndsbeslut och ta emot nya vårdtagare i den takt som kommunen begär. Inflyttning ska kunna ske med kort varsel. <b>Flyttad</b>	
Utföraren ansvarar för att i dialog med den enskilde besluta om vilka individuella serviceinsatser och vård- och omsorgsinsatser som ska genomföras i boendet. Insatserna ska beskrivas i genomförandeplanen. Dessa ska vara tydliga för den enskilde. <b>Flyttad och omformulerad</b>	

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 ordinarie personal ska alltid vara i tjänst	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

Kontaktmannaskap	Uppföljning / mätning
Den enskilde ska ha en kontaktperson och det ska vara tydligt för den enskilde vem som är kontaktperson och vilket uppdrag hen har.	Dokumentationsgranskning
Den enskilde ska kunna påverka valet av kontaktperson.	Dokumentationsgranskning. Intervju i verksamheten.
Personalen ska känna till vilket uppdrag och ansvar en kontaktperson har. En skriftlig beskrivning ska finnas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
<b>Den enskilda ska få möjlighet att träffa sin kontaktperson under första veckan efter inflyttning.</b>	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Den enskilde ska ha en kontaktperson och det ska vara tydligt för den enskilde vem som är kontaktperson och vilket uppdrag hen har.	Dokumentationsgranskning

Anhörigstöd	Uppföljning / mätning
Samverkan med anhöriga skall erbjudas minst 1 gång per år, exempelvis individuella samtal, träffar med anhöriga, öppet hus.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
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: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utföraren samverka med anhöriga om hur stödet till den enskilde ges.</li> <li>- Utföraren ska upprätta en individuell planering för att upprätthålla regelbundna kontakter med anhöriga samt hur de involveras vid förändring/uppföljning av insatser.</li> </ul>	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.

Trygghet och säkerhet	Uppföljning / mätning
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.
Boendet ska ge nämnden möjlighet att medverka vid förtroenderåd 1-2 gånger per år.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren skall 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.

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

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

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.

Rutin för kontanta medel	Uppföljning / mätning
--------------------------	-----------------------

Utföraren skall ha rutiner för hantering av kontanta medel och följa dem, i de fall det är nödvändigt att personal hjälper den enskilde med inköp.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Utföraren ska säkerställa att brukarens värdesaker förtecknas och hanteras på ett korrekt och tillförlitligt sätt.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

<b>Rutin för nyckelhantering och andra låssystem</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utföraren ska ha skriftliga rutiner för handhavande av nycklar eller andra låssystem för såväl brukarnas boende som för andra lokaler. Utföraren 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 en nyckel eller ett låssystem 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 hemtjänsten skall använda nyckel vid planerade besök.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

<b>Den enskildes rätt till rörelsefrihet</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utföraren ska säkerställa att skyddsåtgärder inte används utan brukarens samtycke.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

<b>Synpunkter och klagomål</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utföraren ska säkerställa att brukaren och/eller dennes närstående erhåller tydlig information om hur de går tillväga vid rapportering av klagomål/synpunkt/fel i vården till berörd myndighet.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarenkät.
Synpunkts- och klagomålshantering ska ingå som en del i det systematiska kvalitetsarbetet.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

<b>Avvikelsehantering</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utföraren ska ha skriftliga rutiner för avvikelsehantering inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens område.	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.
Vid tillbud med medicinteknisk produkt ska ansvarig legitimerad personal kontaktas.	Enkät och intervju i verksamheten.
När en avvikelse inträffat skall den enskilde informeras.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Händelser som resulterat i 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.



<b>Lex Sarah</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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 skall omedelbart informera beställaren om utredning enligt Lex Sarah inleds.	Enkät och intervju i verksamheten.
<b>Lex Maria</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.
<b>Lex Maja</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utföraren ska ha kända rutiner för hur man rapporterar när djur far illa.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
<b>Rutin för larmhantering</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utföraren ska säkerställa att brukaren har tillgång till trygghetslarm där så bedöms nödvändigt.	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.
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.
<b>Verksamhetssystem</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utföraren ska <ul style="list-style-type: none"> <li>- följa beställarens rutin för beställning samt avslut av behörigheter till IT-system.</li> <li>- föra social dokumentation i beställarens verksamhetssystem</li> <li>- kontakta beställaren vid behov av nya behörigheter. När någon personal slutar ska utföraren omgående meddela beställaren att behörigheten ska avslutas.</li> </ul>	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. Statistik.
<b>Social dokumentation</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.

<b>Dokumentation av hälso- och sjukvård</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.

<b>Förvaring av dokumentation</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.
Handlingar som rör den enskilde ska förvaras på ett sådant sätt att den person som har anledning att ta del av handlingarna för att fullgöra sina arbetsuppgifter kan få tillgång till dem.	
Handlingar ska förvaras brandsäkert och inlåsta.	
Handlingar ska förvaras så att den som är obehörig inte får tillgång till dem.	

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

<b>Utlämnande av handlingar</b>	
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.

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.
Vikarier vid långtidsfrånvaro ska ha likvärdig utbildning som tillsvidareanställd personal.	Statistik.
Minst 75 % av personalen ska ha undersköterskekompetens.	Statistik.
Personal som bara utför serviceinsatser skall ha den erfarenhet som krävs för arbetsuppgiften och vara serviceinriktade.	Statistik.
Nyanställda ska genomgå utbildning i kommunens verksamhetssystem.	Statistik.

Kunskapsbaserad verksamhet	Uppföljning / mätning
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.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Rutiner för introduktion av samtliga yrkesgrupper ska finnas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Rutiner ska finnas för att ge personalen kunskap om tystnadsplikt och sekretess.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

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. Viss kompetensutveckling sker via ombudsstruktur.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

För den kommunala verksamheten sker en del av kompetensutvecklingsarbete genom ombudsstruktur.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utföraren ska se till att det finns utsedda ombud inom samtliga aktuella områden.</li> <li>- Beställaren ska känna till vem som är utförarens ombud inom respektive område.</li> <li>- Utsedda ombud ska delta i de aktiviteter som genomförs och ges möjlighet att föra kunskapen vidare.</li> </ul>	

Delegation	Uppföljning / mätning
Utföraren ansvarar för att personal som ska utföra delegerade uppgifter ges möjlighet att delta i de utbildningstillfällen som regelbundet anordnas av den legitimerade personalen. <b>Flyttat!</b>	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

Uppsökande tandvård	Uppföljning / mätning
Utföraren ansvarar för att personalen deltar i de utbildningsinsatser som ges från utföraren för uppsökande tandvård. <b>Flyttat!</b>	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

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

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 gruppers 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.

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.
Varje boende ska ha en informationsbroschyr som lämnas till den enskilde och dennes anhöriga och som finns tillgänglig för allmänheten, där utföraren ska presentera sin verksamhet och sitt arbetssätt.	Kontroll vid besök.

Utföraren ansvarar för att rekvirera tolk vid behov samt står för kostnaden för densamma.	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.
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.

Insats i rätt tid	Uppföljning / mätning
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.	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.
<del>Om sjuksköterska inte är på plats så ska det finnas tillräckligt med undersköterskor med erforderlig kompetens och erfarenhet på boendet.</del>	<del>Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.</del>
<del>Utförarens personalbemanning ska ge de boende 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.</del>	<del>Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarenkät.</del>

Möjlighet att få kontakt	Uppföljning / mätning
<b>Det skall vara lätt att ta kontakt med utföraren.</b>	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Personal och den enskilde skall veta hur man får kontakt med utföraren.	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 ansvarig chefen, ska det vara möjligt att få kontakt senast närmast efterföljande vardag.	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.
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.

## 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.*

Effektivitet	Uppföljning / mätning
<i>Utföraren ska sträva mot att <b>tillgängliga resurser</b> används på bästa sätt för att uppnå de uppsatta målen.</i>	Ekonomisk uppföljning. Statistik.

# Kvalitetskrav särskilt boende

## Inriktning / profil

Utföraren ska ha en tydlig inriktning/profil för boendet som ska vara av intresse för det stora flertalet av de boende.

## 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 hälsofrämjande synsätt. Den enskilde ska ges möjlighet att delta i insatserna efter förmåga med syfte att stärka de egna resurserna.*

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.
När leg. hälso- och sjukvårdspersonal eller biståndshandläggare har behov av samverkan med personalen i utredningar och bedömningar ska utföraren medverka till detta.	Enkät och intervju i verksamheten.
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
Utföraren ska rapportera till och omsätta data från aktuella kvalitetsregister som en del av verksamhetens systematiska förbättringsarbete.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning. Kvalitetsregister.

<b>Vård i livets slut</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utföraren ska ha rutiner som efterföljs för samverkan så att oro, ångest, illamående och smärta lindras, hos den döende.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Kvalitetsregister.
Personalen ska ge en god munvård och en munhälsobedömning ska vara utförd sista levnadsveckan.	Dokumentationsgranskning. Kvalitetsregister.
Ingen ska behöva dö ensam.	Dokumentationsgranskning. Kvalitetsregister.
Utföraren ska säkerställa att personalen har kunskaper och förutsättningar att anpassa vården av den döende och att omhändertagandet efter döden anpassas till den äldres 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.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
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.

<b>Delegering och instruktion</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.

<b>Förebyggande och hälsofrämjande arbetssätt</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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 enskild. 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.

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.

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 rutiner för tillämpning och uppföljning av basala hygienrutiner för att förebygga smittspridning följs.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

Inkontinens	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 att brukaren vid behov får individuellt utprovade hjälpmedel för bristande urinblås- och tarmfunktion.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning. Kvalitetsregister.

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



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.*

Värdegrund	Uppföljning / mätning
Den enskildes insatser ska utformas med hänsyn till olika språk, sedvanor som kan betingas av kulturell eller religiös bakgrund.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
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.	Dokumentationsgranskning. Brukarenkät. 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 anhöriga och vänner.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

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.

<b>Genomförandeplan</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Rutiner för upprättandet av genomförandeplan skall finnas och personalen ska följa dem.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
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
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 ha arbetsmetoder som stödjer arbetet mot uppsatta mål som är formulerade i genomförandeplaner.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning
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
Utföraren ska säkerställa att en samordnad individuell plan upprättas efter samtycke från brukaren om det finns behov av insatser av flera huvudmän och/eller vårdgivare.	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.

Samverkan kring den enskilde	Uppföljning / mätning
Utföraren ska säkerställa att insatser utförs vid den tid som planerats.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten. Brukarenkät.
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.
Brukaren ska se vården som en helhet och det ska vara enkelt att få rätt stöd och hjälp med hjälp av en fast vårdkontakt/kontaktman.	Brukarenkät. 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.
Brukare som vårdats på sjukhus skall snarast återvända till sitt hem när brukaren är medicinskt färdigbehandlad.	Enkät och intervju i verksamheten. Statistik.
Utföraren ska säkerställa att kommunen omgående uppmärksammas på om det finns behov av legal företrädare.	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.
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.

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.	
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.
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.

<b>Personkontinuitet</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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 ordinarie personal ska alltid vara i tjänst	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

<b>Kontaktmannaskap</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Den enskilde ska ha en kontaktperson och det ska vara tydligt för den enskilde vem som är kontaktperson och vilket uppdrag hen har.	Dokumentationsgranskning
Den enskilde ska kunna påverka valet av kontaktperson.	Dokumentationsgranskning. Intervju i verksamheten.
Personalen ska känna till vilket uppdrag och ansvar en kontaktperson har. En skriftlig beskrivning ska finnas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Den enskilda ska få möjlighet att träffa sin kontaktperson under första veckan efter inflyttning.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.

<b>Anhörigstöd</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Samverkan med anhöriga skall erbjudas minst 1 gång per år, exempelvis individuella samtal, träffar med anhöriga, öppet hus.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
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: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utföraren samverka med anhöriga om hur stödet till den enskilde ges.</li> <li>- Utföraren ska upprätta en individuell planering för att upprätthålla regelbundna kontakter med anhöriga samt hur de involveras vid förändring/uppföljning av insatser.</li> </ul>	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.

Trygghet och säkerhet	Uppföljning / mätning
Utföraren skall 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 skall 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.
Boendet ska ge nämnden möjlighet att medverka vid förtroenderåd 1-2 gånger per år.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

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.

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

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.

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

<b>Rutin för nyckelhantering och andra låssystem</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utföraren ska ha skriftliga rutiner för handhavande av nycklar eller andra låssystem för såväl brukarnas boende som för andra lokaler. Utföraren 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 en nyckel eller ett låssystem 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 hemtjänsten skall använda nyckel vid planerade besök.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

<b>Den enskildes rätt till rörelsefrihet</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utföraren ska säkerställa att skyddsåtgärder inte används utan brukarens samtycke.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

<b>Synpunkter och klagomål</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utföraren ska säkerställa att brukare 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 brukare 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.

<b>Avvikelsehantering</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utföraren ska ha skriftliga rutiner för avvikelsehantering inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens område.	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.
Vid tillbud med medicinteknisk produkt ska ansvarig legitimerad personal kontaktas.	Enkät och intervju i verksamheten.
När en avvikelse inträffat skall den enskilde informeras.	Enkät och intervju i verksamheten. Dokumentationsgranskning.
Händelser som resulterat i 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.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------

<b>Lex Sarah</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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 skall omedelbart informera beställaren om utredning enligt Lex Sarah inleds.	Enkät och intervju i verksamheten.

<b>Lex Maria</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.

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

<b>Rutin för larmhantering</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utföraren ska säkerställa att brukaren har tillgång till trygghetslarm där så bedöms nödvändigt.	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.
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.

<b>Verksamhetssystem</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
Utföraren ska <ul style="list-style-type: none"> <li>- följa beställarens rutin för beställning samt avslut av behörigheter till IT-system samt</li> <li>- kontakta beställaren vid behov av nya behörigheter.</li> <li>- När någon personal slutar ska utföraren omgående meddela beställaren att behörigheten ska avslutas.</li> </ul>	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.

<b>Social dokumentation</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.

<b>Dokumentation av hälso- och sjukvård</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.

<b>Förvaring av dokumentation</b>	<b>Uppföljning / mätning</b>
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.

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

<b>Utlämnande av handlingar</b>	
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.*

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.
Vikarier vid långtidsfrånvaro ska ha likvärdig utbildning som tillsvidareanställd personal.	Statistik.
Minst 75 % av personalen ska ha undersköterskekompetens.	Statistik.
Personal som bara utför serviceinsatser skall ha den erfarenhet som krävs för arbetsuppgiften och vara serviceinriktade.	Statistik.
Nyanställda ska genomgå utbildning i kommunens verksamhetssystem.	Statistik.

Kunskapsbaserad verksamhet	Uppföljning / mätning
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.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Rutiner för introduktion av samtliga yrkesgrupper ska finnas.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.

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. Viss kompetensutveckling sker via ombudsstruktur.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.



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 gruppers och individers behov. Kommunikationen mellan den enskilde och professionen präglas av ömsesidighet och dialog. Ingen ska behöva vänta onödigt lång tid på de vårdinsatser som han eller hon har behov av. Det är viktigt att avtalade tider hålls.*

*Verksamheterna är fysiskt tillgängliga.*

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 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.
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.

Insats i rätt tid	Uppföljning / mätning
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.	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.

Möjlighet att få kontakt	Uppföljning / mätning
Det skall vara lätt att ta kontakt med utföraren.	Kontroll vid besök. Enkät och intervju i verksamheten.
Personal och den enskilde skall veta hur man får kontakt med utföraren.	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 ansvarig chefen, ska det vara möjligt att få kontakt senast närmast efterföljande vardag.	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.
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.

## 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.*

Effektivitet	Uppföljning / mätning
<i>Utföraren ska sträva mot att tillgängliga resurser används på bästa sätt för att uppnå de uppsatta målen.</i>	Ekonomisk uppföljning. Statistik.

2021-12-07

§ 80 2021.229 VON

**Revidering av kvalitetskrav 2021****Ärendebeskrivning**

Enligt Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd, SOSFS 2011:9 om ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete ska vårdgivaren ha ett ledningssystem och med hjälp av det arbeta systematiskt med att planera, leda, kontrollera, följa upp, samt utvärdera och förbättra verksamheten.

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

Vård och äldreomsorgsnämnden har sedan 2002 formulerat mål för kvaliteten i verksamheten. 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.

**Beredning**

Genom att systematiskt arbeta med resultat av kvalitetsmätningar kan verksamheten förändras så att kvaliteten ökar. Därmed minskar även risken för vårdskador. I kvalitetsarbetet är det också viktigt att analysera risker och avvikelser samt lära av tidigare erfarenheter, både positiva och negativa.

Uppföljning av kvalitet och patientsäkerhet sker med hjälp av egenkontroll, utredning av avvikelser, synpunkter och klagomål samt genom årlig redovisning i kvalitets- respektive 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, hemtjänst och hemsjukvård.

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

Vård- och omsorgsnämnden antar kvalitetskrav för hemtjänst, hemsjukvård samt särskilt boende.

**Expedieras till**

Enhetschef hemtjänst, särskilt boende och hemsjukvård

Avdelningschef särskilt boende, avdelningschef hemtjänst, avdelningschef hemsjukvård

Utdragsbestyrkande

2021-12-07

# Hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande överenskommelse

6

2021.230 VON

Datum: 2021-12-01  
Handläggare: Ingela Oscarsson  
Direktnr:  
Diariennr: 2021.230 VON

Vård- och omsorgsnämnden

## **Hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande överenskommelse**

### **Ärendebeskrivning**

En ny beskrivning av primärvårdens grunduppdrag för kommunerna och regionen samt en revidering av definitionen primärvård, infördes i Hälso- och sjukvårdslagen den 1 juli 2021. I revideringen av det länsgemensamma Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser har det tydliggjorts ett behov av att beskriva regionens och kommunernas primärvårdsuppdrag. Syftet med uppdraget är att beskriva kommunernas respektive VGR:s primärvårdsuppdrag för att stärka primärvården som navet i utvecklingen inom hälsa, vård och omsorg och underlätta samverkan mellan huvudmännen. Resultatet från primärvårdsuppdraget kommer att beskrivas i en rapport som beräknas bli klar i november och skickas ut till respektive parter. Resultatet som presenteras i rapporten kan komma att påverka slutversionen av Hälso- och sjukvårdsavtalet.

Berörda nämnder och styrelser i Västra Götalandsregionen och samtliga kommuner i Västra Götaland skall lämna remissvar senast 31 december 2021. Alingsås kommun lämnar ett samlat svar där Barn- och ungdomsförvaltningen, Socialförvaltningen och Vård- och omsorgsförvaltningen har bidragit med synpunkter och kommentarer.

### **Beredning**

Barn- och ungdomsförvaltningen, Socialförvaltningen och Vård- och omsorgsförvaltningen har haft dialog kring remissversion. Synpunkter och kommentarer har lämnats. Hela remissvaret finns att läsa i bifogad arbetsmall Remissvar Hälso- och sjukvårdsavtal tillhörande överenskommelser.

Sammanfattningsvis avstyrker Alingsås kommun remissförslaget med tillhörande överenskommelser och föreslår i första hand en förlängning av nuvarande avtal för att skapa mer tid att utreda de frågetecken som kvarstår. Synpunkter lämnas i andra hand på remissen för att säkerställa att de kommer vårdssamverkan tillhanda om revideringen ska bli underlag till ett nytt avtal.

### **Ekonomisk bedömning**

Förslaget innebär inga ekonomiska konsekvenser.

### **Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar att lämna bifogad remissvar Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser till vårdssamverkan.

**Beslutet ska skickas till**

Socialnämnden

Barn och ungdomsnämnden

Remiss Hälso- och sjukvårdsavtalet - Vårdsamverkan i Västra Götaland  
(vardsamverkan.se)

Anita Hedström  
Förvaltningschef

Ingela Oscarsson  
Handläggare

# REMISSVERSION

## AVTAL

### Hälso- och sjukvårdsavtal

Huvudavtal med tillhörande överenskommelser (bilagor).  
Reglerar samverkan och ansvar för hälso- och sjukvård mellan  
länets 49 kommuner och region Västra Götaland.

Bilagor:

Överenskommelse Läkarmedverkan inom kommunal hälso- och sjukvård i Västra Götaland

Överenskommelse Samverkan vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård

Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och  
personer med missbruk och beroende

Överenskommelse Samverkan om munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård

➔ Avtal

Överenskommelse

Riktlinje

Rutin



# Läsanvisningar

Detta avtal består av Hälso- och sjukvårdsavtalet (huvudavtal) med fyra tillhörande överenskommelser (bilagor). Avtalet är indelat i tre delar:

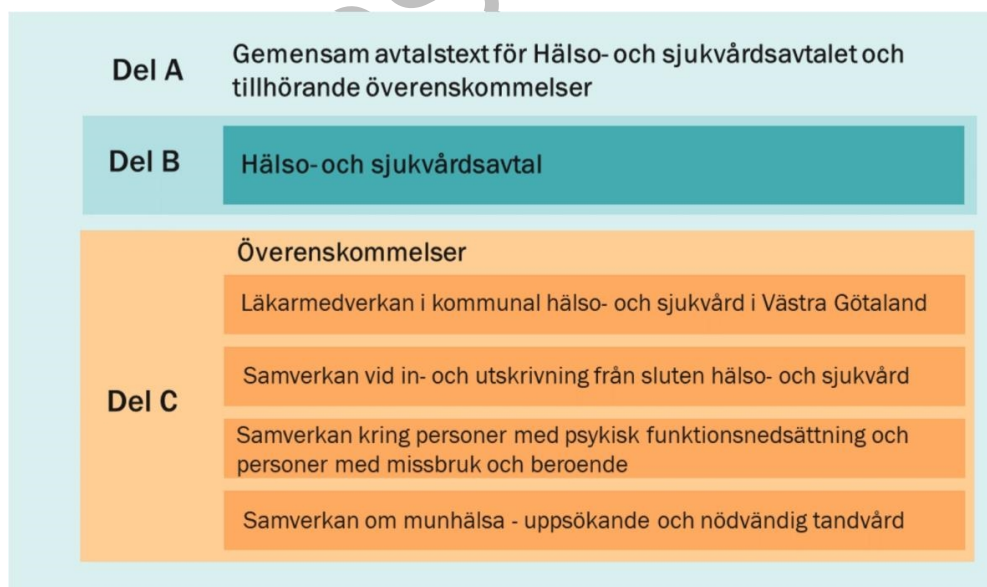
- Del A, Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser
- Del B, Hälso- och sjukvårdsavtalet
- Del C, Överenskommelser

**Del A** innehåller avtalstext som är gemensam för alla överenskommelser och Hälso- och sjukvårdsavtalet. Dessa texter är av generell och allmän karaktär.

**Del B** innehåller Hälso- och sjukvårdsavtalet som reglerar samverkan och ansvarsfördelning för de målgrupper som både kommun och Västra Götalandsregionen (VGR) har hälso- och sjukvårdsansvar för. Kompletta avtalet består av **del B tillsammans med del A**.

**Del C** innehåller de fyra tillhörande överenskommelserna. Här finns de avtalstexter som är specifika för aktuellt samverkansområde/målgrupp såsom samverkansansvar och ansvarsfördelning. Kompletta överenskommelser består av **del C tillsammans med del A**.

Syftet med den här uppdelningen är att skapa en struktur där lagreglerad samverkan mellan kommun och Västra Götalandsregionen finns samlad.





# Innehåll

## Del A, Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet och

<b>tillhörande överenskommelser .....</b>	<b>I</b>
A.1 Inledning .....	1
A.2 Syfte .....	2
A.3 Värdegrund .....	2
A.4 Personcentrerat förhållningssätt .....	3
A.5 Samordnad Individuell Plan, SIP .....	3
A.6 Bästa tillgängliga kunskap .....	3
A.7 Avtalsparter .....	3
A.8 Avtalets omfattning och uppbyggnad .....	3
A.9 Avtalstid .....	4
A.10 Ändringar och tillägg till avtalet .....	4
A.11 Gemensam samverkansstruktur .....	4
A.12 Digitalisering och e-hälsa .....	5
A.13 Uppföljning .....	5
A.14 Avvikelse .....	5
A.15 Oenighet om tolkning av avtal .....	6

## Del B, Hälso- och sjukvårdsavtalet .....

B.1 Lagstiftning .....	1
B.2 Gemensamt ansvar och samverkan .....	2
B.3 Parternas ansvar .....	3
B.4 Informationsöverföring, planering och SIP .....	4
B.5 Rehabilitering och habilitering .....	5
B.6 Bedömning om hälso- och sjukvårdsinsats kan utföras som egenvård .....	5
B.7 Vårdhygien .....	5
B.8 Asylsökande och personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd ....	5
B.9 Förvaring och transport av avliden .....	5
B.10 Läkemedel .....	6
B.11 Personligt förskrivna hjälpmedel och läkemedelsnära produkter i vardagsmiljö .....	6
B.12 Personligt förskrivna hjälpmedel .....	7
B.13 Personligt förskrivna läkemedelsnära produkter .....	7
B.14 Oreglerade medicintekniska produkter .....	8
B.15 Tjänsteköp .....	8
B.16 Gemensamma utvecklingsområden .....	8

## Del C, Överenskommelser

Överenskommelse Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård i Västra Götaland

Överenskommelse Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende

Överenskommelse Samverkan om munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård

# Del A, Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser

**Del A** innehåller avtalstext som är gemensam för alla överenskommelser och Hälso- och sjukvårdsavtalet. Dessa texter är av generell och allmän karaktär. Vi utgår från Socialstyrelsens termbank för termer och begrepp.

## A.1 Inledning

Länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen (VGR) har sedan 1999 reglerat samverkan och ansvarsfördelning för områden båda huvudmännen har hälso- och sjukvårdsansvar för i ett Hälso- och sjukvårdsavtal.

Revideringen inför ny avtalsperiod har även omfattat andra avtal/överenskommelser som är lagreglerade för huvudmännen, dessa ingår som bilagor till Hälso- och sjukvårdsavtalet.

Hälso- och sjukvårdens och den medicinska, digitala och tekniska utvecklingen får som följd att den hälso- och sjukvård som ges i öppen vård och i hemmet förändras över tid.

Den gemensamma politiska viljeinriktningen med Hälso- och sjukvårdsavtalet fokuserar på individens behov framför att söka skarpa gränser mellan huvudmännens ansvarsområden. Gränsdragning ner på detaljnivå i alla situationer skapar organisatoriska mellanrum som kan leda till att patienten inte får sina behov av hälso- och sjukvård tillgodosedda.

Det politiska samrådsorganet (SRO) gav ett tydligt medskick inför

- Vad är bäst för patienten?
- Vad är bästa sättet att använda gemensamma skattemedel ur ett samhälls-/invånarperspektiv?
- Behöver vi överenskommelser eller avtal för att stödja detta?

Avsikten är att Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser ska ge de förutsättningar som behövs för samverkan och personcentrerad vård över huvudmannagränserna.

Parallellt med revideringen av Hälso- och sjukvårdsavtalet har en "Färdplan - läns-gemensam strategi för god och nära vård"\* tagits fram. Färdplanen

innehåller de områden som huvudmännen gemensamt prioriterat att kraftsamla kring för att tillsammans utveckla hälsa, vård och omsorg i Västra Götaland fram till 2030.

**\* L Ä S M E R**

[Färdplan Nära vård - Vårdsamverkan i Västra Götaland \(vardsamverkan.se\)](https://vardsamverkan.se)

## A.2 Syfte

Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland ska ligga till grund för en god och säker vård för de personer som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både kommunen och VGR. Avtalet ska stärka och främja samverkan och samarbete mellan parternas vårdgivare så att resultatet bidrar till ett tryggt och självständigt liv för den enskilde.

## A.3 Värdegrund

En förtroendefull och öppen dialog mellan kommunerna i Västra Götaland och VGR är en förutsättning för att tillsammans möta framtidens gemensamma utmaningar.

### **Samarbetet mellan parterna ska kännetecknas av...**

- ett gemensamt ansvarstagande för patientens bästa.
- ett respektfullt bemötande mot både patient och medarbetare som skapar trygghet i vårdkedjan.
- en tillitsbaserad samverkan där patienten är medskapare och upplever insatserna som en välfungerande helhet, oavsett vilken av parterna som utför insatserna.

### **Parternas gemensamma åtagande innebär att...**

- säkerställa att detta avtal med tillhörande bilagor implementeras och görs kända inom de egna verksamheterna.
- ställa krav på att överenskommelser som VGR och kommunen har träffat enligt detta avtal även gäller i avtal med upphandlade entreprenörer enligt lagen om offentlig upphandling, LOU, samt enligt lagen om valfrihetssystem, LOV.
- följa upp efterlevnaden av ingångna avtal.

## A.4 Personcentrerat förhållningssätt

Alla insatser den enskilde behöver från respektive huvudman ska planeras, utvärderas och följas upp tillsammans med den enskilde. Det ska göras med respekt och lyhördhet för de erfarenheter, önskemål samt kunskap som den enskilde och/eller dennes närstående eller företrädare har.

Det är viktigt att utgå från den enskildes egna resurser och målsättningar med insatserna. Verksamheterna ska underlätta och motivera den enskilde och/eller närstående att vara delaktiga kring beslut som rör den egna personen.

## A.5 Samordnad Individuell Plan, SIP

Den 1 januari 2010 infördes en lagstadgad skyldighet i 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, som innebär att huvudmännen tillsammans ska upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser från båda huvudmännen. Planen ska upprättas om kommunen eller VGR bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas.

I Västra Götaland har VGR och kommunerna fastställt gemensamma riktlinjer för samordnad individuell plan (SIP). Initiativ till SIP kan även tas av den enskilde eller närstående.

## A.6 Bästa tillgängliga kunskap

Vården och insatserna ska bygga på bästa tillgängliga kunskap. Nationella vård- och insatsprogrammen berör båda huvudmännens ansvar och målet är att insatser ska vara kunskapsbaserade, jämlika, resurseffektiva samt av hög kvalitet. Socialstyrelsens nationella riktlinjer, Västra Götalands länsgemensamma styrdokument är stöd för huvudmännen vid prioriteringar och ger vägledning om vilka insatser som i första hand ska erbjudas för personer som omfattas.

## A.7 Avtalsparter

Avtalsparter i detta avtal är var och en av kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen vilka fortsättningsvis i avtalet benämns som parterna. **Avtalet gäller under förutsättning att beslut tas av regionfullmäktige respektive kommunfullmäktige.**

## A.8 Avtalets omfattning och uppbyggnad

Detta avtal, fortsättningsvis kallat Hälso- och sjukvårdsavtalet, är ett huvudavtal för hälso- och sjukvård som kompletterats med lagstadgade

överenskommelser som bilagor. Bilagornas giltighet är direkt kopplat till huvudavtalets giltighet.

Hälso- och sjukvårdsavtalet reglerar ansvarsfördelning och samverkan inom de områden där kommunen och VGR har ett gemensamt hälso- och sjukvårdsansvar enligt 8 kap. 6 § och 12 kap. 1-3 §§, 14 kap. 1§ samt 16 kap 2 § HSL (2017:30).

Avtalet omfattar även samverkan mellan VGR:s hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst.

Varje överenskommelse är direkt underställd Hälso- och sjukvårdsavtalet dvs. ingen rangordning mellan dem.

## A.9 Avtalstid

Avtalet gäller under perioden 2022-xx-xx – 2026-12-31. Senast arton månader innan avtalstiden löper ut har parterna möjlighet att säga upp avtalet. Om ingen part skriftligen sagt upp avtalet förlängs det med tre år i taget med arton månaders uppsägningstid.

## A.10 Ändringar och tillägg till avtalet

Vid väsentliga förändringar av förutsättningarna för avtalet kan initiativ till en översyn tas av det politiska samrådsorganet, SRO.

Ändringar och tillägg till i Hälso- och sjukvårdsavtalet gäller efter beslut vunnit laga kraft hos samtliga parter. Samma hantering gäller vid ändringar och tillägg till i en överenskommelse (bilaga).

## A.11 Gemensam samverkansstruktur

Inom Västra Götaland finns en utvecklad samverkan mellan kommunerna och Västra Götalandsregionen. En gemensam samverkansstruktur med politiskt samrådsorgan, SRO, och ledningsgrupp med tjänstepersoner på länsnivå, Vårdsamverkan Västra Götaland, VVG, delregionala samverkansorgan samt lokala samverkansgrupper.

Den gemensamma stödstrukturen ska bidra till att förvalta och utveckla intentionerna som beskrivs i Hälso- och sjukvårdsavtalet samt i Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård

Samverkan måste ske på flera organisatoriska nivåer: länsgemensam, delregional och lokal nivå. Respektive huvudman ska ställa krav på sina vårdgivare att delta i den gemensamma samverkansstrukturen.

## A.12 Digitalisering och e-hälsa

### Gemensamma IT- tjänster

Vård- och omsorg är informationsintensiva verksamheter som förutsätter en välfungerande informationsförsörjning mellan individer och olika aktörer.

Med hjälp av sammanhållna och användarvänliga IT-tjänster som stödjer ett personcentrerat förhållningssätt kan informationen överföras på ett säkrare och effektivare sätt och säkerställa koordinerade insatser till den enskilde.

Varje part har ansvar för att IT-stöd är kända hos berörda verksamheter och att riktlinjer och rutiner följs.

### Framtidens vårdinformationsmiljö, FVM

Gemensamma strategiska beslut om e-hälsa och informationsförsörjning är avgörande för att stödja samverkan och gemensamma utvecklingsmål.

2017 tecknade parterna en avsiktsförklaring om Framtidens vårdinformationsmiljö, FVM, ett samarbete mellan Västra Götalandsregionen, VGR, privata vårdgivare och länets 49 kommuner. Samverkan om FVM regleras i avtal. Förutom att flera IT-stöd kommer ersättas innebär FVM att administrativa processer, standardisering och gemensamma arbetssätt ska utvecklas i samverkan.

## A.13 Uppföljning

Parterna har ett gemensamt ansvar för Hälso-och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser (bilagor) följs upp. VVG ansvarar för uppföljningsplan för löpande uppföljning.

## A.14 Avvikelse

Den läns-gemensamma rutinen för avvikelsehantering i samverkan\* har tagits fram för att säkerställa att kontinuerlig analys av avvikelser sammanställs och används för ett systematiskt förbättringsarbete, kunskapsutveckling och lärande i samverkan på alla nivåer.

Avvikelserna ska hanteras skyndsamt och svar ges till rapportören så snart händelsen är analyserad och plan för åtgärd finns. Avvikelse i samverkan ska ge underlag för förbättringsarbete och beaktas i patientsäkerhetsarbete.

#### \* L Ä S M E R

[Avvikelsehantering - Vårdsamverkan i Västra Götaland \(vardsamverkan.se\)](http://vardsamverkan.se)



## A.15 Oenighet om tolkning av avtal

Oenighet om tolkning eller tillämpning av Hälso- och sjukvårdsavtalet eller överenskommelser ska i första hand lösas lokalt och i andra hand delregionalt inom vårdsamverkan. I de fall oenighet inte kunnat lösas på lokal eller delregional nivå kan frågan lyftas till länsnivå enligt gemensam riktlinje "Hantering av oenighet på regional nivå - Vårdsamverkan Västra Götaland (VVG)"\*\*.

### \* L Ä S M E R

[Riktlinje Hantering av oenighet på regional nivå Vårdsamverkan Västra Götaland \(PDF\)](#)

## Del B, Hälso- och sjukvårdsavtalet

Hälso- och sjukvårdsavtalet reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland.

För att få Hälso- och sjukvårdsavtalet i sin helhet behöver du läsa det **tillsammans med Del A**. Del A innehåller avtalstext som är gemensam för Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser. Dessa texter är av generell och allmän karaktär.



### B.1 Lagstiftning

Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, är den lag som reglerar grundläggande skyldigheter för VGR och kommunen. Hälso- och sjukvårdsansvaret för VGR och kommunen regleras i 8 kap. 6 § och 12 kap. 1-3 §§ samt 14 kap. 1 § HSL (2017:30), och ansvaret omfattar även rehabilitering, habilitering och hjälpmedel samt sjuktransporter och omhändertagande av avlidna. För tandvård finns särskilda bestämmelser, tandvårdsförordningen (1998:1338).

Patientgrupper som ingår i kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar enligt 12 kap. 1 § HSL (2017:30):

- Personer i särskilda boendeformer samt bostäder med särskild service 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453), SoL.
- Personer som bor i bostad med särskild service enligt 9 § 8 och 9 § 9 LSS.
- Personer under vistelsetiden vid biståndsbedömd dagverksamhet (3 kap. 6 § SoL) samt daglig verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.
- I Västra Götaland har kommunerna ansvaret för hälso- och sjukvård i hemmet sedan regionbildningen 1999, avtal enligt möjligheten i 12 kap. 2 § HSL (2017:30).

För dessa patientgrupper ska länets kommuner och VGR enligt 16 kap. 1 §, HSL, sluta avtal om läkarresurser och formerna för samverkan.



För personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk är VGR och kommunen, genom likalydande bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen, skyldig att ha överenskommelse om samarbete (16 kap. 3 § HSL respektive 5 kap. 8 a § och 9 a § SoL).

Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård grundar sig i lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (lag 2017:612).

Vid den samordnade individuella planeringen (SIP-mötet) ska enheterna upprätta en individuell plan (SIP) i enlighet med bestämmelserna i 16 kap. 4 § tredje och fjärde styckena hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 2 kap. 7 § andra och tredje styckena socialtjänstlagen (2001:453). Planen får upprättas om patienten samtycker till det.

Samordnad individuell planering (SIP-möte) ska enligt lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (4 kap. 1-3§§) erbjudas den enskilde, om hen efter utskrivningen behöver insatser från både kommunen och VGR i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst.

För att stärka individens integritet, självbestämmande och delaktighet kompletterar patientlagen (2014:821) regelverket för hälso- och sjukvård.

## B.2 Gemensamt ansvar och samverkan

Parterna ska i egenskap av sjukvårdshuvudmän erbjuda en hälso- och sjukvård av god kvalitet samt den kompetens som krävs för att fullgöra sitt hälso- och sjukvårdsansvar.

För patienter som får kommunal hälso- och sjukvård har parterna alltid ett gemensamt ansvar genom att kommunen ansvarar för insatser utförda av sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut medan VGR ansvarar för läkare och övriga kompetenser.

All hälso- och sjukvård ska utgå från ett personcentrerat förhållningssätt där patienten ska ges möjlighet att vara medskapare i sin vård och behandling. Om patienten samtycker kan även närstående vara medskapare.

Parterna har ett gemensamt ansvar för att hälso- och sjukvårdsinsatser personcentreras och koordineras så att patienten upplever trygghet, säkerhet, kontinuitet och värdighet.

Ordinatören har vård- och behandlingsansvar där också uppföljning, utvärdering och ekonomiskt ansvar ingår.

Patientens fasta vårdkontakt ska utses där den huvudsakliga vården ges och ska grundas på patientens medicinska och övriga behov och vilken kompetens som bäst kan tillgodose det behovet.

Fast läkarkontakt och fast vårdkontakt ska tillsammans stärka patientens ställning.

## B.3 Parternas ansvar

### Regionens ansvar

Västra Götalandsregionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård till de som är bosatta eller som vistas i Västra Götaland. Ansvaret omfattar öppen och sluten vård, akut och planerad vård.

#### **Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdsansvar omfattar:**

- Patienter som utan större svårigheter kan besöka VGRs mottagningar och tillgodogöra sig insatsen. I ansvaret ingår hälso- och sjukvård där patienten vistas, då insatserna är av tillfällig karaktär.
- Läkarinsatser i hemmet för patienter som omfattas av den kommunala hälso- och sjukvården enligt avtal mellan parterna, se *Överenskommelse Läkarmedverkan inom kommunal hälso- och sjukvård i Västra Götaland*.
- Rehabiliterings- och habiliteringsinsatser inom specialist- samt primärvård.
- Handledning och kunskapsöverföring till kommunens personal i vård, omsorg, rehabilitering samt i hantering av medicintekniska produkter.
- Specialistvård till patienter inom kommunal hälso- och sjukvård enligt gällande medicinska riktlinjer, eller enligt upprättad plan eller SIP.

### Kommunens ansvar

Kommunen ska enligt 12 kap. 1 § HSL erbjuda hälso- och sjukvård åt personer med beslut om särskilt boende, bostad med särskild service samt under vistelsetiden åt personer med beslut om dagverksamhet enligt SoL och daglig verksamhet enligt LSS. Kommunen har tagit ansvar för hälso- och sjukvård i ordinärt boende enligt 12 kap. 2 § HSL.

#### **Kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret omfattar:**

- Patienter som på grund av somatisk, psykisk eller kognitiv funktionsnedsättning inte kan ta sig till Västra Götalandsregionens mottagningar utan större svårighet och där det på grund av insatsernas omfattning och frekvens motiverar att vården ges i patientens hem.

- Patienter med behov av hälso- och sjukvårdsinsatser över tid, oavsett ålder eller diagnos, som kan ges med bibehållen patientsäkerhet i patientens hem.
- Patienter som enligt ovanstående punkter har behov av hälso- och sjukvårdsåtgärder i hemmet kan samtidigt få vissa hälso- och sjukvårdsinsatser utförda på mottagning baserat på upprättad plan eller SIP.
- Rehabiliterings- och habiliteringsinsatser.

**Kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret omfattar även:**

- Att när överenskommelse skett i enskilda fall utföra planerade och/eller förutsägbara hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet under kväll, helg och nattetid för patienter som normalt besöker Västra Götalandsregionens vårdcentraler.
- Hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet till patienter på permission från slutna vård som inte kan ta sig till mottagning. Det gäller endast under förutsättning att en dialog skett i samförstånd och nödvändig informationsöverföring skett som stöd för de kommunala insatserna.

## B.4 Informationsöverföring, planering och SIP

Om den enskilde har behov av kommunal hälso- och sjukvård i hemmet, förutsätter det att en dialog förs där parterna är överens om ansvarsfördelning samt att nödvändigt informationsutbyte sker. Den enskilde ska vara delaktig och medskapare till sin vård och behandling.

Vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård ska överenskommelse, riktlinje och rutin tillämpas. Ingående parter ska använda den gemensamma IT-tjänsten där informationsdelning sker.

Samordnad individuell plan, SIP\* ska erbjudas alla oavsett ålder, diagnos, funktionsvariation eller behov och är den enskildes plan. Erbjudande om SIP gäller när behov av gemensam planering uppstår av insatser mellan kommun och VGR samt vid utskrivning från sjukhus. SIP är ett dokument och ett verktyg för samverkan, som ger en samlad beskrivning av den enskildes pågående och planerade insatser, från kommun och VGR samt andra aktörer.

**\* L Ä S M E R**

[Riktlinje för SIP - Vårdsamverkan i Västra Götaland \(vardsamverkan.se\)](https://vardsamverkan.se)

## B.5 Rehabilitering och habilitering

Rehabilitering och habilitering är hälso- och sjukvårdsinsatser som följer hälso- och sjukvårdsansvaret och bedrivs av både VGR och kommun i enlighet med detta avtal.

Länsgemensamma överenskommelser, rutiner som beskriver samverkan och ansvarsfördelning. (Länk så snart dessa är klara)

## B.6 Bedömning om hälso- och sjukvårdsinsats kan utföras som egenvård

Egenvård är en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv eller med hjälp av någon annan kan utföra och ansvara för. I enlighet med lagar och föreskrifter ska länsgemensamma riktlinjer ge stöd för tillämpningen\*.

### \* L Ä S M E R

[Egenvårdsrutin - Vårdsamverkan i Västra Götaland \(vardsamverkan.se\)](https://vardsamverkan.se)

## B.7 Vårdhygien

Både kommunen och Västra Götalandsregionen har ansvar för att förebygga och förhindra smittspridning och infektioner i vård och omsorg. VGR:s expertenheter för vårdhygien har i uppdrag att bistå kommunerna med vårdhygienisk rådgivning och utbildning i enlighet med Regionalt direktiv för vårdhygienisk verksamhet.

## B.8 Asylsökande och personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd

Hälso- och sjukvård till asylsökande och personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd (även kallade papperslösa) är VGR:s ansvar. För dessa personer har kommunen inget hälso- och sjukvårdsansvar, detta gäller även patienter med behov av sjukvård i boendet/hemmet. Det är möjligt att erbjuda kommunal hälso- och sjukvård i hemmet om kommunens och VGR:s verksamhetsföreträdare är överens om detta. Länsgemensam rutin är under framtagande.

## B.9 Förvaring och transport av avliden

Ansvar för omhändertagande av avliden ingår i hälso- och sjukvårdsansvaret enligt HSL.

I länsgemensam Riktlinje för förvaring och transport av avlidna\* beskrivs samverkan och ansvar vid omhändertagande av avliden, transport av avliden samt regelverk då kommunens önskar köpa bårhusplats av VGR.

**\* L Ä S M E R**

[Riktlinje för förvaring och transport av avlidna](#)

## B.10 Läkemedel

Läkemedelsbehandlingar är en integrerad del i hälso- och sjukvården och ingår därmed i regelverk för samverkan mellan VGR och kommunerna i Västra Götaland.

VGR ansvarar för kostnader, exklusive patientens egenavgift, avseende läkemedel som omfattas av läkemedelsförmånen och som är förskrivna enligt lagen om läkemedelsförmåner till enskild patient.

### Akutläkemedelsförråd

VGR tillhandahåller akutläkemedelsförråd avsedda för patienter med kommunal hälso- och sjukvård. Akutläkemedelsförråd och dess sortiment beslutas av VGR.

Läkemedlen i förrådet kan användas för akut ordination eller för att behandla under en begränsad tidsperiod (t ex antibiotikakur). VGR ansvarar för läkemedelskostnaderna och kontrollen av de kommunala akutläkemedelsförråden. Kommunen har kostnadsansvaret för transporten av läkemedel till förråden.

### Öppenvårdsdos

Öppenvårdsdos beslutas av läkare som tar ställning till patientens behov och att kriterier enligt regional medicinsk riktlinje för öppenvårdsdos är uppfyllda.

## B.11 Personligt förskrivna hjälpmedel och läkemedelsnära produkter i vardagsmiljö

Personligt förskrivna hjälpmedel omfattar hjälpmedel för det dagliga livet samt hjälpmedel för vård och behandling. I Västra Götaland ingår personligt förskrivna hjälpmedel för medicinsk behandling samt läkemedelsnära produkter i hjälpmedel för vård och behandling.

Förskrivning av hjälpmedel och läkemedelsnära produkter är en del av vård och behandling och följer hälso- och sjukvårdsansvaret.



Parterna har gemensamt regelverk för förskrivning av produkter inom respektive produktområde. De produktområden som ingår kan förändras på grund av förändringar i lagstiftning samt nya och/eller ändrade diagnostik och behandlingsmetoder.

## B.12 Personligt förskrivna hjälpmedel

Försörjning av hjälpmedel är beslutad genom samarbetsavtal mellan region och kommuner samt överenskommelser inom VGR.

Handbok för förskrivning av personliga hjälpmedel, består av riktlinjer och produktanvisningar\*, där bland annat kostnadsansvar och förskrivningsrätt beskrivs.

För barn och ungdomar till och med 17 år har VGR kostnadsansvar för de produkter som regleras i Handbok för förskrivning av personliga hjälpmedel. Gällande vuxna är kostnadsansvaret beroende av vilken vårdgivare som har hälso- och sjukvårdsansvaret. För vissa produkter har VGR alltid kostnadsansvaret. I varje produktanvisning anges fördelning av kostnadsansvar för den aktuella produkten.

För att underlätta en obruten vårdkedja kan förtroendeförskrivning ske, vilket innebär att förskrivning får göras på annan sjukvårdshuvudmans kostnadsansvar.

### \* L Ä S M E R

[Handbok för förskrivning av personliga hjälpmedel - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen \(vgregion.se\)](#)

## B.13 Personligt förskrivna läkemedelsnära produkter

Läkemedelsnära produkter omfattar förbrukningsartiklar som används till en del av den medicinska behandlingen i hemmiljö. Försörjning och distribution är beslutad i samarbetsavtal där region och kommun har gemensamt kostnadsansvar (blås- och tarmdysfunktion och nutrition) samt överenskommelse där region har kostnadsansvaret (diabetes, stomi, spolvätskor och trakeostomi\*).

### \* L Ä S M E R

[Hjälpmedel och läkemedelsnära produkter - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen \(vgregion.se\)](#)

## B.14 Oreglerade medicintekniska produkter

Det finns ytterligare medicintekniska produkter, som används till patienter i deras vardagsmiljö, som ännu inte är reglerade i handbok och har en gemensam försörjningslösning. Generellt gäller att den vårdgivare som förskriver produkten är kostnadsansvarig. Medicintekniska produkter som ordineras av läkare är ett ansvar för VGR.

För sårläkningsartiklar och kompressionsförband finns ett avtal där det framgår vilka produkter VGR respektive kommunen har kostnadsansvar för.

## B.15 Tjänsteköp

Tjänsteköp kan ske i undantagsfall och föregås av en förfrågan till den andra parten om att utföra en insats. Ansvar och uppföljningen av insatsen kvarstår dock hos huvudmannen.

Lokala avtal om tjänsteköp kan ingås under förutsättning att båda parter är överens och att det på alla sätt uppfyller Hälso- och sjukvårdsavtalet i övrigt.

I det lokala avtalet kommer parterna överens om formerna för tjänsteköp. I detta bör framgå vem som har mandat att besluta om tjänsteköp och på vilket sätt information och kommunikation sker parterna emellan.

## B.16 Gemensamma utvecklingsområden

De läns gemensamma utvecklingsområden som identifierats i samband med revideringen överlämnas för omhändertagande i den gemensamma färdplanen.

Färdplan - Läns gemensam strategi för god och nära vård\* ska stärka och främja samverkan och samarbetet i omställningen till en god och nära vård.

### \* L Ä S M E R

[Färdplan Nära vård - Vårdsamverkan i Västra Götaland \(vardsamverkan.se\)](https://vardsamverkan.se)

# REMISSVERSION

## ÖVERENSKOMMELSE

### Överenskommelse om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård i Västra Götaland

Bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet

Upprättat mellan länets 49 kommuner och region Västra Götaland. Reglerar samverkan och ansvar för hälso- och sjukvård

Avtal

→ Överenskommelse

Riktlinje

Rutin





## Innehåll

<b>Överenskommelse Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård i Västra Götaland .....</b>	<b>2</b>
<b>1. Inledning .....</b>	<b>2</b>
<b>2. Målgrupp.....</b>	<b>2</b>
<b>3. Syfte .....</b>	<b>3</b>
<b>4. Gemensamt ansvar .....</b>	<b>3</b>
<b>5. Parternas ansvar.....</b>	<b>3</b>
5.1 Regionens ansvar.....	3
Läkarens patientansvar .....	4
Vårdcentralens särskilda ansvar .....	4
5.2 Kommunens ansvar .....	4
<b>6. Uppföljning.....</b>	<b>5</b>

# Del C, Överenskommelse Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård i Västra Götaland

Denna överenskommelse är en bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet och omfattar Västra Götalandsregionens läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård.

För att få överenskommelsen i sin helhet behöver du läsa den **tillsammans med Del A, Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser**. Dessa texter är av generell och allmän karaktär.

I denna överenskommelse finns avtalstexter som är specifika för samverkansområdet.



## 1. Inledning

Överenskommelsen bygger på en lagstadgad skyldighet att samverka, som gäller både kring målgrupper och på individnivå. Överenskommelsen baseras på 16 kap. 1 § och 2 § HSL (2017:30), som reglerar samverkansformerna och omfattningen mellan kommun och region.

Beslut om kommunal hälso- och sjukvård förutsätter att en planering genomförs där parterna är överens om ansvarsfördelning samt där nödvändigt informationsutbyte sker enligt gällande rutin.

## 2. Målgrupp

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen och hälso- och sjukvårdsavtal ansvarar Västra Götalandsregionen för läkarmedverkan till de patientgrupper som ingår i kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar enligt 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen, HSL, (2017:30).

- Personer i särskilda boendeformer samt bostäder med särskild service 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453), SoL.
- Personer som bor i bostad med särskild service enligt 9 § 8 och 9 § 9 LSS.
- Personer under vistelsetiden vid biståndsbedömd dagverksamhet (3 kap. 6 § SoL) samt daglig verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.
- I Västra Götaland har kommunerna ansvaret för hälso- och sjukvård i hemmet sedan regionbildningen 1999, avtal enligt möjligheten i 12 kap. 2 § HSL (2017:30).

### 3. Syfte

Att reglera samverkansformerna för läkarmedverkan oberoende av läkarens organisatoriska tillhörighet.

Att skapa förutsättningar för ett personcentrerat förhållningssätt där patienten och närstående är medskapare i vård och behandling.

### 4. Gemensamt ansvar

Parterna ska gemensamt, genom samverkansstrukturen, skapa förutsättningar för ett personcentrerat förhållningssätt.

Genom att:

- arbeta proaktivt där patienten och närstående är medskapare i sin samordnade individuella planering som är hållbar dygnet alla timmar.
- säkra informationsöverföringen mellan alla verksamheter.
- planera för en stabil personalkontinuitet med erforderlig bemanning och kompetens för att uppfylla en god och säker hälso- och sjukvård.
- utbyta information vid personal- eller organisationsförändringar som kan påverka det lokala samarbetet.
- Samverkansformer ska avtalas lokalt, bland annat genom Närområdesplan.

### 5. Parternas ansvar

#### 5.1 Regionens ansvar

## Läkarens patientansvar

I Västra Götalandsregionens läkaransvar, oavsett organisatorisk tillhörighet eller vårdnivå, ingår bland annat:

- att erbjuda fast läkarkontakt enligt patientlagen (2014:821) 6 kap 3§ för att öka tryggheten för patienten.
- att utföra medicinska bedömningar, utredningar och behandlingsinsatser planerat och oplanerat för vård, dygnet runt.
- att utifrån medicinsk bedömning upprätta, revidera och följa upp patientens individuella plan.
- att tillgodose behovet av palliativa insatser och brytpunktssamtal vid vård i livets slutskede.
- att ge medicinsk konsultation till kommunens legitimerade personal.
- att genomföra läkemedelsgenomgång och upprätta läkemedelsberättelse enligt Regional medicinsk riktlinje, RMR.

## Vårdcentralens särskilda ansvar

- Tillse att läkare ska vara tillgänglig per direktkontakt för kommunens sjuksköterskor på överenskomna tider och vid akuta situationer.
- Utsedd vårdcentral har behandlingsansvar för alla patienter under deras vistelsetid på korttidsbeslut. Detta oavsett vilken vårdcentral patienten har sitt vårdval. I närområdesplanen\* står det fastställt vilken vårdcentral som har ansvaret.
- Samordningsansvar enligt särskilt uppdrag innebär bland annat att ansvara för råd och stöd till personalen i övergripande hälso- och sjukvårdsfrågor, att ta fram gemensamma riktlinjer och rutiner och bistå ledningen för den kommunala verksamheten i planering av verksamhetsförlagd medicinsk fortbildning. Detta samordningsansvar åligger en utsedd vårdcentral enligt närområdesplan. Det innefattar inte patientansvar.

## 5.2 Kommunens ansvar

- Legitimerad personal utreder, sammanställer, bedömer, planerar och informerar ansvarig läkare kontinuerligt och vid förändringar i patientens hälsotillstånd.
- Utföra läkarordinationer samt utvärdera och återrapportera resultat.
- Tillgodose behovet av palliativa insatser vid vård i livets slutskede.
- Utifrån medicinsk bedömning upprätta, revidera och följa upp den individuella planen.
- Meddela aktuella mottagningar vid in- och utskrivning i kommunal hälso- och sjukvård.

## 6. Uppföljning

Överenskommelsen ska följas upp årligen avseende följsamheten samt avvikelser. Uppföljning ska ske årligen av Närområdesplan\* med bilaga vilket är underlag till uppföljning av lokal samverkan.

### **\* L Ä S M E R**

[Närområdesplan - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen \(vgregion.se\)](https://vgregion.se/naromradesplan)

# REMISSVERSION

## ÖVERENSKOMMELSE

### Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

Bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet

Upprättat mellan länets 49 kommuner och region Västra Götaland. Reglerar samverkan och ansvar för hälso- och sjukvård

Avtal

→ Överenskommelse

Riktlinje

Rutin



## Innehåll

<b>1. Inledning .....</b>	<b>2</b>
<b>2. Målgrupp.....</b>	<b>2</b>
<b>3. Syfte .....</b>	<b>2</b>
<b>4. Gemensamt ansvar .....</b>	<b>3</b>
<b>5. Kommunens betalningsansvar .....</b>	<b>3</b>
5.2 Ekonomisk modell för att beräkna betalningsansvaret.....	3
<b>6. Uppföljning.....</b>	<b>4</b>

REMISSVERSION

## Del C, Överenskommelse Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

Denna överenskommelse är en bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet och omfattar samverkan mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

För att få överenskommelsen i sin helhet behöver du läsa den **tillsammans med Del A, Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser**. Dessa texter är av generell och allmän karaktär.

I denna överenskommelse finns avtalstexter som är specifika för samverkansområdet.



### 1. Inledning

Överenskommelsen bygger på en lagstadgad skyldighet att samverka, lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, som gäller både kring målgrupper och på individnivå.

### 2. Målgrupp

Målgruppen är personer i alla åldrar som är i behov av samordnade insatser vid in- och utskrivningsprocessen.

### 3. Syfte

Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård ska stärka den enskildes rätt till en trygg, säker och effektiv in- och utskrivning, och stärka samordningen mellan huvudmän och verksamheter.



## 4. Gemensamt ansvar

Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland är överens om att den enskilde som inte längre har behov av slutenvårdens resurser omgående ska kunna skrivas ut därifrån, på ett tryggt och säkert sätt. Antalet dagar som enskilda är kvar inom slutenvården efter att de bedömts som utskrivningsklara ska minska.

Parterna har ett gemensamt ansvar för att in- och utskrivning vid slutna hälso- och sjukvård är trygg, säker och effektiv för den enskilde.

Parterna ska säkerställa att berörda verksamheter:

- Följer överenskommelse och riktlinje om in- och utskrivning vid slutna hälso- och sjukvård.
- Använder gällande gemensam IT-tjänst och rutin.
- Arbetar med förbättringar av in- och utskrivningsprocessen.

Om en kommun får återkommande betalningsansvar ska en gemensam åtgärdsplan på kommun- eller stadsområdesnivå tas fram. Åtgärdsplanen är ett gemensamt ansvar och berörda verksamheter kan ta initiativ till en sådan.

## 5. Kommunens betalningsansvar

En kommuns betalningsansvar inträder när det genomsnittliga antalet dagar i slutna vård efter utskrivningsklar **överskrider 3,0 kalenderdagar per kommun** under en kalendermånad. Villkoren enligt Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård och den gemensamma riktlinjen ska vara uppfyllda. Dessa villkor är:

- Slutenvården ska ha skickat inskrivningsmeddelande enligt riktlinjen.
- Slutenvården ska ha meddelat att den enskilde är utskrivningsklar enligt riktlinjen.
- **Om SIP, samordnad individuell plan, ska göras ska öppenvården ha kallat till sådan enligt riktlinjen.**

Kommunens betalningsansvar ska inte inträda om den enskilde inte kan skrivas ut från den slutna vården på grund av att sådana insatser som den regionfinansierade öppna vården är ansvarig för inte är tillgängliga, eller det inte är klarlagt om sådana insatser är tillgängliga.

### 5.2 Ekonomisk modell för att beräkna betalningsansvaret

- Kommunens betalningsansvar inträder om man har ett genomsnitt över 3,0 kalenderdagar under en kalendermånad.
- En kommun betalar retroaktivt för mellanskillnaden mellan genomsnittligt antal kalenderdagar och 3,0 (mellanskillnaden \* Antal utskrivna personer som omfattas av denna överenskommelse \* Fastställt belopp).
- Genomsnittet summeras efter varje månad.
- För personer som ligger kvar inom slutenvården längre än 7 kalenderdagar efter bedömning om utskrivningsklar övergår genomsnittsberäkningen till individuell beräkning från dag 8. Kommunen betalar då för de dagar som överskrider 3 kalenderdagar, det vill säga från dag 4, per individ. Dessa personer ska inte räknas med i månadens genomsnitt.

Beloppet fastställs årligen av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer, och motsvarar genomsnittskostnaden i riket för ett vård dygn i den slutna vården.

## 6. Uppföljning

Överenskommelsen ska följas upp årligen avseende följsamheten samt avvikelser. Framtagna gemensamma mål och indikatorer ska följas och sammanställas regelbundet på läns- och regiongemensam nivå\*.

### \* L Ä S M E R

[Samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård - Vårdsamverkan i Västra Götaland \(vardsamverkan.se\)](https://www.vardsamverkan.se)

# REMISSVERSION

## ÖVERENSKOMMELSE

### **Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende**

Bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet

Upprättat mellan länets 49 kommuner och region Västra Götaland. Reglerar samverkan och ansvar för hälso- och sjukvård

Avtal

→ Överenskommelse

Riktlinje

Rutin



## Innehåll

<b>Del C, Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende .....</b>	<b>2</b>
<b>1. Inledning .....</b>	<b>2</b>
<b>2. Målgrupper .....</b>	<b>2</b>
<b>3. Lagstiftning .....</b>	<b>3</b>
3.1 Samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning .....	3
3.2 Samarbete kring personer med missbruk .....	3
3.3 Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.....	3
3.5 Barnkonventionen.....	3
<b>4. Syfte .....</b>	<b>4</b>
<b>5. Gemensamt ansvar och samverkan.....</b>	<b>4</b>
5.1 Brukarinflytande.....	4
5.2 Bästa tillgängliga kunskap.....	5
5.3 Informationsöverföring, planering och SIP .....	5
<b>6. Parternas ansvar.....</b>	<b>6</b>
6.1 Personer med psykisk funktionsnedsättning.....	6
6.2 Personer med missbruk och beroende .....	7
6.3 Placering utanför hemmet (Hem för vård och boende, familjehem och hem för viss annan heldygnsvård).....	9
6.4 Personer i psykiatrisk tvångsvård.....	12
<b>7. Uppföljning .....</b>	<b>13</b>

# Del C, Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende

Denna överenskommelse är en bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet och omfattar samverkan mellan Västra Götalandsregionens och kommunerna kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende.

För att få överenskommelsen i sin helhet behöver du läsa den **tillsammans med Del A, Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser**. Dessa texter är av generell och allmän karaktär.

I denna överenskommelse finns avtalstexter som är specifika för samverkansområdet.



## 1. Inledning

Överenskommelsen ska stärka samverkan mellan kommun och VGR för att bättre tillgodose behovet av vård, stöd och behandling för målgrupperna. Det är av särskild vikt att beakta barnens bästa.

## 2. Målgrupper

Målgrupperna för överenskommelsen är personer i **alla åldrar** med psykisk funktionsnedsättning, och personer med missbruk, som har behov av insatser från både kommunens verksamheter och VGR:s hälso- och sjukvård.

### **3. Lagstiftning**

Överenskommelsen bygger på en lagstadgad skyldighet, i Hälso- och sjukvårdslagen samt Socialtjänstlagen, om samarbete kring målgrupperna samt en generell skyldighet att samverka på individnivå.

#### **3.1 Samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning**

Region och kommun är genom likalydande bestämmelser i 16 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen, HSL, och 5 kap. 8 a § socialtjänstlagen, SoL, skyldiga att ingå en överenskommelse om samarbete när det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning.

#### **3.2 Samarbete kring personer med missbruk**

Region och kommun är genom likalydande bestämmelser i 16 kap. 3 § HSL och 5 kap. 9 a § SoL även skyldiga att ingå en överenskommelse gällande samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar.

#### **3.3 Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård**

Den 1 januari 2018 trädde lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i kraft. Syftet är att skapa en trygg, säker och smidig övergång från slutenvård till öppen vård och omsorg.

Den nya lagen ersatte den tidigare betalningsansvarslagen. Sedan 1 januari 2019 omfattas även psykiatrin av den nya lagstiftningen.

#### **3.4 Samarbete vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård**

Huvudsakliga rättsregler återfinns i lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och i lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV.

Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård ska tillämpas vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

#### **3.5 Barnkonventionen**

Sedan den 1 januari 2020 gäller barnkonventionen som svensk lag. Att barnkonventionen fått ställning som svensk lag innebär ett förtydligande av att domstolar och rättstillämpare ska beakta de rättigheter som följer av barnkonventionen. Barnets rättigheter ska beaktas vid avvägningar och bedömningar som görs i beslutsprocesser i mål och ärenden som rör barn. Lagen bidrar till att synliggöra barnets rättigheter och är ett sätt att skapa en grund för ett mer barnrättsbaserat synsätt i all offentlig verksamhet.

## 4. Syfte

Syftet med denna överenskommelse är att personer inom målgrupperna ska ges möjlighet till återhämtning och delaktighet i samhällslivet på samma villkor som andra. Vård, stöd och insatser ska bidra till att individen behåller och/eller förbättrar sin hälsa samt sina funktioner inom livsområden som boende, sysselsättning och mellanmänniska relationer.

Den enskilde ska få vård, stöd och insatser som är samordnade mellan kommunens och VGRs verksamheter och upplevs som en välfungerande helhet. Individen ska inte hamna mellan huvudmännens olika ansvarsområden och därför inte få den hjälp som hen behöver.

## 5. Gemensamt ansvar och samverkan

Varje huvudman har specifikt ansvar över olika delar kring målgruppen, vilka redogörs för under respektive behovsområde. Visst ansvar är dock gemensamt för parterna.

### **Parterna ska gemensamt ansvara för att:**

- Erbjuder hälso- och sjukvård enligt Hälso- och sjukvårdsavtalet.
- Erbjuder stöd till närstående.
- Arbeta för tidig upptäckt och med tidiga insatser.
- Arbeta med suicidprevention.
- I samverkansarbetet utgå från ett personcentrerat arbetssätt
- Särskilt beakta barn och ungas rätt till information, råd och stöd.
- Ge handledning i individrelaterade ärenden rörande hur vissa tillstånd kan påverka samt ge generell kunskapsöverföring.

### 5.1 Brukarinflytande



En utgångspunkt i samverkan mellan huvudmännen är att öka enskildas delaktighet och brukarorganisationers medverkan för att utveckla vård- och stödinsatser. Personer med egna erfarenheter av psykisk sjukdom/missbruk är en viktig källa till kunskap. Det är angeläget att deras erfarenheter och önskemål tas tillvara. Brukare och brukarföreträdare ska ges möjlighet till delaktighet och inflytande när frågor kring samverkan enligt denna överenskommelse planeras och följs upp både på lokal, delregional och regional nivå.

## 5.2 Bästa tillgängliga kunskap

Vården och insatserna ska bygga på bästa tillgängliga kunskap.

Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende är viktiga exempel på detta.

Genom så kallade Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp samt Nationella vård- och insatsprogram för psykisk ohälsa kan förutsättningarna öka för en mer jämlik och effektiv vård baserad på bästa tillgängliga kunskap.

Vård- och insatsprogrammen berör båda huvudmännens ansvar och målet är att insatser ska vara kunskapsbaserade, jämlika, resurseffektiva samt av hög kvalitet.

## 5.3 Informationsöverföring, planering och SIP

Om den enskilde har behov av kommunal hälso- och sjukvård i hemmet, förutsätter det att en dialog förs där parterna är överens om ansvarsfördelning samt att nödvändigt informationsutbyte sker. Den enskilde ska vara delaktig och medskapare till sin vård och behandling.

Vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård ska överenskommelse, riktlinje och rutin tillämpas. Ingående parter ska använda det gemensamma IT-stödet där informationsdelning sker.

Samordnad individuell plan, SIP, ska erbjudas alla oavsett ålder, diagnos, funktionsvariation eller behov och är den enskildes plan. Erbjudande om SIP gäller när behov av gemensam planering uppstår av insatser mellan kommun och VGR samt vid utskrivning från sjukhus. Inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, skola och elevhälsa ställs det stora krav på samordning. SIP är ett dokument och ett verktyg för samverkan, som ger en samlad beskrivning av den enskildes pågående och planerade insatser, från kommun och VGR samt andra aktörer. Arbetssätt som skapar tydlighet och överblick leder till förbättrad patientsäkerhet.



## 6. Parternas ansvar

VGR ska medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador genom att erbjuda hälso- och sjukvårdsinsatser i så väl öppen som sluten vård. Hälso- och sjukvården ges av primärvården, habiliteringen, tandvården och den somatiska och psykiatriska specialistvården.

Kommunens insatser ska under hänsynstagande till den enskildes ansvar för sin situation inriktas på att främja den enskildes ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor samt aktiva deltagande i samhällslivet. Kommunen ska erbjuda stöd till meningsfull sysselsättning, försörjning, bostad och utbildning. Kommunen erbjuder också insatser enligt Hälso- och sjukvårdsavtalet. I det enskilda fallet krävs dock oftast en ansökan och en individuell behovsprövning för att få tillgång till insatser.

### 6.1 Personer med psykisk funktionsnedsättning

Målgruppen Personer med psykisk funktionsnedsättning består av personer, oavsett ålder, med psykisk funktionsnedsättning som har svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden. Dessa svårigheter kan bestå av funktionshinder, det vill säga begränsningar som uppstår i relation mellan en person med en funktionsnedsättning och brister i omgivningen, eller vara direkt effekt av funktionsnedsättningen. Det kan handla om exempelvis lindring/medelsvår depression, akut stressyndrom eller anpassningsstörning. Svårigheterna kan ha funnits över tid, ibland sedan födseln. För vissa personer är funktionsnedsättningen varaktig och livslång.

Länets kommuner och VGR har antagit en gemensam överenskommelse om samverkan för barns och ungas hälsa. Målgruppen för denna är alla barn och unga, till och med 20 år, som behöver samordnade insatser och tvärprofessionell kompetens från olika verksamheter inom VGR och kommunerna.

#### Regionens ansvar

- Motverka somatisk ohälsa, skada och förtida död och uppmärksamma behovet av tandvård.
- Erbjuda samtliga hälso- och sjukvårdsinsatser för personer som är skrivna i VGR och som vistas i hem för vård och boende, HVB, eller hem för viss annan heldygnsvård inom VGR.
- Bistå med intyg/bedömning av individens funktion, förutsättningar och behov av anpassning

## Kommunens ansvar

- Bedriva uppsökande arbete och upplysa om kommunens verksamheter.
- Initiera och påtala de behov av stöd från samhället som identifierats för personen i den uppsökande verksamheten.
- Utredda, fatta beslut och verkställa insatser enligt SoL och LSS samt utreda, ansöka om och verkställa vård enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.
- När behov finns, tillhandahålla boende och stöd i hemmet så att personen får möjlighet att bo på ett sätt som är anpassat efter hans behov.
- Erbjuder meningsfull sysselsättning och/eller stöd till att arbeta eller studera.
- Tillhandahålla elevhälsa som omfattar medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser utifrån elevens skolsituation.

## 6.2 Personer med missbruk och beroende

Målgruppen Personer med missbruk och beroende omfattar personer, oavsett ålder, med missbruk av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel samt spel om pengar.

Missbruk innebär att bruket av drogen påverkar individen eller hans omgivning negativt. Missbruket går ut över individens sociala liv, såsom hem, familj, arbete och skola, men leder också till ökad risk för fysisk skada. I fråga om narkotika räknas ofta en användare som missbrukare oberoende av mängd, eftersom narkotikainnehav/bruk är kriminaliserat.

Samsjuklighet innebär att man har två eller flera sjukdomar, psykiska och/eller somatiska samtidigt. Samsjuklighet fördröjer och försvårar många gånger behandling och återhämtning. Samsjuklighet är ofta vanligt vid psykisk sjukdom och vid missbruksproblem. Personer med samsjuklighet löper en större risk för allvarliga skador, sjukdomar och förtida död.

Både kommunen och VGR har ett ansvar för att tidigt identifiera samsjuklighet och att särskilt uppmärksamma denna problematik hos ungdomar. Båda huvudmännen ska säkerställa att behandling av missbruk och samtidig psykisk sjukdom sker parallellt och integrerat.

Samsjuklighet får aldrig vara ett skäl till att inte ge vård eller att vård och behandling försenas. Uthållighet och kontinuitet ska prägla vården och insatserna.

### Regionens ansvar

- Ge tvärprofessionella behandlingsinsatser.
- Erbjud stöd till anhöriga och närstående.
- Särskilt beakta barns rätt till information, råd och stöd.
- Motverka somatisk ohälsa, skada och förtida död samt bedriva smittskyddsarbete och tandvård.
- För personer som vistas i hem för vård och boende, HVB, eller hem för viss annan heldygnsvård erbjuda samtliga hälso- och sjukvårdsinsatser hen är i behov av.
- Bistå med intyg/bedömning av individens funktion, behov och förutsättningar.
- Fullfölja anmälningsskyldighet enligt gällande lagar.

### Kommunens ansvar

- Bedriva uppsökande arbete och upplysa om kommunens insatser och verksamheter.
- Initiera och påtala de behov av stöd som identifierats för personen i den uppsökande verksamheten.
- Utredda, fatta beslut och verkställa insatser enligt SoL och LSS samt utreda, ansöka om och verkställa vård enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.
- Erbjud stöd till boende och sysselsättning. Arbeta med återfallsprevention.
- Ge motiverande och familjeorienterade insatser.
- Tillhandahålla elevhälsa som omfattar medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser utifrån elevens skolsituation.
- Ge stöd till barn som har en förälder eller annan närstående med missbruks- och beroendeproblem.
- Erbjud stöd till anhöriga och närstående.
- Medverka vid läkemedelsassisterad behandling vid opiatmissbruk.

## 6.3 Placering utanför hemmet (Hem för vård och boende, familjehem och hem för viss annan heldygnsvård)

Hem för vård och boende, HVB-hem, är en verksamhet som bedriver behandling, omvårdnad och stöd till barn, ungdomar, vuxna eller familjer med någon form av behov inom socialtjänstens ansvarsområde. Hem för viss annan heldygnsvård är ett tillfälligt boende som ger möjlighet till avlastning för anhöriga eller rehabilitering för individen.

En placering utanför hemmet görs då det bedöms vara nödvändigt utifrån personens behov, antingen efter en ansökan från den enskilde (SoL) eller efter en bedömning av socialnämnden utifrån Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, SoL, LVU eller LVM med placering i familjehem, på HVB eller Statens institutionsstyrelses, SIS, institutioner.

Skiljelinjen mellan huvudmännens ansvar i lagstiftning är inte alltid tydlig. I realiteten har många personer behov och svårigheter inom flera livsområden. Ofta besväras personer med psykisk funktionsnedsättning och missbruk även av somatisk ohälsa och psykosocial problematik. Insatserna ska präglas av ett helhetsperspektiv och av att flera insatser kan göras samtidigt. Behovet kan därmed omfatta ett brett spektrum av vård och stödinsatser, som faller inom både det sociala och det medicinska området.

### Gemensamt ansvar

Båda huvudmännen ska utgå från den enskildes bästa med målet att vård, stöd och insatser ska bidra till att individen behåller och/eller förbättrar sin fysiska och psykiska hälsa samt funktioner inom livsområden som boende, sysselsättning och mellanmänniska relationer.

**Båda huvudmännen ska sträva efter att minska behovet av placeringar genom att själva tillhandahålla individanpassade vård- och stödinsatser.**

En gemensam process för hantering av ansvar vid placering är central när den enskilde har behov av insatser från både kommun och region. Dessförinnan ska huvudmännen ha kommit fram till att resurser i närmiljön är uttömda samt att den enskildes behov inte kan tillgodoses på annat sätt än genom placering utanför hemmet. Resurser i närmiljö/Västra Götaland ska alltid övervägas före placeringar utanför regionen, för att resurserna på bästa sätt ska tillgodose den enskildes insatsbehov samt skapa förutsättningar för kontinuitet. I vissa fall kan det dock vara till den enskildes fördel att placering sker utan hänsyn till geografi, då kvalitet och inriktning på insatsen kan väga tyngre.

## Regionens respektive kommunens ansvar

Socialtjänsten har det yttersta samordningsansvaret för placeringen i sin helhet. Vid placering av barn är barnens hälsa och skolgång de enskilt viktigaste faktorerna att ta hänsyn till.

Regionen har alltid ansvar för läkarinsatser, oavsett boendeform, och har dessutom ansvar för övriga sjukvårdsinsatser i boendeformerna HVB, Familjehem och Hem för viss annan heldygnsvård. Personer som har behov av fortsatta insatser, och som placeras i boenden, ska därmed inte avslutas hos aktuell verksamhet inom sjukvården. Ansvaret för den enskildes sjukvårdsinsatser kan aldrig förläggas till boendet.

Varje huvudman ansvarar för bedömning, utredning, insatser och uppföljning utifrån sitt uppdrag.

Båda huvudmännen har rätt att själva utföra insatserna. Båda huvudmännen har också rätt att träffa avtal med annan part som har kompetens att utföra uppdraget. Denna rätt omfattar enbart det ansvarsområde som respektive huvudman ansvarar för enligt gällande lagstiftning.

## Gemensam planering

Inför en placering, där båda huvudmännen är delaktiga, ska en samordnad individuell plan, SIP, så tidigt som möjligt upprättas där ansvarsfördelning tydliggörs.

I de fall den enskilde inte vill delta i en SIP kan hen ändå lämna samtycke till samverkan mellan huvudmännen. I dessa fall ska en plan upprättas för hur ansvar fördelas mellan huvudmännen, enligt mallen för SIP.

Vid placering ska särskilt beskrivas:

- målsättning med placeringen och planerad placeringstid.
- den enskildes behov och önskemål.
- respektive huvudmans och parts ansvar för de insatser som ska utföras och på vilket sätt detta tillförsäkras individen.
- hur skola/sysselsättning tillgodoses.

Då placering sker akut ska en gemensam planering genomföras skyndsamt. Huvudmännen har ett gemensamt ansvar att omgående komma överens om en tillfällig ansvarsfördelning. Den enskildes behov av insatser ska alltid säkerställas.



## Överenskommelse om kostnadsansvar

I de fall då det kan bli fråga om att insats utförs av annan än huvudmännen är huvudregeln att varje huvudman ansvarar för de kostnader som kan knytas till vars och ens ansvar. Detta oavsett om insatserna utförs av huvudmannen eller om avtal med annan part upprättats. Avtal och insatser som även omfattar den andra huvudmannens ansvarsområde ska föregås av ett godkännande från denne, för att kostnadsansvar ska uppstå.

Varje placering ska föregås av en överenskommelse om kostnadsansvar mellan huvudmännen, oavsett vilken huvudman som gör placeringen.

I den skriftliga kostnadsfördelningen ska det framgå:

- respektive huvudmans och parts ansvar för de insatser som ska utföras.
- hur hälso- och sjukvårdsinsatser ska tillgodoses.
- fördelning av kostnader i kronor eller procent.
- tidsperiod

Då placering sker akut bör kostnadsfördelningen vara klarlagd senast 30 dagar efter placeringen. Kostnaden för akutplaceringen ligger kvar på placerande huvudman till dess att ansvars- och kostnadsfördelning fastställts.

Oenigheter som uppkommer vid upprättandet av överenskommelse om kostnadsansvar mellan huvudmännen, ska lösas i linjeorganisationen. Det innebär att chefer i respektive verksamhet/organisation har i uppdrag att i samverkan hitta en lösning. Parterna har gemensamt ansvar för att via SIP, eller annan gemensam plan, omgående komma överens om tillfällig kostnadsfördelning i väntan på lösning. Det beslut som slutligen fattas i linjeorganisationen kan innebära en justering i efterhand.

I de fall den enskilde är i behov av både socialtjänstinsatser och hälso- och sjukvårdsinsatser, och fördelningen mellan dessa är oklar, kan huvudmännen dela på kostnaden. Detta görs då utifrån en schablon där VGR betalar en tredjedel och kommunen två tredjedelar av placeringskostnaden (33% VGR, 67% kommun), om inget annat är överenskommet. Denna schablon ska användas restriktivt och enbart i de fall då kostnadsfördelningen är oklar och inte på annat sätt kunnat definierats.

## Uppföljning av placering

Uppföljning av den enskildes placering ska ske gemensamt och regelbundet av huvudmännens berörda verksamheter.

När den enskildes behov förändras ska parterna göra nya bedömningar om, och hur, kostnadsfördelningen ska justeras.

Inför avslut av placering ska gemensam planering för vidare insatser göras.

### Process för gemensamma aktiviteter för planering och uppföljning vid placering

Följande processbild beskriver de för huvudmännen gemensamma aktiviteter för planering och uppföljning vid placering. Den beskriver inte respektive huvudmans enskilda ansvar i processen.



## 6.4 Personer i psykiatrisk tvångsvård

En person som lider av en allvarlig psykisk störning och som motsätter sig nödvändig vård kan bli föremål för psykiatrisk tvångsvård. En person som lider av en allvarlig psykisk störning och som begått brott kan, i stället för att dömas till kriminalvårdspåföljd, dömas till rättspsykiatrisk vård.

Båda vårdformerna påbörjas alltid i sluten vård men kan omvandlas till öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT) respektive öppen rättspsykiatrisk vård (ÖRV) via beslut i förvaltningsrätt. Förvaltningsrätt stipulerar de särskilda villkor som den enskilde ska följa utanför sjukhuset. En samordnad vårdplan som beskriver olika parter insatser ska justeras av psykiatri och kommun.

En förutsättning är att patienten bedöms vara utskrivningsklar av ansvarig läkare samt att förvaltningsrätt fattat beslut om ÖPT respektive ÖRV. Det ska även vara klarlagt att den regionfinansierade öppna vården är tillgänglig för den enskilde.

### Regionens ansvar

- Utföra behandling i slutenvård enligt Lag om psykiatrisk tvångsvård,
- LPT, och Lag om rättspsykiatrisk vård, LRV.
- Besluta om permission från sluten tvångsvård.

- Planera och samordna med andra aktörer vid permission från slutenvård.
- Ansöka hos förvaltningsrätten om övergång till öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk tvångsvård.
- Genomföra samordnad vårdplanering, SVPL, vid utskrivning från slutenvård i samråd med kommunen.
- Utföra behandlings- och rehabiliteringsinsatser i öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk tvångsvård.
- Presenterar för förvaltningsrätten en justerad (undertecknad av parterna) samordnad vårdplan där planerade insatser från olika huvudmän regleras.
- Föreslå förvaltningsrätten de särskilda villkor som den enskilde ska rätta sig efter vid öppen vårdform.
- Erbjuder en SIP vid utskrivning från öppen tvångsvård till frivillig öppenvård om behov finns av insatser från båda huvudmännen.

### Kommunens ansvar

- Att medverka vid samordnad vårdplanering inför utskrivning från slutenvård och vid upprättande av Samordnad vårdplan.
- Insatser enligt SoL och LSS vid permission från slutenvård.
- Insatser enligt SoL och LSS vid öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk tvångsvård.
- Kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser enligt Hälso- och sjukvårdslagen.

## 7. Uppföljning

Överenskommelsen ska följas upp årligen avseende följsamheten samt avvikelser.



# REMISSVERSION

## ÖVERENSKOMMELSE

### Samverkan om Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård

Bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet

Upprättat mellan länets 49 kommuner och region Västra Götaland. Reglerar  
samverkan och ansvar för hälso- och sjukvård

Avtal

→ Överenskommelse

Riktlinje

Rutin



## Innehåll

<b>Del C, Överenskommelse Samverkan om munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård.....</b>	<b>1</b>
<b>1. Inledning .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Målgrupp.....</b>	<b>2</b>
<b>3. Syfte .....</b>	<b>2</b>
<b>4. Gemensamt ansvar .....</b>	<b>2</b>
<b>5. Parternas ansvar .....</b>	<b>3</b>
5.1 Västra Götalandsregionens ansvar för munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård.....	3
<b>6. Uppföljning och utvärdering .....</b>	<b>6</b>
<b>7. Utveckling och gemensamma utmaningar .....</b>	<b>6</b>
7.1 Öka andel intyg om N-tandvård .....	6

# Del C, Överenskommelse Samverkan om munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård

Denna överenskommelse är en bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet och omfattar samverkan mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna om munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård.

För att få överenskommelsen i sin helhet behöver du läsa den **tillsammans med Del A, Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser**. Dessa texter är av generell och allmän karaktär.

I denna överenskommelse finns avtalstexter som är specifika för samverkansområdet.



## 1. Inledning

Västra Götalandsregionen (VGR) har enligt tandvårdslagen (1985:125) ansvar för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för individer som har rätt till denna insats. Enligt tandvårdsförordningen (1998:1338) ska VGR och kommunen samverka beträffande målgruppen och det är myndigheternas ansvar att utarbeta en samverkansmodell.

I förbyggande och hälsofrämjande arbetet ingår en god munhälsa, att ett gott allmäntillstånd behålls samt att ett ökat tandvårdsbehov undviks. Denna överenskommelse upprättas mellan parterna som reglerar samverkan, uppföljning samt utvärdering av målgruppens tillgång till uppsökande och nödvändig tandvård.

Överenskommelsen omfattar en gemensam planeringsprocess.

## 2. Målgrupp

Bakgrunden till att i tandvårdslagen definiera grupperna har varit bedömningen att dessa grupper omfattar individer, som på grund av sitt stora omvårdnadsbehov, ofta har svårigheter att sköta sin munhygien på ett tillfredsställande vis samt ofta saknar förmåga och insikt om vikten av regelbunden tandvård.

Målgrupp är den personkrets som finns angiven i tandvårdslagen (1985:125) 8 a §:

Vid tillämpningen av 8 § ska landstinget särskilt se till att uppsökande verksamhet bedrivs bland dem som

1. omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, eller
2. har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som
  - a. omfattas av en kommuns ansvar för hälso- och sjukvård enligt 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30),
  - b. får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård), eller
  - c. är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård eller omsorg som personer som omfattas av 2 a eller 2 b ovan.

Region/Landsting ska även se till att N-tandvård erbjuds de personer som beskrivs i grupperna ovan (1, 2a, 2b samt 2c).

## 3. Syfte

Målet är att upprätta och bibehålla en god munhälsa hos målgruppen. Alla individer som har rätt till nödvändig tandvård (intyg om N-tandvård) ska identifieras och erbjudas munhälsobedömning. Syftet med verksamheten är att skapa bästa möjliga förutsättningar för brukare att klara den dagliga munvården.

Detta förutsätter en god samverkan mellan huvudmännen där ansvarsfördelning och samverkan är tydlig och känd hos berörda verksamheter. Överenskommelsen ska förtydliga samverkan och ansvarsfördelning mellan kommuner i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen.

## 4. Gemensamt ansvar

Parternas gemensamma åtagande innebär att

- implementera och säkerställa att innehållet i överenskommelsen är känt i samtliga berörda verksamheter.
- ställa krav på att överenskommelsen som VGR och kommunen har träffat även gäller i avtal med tandvårdsleverantör enligt lagen om offentlig upphandling, LOU, samt enligt lagen om valfrihetssystem, LOV.
- gemensam uppföljning av överenskommelsen.

## 5. Parternas ansvar

### 5.1 Västra Götalandsregionens ansvar för munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård

VGR tillhandahåller tandvårdsleverantör som ska ansvara för den uppsökande verksamheten i samverkan med kommunen. I den uppsökande verksamheten ingår att ge årlig munhälsobedömning till individer med intyg om N-tandvård samt erbjuda utbildning i allmän munhälsovård till berörd personal.

#### Utfärda intyg om N-tandvård och erbjuda munhälsobedömning

- VGR ska, vid behov, vägleda kommunens intygsutfärdare med bedömning av underlaget för intyg om N-tandvård.
- VGR ska årligen tillhandahålla regelbunden utbildning och aktuellt informationsmaterial för kommunens intygsutfärdare.
- VGR ska ge kommunen information om eventuell förändring inom N-tandvård och uppsökande verksamhet.
- VGR ska tillhandahålla informationsmaterial om N-tandvård och munhälsobedömning. Informationsmaterialet riktar sig till individer som är berättigade till N-tandvård och munhälsobedömning, anhöriga och närstående, patientföreningar, vårdpersonal med flera.
- VGR tillhandahåller ett IT-stöd för kommunen, Intygsbeställningen, för all administration som krävs gällande intyg om N-tandvård, munhälsobedömning, boendeenheter med mera.
- VGR ansvarar för att uppgifter från Intygsbeställningen förs över till tandvårdsleverantörens IT-system.

#### Munhälsobedömning

- VGR ansvarar för att tandvårdsleverantören tillhandahåller utbildning för personal inom vård och omsorg.

- Tandvårdsleverantören ansvarar för att behovet av hjälp med daglig munvård beskrivs av tandhygienisten i ett individuellt dokument. I dokumentet beskrivs förutsättningen att klara daglig munvård utifrån ett individuellt perspektiv.
- Tandvårdsleverantören ansvarar för återrapportering till personal/närstående om eventuellt vårdbehov vid munhälsobedömning.

## Avvikelser

- Om samarbetet med kommunen i den uppsökande verksamheten inte fungerar ska tandvården lämna avvikelse\*.

### \* L Ä S M E R

[N-tandvård och munhälsobedömning - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen \(vgregion.se\)](https://vgregion.se/N-tandvard-och-munhalsobedomning-Vardgivarwebben-Vastra-Gotalandsregionen)

## 5.2 Kommunens ansvar för munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård

Kommunen tillhandahåller den personal, så kallad intygsutfärdare, som ska identifiera individer berättigade till N-tandvård och munhälsobedömning.

### Utfärda intyg om N-tandvård och erbjuda munhälsobedömning

- Kommunen ska utse minst en kontaktperson per kommun/stadsdel för kommunikation och informationsutbyte med VGR gällande det som rör intyg om N- tandvård och munhälsobedömning.
- Kommunen ansvarar för att det finns tillräckligt många intygsutfärdare inom kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst som säkerställer att berättigade individer får erbjudande om årlig munhälsobedömning och intyg om N-tandvård. En intygsutfärdare kan till exempel vara biståndshandläggare, LSS-handläggare, sjuksköterska inom hemsjukvård, socialsekreterare, enhetschef med flera\*.

Kommunen ansvarar för att en intygsutfärdare regelbundet genomgår utbildning som VGR tillhandahåller och som säkerställer att intygsutfärdaren har aktuell kompetens för att kunna identifiera vilka individer som är berättigade till N-tandvård.

### \* L Ä S M E R

[Intygsbeställningen för utfärdare och administratörer](#)

- Kommunen ansvarar för att aktuella uppgifter är registrerade i det IT-stöd, Intygsbeställningen, som VGR tillhandahåller för all administration gällande intyg om N-tandvård och munhälsobedömning. Det är viktigt att det finns rätt boendeadress till individ med intyg om N-tandvård, rätt kontaktuppgift till ansvarig på boende/hemtjänst med mera för att tandvårdsleverantören ska kunna fullgöra sitt uppdrag.

## Munhälsobedömning

En munhälsobedömning är en enkel kontroll av munhåla och tänder. Vid en munhälsobedömning dokumenteras förutsättningen att klara daglig munvård utifrån ett individuellt perspektiv. Tips och råd om hur personal kan hjälpa till med daglig munvård ingår i munhälsobedömningen.

Kommunen ska samverka med tandvårdsleverantören gällande utbildning i allmän munhälsovård och munhälsobedömning.

Uppgift om individens behandlare eller vårdgivare av N-tandvård (folktandvård eller privat) ska finnas dokumenterad och tillgänglig för omvårdnadspersonal för att säkerställa regelbunden kontakt med tandvård.

Individer med intyg om N-tandvård som är registrerade att de inte önskar en munhälsobedömning ska årligen erbjudas sådan. Förändrat svar registreras i IT-stödet, Intygsbeställningen.

Kommunen ansvarar för att omvårdnadspersonal deltar vid munhälsobedömning.

Omvårdnadspersonal har ansvar för att individen ges daglig munvård enligt tandvårdens instruktioner. Tid för daglig munvård ska ingå i personlig hygien.

## Utbildning

I den uppsökande verksamheten ingår utbildning till personal inom vård och omsorg i allmän munhälsovård. Den tandvårdsleverantör som VGR tillhandahåller ansvarar för utbildningen. Utbildningen kan varieras i tid och rikta sig till det behov personalen har. Till exempel allmän munhälsovård, tandvård för dementa, praktisk träning i hur munvård utförs på annan person med mera.

Genom rätt utbildning ges förutsättning för ett gott omhändertagande av daglig munvård. Kommunen ansvarar för att berörd omvårdnadspersonal genomgår de utbildningar i allmän munhälsovård som VGR/tandvårdsleverantör erbjuder.

## Avvikelser

- Om samarbetet med tandvården i den uppsökande verksamheten inte fungerar ska kommunen lämna avvikelse\*.

### \* L Ä S M E R

[Samverkansavvikelse](#)

## 6. Uppföljning och utvärdering

Parterna har gemensamt ansvar för att uppföljning och utvärdering kan genomföras enligt plan.

VGR ansvarar för att genomförd verksamhet följs upp och rapporteras inom VGR, kommuner och centrala myndigheter. Kommunen är i vissa delar av uppföljningen ansvariga för att rätt uppgifter lämnas till VGR.

VGR sammanställer statistik kring munhälsa från IT-stöden. Återkoppling ges kvartalsvis. Mått som redovisas är bland annat:

- Antal individer med intyg om N-tandvård per kommun.
- Antal individer med intyg om N-tandvård som önskar munhälsobedömning.
- Antal individer med intyg om N-tandvård som får munhälsobedömning.
- Antal individer med intyg om N-tandvård som får nödvändig tandvård.
- Antal deltagare och utbildningstimmar för vårdpersonal i kommunen.
- Antal avvikelser som visar hur många individer med intyg om N-tandvård som är registrerade på fel boendenhet.
- Antal avvikelser som visar hur många individer med intyg om N-tandvård som inte vill ha munhälsobedömning när tandvården kommer trots att det är registrerat att de vill.

## 7. Utveckling och gemensamma utmaningar

### 7.1 Öka andel intyg om N-tandvård

Målsättningen är att alla individer som har rätt till intyg om N-tandvård ska få det.



Det är parternas gemensamma intresse att öka täckningsgraden för att uppfylla målet.

En beräkning (sammanställd av VGR februari 2017) av andel intyg om N-tandvård per befolkning från 24 år och uppåt visar en variation mellan kommunerna från 1,17 - 3,47 procent.

Den differens som finns mellan olika kommuner kan visa på att det finns individer som har rätt till intyg om N-tandvård men som inte får detta. I dialog mellan kommunernas kontaktpersoner och VGR föreslås, som ett första delmål och rimlighet för den enskilda kommunen, att minst 3 procent av befolkningen i varje kommun över 24 år får intyg om N- tandvård.

Utveckla uppföljning till att omfatta kvalitetsmått

Parterna har ett gemensamt ansvar för att fortsatt utveckla former för kvalitativ uppföljning till exempel utifrån brukare, närstående och omvårdnadspersonal.

Mått som kommer att följas upp är:

- Antal avvikelser som visar på samverkansbrist och skäl till dessa.
- Att samtliga enheter i kommunen under en treårsperiod har genomgått utbildning i allmän munhälsovård.
- Antal intygutfärdare som deltar i utbildningar som VGR årligen erbjuder.

# Remiss Hälso- och sjukvårdsavtal tillhörande överenskommelser

Den här arbetsmallen kan användas i insamlandet av synpunkter och ska alltså inte skickas in som remissvar. När svaren ska skickas in ska de överföras till webbformuläret som finns på webbsidan [www.vardsamverkan.se/remisshosavtalet](http://www.vardsamverkan.se/remisshosavtalet). Detta för att du inte kan pausa ifyllandet i webbformuläret utan måste skicka in allt vid ett och samma tillfälle.

## Tänk på

- Svara på remissen senast den 31 december 2021, därefter är formuläret stängt.
- Lämna synpunkterna via webbformuläret.
- Alla fält behöver inte fyllas i, om du inte har synpunkter på avsnitten kan du lämna fälten tomma.
- Det finns ett separat fält för övergripande synpunkter.
- Undvik klistra in text från avtal och överenskommelser.

## Innehåll

Remiss Hälso- och sjukvårdsavtal tillhörande överenskommelser.....	1
Del A, Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser .....	2
Del B, Hälso- och sjukvårdsavtalet .....	8
Del C, Överenskommelse Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård i Västra Götaland.....	15
Del C, Överenskommelse Samverkan vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård .....	18
Del C, Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende .....	20

# Del A, Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser

Lämna remissvar på Del A, Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet här.

## Tänk på

- Alla fält behöver inte fyllas i, om du inte har synpunkter på avsnitten kan du lämna fälten tomma.
- Det finns ett separat fält för övergripande synpunkter.
- Undvik klistra in text från avtal och överenskommelser.

## Synpunkter på avsnitten A.1-A.6

A.1 Inledning

A.2 Syfte

A.3 Värdegrund

A.4 Personcentrerat förhållningssätt

A.5 Samordnad individuell plan (SIP)

A.6 Bästa tillgängliga kunskap.

### A1-A2

I den inledande texten och i syftet bör ett förtydligande göras att avtalet även har som syfte att reglera ansvarsförhållandena.

### A3 Värdegrund

Alingsås kommun ser positivt på att avtalet tar med avsnittet om värdegrund och vad som kännetecknar parternas samarbete. Det upplevs dock som tveksamt till om underrubriken *"Parternas gemensamma åtagande innebär att..."* samt tillhörande punkter tillför något till avsnittet värdegrund eftersom punkterna snarare berör det gemensamma ansvaret och egenkontroll av huvudmännens vårdgivare. Avsnittet om gemensam värdegrund bör fokusera på grunden för samarbete mellan jämlika avtalsparter.

En värdegrund ska präglas av en tillitsfull dialog och vara framtidssyftande. En värdegrund ska även belysa att det innebär ett samarbete för invånarens bästa. Förslagsvis stryks samtliga punkter under parternas gemensamma åtagande och detta flyttas till andra delar av avtalet.

Alingsås kommun efterfrågar även ett förtydligande eller omformulering av meningen kring LOV och LOU då den är tämligen svårbegriplig:

"ställa krav på att överenskommelser som VGR och kommunen har träffat enligt detta avtal även gäller i avtal med upphandlade entreprenörer enligt lagen om offentlig upphandling, LOU, samt enligt lagen om valfrihetssystem, LOV."

### A5 Samordnad Individuell Plan, SIP

Det är positivt att SIP tas med som en punkt i huvudavtalet. Det hade dock varit önskvärt om det framgick tydligare att planering av den medicinska vården bör genomföras, även om patienten tackar nej till SIP. Precis som det är formulerat under *Del C. Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende* under rubriken *"6.3 Placering utanför hemmet (Hem för vård och boende, familjehem och hem för viss annan"*

*haldygnsvård*) och underrubriken *Gemensam planering*” bör det framgå att i de fall den enskilde inte vill delta i en SIP kan hen ändå lämna samtycke till samverkan mellan huvudmännen. I dessa fall ska en plan upprättas för hur ansvar fördelas mellan huvudmännen, enligt mallen för SIP.

I avsnitt gällande SIP beskrivs vem som bedömer behovet av SIP. Utifrån nuvarande formulering kan det uppfattas som att region och kommun har företräde till att besluta behovet av SIP. Den enskildes rätt kan uppfattas som ett undantag. Förslagsvis formuleras meningen: *”Planen ska upprättas om kommunen, VGR eller den enskilde/närstående bedömer att den behövs för att...”*

Alingsås Kommun saknar en inledande text som beskriver SIP utifrån Lagen om in- och utskrivningsklara från slutna hälso- och sjukvård.

Enligt remissförslagets struktur ska Del A läsas tillsammans med del B alternativt del C. Utifrån avtalets helhetsperspektiv anser Alingsås kommun att SIP endast bör beskrivas i del A och hänvisning ske från del B och C. Vidare bör avsnittet placeras efter A11 bland de punkter i Del A som handlar om samverkan.

## Synpunkter på avsnitten A.7-A.10

A.7 Avtalsparter

A.8 Avtalets omfattning och uppbyggnad

A.9 Avtalstid

A.10 Ändringar och tillägg till avtalet

### **A.8 Avtalets omfattning och uppbyggnad**

Det bör framgå i avtalet att kommunens hälso- och sjukvårdsansvar är på primärvårdsnivå och regionens hälso- och sjukvårdsansvar är på både specialist- och primärvårdsnivå. För att avtalet ska omfatta mer än det *gemensamma* hälso- och sjukvårdsansvaret behövs därav ett förtydligande att det även reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret *mellan* Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland, vilket också står i del B.

Det framgår att Hälso- och sjukvårdsavtalet reglerar ansvarsfördelning och samverkan inom de områden där kommunen och Västra Götalandsregionen har *ett gemensamt hälso- och sjukvårdsansvar* enligt 8 kap. 6 § och 12 kap. 1-3 §§, 14 kap. 1 § samt 16 kap. 2 § HSL. Här begränsas alltså avtalet till att omfatta den vården som kommunen och Västra Götalandsregionen enligt lagstiftningen har ett gemensamt ansvar. Kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård är idag på primärvårdsnivå enligt HSL. En formulering som utgår ifrån att det gemensamma ansvaret enligt lag, begränsar därmed avtalet till hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå.

Regionens specialistvård kan samverka med kommunens hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå. Under rubrikerna B.3 och B.8 reglerar avtalsförslaget vård som inte omfattas av parternas gemensamma hälso- och sjukvårdsansvar.

Begränsningen av avtalets omfattning enligt HSL uppfattas inte som helt konsekvent och fortsättningsvis verkar det inte råda full konsensus om vad den gemensamma vården innefattar.

Avtalet innehåller flertalet termer och begrepp som behöver tydliggöras för att underlätta läsförståelsen. Av den anledningen föreslås att avtalet hänvisar till [Socialstyrelsens termbank](#) för definitioner och begrepp som används i avtalet. Vidare kan det vara av värde att tydliggöra begreppet primärvård och ändra till att det handlar om regionalt finansierad primärvård (vårdcentraler) och

kommunalt finansierad primärvård (hemsjukvård/kommunal Hälso- och sjukvård).

#### **A.9 Avtalstid**

Avtalet gäller fram till 2026-12-31 med möjlighet till förlängning. I grunden ser Alingsås kommun positivt på en lång avtalstid vilket ger goda förutsättningar för samarbete utifrån överenskommet avtal. Som kommun ser vi det som viktigt att stärka arbetet med efterlevnad och implementering samt föreslår att det finns en möjlighet att säga upp avtalet under hela avtalstiden.

Hälso- och sjukvård är ett område som diskuteras flitigt i samhällsdebatten i dagsläget. Det är även en snabbutvecklingstakt, både vad gäller medicinteknisk utveckling och på lagstiftningsområdet. Det är förståeligt att en revidering av avtalet kan ta tid och att det bör vara berättigat med en lång uppsägningstid så att ett nytt avtal kommer hinna komma till stånd vid en uppsägning.

Dock kan 18 månader anses vara lite väl lång tid med hänvisning till att avtalet inte kan avslutas innan utgången av 2026. Det borde ligga i samtliga parter intresse att arbeta med uppföljningsarbete och utvärdera avtalet regelbundet. Inte minst då många parter troligtvis har beslutat om återslagrapportering av avtalets konsekvenser från sina förvaltningar. Begrepp som vårdnivåer, den regionfinansierade primärvården och innebörden av en avtalsuppföljning bör tydliggöras.

#### **A.10 Ändringar och tillägg i avtalet**

En möjlighet till att göra tillägg och ändringar bedöms av Alingsås kommun som en nödvändighet och en bra punkt i avtalet. "Vid väsentliga förändringar av förutsättningarna för avtalet" kan dock komma att behöva bli tydligare. Väsentliga förändringar av förutsättningarna är ett aningen diffust ställt krav med tanke på utvecklingstakten på lagstiftningsens område, där parterna idag behöver räkna med att mycket kommer att kunna förändras fram till utgången av 2026. Viktigt att belysa att båda parter har samma rätt att bedöma om det blivit väsentliga förändringar hos en av parterna.

## Synpunkter på avsnittet A.11-A.15

A.11 Gemensam samverkansstruktur

A.12 Digitalisering och e-hälsa

A.13 Uppföljning

A.14 Avvikelser

A.15 Oenighet om tolkning av avtal

### **A.11 och A.12 Gemensam samverkansstruktur och digitalisering och E-hälsa**

Samverkan i Västra Götaland har en lång historik och präglas av ett gott samarbete och tillit, vilket även bör präglade texten i Hälso- och sjukvårdsavtalet. Ord som "ställa krav" och "måste" kan uppfattas i texten som negativt laddade.

I remissversionen står: *"Respektive huvudman ska ställa krav på sina vårdgivare att delta i den gemensamma samverkansstrukturen"* vilket tydliggör att huvudmän förväntas delta. En god samverkan innebär utöver deltagande att varje huvudman förväntas medverka aktivt i den gemensamma samverkansstrukturen.

Alingsås kommun anser att följande formulering skulle tydliggöra: *"Respektive huvudman ska säkerställa att samtliga vårdgivare medverkar aktivt i den gemensamma stödstrukturen och följer överenskommelser på lokal, delregional och regional nivå"*

I avsnittet om digitalisering står att "Samverkan om FVM regleras i avtal". Alingsås kommun önskar att avsnittet kompletteras med länk till det avtal som avses.

### **A.13 Uppföljning**

Det är bra att parterna har ett gemensamt ansvar för att avtalet följs upp och att det ska finnas en löpande uppföljning. En avtalad större halvtidsuppföljning där frågorna är fastställda skulle understödja efterlevnad och implementering samt ge riktning för utvecklingsarbete under den fortsatta avtalstiden.

Det hade varit önskvärt om det var tydligt huruvida en avtalspart kunde delge sitt uppföljningsarbete och synpunkter under avtalets fortlöpande. I avtalsförslaget kan inte heller parterna själva initiera en ändring eller tillägg utifrån det egna ansvarsområdet.

*"VVG ansvarar för en uppföljningsplan"*. Alingsås kommun ser ett behov av att komplettera och vidga avsnittet för att understödja efterlevnad och reglera vad som ska följas upp. Förslagsvis kompletteras avsnittet med följande uppföljningsområden:

Patient-/brukarperspektiv, anhörig-/närståendeperspektiv, barn och unga, verksamhetsperspektiv, medarbetarperspektiv samt ekonomiperspektiv. Ytterligare områden som bör följas upp läkarmedverkan samt SIP.

## Övergripande synpunkter och övrigt på Del A

Alingsås kommun anser att vårdnivåer behöver tydliggöras i avtalet. I det ingår en definition av regional primärvård och kommunal primärvård samt vård på specialistnivå.

Regionens specialistvård kan samverka med kommunens hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå. Under rubrikerna B.3 och B.8 reglerar avtalsförslaget vård som inte omfattas av parternas gemensamma hälso- och sjukvårdsansvar.

Begränsningen av avtalets omfattning enligt HSL uppfattas inte som helt konsekvent och fortsättningsvis verkar det inte råda full konsensus om vad den gemensamma vården innefattar.

Avtalet innehåller flertalet termer och begrepp som behöver tydliggöras för att underlätta läsförståelsen. Av den anledningen föreslås att avtalet hänvisar till Socialstyrelsens termbank för definitioner och begrepp som används i avtalet.

Begreppet "den enskilde" blir svårt att tolka då det ibland kan handla om minderåriga. Begreppet bör förtydligas så att det kan inkludera minderåriga och dess vårdnadshavare.

### **Övergripande synpunkt på förlängning av avtal:**

Det pågår idag en omställning av dagens hälso- och sjukvårdssystem, från en vård som av tradition är uppbyggd på akutsjukvård, till en hälso- och sjukvård som har primärvården som nav och där alltmer vård ska ske i den enskildes hem.

Kommunal hälso- och sjukvård, dvs hemsjukvård är en del av primärvården och är en av två huvudmän som har ansvaret för att ge vård i hemmet. Omställning till en nära vård påverkar i hög utsträckning samverkan och lyfter vikten av en likvärdig primärvård i kommun och region. Den synliggör även behovet av att tydliggöra vad respektive huvudman har för ansvar vid vård i hemmet, vilka insatser som är på primärvårdsnivå, innebörd av dygnet runt verksamhet och läkaransvar.

Nära vård påverkar även elevhälsan i skola vilken idag är ett område där samverkan inte är tydligt reglerat mellan huvudmännen och därmed bör finnas med i ett HoS-avtal.

Flertalet nationella utredningar har sedan beslutet om att revidera HoS-avtalet initierats och slutrapporterats så som exempelvis huvudbetänkandet i samordnad god och nära vård, en sammanhållen god och nära vård för barn och unga, utredning om en ny socialtjänstlag, samsjuklighetsutredningen, äldreomsorgslag samt stärkt rätt till personlig assistans med mera. En del av dessa har lett till lagförändringar, bland annat en ny skrivning i HSL om primärvård och primärvårdsuppdraget. Andra lagförslag ligger under utredning och det råder en osäkerhet i nuläget vad och hur dessa kan komma att påverka framtida arbete inom kommun och samverkan mellan kommun och region.

Flertalet gemensamma processer som påverkar samverkan mellan region-kommun pågår. Framtagandet av en läns-gemensam strategi-Färdplan för en god och nära vård, översyn av en lednings- och samverkansstruktur på läns-gemensam samt delregional vård-samverkansnivå samt framtagande av modell för uppföljning och analys och gemensamt arbete med en framtida vårdinformationsmiljö är några exempel.

Sammantaget ser Alingsås kommun att förutsättningarna för att ge ett väl grundat svar på remissversion av hälso- och sjukvårdsavtalet är idag för osäkra.

Alingsås kommun anser att Hälso- och sjukvårdsavtalet behöver ge förutsättningar för omställningen till en god och nära vård. Revideringen tydliggör inte samverkan/ansvarsgränser i önskad utsträckning. En osäkerhet finns kring jämlikt ansvar på primärvårdsnivå, resurser och samverkan. Vidare råder oklarhet kring

hur regionen tänker verka på arenan "vård i hemmet" vilket skapar en osäkerhet kring samverkan och patientsäkerheten i hemmet.

Alingsås kommun anser att föreslagna revideringar inte är tillräckliga gällande exempelvis:

- Att i *ÖK psykiatri...* del C, är bra skriven, stämmer med nationella riktlinjer men tar inte höjd för de förändringar som lyfts i t ex samsjuklighetsutredningen och texten harmoniserar inte med de övriga texterna i avtalet.
- Läkaransvar och samordningsansvar är inte tillräckligt tydligt i nuvarande skrivningar. En ökad samverkan mellan MAS kommun och MAL i region bör finnas med i ett avtal utifrån äldreomsorgslagens förslag.
- Det bör vara tydligare att fast läkarkontakt/fast vårdkontakt ska ingå i teamet kring de patienter som är inskrivna i den kommunala hälso-och sjukvården.
- Barnperspektivet är inte tydligt i del A och B i remissförslaget. Det är svårt att tyda kommunens hälso- och sjukvårdsansvar i ordinärt boende för barn. Dessa insatser är ofta kopplade till den specialiserade vården.

Sammanfattningsvis avstyrker Alingsås kommun remissförslaget och föreslår i första hand en förlängning av nuvarande avtal för att skapa mer tid att utreda de frågetecken som kvarstår. Synpunkter lämnas i andra hand på remissen för att säkerställa att de kommer vårdssamverkan tillhanda om revideringen ska bli underlag till ett nytt avtal.

Vidare föreslås ett utvecklat arbete med ett HoS-avtal som står i samklang och som är tidsenlig med omställningen till en god och nära vård. Inför ett nytt HoS-avtal behövs ett ställningstagande till vilka vårdnivåer avtalet ska reglera.

Ska avtalet reglera primärvårdsnivån eller alla vårdnivåer? I ett avtal som reglerar alla vårdnivåer bör ansvarsfördelning mellan vårdnivåerna och samverkan tydliggöras.



## Del B, Hälso- och sjukvårdsavtalet

Lämna remissvar på Del B, Hälso- och sjukvårdsavtalet här.

### Tänk på

- Alla fält behöver inte fyllas i, om du inte har synpunkter på avsnitten kan du lämna fälten tomma.
- Det finns ett separat fält för övergripande synpunkter.
- Undvik klistra in text från avtal och överenskommelser.

### Synpunkter på avsnitten B.1-B.3:

B.1 Lagstiftning

B.2 Gemensamt ansvar och samverkan

B.3 Parternas ansvar

#### **B1-B3. inledande text**

Alingsås kommun anser att det behövs ett förtydligande gällande det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret. Alingsås kommun anser att det ska framgå att kommunen har ansvar endast efter att en vårdbegäran inkommit och bedömts.

Det behöver också klargöras att bedömning av patientsäkerheten ska ske.

Det behövs ett tydliggörande att det avser insatser på kommunal primärvårdsnivå.

#### **B1 eller B3. Barn och unga**

Hälso- och sjukvårdsavtalet omfattar alla åldrar. Alingsås kommun önskar tydliggörande gällande åldrar som inkluderas i avtalet och då särskilt lyfta barnperspektivet. I samband med egenvård vid korttidsvistelse för barn behövs tydlighet kring samverkan mellan regionens HSV och kommunens SOL.

Nära vård påverkar elevhälsans medicinska insatser i skola som idag, och i förslaget, inte omfattas av Hälso- och sjukvårdsavtal. Elevhälsan medicinska insatser är ett område där samverkan inte är tydligt reglerad och bör därmed finnas med i ett gemensamt HoS-avtal.

#### **B1. Lagstiftning om SIP**

Under avsnittet B1 så lyfts de lagar som reglerar samverkan i del B.

Alingsås kommun ser det som viktigt att det i detta avsnitt förtydligas vad som är en plan och vad som är ett möte för planering. I HSL så kallas planen för individuell plan inte samordnad individuell plan. Det är av vikt att veta att detta är samma sak. Det som står om SIP i avsnitt B ska också hänvisas till Del A.

#### **B 2. Gemensamt ansvar och samverkan**

I det inledande stycket i avsnittet anges kvalitet och kompetens som ett krav för att respektive huvudman ska fullgöra sitt hälso- och sjukvårdsansvar.

Alingsås kommun anser att det är av betydelse **att benämna patientsäkerhetsperspektivet**. För att god kvalitet ska kunna uppnås krävs också att hälso- och sjukvården är patientsäker. Kvalitet och patientsäkerhet hänger

ihop för att beskriva de krav som ställs på hälso- och sjukvården i HSL och patientsäkerhetslagen. Båda parter har därav ett gemensamt ansvar att säkerställa att den vård som utförs i hemmet är patientsäker, av god kvalitet samt erbjuder den kompetens som krävs för att fullgöra sitt hälso- och sjukvårdsansvar.

Under punkten som beskriver det gemensamma ansvaret och **tydliggör vilka kompetenser det handlar om** lyfts insatserna utifrån olika professioner. Vad gäller regionens ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser så gäller det läkare och övriga kompetenser. Begreppet "övriga kompetenser" kan skapa förvirring kring vilka dessa innebär. Förslagsvis kan meningen formuleras:

*"För patienter inom kommunal hälso- och sjukvård har parterna alltid ett gemensamt ansvar genom att kommunen ansvarar för insatser utförda eller ordinerade/delegerade av sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut och VGR ansvarar för läkarinsatser samt insatser från andra professioner inom regionen vid behov."*

Alingsås kommun ser ett behov av att **förtydliga beskrivningen av den fasta vårdkontakten**, dess uppdrag, att det kan finnas flera och både inom kommun och region. Undantaget är vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård då, enligt LUS, den fasta vårdkontakten ska utses inom regionens primärvård. Vidare bör ett förtydligande göras kring samverkan mellan fasta vårdkontakter och fast läkarkontakt. Hänvisning bör ske till Hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen om fast vårdkontakt behövs (7 kap. 3 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) samt 6 kap. 3 § patientlagen (2014:821) och 3 kap. 2 § 1 patientlagen).

Socialstyrelsens meddelandeblad nr 4 2021 skriver att: *"Då vissa patienter har kontakter med flera olika delar av sjukvården, olika vårdgivare och vårdenheter samt olika huvudmän inom vården i form av både kommunal och regional hälso- och sjukvård, kan de patienterna få mer än en fast vårdkontakt. En fast vårdkontakt kan även utses i en annan region än patientens hemregion. De fasta vårdkontakterna ska samverka och samordna vårdens insatser för en enskild patient. Samordning av insatser och förmedling av information med exempelvis andra myndigheter förutsätter dock samtycke från patienten och att allmänna bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt beaktas. Det är verksamhetschefen som har ansvaret för den fasta vårdkontakten, vilket innebär att vårdkontaktens ansvarsområde begränsas av verksamhetschefens."*

Enligt Alingsås kommun tolkas detta som att den fasta vårdkontakten som utses i kommunen har ett samordningsansvar för specifik omvårdnad och rehabilitering samt utförande av vård och behandling på primärvårdsnivå.

Samverkansbestämmelsen (Prop. 2005/06:115 Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre) omfattar även vård och omsorg som ges till enskilda personer som behöver integrerade insatser från regionens specialistsjukvård och primärvård samt kommunens primärvård och omsorg. För de patienter som har insatser från både specialistvård och kommunens primärvård dvs hemsjukvård är detta extra viktigt. Flera fasta vårdkontakter bör/kan då utses och i HoS-avtalet bör det förtydligas att det ska finnas ett samspel och samverkan mellan de fasta vårdkontakterna i region och kommun.

Samverkan underlättas om samma personer är involverade runt patienten. För patienter i behov av vård i hemmet är detta särskilt viktigt, eftersom patienten ofta behöver vård flera gånger per dygn vilket innebär att många personer blir

involverade. Det är viktigt att patienten vet vem som är fast vårdkontakt i kommunen och/eller i region samt läkarkontakt i primärvården. Kontinuitet mellan dessa bidrar till interprofessionellt teamarbete, vilket gagnar patienten.

## **B2. Fast läkarkontakt**

Alingsås kommun ser det som positivt att ett förtydligande skett angående den fasta läkarkontakten men önskar ett förtydligande om den fasta läkarkontaktens ansvar i avsnitt B2.

Vidare kan det för personer med komplexa behov, såsom multisjuka äldre eller personer med kroniska sjukdomar, finnas ett extra stort behov av kontinuitet vilket en fast läkarkontakt främjar.

Till avsnittet B2 behövs en länk/hänvisning till del C, överenskommelsen för läkarmedverkan.

*Denna text bör läggas till och gäller både fast läkarkontakt och fast vårdkontakt:*

Samverkan underlättas om samma personer är involverade runt patienten. För patienter i behov av vård i hemmet är detta särskilt viktigt, eftersom patienten ofta behöver vård flera gånger per dygn vilket innebär att många personer blir involverade. Det är viktigt att patienten vet vem som är fast vårdkontakt i kommunen och/eller i region samt läkarkontakt i primärvården. Kontinuitet mellan dessa bidrar till interprofessionellt teamarbete, vilket gagnar patienten. Det bör vara tydligare att fast läkarkontakt/fast vårdkontakt ska ingå i teamet kring de patienter som är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården.

## **B3. Rehabilitering/Habilitering hos region och kommun**

Under rubriken "Regionens ansvar", tredje punkten, framgår det att Västra Götalandsregionen ansvarar för rehabiliterings- och habiliteringsinsatser inom specialist- samt primärvård. Rehabiliterings- och habiliteringsinsatser står också som punkt under kommunernas ansvar fast utan hänvisningen till specialist- samt primärvård vilket skapar en del frågetecken kring ansvaret för insatserna. Alingsås kommun ser det som viktigt att det även under kommunernas ansvarsområde benämns rehabilitering och habilitering på primärvårdsnivå. Insatserna har dessutom ett eget stycke under punkten B.5.

Rehabilitering och habilitering är idag en del av vård och omsorg, inget utöver. Samtidigt är det insatser som erbjuds dagtid må-fre inom kommunen. Under punkten om "att när överenskommelse skett i enskilda fall utföra planerade och/eller förutsägbara hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet under kväll, helg och nattetid för patienter som normalt besöker Västra Götalandsregionens vårdcentraler" kan frågan uppkomma huruvida re-/habilitering ingår? Ett förtydligande behövs att det inte gäller re-/habilitering inom kommunens primärvård.

Den 1 juli i år kompletterades hälso- och sjukvårdslagen med att förtydliga primärvårdens grunduppdrag. Under den tredje punkten i lagen står att primärvården ska "tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar". Hälso- och sjukvårdsavtalet reglerar både det gemensamma och parternas ansvar. Alingsås kommun ser ett behov av förtydligande vad det innebär i det gemensamma ansvaret samt parternas ansvar gällande förebyggande insatser för patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen har även de

legitimerade professionerna i både region och kommun ett förebyggande ansvar. För att gynna en god samverkan i praktiken behövs tydlighet angående förebyggande habilitering och rehabilitering i avtalet och fördjupade dialoger kan förslagsvis ske på delregional/lokal nivå.

### **B3. Parternas ansvar**

Överlag är parternas ansvar formulerade på ett sätt som öppnar upp för en del godtyckliga bedömningar. Beroende på hur kommunerna organiserar inskrivningsprocessen till den kommunala hemsjukvården kan det medföra olika bedömningar bland de 49 kommunerna. Ytterst kanske det medför en problematik för regionen om de 49 kommunerna gör olika bedömningar av vad till exempel "utan större svårigheter" och "över tid" innebär.

"Över tid" är en svårtolkad formulering då det inte står att punkten ovan "utan större svårighet" samtidigt ska vara uppfylld. Det behöver förtydligas att samtliga punkter ska uppfyllas och inte gälla var för sig.

Alingsås kommun vill uttrycka en oro för konsekvenserna av att regionen förväntar sig ett ökat ansvarstagande från kommunens sida vad gäller att utföra primärvårdsinsatser som egentligen är regionens ansvar. En lyckad omställning till den Nära vården enligt Färdplanen kan inte bygga på att kommunernas basverksamhet tar ett större ansvar.

Den Nära vården behöver en regionsfinansierad primärvård med förtydligat uppdrag även utanför kontorstid.

### **B3.Handledning och kunskapsöverföring**

Under regionens ansvar, står att:

*"Handledning och kunskapsöverföring till kommunens personal i vård, omsorg, rehabilitering samt i hantering av medicintekniska produkter."* Alingsås kommun upplever att det i praktiken finns tolkningsutrymme kring innebörd så som hur stödet ska ges, hur ofta och i vilka situationer kommunen kan hänvisa till avtalet för att få till stånd kunskapsöverföring.

En tydlighet behövs att det är ordinarie inom regionen som har utbildning- och handledningsansvar samt att det handlar om när kommunen utför insatser som är komplexa eller inte vanligt förekommande på primärvårdsnivå. Patientsäkerheten ska vara vägledande i omfattning av Handledning och kunskapsöverföring.

För att förtydliga att det gäller kommunens alla verksamheter bör det ske en hänvisning till del C om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård nr 5:1 Regionens ansvar, vårdcentralens särskilda ansvar punkt tre där vårdcentralens *"samordningsansvar enligt särskilt uppdrag innebär..."*

### **B3. Patientgrupp, definition av överenskommelse, permission**

Under rubriken "Kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret omfattar även:" framgår nedanstående punkter som Alingsås kommun anser bör tas bort ur avtalet alternativt förtydligas.

- Att när överenskommelse skett i enskilda fall utföra planerade och/eller förutsägbara hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet under kväll, helg och nattetid för patienter som normalt besöker Västra Götalandsregionens vårdcentraler.
- Hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet till patienter på permission från slutna vård som inte kan ta sig till mottagning. Det gäller endast under

förutsättning att en dialog skett i samförstånd och nödvändig informationsöverföring skett som stöd för de kommunala insatserna.

Innefattar överenskommelsen ett köp av kommunens resurser eller ska kommunen endast tillskriva sig ett ansvar för att i enskilda fall komma överens med regionen om att ta över kväll, helg och natt utan ersättning? Det bör förtydligas hur en sådan överenskommelse kan komma tillstånd och vilka som kan företräda parterna att ingå en sådan överenskommelse. Det bör även tydliggöras att det är en möjlighet och inte en skyldighet. ( fortsätter på nästa sida)

Om det ska ske efter en ersättning måste det beaktas att kommunens tillhandahållande av tjänster till regionen måste vara förenlig med kommunallagen. Om en kommun på avtalsrättslig grund åtar sig en uppgift gäller reglerna i 2 kap. 1 § KL, som anger den kommunala kompetensens gränser. En förutsättning för att en kommun ska kunna sälja hemsjukvård till regionen är bl.a. att kommunen har personella resurser för ändamålet.

Befogenheten i 14 kap. § HSL som kommunerna har, att bedriva hemsjukvård i ordinärt boende, torde inte medföra en vidgning av den kommunala kompetensen till att även omfatta tillhandahållandet av hemsjukvård på regionens uppdrag. Av förarbetena till kommunallagen framgår att bestämmelserna om kommunens frivilliga kompetens snarast torde avse särskilda situationer där kommunen själv gör bedömningen att det är mest ändamålsenligt att de erbjuder hemsjukvård, t.ex. i en sådan situation där den enskilde endast tillfälligt vistas i det egna hemmet. Att bibehålla eller tillskapa resurser för att kunna sälja tjänster som regionen är skyldig att tillhandahålla kan diskuteras huruvida det anses vara en sådan angelägenhet av allmänt intresse som en kommun har rätt att engagera sig i.

Vad gäller den andra punkten så avser den patienter på permission från slutenvård som inte kan ta sig till mottagning. Enligt Hälso- och sjukvårdsavtalets omfattning ovan, under rubriken "A.8" ingår inte den patientgruppen i avtalets omfattning. Om punkten ska kvarstå bör det förtydligas vad gäller "dialog skett i samförstånd". Precis som ovan bör det förtydligas hur en dialog kan ske och av vilka företrädare samt om avsikten är att ansvaret ska övergå till kommunen med eller utan ersättning. På samma sätt som ovan är det osäkert huruvida en kommun har befogenheten enligt kommunallagen att bibehålla eller tillskapa resurser för att kunna sälja tjänster som regionen är skyldig att tillhandahålla.

Fortsättningsvis måste det även vara tydligt vilka hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet som avses. Hälso- och sjukvårdsinsatser som kommunen har befogenhet att utföra är de som ingår i definitionen av hemsjukvård, vilket enligt förarbetena bör ligga på primärvårdens vårdnivå. Om patienter på permission från slutenvård kräver insatser på en annan vårdnivå än den som kommunen har lagligt stöd för att utföra, kan inte kommunerna ta över ansvaret för insatserna.

## Synpunkter på avsnitten B.4-B.9

B.4 Informationsöverföring, planering och SIP

B.5 Rehabilitering och habilitering

B.6 Bedömning om hälso- och sjukvårdsinsats kan utföras som egenvård

B.7 Vårdhygien

B.8 Asylsökande och personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd  
B.9 Förvaring och transport av avliden

**B4. om Info. överföring, planering och SIP**

Det tredje stycket under denna punkt handlar om SIP.

SIP beskrivs i sin helhet i en annan del av avtalet.

Detta avsnitt handlar mer om att förtydliga hur vi ska arbeta och att SIP är viktigt att använda.

Alingsås kommun anser att stycket bör flyttas till A och en hänvisning kan ske från detta avsnitt i B4.

**B8. Asylsökande och personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd**

På samma grunder som angivits ovan så bör definitionen

av överenskommelse förtydligas. Innefattar överenskommelsen ett köp av kommunens resurser eller ska kommunen endast tillskriva sig ett ansvar för att i enskilda fall komma överens med regionen om att ta över möjligheten att erbjuda kommunal hälso- och sjukvård för en patientgrupp som ingår i regionens ansvarsområde utan ersättning?

Som redogjorts tidigare så måste kommunens tillhandahållande av tjänster till regionen vara förenlig med kommunallagen.

Att utföra den typen av hälso- och sjukvård och/eller bibehålla eller tillskapa resurser för att kunna sälja tjänster som regionen är skyldig att tillhandahålla kan diskuteras huruvida det anses vara en sådan angelägenhet som en kommun har rätt att engagera sig i. Det är svårt att lämna fler synpunkter då rutinen inte är klar.

**Synpunkter på avsnitten B.10-B.14**

B.10 Läkemedel

B.11 Personligt förskrivna hjälpmedel och läkemedelsnära produkter i vardagsmiljö

B.12 Personligt förskrivna hjälpmedel

B.13 Personligt förskrivna läkemedelsnära produkter

B.14 Oreglerade medicintekniska produkter

**B10- B14. ordnatören kopplat till ett ekonomiskt ansvar**

I avsnittet B2 står det att "ordnatören har vård och behandlingsansvar där också uppföljnings och ekonomiskt ansvar ingår." Under punkterna B10-B14 beskrivs en annan uppdelning av ekonomiskt ansvar som inte alltid följer ordnatören.

Är det så att ordnatören alltid har ett ekonomiskt ansvar eller är det som står under B10-14, där texten beskriver undantag från B2, rätt?

Sjuksköterskor med särskild förskrivningsrätt inom kommun kan ordinera vissa läkemedel där VGR har ett ekonomiskt ansvar (förtroendeförskrivning). Alingsås kommun föreslår att meningen i B2 omformuleras eller tas bort.

## Synpunkter på avsnitten B.15-B.16

### B.15 Tjänsteköp

### B.16 Gemensamma utvecklingsområden

#### **B15. Tjänsteköp**

Utöver lagstiftningen kring offentlig upphandling så måste kommunens tillhandahållande av tjänster till regionen därutöver vara förenlig med kommunallagen. Om en kommun på avtalsrättslig grund åtar sig en uppgift gäller reglerna i 2 kap. 1 § KL, som anger den kommunala kompetensens gränser.

En förutsättning för att en kommun ska kunna sälja hemsjukvård till regionen är bl.a. att kommunen har personella resurser för ändamålet. Befogenheten i 14 kap. § HSL som kommunerna har, att bedriva hemsjukvård i ordinärt boende, torde inte medföra en vidgning av den kommunala kompetensen till att även omfatta tillhandahållandet av hemsjukvård på regionens uppdrag. Av förarbetena till kommunallagen framgår att bestämmelserna om kommunens frivilliga kompetens snarast torde avse särskilda situationer där kommunen själv gör bedömningen att det är mest ändamålsenligt att de erbjuder hemsjukvård, t.ex. i en sådan situation där den enskilde endast tillfälligt vistas i det egna hemmet.

Att bibehålla eller tillskapa resurser för att kunna sälja tjänster (tjänsteköp) som regionen är skyldig att tillhandahålla kan diskuteras huruvida det anses vara en sådan angelägenhet av allmänt intresse som en kommun har rätt att engagera sig i. Det är således inte entydigt om det är förenligt med kommunallagen huruvida kommunerna kan ingå avtal om tjänsteköp. Därav är det positivt att avtalsförslaget lyfter att det i så fall får ske i lokala avtal, dock är det viktigt att parterna är ense om att det inte finns någon skyldighet att ingå något lokalt avtal om tjänsteköp.

## 14.Övergripande synpunkter och övrigt för Del B

Länkar behövs till flertalet av rubrikerna för att skapa en tydlighet.



## Del C, Överenskommelse Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård i Västra Götaland

Lämna remissvar på Överenskommelse Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård i Västra Götaland här.

### Tänk på

- Alla fält behöver inte fyllas i, om du inte har synpunkter på avsnitten kan du lämna fälten tomma.
- Det finns ett separat fält för övergripande synpunkter.
- Undvik klistra in text från avtal och överenskommelser.

### Synpunkter på avsnitt

#### 4. Gemensamt ansvar

### Synpunkter på avsnitt

#### 5. Parternas ansvar

Alingsås kommun anser att det är bra att fast läkarkontakt tydliggörs i överenskommelsen.

Av 6 kap. 3 § patientlagen (2014:821) framgår det att patienten ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården. Alingsås kommun tolkar detta som att fast läkarkontakt ska finnas på primärvårdsnivå, vilket också bör tydliggöras i överenskommelsen. Utifrån att en fast läkarkontakt ska finnas i primärvården är formuleringen om fast läkarkontakt oavsett organisatorisk tillhörighet är inte möjlig. Ta bort "erbjuda" och förtydliga hur patienten kan välja.

Det behöver framgå att läkaren är en del i den kommunala hälso- och sjukvården. För att arbeta personcentrerat krävs ett team runt patienten där läkaren har en central roll. Skrivningen att läkaren ska ge medicinsk konsultation till kommunens legitimerade personal leder inte tankarna till ett teambaserat arbete runt patienten. Det är också viktigt att det framgår att läkaren avsätter tid efter patienternas behov. I dagsläget är det inte ovanligt att tiden är för kort och att kommunens sjuksköterskor får i uppdrag att prioritera.

Under vårdcentralens särskilda ansvar bör det framgå att de vid behov ska kunna göra hembesök dygnet runt.

Alingsås kommun anser att utifrån personcentrerad vård ska alla samverka runt och med patienten. Primärvården utgör basen för den nära vården i VG. Alingsås kommun anser att det bör tydliggöras i överenskommelsen att:

- Läkaren på primärvårdsnivå är en del av teamet i den kommunala primärvården.



- Läkaren har ett medicinskt samordningsansvar (läkare-läkare) oavsett organisatorisk tillhörighet. Det framgår av Prop. 2019/20:164 s. 83. att utgångspunkten bör vara att om en patient har en fast läkarkontakt i primärvården bör denne ansvara för samordning av de medicinska åtgärderna men att det i vissa fall kan vara lämpligare att samordningsansvaret i stället fullgörs av en fast vårdkontakt. Denna fasta vårdkontakt kan finnas någon annanstans inom hälso- och sjukvården än i primärvården, oavsett om primärvården på ett eller annat sätt också är delaktig i patientens vård.
- Kommunen ska arbeta med all specialistvård på samma sätt, vilket betyder att teamet (kommun-region) är på primärvårdsnivå. Det bör vara tydligare att fast läkarkontakt/fast vårdkontakt ska ingå i teamet kring de patienter som är inskrivna i den kommunala hälso-och sjukvården.
- Det medicinska samordningsansvaret mellan läkarna ska inte tillfalla kommunens fasta vårdkontakt. Kommunens fasta vårdkontakt har ett samordningsansvar för specifik omvårdnad och rehabilitering samt utförande av vård och behandling på primärvårdsnivå.
- MAS kommun (medicinsk ansvarig sjuksköterska) och medicinsk ansvarig läkare (MAL) på vårdcentralen ska samverka.

## Synpunkter på avsnitt

### 6. Uppföljning

Parterna har ett eget samt ett gemensamt uppföljningsansvar och det är av vikt att säkerställa kvalitet och efterlevnad av överenskommelsen. Alingsås kommun är angelägna om en mer ändamålsenlig uppföljning av läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård.

Alingsås kommun önskar att gemensamma indikatorer för uppföljning tas fram. Läkarmedverkan är en resursfråga men också en tillgänglighets- och jämlikhetsfråga för de invånare i Alingsås kommun som omfattas av den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården

Förslag på indikatorer är: tillgänglighet utifrån tid per patient, fast läkarkontakt, hembesök, brytpunktssamtal och läkemedelsgenomgång, väntetid till kontakt, medverkan vid SIP etc.

## Övergripande synpunkter och övrigt

Alingsås kommun önskar ett tydliggörande under syfte. Syftet är att reglera samverkan utifrån parternas lagstadgade ansvar.

Överenskommelsen bygger på en lagstadgad skyldighet att samverka, som gäller både kring målgrupper och på individnivå. Överenskommelsen baseras på 16 kap. 1 § och 2 § HSL (2017:30), som reglerar samverkansformerna och omfattningen mellan kommun och region. Alingsås kommun föreslår att inledningen formuleras "som reglerar omfattning av och former för läkarmedverkan" så som det står i lagen.

De patienter som avses i denna överenskommelse är personer med stora vård- och omsorgsbehov. För att de ska få sina behov tillgodosedda krävs en god

samverkan mellan kommun och region. God tillgänglighet och tillräcklig tid är viktiga komponenter. Det behövs en mer ändamålsenlig uppföljning av läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård.

Alingsås kommun önskar ett förtydligande om vilka möjligheter parterna har att driva frågan vidare om någon motpart inte uppfyller sina åtagande.

## Del C, Överenskommelse Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

Lämna remissvar på Överenskommelse Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård här.

### Tänk på

- Alla fält behöver inte fyllas i, om du inte har synpunkter på avsnitten kan du lämna fälten tomma.
- Det finns ett separat fält för övergripande synpunkter.
- Undvik klistra in text från avtal och överenskommelser.

### Synpunkter på avsnitt

#### 4. Gemensamt ansvar och samverkan

Målsättning bör vara att patienter ska få vård på rätt vårdnivå.

Alingsås kommun anser att det gemensamma ansvaret regleras bäst i lagstiftning och anser därför punkten 4. Gemensamt ansvar bör följa formuleringarna som framgår av 1 kap. 2 § lag (2017:612) om samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, där lagens syfte har definierats.

Förslagsvis bör ordet "omgående" tas bort i meningen "Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland är överens om att den enskilde som inte längre har behov av slutenvårdens resurser omgående ska kunna skrivas ut därifrån, på ett tryggt och säkert sätt".

I meningen "Antalet dagar som den enskilda är kvar.... som utskrivningsklar ska minska." Alingsås kommun anser att denna mening är svår att tolka då det inte framgår från vilken nivå det ska minska.

Alingsås kommun föreslår följande skrivning: "Antalet dagar som den enskilda är kvar.... som utskrivningsklar ska minimeras för den enskilde."

### Synpunkter på avsnitt

#### 5. Kommunens betalningsansvar

### Synpunkter på avsnitt

#### 6. Uppföljning

Det är av vikt att säkerställa kvalitet och efterlevnad av överenskommelsen och varje part har ett eget samt ett gemensamt uppföljningsansvar.

Alingsås kommun föreslår en mer ändamålsenlig uppföljning av in & utskrivning som följer upp tryggheten för patienten så som exempelvis om fast vårdkontakt på vårdcentralen erbjudits samt om möjlighet till SIP erbjudits. För detta krävs nya sätt att mäta som idag inte uppfylls av SAMSA.

## Övergripande synpunkter och övrigt

Alingsås kommun kan konstatera att den regionfinansierade primärvården inte är delaktiga i processen såsom lagstiftaren avsåg.

Detta är ingen fråga enbart för VG, utan erfarenheten är nationell.

Alingsås kommun anser att det är en angelägen fråga att arbeta vidare med för att skapa en god och nära vård som blir trygg för patienterna.

## Del C, Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende

Lämna remissvar på Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende här.

### Tänk på

- Alla fält behöver inte fyllas i, om du inte har synpunkter på avsnitten kan du lämna fälten tomma.
- Det finns ett separat fält för övergripande synpunkter.
- Undvik klistra in text från avtal och överenskommelser.

### Synpunkter på avsnitt

#### 5. Gemensamt ansvar och samverkan

Alingsås kommun anser att överenskommelsen enbart ska reglera SAMVERKAN mellan kommunens SOL och regionens HSV. Det som sedermera rör samverkan inom hälso- och sjukvård ska regleras i del B och därmed ska en hänvisning ske från del C till A+B.

I del A bör en komplettering om att del C reglerar samverkan mellan SOL och regional HSL gällande psykiatri.

Ingången till psykiatrin kan idag vara svårbegriplig för kommunen och den bör jämföras i hälso- och sjukvårdsavtalet precis som det gjorts vid in & utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. I del B bör det även vara omnämnt att psykiatri är en del av hälso- och sjukvården inom öppen och slutenvården och ett förtydligande bör ske om den regionala primärvårdens ansvar kring psykiatrin.

### Synpunkter på avsnitt

#### 6. Parternas ansvar

Under rubriken "Kommunens ansvar" sista punkten- "medverka vid läkemedelsassisterad behandling vid opiatmissbruk" förefaller en svårighet att som kommun tolka innebörden av "att medverka". Kommunens verksamheter inom SOL och HSL ses som densamma och det blir otydligt vad som avses.

- Ska någon verksamhet vid kommunens socialtjänst eller kommunens hälso- och sjukvård medverka i behandlingen?

- Handlar det om att stötta brukaren/patienten utifrån ett uppdrag inom SOL eller dela läkemedel utifrån ett uppdrag inom HSL?

Alingsås kommun anser därav att formuleringen är juridiskt omöjlig.

Om individen själv ansvarar för sin medicinering kan stöd behövas, till exempel genom att skapa struktur och rutiner för hur och när medicinerna ska tas. Om en läkare har bedömt att en individ inte själv kan ta ansvar för sin medicinering

planeras stödet gemensamt med kommunal hälso- och sjukvård och delegering krävs för läkemedelshantering, [enligt Nationella vård och insatsprogrammet](#).

För en tydlighet i överenskommelsen önskar Alingsås kommun att det framgår att det är socialtjänsten som i överenskommelsen avses att medverka vid opiatbehandling och att om behov av kommunal hälso- och sjukvård (kommunal primärvård) behövs ska en hänvisning ske till del B. Det ska också tydligt framgå vem/vilken verksamhet i kommunen som ska ta emot delegering av den regionala hälso- och sjukvården.

Under rubrik 6.4 avser psykiatrisk tvångsvård och är inte mer utvecklat än att kommunens ansvar är kommunal hälso- och sjukvårdsinsatser enligt HSL. Det är en förenkling i sin stora ambition som kan leda till motsättningar mellan huvudmän.

Om stycket ska stå kvar så behövs förtydligande om att vårdbegäran behövs för personer som har behov av kommunal primärvård i hemmet.

## Synpunkter på avsnitt

### 7. Uppföljning

Det är av vikt att säkerställa kvalitet och efterlevnad av överenskommelsen och varje part har ett eget samt ett gemensamt uppföljningsansvar.

Alingsås kommun föreslår en mer ändamålsenlig uppföljning av överenskommelsen så att den följs upp årligen och att indikatorer som följer intensionerna tas fram.

## Övergripande synpunkter och övrigt

Avsnittet tydliggör att överenskommelsen reglerar vård och insatser brett, inte bara enligt Hälso- och sjukvårdslagen. Överenskommelsen har en större ansats och blir därför "större än huvudavtalet". Psykiatri är en del av hälso- och sjukvård och finns på två vårdnivåer primärvård och specialiserad (öppen- och slutenvård) och ska då följa samma struktur som i del A+B. Kopplingen mellan samtliga ÖK i del C och del A+B måste bli tydligare. I dagsläget står denna överenskommelse för sig själv gällande formuleringar och upplägg.

Alingsås kommun anser att överenskommelsen är välskriven och stämmer med nationella riktlinjer men tar inte höjd för de förändringar som lyfts i till exempel samsjuklighetsutredningen och texten harmoniserar inte med de övriga texterna i avtalet. Nya termer/begrepp så som "riskbruk eller skadligt bruk" lyfts i tex samsjuklighetsutredningen vilket är något som bör beaktas i överenskommelsen.

Att överenskommelsen benämner kommunen ibland som kommunens socialtjänst och kommunens hälso- och sjukvård, och ibland enbart som kommunen, kan skapa förvirring. Alingsås kommun önskar att det tydligt framgår i överenskommelsen vad/vilken del av kommunens verksamhet som avses alternativ är att som tidigare

nämnts flytta all text som handlar om kommunens hälso- och sjukvård till del B samt göra hänvisningar till den. Det ska tydligt framgå att SIP är verktyget för samplanering samt att en vårdbegäran ska ske för de patienter som normalt sett inte ingår i kommunens hälso- och sjukvårdsansvar.

2021-12-07

§ 81 2021.230 VON

**Hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande överenskommelse****Ärendebeskrivning**

En ny beskrivning av primärvårdens grunduppdrag för kommunerna och regionen samt en revidering av definitionen primärvård, infördes i Hälso- och sjukvårdslagen den 1 juli 2021. I revideringen av det länsgemensamma Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser har det tydliggjorts ett behov av att beskriva regionens och kommunernas primärvårdsuppdrag. Syftet med uppdraget är att beskriva kommunernas respektive VGR:s primärvårdsuppdrag för att stärka primärvården som navet i utvecklingen inom hälsa, vård och omsorg och underlätta samverkan mellan huvudmännen. Resultatet från primärvårdsuppdraget kommer att beskrivas i en rapport som beräknas bli klar i november och skickas ut till respektive parter. Resultatet som presenteras i rapporten kan komma att påverka slutversionen av Hälso- och sjukvårdsavtalet.

Berörda nämnder och styrelser i Västra Götalandsregionen och samtliga kommuner i Västra Götaland skall lämna remissvar senast 31 december 2021. Alingsås kommun lämnar ett samlat svar där Barn- och ungdomsförvaltningen, Socialförvaltningen och Vård- och omsorgsförvaltningen har bidragit med synpunkter och kommentarer.

**Beredning**

Barn- och ungdomsförvaltningen, Socialförvaltningen och Vård- och omsorgsförvaltningen har haft dialog kring remissversion. Synpunkter och kommentarer har lämnats. Hela remissvaret finns att läsa i bifogad arbetsmall Remissvar Hälso- och sjukvårdsavtal tillhörande överenskommelser.

Sammanfattningsvis avstyrker Alingsås kommun remissförslaget med tillhörande överenskommelser och föreslår i första hand en förlängning av nuvarande avtal för att skapa mer tid att utreda de frågetecken som kvarstår. Synpunkter lämnas i andra hand på remissen för att säkerställa att de kommer vårdssamverkan tillhanda om revideringen ska bli underlag till ett nytt avtal.

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

Vård- och omsorgsnämnden beslutar att lämna bifogad remissvar Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser till vårdssamverkan.

**Expedieras till**

Socialnämnden

Barn och ungdomsnämnden

Remiss Hälso- och sjukvårdsavtalet - Vårdssamverkan i Västra Götaland ([vardsamverkan.se](http://vardsamverkan.se))



2021-12-07

# Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård

7

2021.231 VON

Datum: 2021-12-01  
Handläggare: Elisabeth Olsson  
Direktnr:  
Diariennr: 2021.231 VON

Vård- och omsorgsnämnden

## Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård

### Ärendebeskrivning

Alla som bor och verkar i Västra Götaland ska kunna leva ett gott liv. Nyckeln till Västra Götalands långsiktiga attraktivitet och konkurrenskraft är vår gemensamma förmåga att vara innovativa och ställa om till ett hållbart samhälle. Syftet med en omställning till en god och nära vård är att främja hälsan hos befolkningen och utveckla vård och omsorg tillsammans, utifrån den enskildes behov. Omställningen ska också bidra till att utveckla samverkanskulturen och öka tilliten mellan huvudmännen.

Färdplanen är en övergripande länsgemensam strategi som ska bidra till Västra Götalands utveckling inom hälsa, vård och omsorg. Färdplanen innehåller de områden som vi gemensamt prioriterar att kraftsamla kring. Den beskriver målbild, förändrade arbetssätt och förutsättningar för utvecklingen, där takten i omställningen mot en god och nära vård behöver öka fram till 2030. Vi har olika ansvar, resurser och kunskaper, utvecklingsstrategin ska bidra till ett kraftfullt genomförande.

Berörda nämnder och styrelser i Västra Götalandsregionen och samtliga kommuner i Västra Götaland skall lämna remissvar senast 31 december 2021. Alingsås kommun lämnar ett samlat svar där Barn- och ungdomsförvaltningen, Socialförvaltningen och Vård- och omsorgsförvaltningen har bidragit med synpunkter och kommentarer.

### Beredning

Barn- och ungdomsförvaltningen, Socialförvaltningen och Vård- och omsorgsförvaltningen har haft dialog kring remissversion Strategi Färdplan Länsgemensam strategi för god och nära vård. Synpunkter och kommentarer har lämnats under rubrikerna Prioriterade målgrupper, Sex steg för att förändra och utveckla arbetssätt i samverkan samt en kommentar under Övrigt. Hela remissvaret finns att läsa i bifogad arbetsmall Färdplan.

### Ekonomisk bedömning

Beslutet i sig innebär ingen ekonomisk påverkan. Att lämna remissvar till Färdplan Länsgemensam strategi för god och nära vård är en del av vård- och omsorgsnämndens arbete med omställningen Nära vård.

### Förslag till beslut

1. Vård- och omsorgsnämnden godkänner remissvar till Färdplan Länsgemensam strategi för god och nära vård.
2. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att lämna remissvar till Färdplan Länsgemensam strategi för god och nära vård.

**Beslutet ska skickas till**  
Barn-och ungdomsnämnden  
Socialnämnden

Anita Hedström  
Förvaltningschef

Elisabeth Olsson  
Utvecklingsledare

# Remiss Färdplan Läns-gemensam strategi för god och nära vård

## Innehåll

7 Målbild.....	2
8 Prioriterade målgrupper.....	2
9 Sex steg för att förändra och utveckla arbetssätt i samverkan.....	2
10 Stärk grundläggande förutsättningar.....	4

## Arbetsmall Färdplan

### Synpunkt på avsnitt

#### 7. Målbild Västra Götaland

### Synpunkter på avsnitt

#### 8. Prioriterade målgrupper

Under rubriken Prioriterade målgrupper benämns:

- Barn och unga
- Äldre
- Personer med psykisk funktionsnedsättning samt missbruk och beroende.

Målgruppen Personer med psykisk funktionsnedsättning samt missbruk och beroende kan definieras tydligare. Personer med psykisk ohälsa och personer inom socialpsykiatri kan vara grupper som också bör ingå.

Personer med psykisk ohälsa är bredare och fångar upp fler personer än funktionsnedsättning. För att fånga upp personer i tidig fas kan "riskbruk" läggas till i texten.

Förslagsvis kan målgruppen formuleras:

- Personer med psykisk ohälsa samt riskbruk, missbruk och beroende.

### Synpunkter på avsnitten 9.1 - 9.6

#### 9.1 Öka hälsofrämjande och förebyggande insatser

#### 9.2 Ökad tillit och stark samverkan mellan huvudmännen.

#### 9.3 Stärk kontinuitetsvården och samordningen mellan huvudmännen.

#### 9.4 Utveckla Personcentrerat arbetssätt

#### 9.5 Utveckling av arbetssätt med stöd av digitalisering

#### 9.6 Utveckling av mobila vård/team över organisationsgränser

#### **9.1 Öka hälsofrämjande och förebyggande insatser**

Alingsås kommun ser att det hälsofrämjande och förebyggande arbetet är viktigt och att vi gemensamt behöver utveckla områden inom folkhälsan. De beskrivna områdena behöver dock förtydligas

- Social hållbarhet behöver förtydligas.
- Stöd för individens egenvård
- Stöd till anhöriga/närstående
- Socialsamhället och frivilliga/volontärverksamhet – Det är oklart vad som avses med socialsamhället. Förslagsvis kan området beskrivas som "civilsamhället".

## 9.2 Ökad tillit och stark samverkan mellan huvudmännen

Några exempel där stark samverkan mellan huvudmännen har lyfts fram:

- Attityd- och kulturförändring för en god och nära vård som främjar samverkan
- Kunskap om styrning och ledning av hälso-och sjukvård respektive socialtjänst för chefer i kommuner och regioner för att underlätta samverkan.
- Personcentrerat bemötande – Området behöver förtydligas och utvecklas. Följande formulering föreslås:  
"Personcentrerat förhållningssätt som bygger på partnerskap med den enskilde".
- Digitalt bemötande – Området behöver förtydligas. Förslagsvis kan följande formulering användas "Digitalt arbetssätt som är användarvänligt och inkluderande för den enskilde och medarbetaren".

## 9.3 Stärkt kontinuitetsvården och samordningen mellan huvudmännen

I rubriken används ordet kontinuitetsvården som normalt inte används i dessa sammanhang. Förslagsvis kan rubriken formuleras: "**Stärkt kontinuitet och samordning mellan huvudmän**"

### 9.3.1 Fast vårdkontakt och fast läkarkontakt

Fast vårdkontakt och fast läkarkontakt i primärvården är de enda samordnarfunktioner som är lagreglerade och därför föreslås att ordet **bör** ersättas med **skall** i texten.

Förslag till formulering: "En fast vårdkontakt **skall** kunna bistå den enskilde i att samordna vårdens insatser, informera om vårdsituationen, förmedla kontakter och vara den enskildes kontaktperson för andra delar av hälso-och sjukvården samt för socialtjänst och andra myndigheter."

### 9.4 Utveckla Personcentrerat arbetssätt

Utgångspunkten för samordnad individuell plan (SIP) är den enskildes berättelse. I förslaget formuleras utgångspunkten som den enskildes berättelse om sin sjukdom.

- Stöd, vård och omsorgsinsatser innebär därför ett partnerskap mellan den enskilde/anhöriga/närstående och professionella verksamhetsföreträdare och utgångspunkten är den enskildes berättelse om **sin sjukdom**.

I personcentrerat arbetssätt betonas hälsofrämjande synsätt och vikten av att lyfta fram den enskildes resurser och förmågor.

Förslagsvis kan stycket formuleras:

- "Stöd, vård och omsorgsinsatser innebär därför ett partnerskap mellan den enskilde/anhöriga/närstående och professionella verksamhetsföreträdare och utgångspunkten är den enskildes berättelse om **sin hälsosituation, sina behov, resurser och förmågor**".

Övrig synpunkt: Det behöver förtydligas att den enskilde ibland behöver företräddas av annan person.

## 9.6 Utveckling av mobila vård/team över organisationsgränser

Mobil närvård bygger på att kommunen står för basverksamheten och dygnet runt-funktionen samt arbetar tätt tillsammans med specialistteam och hemsjukvårdsläkare.

Begreppet **basverksamhet** är nytt och stämmer inte överens med det begrepp som finns i hälso- och sjukvårdsavtalet. Alingsås kommun föreslår att texten har samma formulering som hälso- och sjukvårdsavtalet.

Modellen förutsätter ett väl fungerande samarbete och gemensam **ledning** mellan kommun, vårdcentraler och sjukhus.

Förslagsvis ändras formuleringen till: Modellen förutsätter en välfungerande samverkan och gemensam **riktning** mellan kommun, vårdcentraler och sjukhus.

## Synpunkter på avsnitt

### 10 Stärk grundläggande förutsättningar i samverkan

I punkterna 10.1 - 10.3 saknas patientperspektivet.

10.2 I texten förutsätts att alla kommuner ansluter sig till option 3. Alingsås kommun har endast tecknat sig för option 1.

## Övergripande synpunkter och övrigt

En övrig synpunkt är att Vårdanalys har bytt namn till Vård-och omsorgsanalys (punkt 3.2 sid. 3.)

Hela dokumentet behöver språkligt granskas. Delarna behöver harmonisera bättre med varandra.





REMISSVERSION

# STRATEGI

## Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård

Gällande länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen

Riktat sig till; vård och omsorg, socialtjänst, kommunalt och regionalt finansierad hälso- och sjukvård, skolverksamheterna, tandvård samt hälsofrämjande och förebyggande områden.



## Innehåll

1	Inledning: Tillsammans för en hållbar omställning till en god och nära vård .....	2
2	Begreppet god och nära vård.....	3
3	Varför behövs en omställning för en god och nära vård? .....	3
3.1	Utmaningar inom demografin .....	3
3.2	Bristande samordning.....	3
3.3	Ekonomi .....	4
4	Syfte .....	4
5	Parter .....	5
6	Giltighetstid.....	5
7	Målbild Västra Götaland .....	5
8	Prioriterade målgrupper.....	6
9	Sex steg för att förändra och utveckla arbetssätt i samverkan.....	6
9.1	Öka hälsofrämjande och förebyggande insatser .....	7
9.2	Ökad tillit och stark samverkan mellan huvudmännen.....	7
9.3	Stärk kontinuitetsvården och samordningen mellan huvudmännen. ....	8
9.3.1	Fast vårdkontakt och fast läkarkontakt .....	8
9.3.2	Fast omsorgskontakt.....	8
9.3.3	Samordnad individuell plan, SIP.....	8
9.3.4	Patientkontrakt.....	9
9.4	Utveckla Personcentrerat arbetssätt.....	9
9.5	Utveckling av arbetssätt med stöd av digitalisering .....	9
9.6	Utveckling av mobila vård/team över organisationsgränser.....	10
10	Stärk grundläggande förutsättningar i samverkan.....	10
10.1	Digitala hjälpmedel/välfärdsteknik .....	11
10.2	Framtidens vårdinformationsmiljö, FVM.....	11
10.3	Kunskapsstyrning och kompetensutveckling i samverkan.....	11
10.4	Kompetensförsörjning .....	12
10.5	Verksamhetsutveckling och implementering .....	12
11	Gemensamt ansvar - Ledning och styrning.....	13
12	Från Färdplan - länsgemensam strategi till genomförande.....	13
13	Uppföljning och analys.....	14



## 1 Inledning: Tillsammans för en hållbar omställning till en god och nära vård

Alla som bor och verkar i Västra Götaland ska kunna leva ett gott liv. Nyckeln till Västra Götalands långsiktiga attraktivitet och konkurrenskraft är vår gemensamma förmåga att vara innovativa och ställa om till ett hållbart samhälle.

Syftet med en omställning till en god och nära vård är att främja hälsan hos befolkningen och utveckla vård och omsorg tillsammans, utifrån den enskildes behov. Omställningen ska också bidra till att utveckla samverkanskulturen och öka tilliten mellan huvudmännen.

Färdplanen den länsgemensamma utvecklingsstrategin är en övergripande strategi som ska bidra till Västra Götalands utveckling inom hälsa, vård och omsorg. Färdplanen innehåller de områden som vi gemensamt prioriterar att kraftsamla kring. Den beskriver målbild, förändrade arbetssätt och förutsättningar för utvecklingen, där takten i omställningen mot en god och nära vård behöver öka fram till 2030. Vi har olika ansvar, resurser och kunskaper, utvecklingsstrategin ska bidra till ett kraftfullt genomförande.

Ingen kan lösa dessa utmaningar på egen hand, men tillsammans kan vi bidra till en omställning mot en god och nära vård.

Vi har i färdplanen valt att använda begreppet *den enskilde*; med det menar vi individ, patient, brukaren, eleven eller invånare.

## 2 Begreppet god och nära vård

Nära vård är ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg. Den nära vården är inte en ny organisationsnivå, det är heller inte en benämning på dagens primärvård. Nära vård är snarare ett nytt synsätt och ett arbetssätt som ser annorlunda ut mot det vi idag har i Västra Götaland.

Den närmsta vården är det som den enskilde kan ge sig själv: egenvården och det stöd kommuner och regionen kan ge för att möjliggöra det. Den nära vården har primärvården (region och kommunalt finansierad hälso- och sjukvård) som bas, vilket innebär ett skifte från dagens sjukhusbaserade vård. Delar av den kommunala socialtjänsten, sjukhusvård, specialiserad öppenvård, ungdomsmottagning, elevhälsa, civilsamhället men även statliga myndigheter blir del av den nära vården. *Källa: SKR*

Hälso- och sjukvården består av många organisationer och den nära vården innehåller hela eller delar av dessa verksamheter, den inkluderar också övergångarna och hur väl vi förmår att överbrygga dessa och skapa en god och nära vård för den enskilde. För att klara det skapar vi nya arbetssätt så som mobila team, använder e-hälsans möjligheter, arbetar mer preventivt och proaktivt samt möter problemen uppströms.

## 3 Varför behövs en omställning för en god och nära vård?

### 3.1 Utmaningar inom demografin

Den stora ökningen av de som är 80 år och äldre, kombinerat med en relativt sett lägre ökning av de som är i arbetsför ålder leder till att hälso- och sjukvården i kommun- och regionsektorn inte kommer att kunna anställa personal i den utsträckning som det demografiska behovet medför. Det innebär att alla måste utveckla effektivare arbetssätt, verksamheten måste bli mer teknik- och digitaliseringsintensiv och samverkan mellan vårdgivare måste öka.

### 3.2 Bristande samordning

Vårdanalys har tidigare uppskattat att cirka en miljon människor i Sverige behöver insatser från flera aktörer, samtidigt som de har nedsatt förmåga att själva samordna sitt stöd, sin vård och omsorgsinsatser. Men vården och omsorgen har inte organiserats för att möta den enskilde med sådana komplexa behov. Den medicinska och tekniska utvecklingen har bidragit till att sjukvården blivit mer specialiserad vilket innebär att den enskilde kan

behöva komma i kontakt med allt fler instanser för att få hjälp med sina problem.

Mycket tyder på att samordningen i Sverige brister. I jämförelse med andra länder anser till exempel en mindre andel av de svenska patienterna att de får hjälp av sin ordinarie läkare eller annan vårdpersonal att planera vården som andra verksamheter ger. Endast drygt hälften svarar att de får denna hjälp, jämfört med 80 procent i länderna med bäst resultat. Inom socialtjänsten saknas dessvärre större studier av hur brukarna uppfattar samordningen men intervjuer med verksamhetsföreträdare vittnar om samordningsbrister även inom detta område. (Vårdanalys)

Bristande samordning bidrar ofta till en försämrad upplevelse för patienter och brukare samt till sämre stöd, vård och omsorg. När samordningen brister vältras dessutom ansvaret för att koordinera insatserna över på patienten, brukaren eller dennes närstående. Till exempel har samordningen kring äldre med flera kroniska sjukdomar och barn med funktionsnedsättning lyfts fram som områden med stora brister där anhöriga får bära ett stort ansvar.

### 3.3 Ekonomi

Omställningen mot god och nära vård, den pågående digitaliseringen samt att vi måste minska väntetider och öka produktiviteten inom hälso- och sjukvården ställer stora krav på resursfördelningen. Arbetet måste vara långsiktigt. En resursöverföring från sjukhusvård till primärvård handlar inte enbart om ekonomi. Det handlar även om en succesiv överföring eller att tillgängliggöra resurser och kompetenser för såväl vårdverksamhet som utbildning via nya arbetssätt och tekniska lösningar.

Att följa det ekonomiska perspektivet över tid under den pågående omställningen är av största vikt, samtidigt bör det ekonomiska perspektivet kompletteras med personella och en löpande beskrivning av resurssättningen för att möjliggöra en transparent process.

Välfärdens resurser ska räcka till mycket, vår demografiska situation visar på fler äldre och färre i arbetsför ålder de kommande åren.

## 4 Syfte

Syftet med en omställning till en god och nära vård är att främja hälsan hos befolkningen och utveckla vård och omsorg tillsammans, utifrån den enskildes behov. Omställningen ska också bidra till att utveckla samverkanskulturen och öka tilliten mellan huvudmännen.



Färdplan - läns gemensam strategin för god och nära vård är en övergripande strategi och ska bidra till Västra Götalands utveckling inom hälsa, vård och omsorg. Den innehåller de områden som vi gemensamt prioriterar att kraftsamla kring.

Följande politiska prioritering ska vara vägledande i framtagandet av färdplanen och Hälso- och sjukvårdsavtalet:

1. Vad blir bäst för brukaren/patienten?
2. Vad är bästa sättet att använda våra skattemedel ur ett samhälls-/invånarperspektiv?
3. Behöver vi överenskommelser eller avtal för att stödja detta?

## 5 Parter

Parterna är länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen och riktar sig mot; vård och omsorg, socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård, skolverksamheterna, regional primärvård, specialistvård, tandvård samt hälsofrämjande och förebyggande områden.

## 6 Giltighetstid

Målsättningen är att färdplanen ska vara långsiktig och ange färdriktningen mot 2030. Avstämning med fördjupad uppföljning ska ske 2024 och 2028.

## 7 Målbild Västra Götaland

Målbilden ska ge en vägledning för hur vår samverkan kring hälsa, vård och omsorg i Västra Götaland ska vara utformad för att ge våra invånare förutsättningar för ett bra liv.

### En god och nära vård (SKR:s målbild)

- utgår från individuella förutsättningar och behov.
- bygger på relationer, är hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv.
- bidrar till jämlik hälsa, trygghet och självständighet och grundas i gemensamt ansvarstagande och tillit. \*

\*korrigering nov 2022



## 8 Prioriterade målgrupper

Prioriterade målgrupper i den nära vården är personer som behöver insatser från både region och kommun:

- Barn och unga
- Äldre
- Personer med psykisk funktionsnedsättning samt missbruk och beroende

## 9 Sex steg för att förändra och utveckla arbetssätt i samverkan

För att uppnå den övergripande målbilden för god och nära vård behöver stöd, vård och omsorgsstrukturen förändras. Förstärkning av en mer god och nära vård behöver ske i tätt samspel mellan huvudmännen som har ansvar för samma invånare.

### Sex förändrade arbetssätt:

1. Öka hälsofrämjande och förebyggande insatser
2. Ökad tillit mellan huvudmännen – stärk samverkanskulturen
3. Stärk kontinuitet och samordningen mellan huvudmännen
4. Utveckla personcentrerad arbetssätt
5. Utveckling av arbetssätt med stöd av digitalisering
6. Utveckling av mobila vård/team över organisationsgränser

En omställning till god och nära vård innebär ett förändrat förhållningssätt, där det sker en förflyttning i såväl förhållningssätt som i sättet att arbeta.

### FÖRFLYTTNING

... från sluten vård till öppen vård  
... till mer hälsofrämjande och förebyggande insatser  
...till ökad kontinuitet och samordning  
...till ökad tillit och stark samverkan  
...till mer personcentrerad vård och omsorg  
...till mer tillgänglig vård, t ex genom digitalisering

**GOD OCH  
NÄRA VÅRD**

## 9.1 Öka hälsofrämjande och förebyggande insatser

Förbättrad hälsa skapar stora vinster, både för den enskilde och för samhället i stort. Minskade hälsoklyftor och bättre möjligheter till utbildning för barn, unga och vuxna är viktiga beståndsdelar i ett robust och öppet Västra Götaland.

Tidiga insatser för att ge barn och unga goda förutsättningar att klara grundskolan och gymnasiet betyder mycket för deras välmående och möjlighet till framtida försörjning och god hälsa där elevhälsan har en viktig roll.

Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet är också viktigt för att hälso- och sjukvårdssystemet ska vara hållbart när fler lever längre med kroniska sjukdomar och vi får en äldre befolkning. Arbetet behöver få en högre prioritering i det vardagliga arbetet i hälso- och sjukvården och inom den kommunala vård och omsorgen.

Vi behöver gemensamt utveckla områden inom folkhälsan

- social hållbarhet
- stöd för individens egenvård
- stöd till anhöriga/närstående
- socialsamhället och frivilliga/volontärverksamhet.

Den digitala utvecklingen kan bidra till såväl förebyggande som hälsofrämjande insatser. Alla människor ska ha möjlighet till ökad kontroll över sin egen hälsa, att kunna fatta informerade beslut och i större utsträckning klara sig själva. Olika digitala stödprogram, egenmonitorering och lättillgänglig information är exempel på nya arbetssätt.

Respektive huvudman bör synliggöra de insatser som görs, gemensamma aktiviteter för att öka tillgängligheten av hälsofrämjande insatser för prioriterade målgrupper ska tas fram.

## 9.2 Ökad tillit och stark samverkan mellan huvudmännen

En av de viktigaste åtgärderna för att öka kraften i genomförandet är en organisationskultur baserad på tillit. Alla grupper i samverkan bör tydliggöra och skapa förutsättningar för en stark samverkan med tillit som grund. I detta arbete krävs att struktur som hänger samman och att avtal och andra styrande dokument speglar en vilja av samsyn, samverkan och tillit.

Några exempel från Socialstyrelsen som har lyfts fram särskilt som stöd för omställning mot en god och nära vård är följande:



- Attityd- och kulturförändring för en god och nära vård som främjar samverkan
- Kunskap om styrning och ledning av hälso- och sjukvård respektive socialtjänst för chefer i kommuner och regioner för att underlätta samverkan
- Personcentrerat bemötande
- Digitalt bemötande

## 9.3 Stärkt kontinuitet och samordningen mellan huvudmännen

Vi behöver säkerställa kontinuiteten inom stöd, vård och omsorgsprocesser. I god och nära vård spelar kontinuitet en viktig roll, främst för den enskilde men också för verksamhetens effektivitet. När kontinuiteten brister är det sannolikt att den enskilde söker stöd, vård och omsorg i högre utsträckning. Genom kontinuitet i vård- och stödkontakten möjliggörs en relation som skapar tillit och trygghet hos den enskilde. Det ökar förutsättningarna för god och säker vård och omsorg. Det är särskilt angeläget för multisjuka i alla åldrar.

### 9.3.1 Fast vårdkontakt och fast läkarkontakt

Fast vårdkontakt och fast läkarkontakt i primärvården är de enda samordnarfunktioner som är lagreglerade. Den fasta läkarkontakten samordnar vården mellan olika vårdenheter. En fast vårdkontakt bör kunna bistå den enskilde i att samordna vårdens insatser, informera om vårdsituationen, förmedla kontakter och vara den enskildes kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården samt för socialtjänst och andra myndigheter.

### 9.3.2 Fast omsorgskontakt

Med en fast omsorgskontakt i hemtjänsten kan stödet och hjälpen bättre anpassas till den enskildes behov och önskemål. Om rollen ges vissa förutsättningar kan den bidra till bättre kontinuitet och ökad trygghet för såväl omsorgstagare, som anhöriga och personalen. Samordningsvinster kan uppnås då den fasta omsorgskontakten utgör en viktig informationskälla till anhöriga, närstående, arbetslaget och andra professioner inom vården och omsorgen.

### 9.3.3 Samordnad individuell plan, SIP

Samordnad individuell plan, SIP är ett dokument och ett verktyg för samverkan, som ger en samlad beskrivning av den enskildes pågående och planerade insatser, från kommun och region samt andra aktörer. Alla ska ha möjlighet att leva ett tryggt, meningsfullt och självständigt liv. Inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola och elevhälsa ställs det stora krav på

samordning. Arbetssätt som skapar tydlighet och överblick leder till förbättrad patientsäkerhet och tidsvinster.

Inom ramen för arbetet med den läns-gemensamma utvecklingsstrategin ska den samordnade individuella planen, fast läkarkontakt, fast vårdkontakt samt fast omsorgskontakt utvecklas och stärkas.

### **9.3.4 Patientkontrakt**

Patientkontrakt görs i första hand vid planering inom regionen och en SIP genomförs när det krävs samverkan mellan region och kommun.

## **9.4 Utveckla Personcentrerat arbetssätt**

I vården pågår en förändring i riktning mot ökad personcentrerat arbetssätt. Inriktningen syftar till att se en person med unika behov, erfarenheter och mänskliga resurser. En patient får inte objektifieras till en sjuk kropp, ett tillstånd eller en diagnos. Stöd, vård och omsorgsinsatser ska planeras i samförstånd med den enskilde med ohälsa samt att vård och omsorgsrelationen ska bygga på partnerskap med den enskilde.

I beskrivningar av personcentrerad vård betonas att personer med någon form av ohälsa, risk för ohälsa eller funktionshinder inte främst bör betraktas utifrån ohälsotillståndet eller funktionshindret utan istället att i högre grad fokusera på de resurser varje person har och vad det innebär att vara människa och i behov av vård och omsorg.

Stöd, vård och omsorgsinsatser innebär därför ett partnerskap mellan den enskilde/anhöriga/närstående och professionella verksamhetsföreträdare och utgångspunkten är den enskildes berättelse om sin sjukdom. Med den som utgångspunkt görs en samordnad individuell plan (SIP) där båda parter är delaktiga i processen med mål och strategier för genomförande och uppföljning på kort och lång sikt. Delaktighet är en grundläggande aspekt i personcentrerat arbetssätt och innebär bland annat att det finns utrymme för den enskilde att uttrycka frågor och eventuell oro. En person kan vara delaktig i vårdprocessen och beslut i olika hög grad och som professionell är det viktigt att i kommunikationsprocessen vara lyhörd för varje persons preferenser.

## **9.5 Utveckling av arbetssätt med stöd av digitalisering**

Teknisk utveckling, digitalisering och automation är starka drivkrafter i utvecklingen av vård och omsorg. Nya arbetssätt och verktyg inom e-hälsoområdet utgör ett viktigt stöd och vård och omsorgen behöver utvecklas och organiseras gemensamt för att säkerställa kontinuitet, trygghet och resurseffektivitet.

## 9.6 Utveckling av mobila vård/team över organisationsgränser

Att utveckla mobila lösningar som ersättning för akut och inneliggande vård samt utvecklingen av öppenvården generellt är en del av utvecklingen mot en mer god och nära vård.

Mobil närvård bygger på att kommunen står för basverksamheten och dygnet runt-funktionen samt arbetar tätt tillsammans med specialistteam och hemsjukvårdsläkare. Vården ges i hemmet och utgår alltid från den enskildes behov. Syftet är att skapa ökad upplevelse av trygghet och nöjdhet, bättre utnyttjande av gemensamma resurser samt minska behov av slutenvård. Modellen förutsätter ett väl fungerande samarbete och gemensam ledning mellan kommun, vårdcentraler och sjukhus.

## 10 Stärk grundläggande förutsättningar i samverkan

För att utveckla en god och nära vård i samverkan finns det grundläggande förutsättningar som behöver stärkas för att kunna genomföra de förändringar som krävs.



## 10.1 Digitala hjälpmedel/välfärdsteknik

Digitaliseringen genomsyrar dagens samhälle. Rätt använd kan digitaliseringen bidra till att öka tillgängligheten och patientsäkerheten.

Digitaliseringen kan skapa bättre förutsättningar för den enskilde att få tillgång till information och vara delaktiga. Samtidigt ökar behovet av att ta hänsyn till bedömningar av risk, etik och sårbarhet, bland annat kopplat till personlig integritet. Med hjälp av sammanhållna och användarvänliga IT-stöd kan information presenteras och överföras på ett säkrare och effektivare sätt och säkerställa koordinerade insatser till den enskilde. Därmed kan personal inom stöd, vård och omsorg, oberoende av geografiska, organisatoriska eller tekniska gränser, planera och utföra insatser av hög kvalitet.

För personalen ska e-hälsolösningar vara ett konkret stöd. De ska göra det enklare att fatta beslut, minska administrationen och ge mer tid till det personliga mötet med patienter och brukare.

Stöd och behandling via digitala tjänster samt digitala vårdmöten är redan etablerade arbetssätt. Dock behöver tjänsterna vidareutvecklas och bli en del av allas vardag. En samordnad utveckling behövs i länet.

## 10.2 Framtidens vårdinformationsmiljö, FVM

Är ett omfattande och långsiktigt förändringsprogram som syftar till att skapa en modern vårdinformationsmiljö i Västra Götaland. FVM består av ett antal projekt och uppdrag som alla arbetar med att förbereda införandet av vårdinformationssystemet Millennium under 2022–2023. Systemet innehåller bland annat journaldokumentation och en gemensam läkemedelslista för varje patient. För att hälso- och sjukvården ska få så stor nytta som möjligt av det nya IT-stödet krävs gemensamma processer och arbetssätt över organisatoriska gränser.

## 10.3 Kunskapsstyrning och kompetensutveckling i samverkan

För att säkerställa kvaliteten i god och nära vård är det angeläget med löpande kompetensutveckling inom kommunal och regionalt finansierad primärvård. Det gäller alla personalkategorier. Utbildningssatsningar behöver gemensamt struktureras så att de enklare kan integreras och bidra till nya arbetssätt.

Kunskapsstyrning handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom vård och omsorg och omfattar områdena; kunskapsstöd, uppföljning och analys. Arbetet med Framtidens vårdinformationsmiljö (FVM) och digital teknik kommer att utveckla sättet som kunskap görs tillgängligt och inhämtning av data för uppföljning.

Förutom att ta fram kunskapsstöd och implementera dem, behövs metoder för att omsätta ny kunskap till praktiskt arbete och analysera resultat som sedan omsätts och integreras i löpande förbättringsarbete och lärande på ett systematiskt sätt.

En gemensam, långsiktig och stabil struktur för kunskapsutveckling i länet ska ingå i arbetet framöver.

Kunskaps- och beslutsstöd behöver vara integrerade i de system som används i vårdens vardag. Vårdnära administrativa stöd ska vara ändamålsenliga och användarvänliga för att komma till nytta. Nya former för kunskapsutveckling som stödjer en god och säker, tillgänglig och effektiv vård och omsorg för invånarna i Västra Götaland bör tas fram och kopplas till nationella och regionala riktlinjer.

## 10.4 Kompetensförsörjning

Vi behöver lösa vårdens och omsorgens kompetensförsörjning på ett långsiktigt, hållbart sätt och säkerställa att verksamheten har tillgång till medarbetare med rätt kompetens. Vi behöver gemensamt bedöma tillgång och efterfrågan på personal och erbjuda kompetensutveckling och utbildningsstöd till våra medarbetare. Att attrahera och behålla kompetens är en gemensam investering. En samlad dialog med utbildningsanordnare och planering av verksamhetsförlagd utbildning stärker vård- och omsorgsområdet som helhet. Det gör vi för att invånarna i Västra Götaland ska få tillgång till god vård på lika villkor.

## 10.5 Verksamhetsutveckling och implementering

Verksamhetsnära forskning och utveckling, med aktiv medverkan av den enskilde, kan tillsammans skapa förutsättningar för en kunskapsbaserad och nära vård. Medarbetarens och patients/brukare/elevens medverkan i utvecklingen av god och nära vård är en förutsättning för att utveckla innovativa lösningar och nya arbetssätt.

För att nya verktyg och arbetssätt ska få genomslag krävs implementering. Det räcker sällan med att upprätta riktlinjer för att få genomslag inom verksamheterna. En ny riktlinje och/eller rutin måste förankras lokalt för att implementeringen ska lyckas.

Vi behöver utveckla utförandet av stöd, vård och omsorg inom god och nära vård utifrån målgrupp och behov.

## 11 Gemensamt ansvar - Ledning och styrning

Huvudmän och vårdgivare behöver utveckla ett samarbete som upplevs gränslöst för den enskilde för att säkerställa ett gott stöd och en god vård och omsorg. Inblandade – regionens olika verksamheter och kommunen, genom social- och skolförvaltning med flera – har ett särskilt ansvar att leda arbetet tillsammans. Brist på tillit mellan huvudmännen försvårar uppdraget till att utveckla en god och nära vård. Den samlade ledningen och styrningen behöver karaktäriseras av helhetssyn, samarbete och tillit, i såväl struktur som kultur och faktiska beslut.

Ledarskapet och dialogens betydelse är viktig för att skapa förutsättningar för mod, vilja och uthållighet hos chefer och medarbetare i de förändringar som krävs.

Inom Västra Götaland finns sen flera år tillbaka en utvecklad samverkan inom Vårdsamverkan mellan kommunerna och Västra Götalandsregionen. Samrådsorganet (SRO) samt Vårdsamverkan Västra Götaland, VVG, är den regionala ledningsstrukturen för samverkan mellan länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen. Det finns sex delregionala vårdsamverkansområden. Samverkan behöver ske på flera organisatoriska nivåer: länsgemensam, delregional och lokal nivå.

## 12 Från Färdplan - länsgemensam strategi till genomförande

Den länsgemensamma utvecklingsstrategin är ett dokument som anger inriktningen av utvecklingen inom god och nära vård för alla berörda aktörer och målgrupper. Till den länsgemensamma utvecklingsstrategin kopplas handlingsplaner fram utifrån målgrupp med gemensamt framtagna aktiviteter, mål och indikatorer.

På delregional nivå är uppdraget att vara ett stöd i implementering och uppföljning samt upprätta struktur för samverkansarenor mellan kommunerna och VGR på delregional och lokal nivå

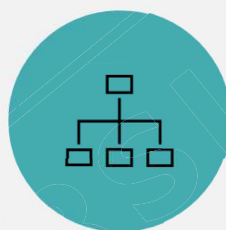
Det är på lokal nivå; det där som det verkligen händer: utveckling av nya arbetssätt, implementering sker och utveckling av god och nära vård genomförs och utvärderas gemensamt.



Kommuner och regionen behöver fortsätta utveckla ett samarbete som upplevs gränslöst för den enskilde för att säkerställa en god hälsa, vård och omsorg. Samarbetet behöver stärkas och utvecklas på lokal nivå och bli en del av det vardagliga arbetet.

**LÄNSGEMENSAM  
UTVECKLINGSSTRATEGI**

Inriktningen

**HANDLINGSPLANER  
UTIFRÅN MÅLGRUPP**Aktiviteter, mål och  
indikatorer**DELREGIONAL NIVÅ**Stöd och struktur i  
implementering och  
uppföljning**LOKAL NIVÅ**  
utveckling av nya arbetssätt,  
implementering skerUtveckling av god och nära  
vård genomförs och  
utvärderas gemensamt

## 13 Uppföljning och analys

Utifrån den länsgemensamma utvecklingsstrategin ska förslag till partsgemensam analys och uppföljning tas fram. Målsättningen att kunna följa utvecklingen mot en god och nära vård.

Verksamheternas tillgång till gemensamma data för uppföljning, prioritering och förbättringsarbete är en viktig utvecklingsfråga. Inom ramen för SKR pågår ett arbete med att ta fram förslag till indikatorer inom nära vård.

Ytterligare sätt att följa arbetet är att analysera de avvikelser som sker i samverkanssituationer. Ett gemensamt avvikelssystem finns nu etablerad (MedControl) och dessa analyser blir en viktig del av uppföljningen av utvecklingen mot en god och nära vård.

Förslag till indikatorer och process för gemensam analys kompletteras under 2021

2021-12-07

§ 82 2021.231 VON

**Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård****Ärendebeskrivning**

Alla som bor och verkar i Västra Götaland ska kunna leva ett gott liv. Nyckeln till Västra Götalands långsiktiga attraktivitet och konkurrenskraft är vår gemensamma förmåga att vara innovativa och ställa om till ett hållbart samhälle. Syftet med en omställning till en god och nära vård är att främja hälsan hos befolkningen och utveckla vård och omsorg tillsammans, utifrån den enskildes behov. Omställningen ska också bidra till att utveckla samverkanskulturen och öka tilliten mellan huvudmännen.

Färdplanen är en övergripande länsgemensam strategi som ska bidra till Västra Götalands utveckling inom hälsa, vård och omsorg. Färdplanen innehåller de områden som vi gemensamt prioriterar att kraftsamla kring. Den beskriver målbild, förändrade arbetssätt och förutsättningar för utvecklingen, där takten i omställningen mot en god och nära vård behöver öka fram till 2030. Vi har olika ansvar, resurser och kunskaper, utvecklingsstrategin ska bidra till ett kraftfullt genomförande.

Berörda nämnder och styrelser i Västra Götalandsregionen och samtliga kommuner i Västra Götaland skall lämna remissvar senast 31 december 2021. Alingsås kommun lämnar ett samlat svar där Barn- och ungdomsförvaltningen, Socialförvaltningen och Vård- och omsorgsförvaltningen har bidragit med synpunkter och kommentarer.

**Beredning**

Barn- och ungdomsförvaltningen, Socialförvaltningen och Vård- och omsorgsförvaltningen har haft dialog kring remissversion Strategi Färdplan Länsgemensam strategi för god och nära vård. Synpunkter och kommentarer har lämnats under rubrikerna Prioriterade målgrupper, Sex steg för att förändra och utveckla arbetssätt i samverkan samt en kommentar under Övrigt. Hela remissvaret finns att läsa i bifogad arbetsmall Färdplan.

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

1. Vård- och omsorgsnämnden godkänner remissvar till Färdplan Länsgemensam strategi för god och nära vård.
2. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att lämna remissvar till Färdplan Länsgemensam strategi för god och nära vård.

**Expedieras till**

Barn-och ungdomsnämnden

Socialnämnden



2021-12-07

				Utdragsbestyrkande
--	--	--	--	--------------------

Vård- och  
omsorgsnämndens budget  
2022

8

2021.232 VON

Datum: 2021-12-06  
Handläggare: Henrik Larsson  
Direktnr:  
Diariernr: 2021.232 VON

Vård- och omsorgsnämnden

## Vård- och omsorgsnämndens budget 2022-2024

### 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.

Identifierade utmaningar och prioriteringar för nämnden under året är framför allt att stärka ekonomistyrningen, personal- och kompetensförsörjning, digitalisering och närvårdsamverkan.

Nämnden gav i en av beslutsraderna i 2021 års budget ett tydligt uppdrag till förvaltningen att "säkerställa att den politiska viljan efterlevs med ökat fokus på ekonomistyrning så att nämndens verksamhet bedrivs på ett kostnadseffektivt sätt". Flera åtgärder har initierats under 2021 som får bäring även på 2022. Exempel på detta är införande av digitalt planeringsverktyg inom hemtjänsten, ny förenklad ersättningsmodell för hemtjänsten och ny ersättningsmodell inom personlig assistans. Under 2022 fortsätter resan mot en mer kostnadseffektiv verksamhet där nämnden vill att förvaltningen ökar sin omställningshastighet i de verksamheter där antalet insatser varierar över tid. På uppdrag av nämnden kommer förvaltningen under året att implementera nya digitala verktyg för att bättre följa upp verksamheten. Därmed kommer förvaltningen att ha större förutsättningar att styra sin verksamhet gällande personal, kvalitet och ekonomi.

### Ekonomisk bedömning

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

### Förslag till beslut

1. Vård- och omsorgsnämndens budget 2022-2024 antas.
2. Vård och omsorgsnämnden ger förvaltningen i uppdrag att bedriva nämndens verksamhet på ett kostnadseffektivt sätt med hög kvalitet, för att på så sätt säkerställa att nämnden klarar den demografiska utvecklingen.
3. Vård- och omsorgsnämnden ger förvaltningen ett förnyat uppdrag att genomlysna riktlinjerna för beslut enligt LSS.

**Beslutet ska skickas till**

Kommunstyrelsen  
Kommunledningskontoret  
Vård- och omsorgsförvaltningens avdelningschefer

Anita Hedström  
Förvaltningschef

Henrik Larsson  
Avdelningschef Förvaltningskontoret

2021-12-07

§ 83 2021.232 VON

**Vård- och omsorgsnämndens budget 2022****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**

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

Identifierade utmaningar och prioriteringar för nämnden under året är framför allt att stärka ekonomistyrningen, personal- och kompetensförsörjning, digitalisering och närvårdsamverkan.

Nämnden gav i en av beslutsraderna i 2021 års budget ett tydligt uppdrag till förvaltningen att "säkerställa att den politiska viljan efterlevs med ökat fokus på ekonomistyrning så att nämndens verksamhet bedrivs på ett kostnadseffektivt sätt". Flera åtgärder har initierats under 2021 som får bäring även på 2022. Exempel på detta är införande av digitalt planeringsverktyg inom hemtjänsten, ny förenklad ersättningsmodell för hemtjänsten och ny ersättningsmodell inom personlig assistans. Under 2022 fortsätter resan mot en mer kostnadseffektiv verksamhet där nämnden vill att förvaltningen ökar sin omställningshastighet i de verksamheter där antalet insatser varierar över tid. På uppdrag av nämnden kommer förvaltningen under året att implementera nya digitala verktyg för att bättre följa upp verksamheten. Därmed kommer förvaltningen att ha större förutsättningar att styra sin verksamhet gällande personal, kvalitet och ekonomi.

**Förslag till beslut på sammanträdet**

Eva-Lotta Pamp (M) föreslår att ärendet hänskjuts till vård- och omsorgsnämnden.

**Beslutsgång**

Ordföranden finner att vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott beslutar att bifalla förslag till beslut på sammanträdet.

**Beslut**

Beslutet hänskjuts till vård- och omsorgsnämnden.

2021-12-07

**Expedieras till**

Kommunstyrelsen

Kommunledningskontoret

Vård- och omsorgsförvaltningens avdelningschefer

# Vård- och omsorgs- nämndens budget 2022–2024



**Typ av styrdokument:** Plan

**Beslutande instans:** Vård- och  
omsorgsnämnden

**Datum för beslut:** 2021-12-17

**Gäller för:** Vård- och omsorgsnämnden

**Giltighetstid:** t.om. 2022-12-31

**Revideras senast:** 2022-12-31

**Dokumentansvarig:** Avdelningschef  
Förvaltningskontoret



# Innehåll

Vård- och omsorgsnämndens verksamhet .....	3
Utmaningar och prioriteringar .....	3
Nämndens mål och nyckeltal .....	5
Uppdrag .....	6
Nämndens budget.....	7
Ekonomiska ramar.....	7
Investeringsbudget .....	8
Arbetsmiljö och sjukfrånvaro .....	11
 Bilaga 1 – Internkontrollplan .....	 12
Bilaga 2 – Väsentlighets- och riskanalys .....	14



## Vård- och omsorgsnämndens verksamhet

Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för kommunens verksamhet för äldre personer (över 65 år), personer med funktionsnedsättning som har rätt till insatser enligt LSS, personer med demenssjukdomar, kommunal hälso- och sjukvård samt för personer i livets slutskede.

Vård- och omsorgsnämnden fullgör kommunens uppgifter för sina målgrupper enligt socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och vad som i övrigt i lag sägs om socialnämnd. Vård- och omsorgsnämnden fullgör också kommunens uppgifter enligt lagarna om färdtjänst och riksfärdtjänst, bostadsanpassning och medicintekniska produkter.

Verksamheten består av myndighetsutövning, hemtjänst, korttidsboenden, särskilt boende dagverksamhet för äldre och bostad med särskild service, daglig verksamhet, personlig assistans, korttidsboende för barn- och unga samt ledsagar- och avlösarservice för personer med funktionsnedsättning. Vidare ingår hemsjukvård, rehab, färdtjänst, bostadsanpassning och stöd till anhöriga inom nämndens verksamhetsområde

## Utmaningar och prioriteringar

Vård- och omsorgsnämnden står inför flera utmaningar under budgetperioden 2022–2024.

### **Covid-19**

Coronapandemin har inneburit stora påfrestningar för nämndens verksamhet och pandemin är fortfarande inte över. Nämnden ser därför behov av följa utvecklingen och hantera pandemins konsekvenser både ur ett individuellt och organisatoriskt perspektiv.

### **Ekonomi och demografisk utveckling**

Alingsås står inför en demografisk förändring där det är fler som blir allt äldre och behovet av äldreomsorg kommer öka de kommande femton åren. Samtidigt spås inte intäkter från skatter och bidrag öka i samma omfattning. Nämnden har dessutom de senaste åren haft problem med budgetföljsamheten inom den egna regionen. Utmaningarna ställer krav på effektiviseringar och förändrade arbetssätt i alla verksamheter.

För att stärka förutsättningarna att möta framtidens behov av omsorg har Alingsås kommun tagit fram en strategi för äldreomsorgen som sträcker fram till 2030. Införandet av äldreomsorgsstrategin kommer att påbörjas under året.

### **Personal- och kompetensförsörjning**

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.

För att möta det kommande rekryteringsbehovet genomförs flera aktiviteter. En av de viktigaste är att förvaltningen samverkar med Vård- och omsorgscollege och med Göteborgsregionen.

För att höja språkkompetensen implementeras språkkrav vid rekrytering och arbetet med att införa Språkombud pågår.

### **Digitalisering**

För att kunna möta medborgarnas behov även i framtiden är det viktigt att verksamheten tar tillvara digitaliseringens möjligheter. Under 2022 kommer förvaltningen på allvar att inleda resan mot en mer digitaliserad verksamhet. Detta kommer att ställa stora krav på omställning och förändring av verksamheten.

### **God och Nära vård**

En stor utmaning och ett pågående arbete för nämnden är ställa om och skapa förutsättningar för den kommunala hälso- och sjukvården att kunna möta omställningen till en "God och Nära vård". Förflyttningen till en "God och Nära vård" kommer att ställa krav på nya arbetssätt.

## Nämndens mål och nyckeltal

<b>Prioriterat mål:</b> Alingsåsarna har inflytande, får god service och ett gott bemötande från kommunen.		
<b>Indikator:</b> Andel som tar kontakt med kommunen via telefon som får ett direkt svar på en enkel fråga, (%)		
<b>Nämndens mål</b>	<b>Koppling Agenda 2030</b>	
Andelen som tar kontakt med vård- och omsorgsförvaltningen via telefon och som får ett direkt svar på en enkel fråga ska öka.		
<b>Uppföljning/Nyckeltal</b>	<b>Målvärde 2022</b>	<b>Nuläge 2021</b>
Andel lyckade kontaktförsök där svar på fråga/frågor erhöles, äldre	50%	33%
Andel lyckade kontaktförsök där svar på fråga/frågor erhöles, funktionshinder (handikapp)	50%	33%
Nämndens mål förväntas ha en positiv effekt på indikatorn och på så sätt påverka kommunens prioriterade mål. Nyckeltalet presenteras i december för innevarande år utifrån Profitel servicemätning.		

<b>Prioriterat mål:</b> Alingsåsarna har inflytande får god service och ett gott bemötande från kommunen.		
<b>Indikator:</b> Andel som får svar på e-post inom en dag (%)		
<b>Nämndens mål</b>	<b>Koppling Agenda 2030</b>	
Andelen som skickar e-post till vård- och omsorgsförvaltningen och som får svar inom 1 dygn ska vara 90 procent eller mer.		
<b>Uppföljning/Nyckeltal</b>	<b>Målvärde 2022</b>	<b>Nuläge 2021</b>
Andel som får svar på e-post inom 1 dygn äldre	90%	92%
Andel som får svar på e-post inom 1 dygn, Funktionshinder (Handikapp)	90%	100%
Nämndens mål förväntas ha en positiv effekt på indikatorn och på så sätt påverka kommunens prioriterade mål. Nyckeltalet presenteras i december för innevarande år utifrån Profitel servicemätning.		

<b>Prioriterat mål:</b> I Alingsås finns goda livsmiljöer genom en långsiktig ekologisk, social och ekonomisk hållbar utveckling.		
<b>Indikator:</b> -		
<b>Nämndens mål</b>	<b>Koppling Agenda 2030</b>	
Öka antalet gruppboendeplatser inom LSS.	Mål 11. Hållbara städer och samhällen, delmål 11:3*	
<b>Uppföljning/Nyckeltal</b>	<b>Målvärde 2022</b>	<b>Nuläge 2021</b>
Antal gruppboendeplatser LSS	80	72
Målgruppen funktionshindrade med LSS-beslut med behov av egen bostad växer. Idag är väntetiden för en bostad lång och det är därför viktigt att ytterligare boendeplatser tillskapas inom närmaste åren.		

\* I syfte att utgöra underlag till den årliga uppföljningen av kommunens policy för hållbar utveckling ska nämnden i sin budget i den mån det är relevant koppla an Agenda 2030:s olika delmål till sina mål.

<b>Prioriterat mål:</b> Alingsåsarna har inflytande får god service och ett gott bemötande från kommunen		
<b>Indikator:</b> -		
<b>Nämndens mål</b>	<b>Koppling Agenda 2030</b>	
Andelen nöjda brukare inom Boende LSS som trivs hemma ska vara över riksgenomsnittet.		
<b>Uppföljning/Nyckeltal</b>	<b>Målvärde 2022</b>	<b>Nuläge 2021</b>
Brukarbedömning boende LSS totalt - Brukaren trivs alltid hemma (U28570)	82%	83%
Nämndens mål har betydelse för god ekonomisk hushållning och ska säkerställa en grundläggande kvalitet utifrån nämndens huvudsakliga uppdrag. Nyckeltalet presenteras i december för innevarande år utifrån nationell brukarundersökning funktionshinder, Sveriges kommuner och regioner.		

## Uppdrag

### Utöka självbestämmandet för äldre inom våra verksamheter

Kommunfullmäktige har gett Vård- och omsorgsnämnden i uppdrag att under de kommande åren utöka självbestämmandet för äldre inom kommunens verksamheter.

### Uppföljning av privata utförare

Vård- och omsorgsnämnden ger förvaltningen i uppdrag att öka kontroll och uppföljning av både privata utförare och den egna regin.

### Utveckla former för att mäta brukartid i hemtjänsten

Vård- och omsorgsnämnden ger förvaltningen i uppdrag att kunna mäta tiden hos brukaren av den arbetade tiden i hemtjänsten för både kommunala och enskilda utförare.

### Effektivisera personlig assistans

Vård- och omsorgsnämnden ger förvaltningen i uppdrag att effektivisera personlig assistans.

### Strategi för funktionsstöd 2023–2030

Vård- och omsorgsnämnden ger förvaltningen i uppdrag att arbeta fram en strategi för funktionsstöd.

# Nämndens budget

## Ekonomiska ramar

Belopp i tkr	Budget 2021	Budget 2022	Plan 2023	Plan 2024
Verksamhetens intäkter	193 979	194 228	200 815	208 231
Personalkostnader	-714 212	-716 023	-740 347	-767 689
Lokalhyror	-91 070	-93 000	-95 944	-99 487
Köp av tjänster	-131 710	-161 998	-167 632	-173 823
Övriga kostnader	-75 716	-76 763	-79 395	-82 327
<b>Verksamhetens kostnader</b>	<b>-1 012 708</b>	<b>-1 047 784</b>	<b>-1 083 318</b>	<b>-1 123 327</b>
<b>Verksamhetens nettokostnader</b>	<b>-818 729</b>	<b>-853 556</b>	<b>-882 503</b>	<b>-915 095</b>
Kommunbidrag	818 729	853 556	882 503	915 095
Finansnetto	0	0	0	0
<b>Årets resultat</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Vård- och omsorgsnämndens budget 2021 är en ramökning med 34,8 miljoner vilket är 4,2 procent högre än budget 2021. 5,0 miljoner kompenseras nämnden för befolkningsförändringar, 18 miljoner är kompensation för prishöjningar (index) och 11,5 miljoner är politiska satsningar vilka specificeras nedan.

Vård- och omsorgsnämnden har erhållit följande permanenta tilldelningar

- 5,5 miljoner för det nya kostavtalet
- 6,0 miljoner till ett nytt LSS-boende (Kvarnbacken)

Största kända förändringar på kontogruppernivå mellan 2021 och 2022 är att mer budget läggs på köp av tjänster. Förändringen beror framförallt på en högre andel köpt hemtjänst, ökad kostnad för måltider samt ökade kostnader för IT. Den något måttliga ökningen av personalkostnader beror framförallt på en högre andel köp och effektivisering av hemtjänst.

Nämnden gav i en av beslutsraderna i 2021 års budget ett tydligt uppdrag till förvaltningen att "säkerställa att den politiska viljan efterlevs med ökat fokus på ekonomistyrning så att nämndens verksamhet bedrivs på ett kostnadseffektivt sätt". Flera åtgärder har initierats under 2021 som får bäring även på 2022. Exempel på detta är införande av digitalt planeringsverktyg inom hemtjänsten, ny förenklad ersättningsmodell för hemtjänsten och ny ersättningsmodell inom personlig assistans. Under 2022 fortsätter resan mot en mer kostnadseffektiv verksamhet. Nämnden vill att förvaltningen ökar sin omställningshastighet i de verksamheter där antalet insatser varierar över tid. På uppdrag av nämnden kommer förvaltningen under året även att implementera nya digitala verktyg för att bättre följa upp verksamheten. Därmed kommer förvaltningen att ha större förutsättningar att styra sin verksamhet gällande personal, kvalitet och ekonomi.

## Investeringsbudget

Belopp i tkr	Budget 2021	Budget 2022	Plan 2023	Plan 2024	Plan 2025	Plan 2026
<b>Reinvestering</b>	<b>5 300</b>	<b>5 300</b>	<b>5 300</b>	<b>5 300</b>	<b>5 300</b>	<b>5 300</b>
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
<b>Totala utgifter</b>	<b>5 300</b>	<b>5 300</b>	<b>5 300</b>	<b>5 300</b>	<b>5 300</b>	<b>5 300</b>

Budget för investeringar om 5,3 miljoner per år under planperioden förväntas täcka de behov nämnden har av löpande investeringar i verksamheten. Under 2022 kommer anslagen bland annat att täcka investeringsbehov i det nya LSS-boendet Kvarnbacken.

## Äldreomsorg

Vid ingången av 2022 finns fyra aktiva utförare av hemtjänst varav kommunen är en samt boenden för äldre med platser och inriktning enligt tabellerna nedan.

**Tabell:** Antal personer och hemtjänsttimmar

Verksamhet	2020.01	2021.01	2021.11	Prognos 2022.12
Hemtjänst i ordinärt boende	739	705	709	720
-varav extern regi	211	194	215	218
Hemtjänst i ordinärt boende (timmar/månad)	35.040	33.096	34.417	35.000
-varav egen regi	26.338	23.246	24.791	25.000
-varav extern regi	8.702	9.850	9.626	10.000
Inskrivna i hemsjukvården	958	1143	1051	1100
-varav extern regi	298	137	139	140

**Tabell:** Antal boendeplatser

Verksamhet	2020.01	2021.01	2021.11	Prognos 2022.12
Gruppboende demens	189	169	203	203
-varav extern regi	55	32	32	32
Gruppboende fys.	98	118	114	76
-varav extern regi	32	0	0	0
Serviceboende	106	106	94	68
Korttidsplatser	20	20	20	24
Flexibel växelvård	16	16	16	16
Trygghetsboende*	20	20	20	20
-varav extern regi	20	20	20	20
Trygghetsboende* (med anvisningsrätt)	70	70	81	81
-varav extern regi	4	4	4	4
Biståndsbedömt Trygghetsboende	0	0	0	26

\*Ej biståndsbeslutad insats

## Funktionsstöd

Tabellerna nedan visar antal personer och boendeplatser inom LSS vid ingången av 2022 samt utvecklingen över tid från 2020.

**Tabell: Antal personer**

Verksamhet	2020.01	2021.01	2021.11	Prognos 2022.12
Korttidsverksamhet 12 platser	50	47	45	50
-varav extern regi	3	3	3	2
Korttidstillsyn (antal ungdomar)	16	14	19	20
Personer med personlig ass. försäkringskassa	98	96	95	95
-varav extern regi	58	56	56	56
Personer med personlig assistans kommun	24	23	23	23
-varav extern regi	19	19	19	19
Personer med daglig verksamhet LSS	204	208	198	208
-varav extern regi	1	1	0	0

**Tabell: Antal boendeplatser**

Verksamhet	2020.01	2021.01	2021.11	Prognos 2022.12
BMSS Gruppbostad- LSS	64	64	72	80
-varav kommunal regi inom socialförvaltningen.	2	2	1	1
-varav extern regi	0	2	0	0
BMSS Servicebostad-LSS	73	74	66	66
- varav kommunal regi inom socialförvaltningen	2	2	0	0
-varav extern regi	1	0	0	0
BMSS för barn eller ungdomar		1	1	1
Annan särskilt anpassad bostad	37	36	37	37



## Arbetsmiljö och sjukfrånvaro

Vård- och omsorgsförvaltningen ska erbjuda en god organisatorisk och social arbetsmiljö som är fri från kränkande särbehandling. Förväntat utfall av genomförda aktiviteter inom ramen för det systematiska arbetsmiljöarbetet är förutom ett högt medarbetarengagemang även positiva effekter på sjukfrånvaro och personalomsättning.

Arbetsmiljön är en avgörande faktor för trivsel. För att förvaltningen ska ses som en attraktiv arbetsgivare kräver det ett aktivt arbete med arbetsmiljö och friskfaktorer. Förvaltningen ska implementera ett nytt arbetssätt för systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM) där fokus är på att förenkla och förbättra. Det blir ett ökat fokus på friskfrämjande arbete för att säkerställa en hållbar arbetsplats.

Kommungemensamma medarbetaröverenskommelser som tydliggör uppdraget i dialog med respektive chef ska implementeras i förvaltningen. Detta kan bidra till att man som individ är väl insatt i verksamhetens mål och att det finns en tydlig rollbeskrivning och plan för egen utveckling. Det skapar en inkluderande arbetsplats där individens välbefinnande och trivsel är i fokus.

Förvaltningen fokuserar på att utveckla formerna för ledarutveckling och medarbetarskap via en medarbetarsatsning. Detta genom obligatoriska utbildningsseminarier och efterföljande workshops med fokus på att stärka medarbetarskapet, kommunikationen och samarbetskulturen och efterleva värdegrunden inom hela förvaltningen.

Det partsgemensamma arbetet mellan SKR och Kommunal, heltidsresan, som innebär att fler ska arbeta mer för att kunna möta verksamhetens behov av kompetensförsörjning nu och i framtiden ingår som en del i enheternas arbete med bemanningsplanering. Samtliga medarbetare inom Kommunals avtalsområde erbjuds ökad sysselsättningsgrad.

Vidare är en viktig del i förvaltningens kompetensförsörjningsstrategi det statligt finansierade Äldreomsorgslyftet. Via satsningen erbjuds undersköterskeutbildning på arbetstid till ca 60 anställda vårdbiträden inom förvaltningen under 2022.

Vård- och omsorgsnämndens arbetsmiljömål		
Långtidssjukfrånvaron ska minska.		
Uppföljning/Nyckeltal	Målvärde 2022	Nuläge 2021
Sjukfrånvaro Dag 59>	3,2%	3,8%*

\*Avser 2021-07-31

## 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?
1. Bristande efterlevnad av kommunfullmäktiges policy och struktur för styrande dokument.	Styrprocessen	8	Kontroll av att styrdokument finns och datum för beslut. Kontroll av att upprättade styrdokument har implementerats.	Enkät och intervjuer med berörd personal om kunskapen om förvaltningens styrande dokument och struktur för publicering och förvaring.	Avdelningschef förvaltningskontoret	Delårsbokslut.
2. Risker i samband med organisationsförändringar.	Systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM)	9	Kontroll av att riskanalyser och handlingsplaner genomförs och tas fram inom berörda enheter.  Kontroll av att åtgärderna i upprättade handlingsplaner genomförs och följs upp.  Uppföljning av resultatet i berörda enheters pulsmätningar.	Granskning av dokumentation och resultat från genomförda riskanalyser.  Granskning av dokumentation och resultat från genomförda riskanalyser.  Analys av resultatet från pulsmätningar på berörda enheter.	Avdelningschef förvaltningskontoret.	Delårs- och årsbokslut.
3. Brister i det systematiska brandskyddsarbetet (SBA).	Systematiskt brandskyddsarbete (SBA)	12	Kontroll av att förvaltningen har upprättat de styrdokument som krävs och datum för beslut.  Kontroll av att brandskyddsronder och utrymningsövningar genomförs i enlighet med gällande regler för SBA.  Kontroll av att alla enheter har en aktuell brandskyddsorganisation.	Granskning av förvaltningens styrdokument för SBA.  Intervjuer och enkät till enhetschefer.  Intervjuer och enkät till enhetschefer.	Avdelningschef förvaltningskontoret	Årsbokslut
4. Risk för brister i ärendehanteringsprocessen.	Ärende-hanteringsprocessen	9	Kontroll av att handlingar diarieförs korrekt. Kontroll av att berörd personal har relevant kunskap om rutiner för diarieföring.	Stickprov  Intervju/enkät till berörd personal.	Förvaltningschef	Årsbokslut
5. Risk för bristande följsamhet med riktlinjer för informationssäkerhet i Alingsås kommun.	Informations- och IT säkerhets-processen	6	Kontroll av att nyanställda informeras och genomgår utbildning om ansvar och skyldigheter kopplade till It- och informationssäkerhet.	Enkäten och intervjuer med enhetschefer	Avdelningschef förvaltningskontoret	Årsbokslut

			Kontroll av att systemdokumentation finns för varje IT-system.	Granskning av förvaltningens systemdokumentation.		
6. Risk för att omställning till digital teknik tar längre tid än beräknat	Digitaliseringsprocessen.	6	Kontroll av att förvaltningen har en upprättad och ändamålsenlig digitaliserings strategi. Utformning och datum för beslut.	Granskning av förvaltningens digitaliseringsstrategi.	Avdelningschef förvaltningskontoret	Delårsbokslut Årsbokslut
7. Att biståndsbeslut inte fattas i enlighet med nämndens riktlinjer för biståndshandläggning SoL och LSS	Handläggningsprocessen	6	Kontroll av att det finns daterad dokumentation i ärendet som beskriver motiveringen till avsteget från riktlinjerna. (Avser biståndsriktlinjer enligt SoL)  Kontroll av att avsteg från riktlinjerna kodalas på rätt sätt i verksamhetssystemet. (Avser biståndsriktlinjer enligt SoL)  Kontroll av avvikelser från riktlinjer för myndighetsutövning enligt LSS.	Stickprov 10% av beslut fattade under perioden 1 januari-31 maj 2022        Stickprov 10% av beslut fattade under perioden 1 januari-31 maj 2022	SAS	Delårsbokslut

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.	4	2	8	Internkontrollpunkt
2. Brister i det systematiska brandskyddsarbetet (SBA).	3	4	12	Internkontrollpunkt
3. Risker i samband med organisationsförändringar.	3	3	9	Internkontrollpunkt
4. Risk för brister i ärendehanteringsprocessen.	3	3	9	Internkontrollpunkt
5. Risk för bristande följsamhet med riktlinjer för informationssäkerhet i Alingsås kommun.	3	2	6	Internkontrollpunkt
6. Att omställning till digital teknik tar längre tid än beräknat.	2	3	6	Internkontrollpunkt
7. Att beslutade timmar inte överensstämmer med utförda timmar inom hemtjänst och personlig assistans.	2	4	8	Uppdrag
8. Att förvaltningen inte kan rekrytera personal i tillräcklig omfattning och med rätt kompetens.	2	3	6	Kritiska verksamhetsfaktor
9. Att biståndsbeslut inte fattas i enlighet med nämndens riktlinjer.	2	3	6	Internkontrollpunkt
10. Att kostnaden per brukare/insats är för hög.	3	3	9	Kritiska verksamhetsfaktor
11. Bristande uppföljning av privata utförare.	4	3	12	Uppdrag
12. Risk att biståndsbeslut inte följs upp.	1	3	3	Kritiska verksamhetsfaktor
13. Risk för att basala hygienrutiner och smittskyddsåtgärder (covid-19) inte fullt ut efterlevs.	2	4	8	Kritiska verksamhetsfaktor
14. Risk för att avvikelser och händelser som skulle kunna leda till vårdskador inte rapporteras och utreds.	3	3	9	Kritiska verksamhetsfaktor
15. Risk att avvikelser inte minskar.	2	3	6	Kritiska verksamhetsfaktor
16. Att nämnden inte kan tillgodose behovet av boendeplatser för LSS-målgrupper.	2	3	6	Mål
17. Risk att för att det inte sker ett aktivt förebyggandearbete för att minska risker för specifika vårdskador.	3	3	9	Kritiska verksamhetsfaktor

Förklaring Risk:	Förklaring Väsentlighetsgrad:
<p>1.Osannolik: risken för att fel ska uppstå är praktiskt taget obefintlig</p> <p>2.Mindre sannolik: risken för att fels ska uppstå är mycket liten</p> <p>3.Möjlig: det finns en möjlig risk för att fel ska uppstå</p> <p>4.Sannolik: det är mycket troligt att fel ska uppstå</p>	<p>1.Försumbar: är obetydlig för de olika intressenterna och kommunen</p> <p>2.Lindrig: uppfattas som liten av såväl intressenter som kommunen</p> <p>3.Kännbar: uppfattas som besvärande av såväl intressenter som kommunen</p> <p>4.Allvarlig: är så stor att fel helt enkelt inte får inträffa</p>
Förklaring Hantering:	
<p>Att ta ställning till hur riskerna ska hanteras. När riskinventering och värdering är gjord ska nödvändiga åtgärder identifieras.</p> <p>Riskvärde 1-4</p> <p>Åtgärder bedöms ej nödvändiga.</p> <p>Riskvärde 6-12</p> <p>Alternativ 1: Bedöms vara delar av verksamheten där förändring/utveckling är nödvändig för att nå politisk avsiktsförklaring samt prioriterade mål med indikatorer. Formuleras som mål i nämndens budget/bolagets måldokument.</p> <p>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.</p> <p>Riskvärde 16</p> <p>Bedöms vara delar av verksamheten där den värderade risken måste åtgärdas direkt. Formuleras som omedelbar åtgärd i nämndens budget.</p>	

Tuvegården  
9  
2021.241 VON

Datum: 2021-12-09  
Handläggare: Henrik Larsson  
Direktnr:  
Diariernr: 2021.241 VON

Vård- och omsorgsnämnden

## **Förslag om ändrad inriktning för en demensenhet på Tuvegården för att minska kostnaderna för köpta platser**

### **Ärendebeskrivning**

Vård- och omsorgsnämnden gav, 2020-06-16 § 43 2020.175 VON, förvaltningen följande uppdrag. *Vård och omsorgsnämnden beslutar att ge förvaltningen i uppdrag att ändra verksamheten på en av demensenheterna på Tuvegården till en enhet för fem brukare med komplexa vård och omsorgsbehov.* Uppdraget är inte verkställt då det överklagades till förvaltningsrätten där det utreds.

### **Förvaltningens yttrande**

Platserna skulle nyttjas av brukare med psykiatriska symtom, komplexa vårdbehov, nyligen insjuknande i avvaktan på annan behandling och/ eller annat boende samt brukare som inte kan bo bland andra äldre eller funktionshindrade i en gruppboende. Uppdraget fattades som en del i handlingsplanen för budget i balans 2020.

Förvaltningen gör nu bedömningen att denna stora satsning snarare skulle vara kostnadsdrivande än en besparing i det långa perspektivet. Behovet av platser med ovanstående behov finns för tillfället inte. Skulle behovet uppstå är det mer kostnadseffektivt att köpa platser snarare än att bygga upp egen kapacitet som oftast står tom. Förvaltningen ser ett större behov av fler demensplatser.

### **Ekonomisk bedömning**

Beslutet innebär ingen ekonomisk påverkan då verksamheten bedrivs precis som innan.

### **Förslag till beslut**

1. Vård- och omsorgsnämndens beslutar att återkalla beslutet om att ändra verksamheten på en av demensenheterna på Tuvegården till en enhet för fem brukare med komplexa vård och omsorgsbehov.

### **Beslutet ska skickas till**

VOo

Anita Hedström  
Förvaltningschef

Henrik Larsson  
Avdelningschef  
Förvaltningskontoret



2020-06-16

§ 43 2020.175 VON

**Tuegårdens enhet komplexa vårdbehov****Ärendebeskrivning**

Vård och omsorgsnämnden har i nuläget höga kostnader för olika typer av köpta platser och att minska dessa kostnader är en av möjligheterna för att nå en budget i balans. Nämnden har därför gett förvaltningen i uppdrag att se över och ändra inriktningen på någon av de i dag befintliga demensenheterna. Uppdraget är en del av "Handlingsplan för budget i balans 2020", (Dnr 2020.003 VON) .

Förvaltningen föreslår att en av demensenheterna på Tuegårdens enhet omvandlas för omhändertaga dessa behov

**Förvaltningens yttrande**

Förvaltningen föreslår att en av demensenheterna på Tuegårdens enhet (i dag 6 platser) omvandlas till en enhet för 5 brukare. Dessa platser ska nyttjas av brukare med psykiatriska symtom, komplexa vårdbehov, nyligen insjuknande i avvaktan på annan behandling och/ eller annat boende samt brukare som inte kan bo bland andra äldre eller funktionshindrade i en gruppboende.

Genom denna förändring minskas behovet av dyra externt köpta platser. Brukarna får genom denna förändring också möjlighet att få omvårdnad geografiskt närmare, vilket är positivt även för deras anhöriga.

Vid omställning till en psykiatrisk enhet behöver bemanningen ökas något, detta i enlighet med Heltidsresans intentioner. Det krävs ny kompetens till personalgruppen, mer handledning än på en ordinär enhet samt utökning av bemanningen nattetid.

För att tillgodose behoven av personalutrymmen och kontor för medarbetarna behöver en lägenhet tas i anspråk varför antalet lägenheter på enheten skulle bli fem istället för de nuvarande sex.

Under perioder då inte alla fem platserna på enheten är belagda kommer personalgruppen på enheten att arbeta i andra verksamheter, utbilda övriga medarbetare i BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) handleda och stötta enheter som har personer med komplexa vårdbehov inom området.

Det är viktigt att platserna på enheten inte beläggs med brukare som inte tillhör enhetens tänkta målgrupp. Är platserna belagda med brukare som inte tillhör målgruppen, kan förvaltningen inte använda platsen när ett akut behov uppstår. Vilket kan innebära att förvaltningen behöver köpa platser eller placera brukare på annan enhet. Trycket på denna form av boende varierar över tid.

När det särskilda behov av den omvårdnad som enheten erbjuder inte längre behövs kommer brukaren att flyttas annat till lämpligt boende. Det är därför viktigt att brukaren inte får besittningsrätt av lägenheten.

Utdragsbestyrkande

2020-06-16

Tilldelningen av platserna på enheten kommer att ske av ett team bestående av enhetschef, patientansvarig sjuksjuksköterska, demenssjuksköterska och utsedd person på myndighetsavdelningen.

Arbetsutskottet har behandlat ärendet under sitt sammanträde 2020-06-02, § 42, och föreslog följande beslut:

*Vård och omsorgsnämnden beslutar att ge förvaltningen i uppdrag att ändra verksamheten på en av demsenheterna på Tuvegården till en enhet för fem brukare med komplexa vård- och omsorgsbehov.*

**Förslag till beslut på sammanträdet**

Torbjörn Gustafsson (C) föreslår att föreslagen beslutstext avslutas med följande tillägg;  
*Brukarens flytt ska ske i samråd med anhöriga.*

**Beslutsgång på sammanträdet**

Ordföranden ställer arbetsutskottets förslag mot Torbjörn Gustafssons förslag och finner att vård- och omsorgsnämnden beslutar att bifalla arbetsutskottets förslag.

Omröstning begärs. Följande beslutsordning godkänns.

Ja-röst för bifall till arbetsutskottets förslag. Nej-röst för bifall till Torbjörn Gustafssons tilläggsförslag.

JA	Nej
Birgit Börjesson (S)	Philip Perdin (M)
Britt Andersson Näsman (S)	Zlatibor Zinik (C)
Bo Hallberg (S)	Torbjörn Gustafsson (C)
Sven Helgesson (S)	Ingela Andreen (L)
Margareta Gustafsson (S)	Bengt Eliasson (KD)
Maria Stern (V)	Micaela Kronberg (M)
Lars-Olof Jaeger (SD)	

Med 7 ja-röster mot 6 nej-röster bifalls arbetsutskottets förslag.

**Beslut****Vård- och omsorgsnämndens beslut**

2020-06-16

Vård och omsorgsnämnden beslutar att ge förvaltningen i uppdrag att ändra verksamheten på en av demensenheter på Tuvegården till en enhet för fem brukare med komplexa vård- och omsorgsbehov.

**Protokollsanteckning**

Maria Stern (V) lämnar följande protokollsanteckning:

Vid flytt och förändring av demensboendet på Tuvegården är det av största vikt att nuvarande personal följer med till det nya boendet. Förändringen kan på så vis ske tryggt och medföljande personal som känner de boende och vars och ens särskilda behov, kan hjälpa till att göra situationen begriplig och hanterbar. Trygghet och livskvalitet för de boende ökar genom kontinuitet i personalgruppen.

**Expedieras till**

Förvaltningen

# Måltidsprogram för särskilt boende

10

2021.112 VON

Datum: 2021-12-10  
Handläggare: Ulrika Mårdborg  
Direktnr:  
Diariernr: 2021.112 VON

Vård- och omsorgsnämnden

## Revidering av måltidsprogrammet

### Ärendebeskrivning

Vård- och äldreomsorgsnämnden antog den 18 juni 2013, § 50, ett måltidsprogram för äldre. Syftet med måltidsprogrammet var att ta fram ett förvaltningsövergripande, styrande dokument för hela kost- och måltidsverksamheten. Vård- och äldreomsorgsnämnden beslutade den 15 juni 2015, § 52, att dela upp måltidsprogrammet i ett program för särskilt boende och ett program för hemtjänst.

Under 2021 har en översyn av måltidsprogrammet för särskilt boende genomförts. Livsmedelsprogram för Alingsås kommun 2021–2024 har beaktats. Ärendet var uppe i vård- och omsorgsnämnden i juni månad och beslut blev då att ärendet skulle återremitteras för ytterligare beredning kring frågan återrapportering till nämnden.

### Förvaltningens yttrande

Under 2021 har en översyn av måltidsprogrammet för särskilt boende genomförts i detta har livsmedelsprogram för Alingsås kommun 2021–2024 beaktats.

Programmet har ändrats för att bättre passa med Livsmedelsverkets måltidsmodell som har uppdaterats sedan programmet ursprungligen skrevs. Livsmedelsverkets Måltidsmodell består av sex delar som tillsammans bildar en helhet för vad en bra måltid ska innehålla och beaktas.

De sex delarna som är viktiga att säkerställa för att matgästen ska få en bra och hälsosam måltid som leder till matglädje är: God, integrerad, trivsam, näringsriktig, miljösmart, säker.

Ändring har även gjorts i måltidsprogrammet kring återrapportering till vård- och omsorgsnämnden och "Matens kvalitet ska regelbundet följas upp och redovisas till nämnden" ändras till att Matens kvalitet och brukarnas nöjdhet kring mat och måltid ska regelbundet följas upp och redovisas till nämnden. Detta görs 1ggr/år i Mars månad.

Det som återrapporteras är:

- Svinnmätning
- Nattfaste mätning
- Statistik, det som berör VoO både totalt för avtalet och förvaltningsvis.
- Utförda Kvalitetsmätningar
- Avvikelser
- Förändringar i verksamheten.
- Utveckling som kommer att ske och skett under året inom måltid VoO

### Ekonomisk bedömning

Förslaget innebär inga ekonomiska konsekvenser.

**Förslag till beslut**

Måltidsprogram för särskilt boende antas.

**Beslutet ska skickas till**

AC äldreboende

Kostenheten

Anita Hedström  
Förvaltningschef

Ulrika Mårdborg  
Chef kostenheten

2021-10-14

<b>Plats och tid</b>	Brunnsgården kl. 13:30-17:07	<b>Paragrafer</b>	§59
<b>Beslutande</b>	Eva-Lotta Pamp (M) (ordförande) Birgit Börjesson (S) (vice ordförande) Bo Hallberg (S) Ingela Andreen (L) Bengt Eliasson (KD)		
<b>Övriga deltagare</b>	Malin Karlsson Anita Hedström Henrik Larsson Ulrika Mårdborg (Föredragande punkt C) Helén Gillqvist (Föredragande punkt C)		
<b>Utses att justera</b>	Birgit Börjesson		
<b>Justeringens plats och tid</b>	Protokollet justeras digitalt.		
<b>Sekreterare</b>	Malin Karlsson		
<b>Ordförande</b>	Eva-Lotta Pamp		
<b>Justerande</b>	Birgit Börjesson		

---

Protokollet är justerat. Justeringen har tillkännagivits på Alingsås kommuns digitala anslagstavla.

<b>Organ</b>	Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott		
<b>Sammanträdesdatum</b>	2021-10-14		
<b>Datum för anslags uppsättande</b>	2021-10-19	<b>Datum för anslags nedtagande</b>	2021-11-10
<b>Förvaringsplats för protokollet</b>	Närarkivet VoO		

§ 59 2021.112 VON

## **Måltidsprogram för särskilt boende**

### **Ärendebeskrivning**

Vård- och äldreomsorgsnämnden antog den 18 juni 2013, § 50, ett måltidsprogram för äldre. Syftet med måltidsprogrammet var att ta fram ett förvaltningsövergripande, styrande dokument för hela kost- och måltidsverksamheten. Vård- och äldreomsorgsnämnden beslutade den 15 juni 2015, § 52, att dela upp måltidsprogrammet i ett program för särskilt boende och ett program för hemtjänst.

### **Beredning**

Förvaltningen har i skrivelse den 25 maj 2021 lämnat följande yttrande:

Under 2021 har en översyn av måltidsprogrammet för särskilt boende genomförts. Livsmedelsprogram för Alingsås kommun 2021–2024 har beaktats.

Programmet har ändrats för att bättre passa med Livsmedelsverkets måltidsmodell som har uppdaterats sedan programmet ursprungligen skrevs. Måltidsmodellen består av sex delar som tillsammans bildar en helhet för vad en bra måltid ska innehålla och beakta.

De sex delarna som är viktiga att säkerställa för att matgästen ska få en bra och hälsosam måltid som leder till matglädje är:

- god
- integrerad
- trivsamt
- näringsriktig
- miljösmart
- säker

### **Beslut**

#### **Förvaltningens förslag till beslut**

Måltidsprogram för särskilt boende antas.

#### **Förslag till beslut på sammanträdet**

Eva-Lotta Pamp (M) föreslår att ärendet hänskjuts till vård- och omsorgsnämnden.



## **Beslutsgång**

Ordföranden finner att vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott beslutar att bifalla förslag till beslut på sammanträdet.

## **Beslut**

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

Beslutet hänskjuts till vård- och omsorgsnämnden

Expedieras till

AC äldreboende

2021-10-25

§ 62 2021.112 VON

**Måltidsprogram för särskilt boende****Ärendebeskrivning**

Vård- och äldreomsorgsnämnden antog den 18 juni 2013, § 50, ett måltidsprogram för äldre. Syftet med måltidsprogrammet var att ta fram ett förvaltningsövergripande, styrande dokument för hela kost- och måltidsverksamheten. Vård- och äldreomsorgsnämnden beslutade den 15 juni 2015, § 52, att dela upp måltidsprogrammet i ett program för särskilt boende och ett program för hemtjänst.

**Beredning:**

Under 2021 har en översyn av måltidsprogrammet för särskilt boende genomförts. Livsmedelsprogram för Alingsås kommun 2021–2024 har beaktats.

Programmet har ändrats för att bättre passa med Livsmedelsverkets måltidsmodell som har uppdaterats sedan programmet ursprungligen skrevs. Måltidsmodellen består av sex delar som tillsammans bildar en helhet för vad en bra måltid ska innehålla och beakta.

De sex delarna som är viktiga att säkerställa för att matgästen ska få en bra och hälsosam måltid som leder till matglädje är:

- god
- integrerad
- trivsamt
- näringsriktig
- miljösamt
- säker

Arbetsutskottet har den 14 oktober 2021, § 59 behandlat ärendet och hänskjutit beslutet till vård- och omsorgsnämnden.

**Förslag till beslut på sammanträdet**

Eva-Lotta Pamp (M) föreslår att ärendet bordläggs till 2021-11-30 då handlingar inte skickats ut i rätt tid.

**Beslut**

Ärendet måltidsprogram för särskilt boende bordläggs till 2021-11-30.

**Expedieras till**

AC äldreboende

2021-10-25

				Utdragsbestyrkande
--	--	--	--	--------------------

# Måltidsprogram för särskilt boende

## Alingsås kommun

---

**Typ av styrdokument:** Program

**Beslutande instans:** Vård- och  
omsorgsnämnden

**Datum för beslut:** ÅÅÅÅ-MM-DD

**Diarienummer:** 2021.112 VON

**Gäller för:** Avdelning äldreboende

**Giltighetstid:** 2025-12-31

**Revideras senast:** 2025-12-31

**Dokumentansvarig:** Kostekonom



ALINGSÅS  
KOMMUN

## **Bakgrund**

Alingsås kommun arbetar efter värdegrunden att den "äldre ska leva ett värdigt liv och känna välbefinnande". Där man ska värna om vårdtagarens privatliv, självbestämmande, delaktighet, individanpassning och kroppslig integritet. Vårdtagaren ska även så lång det vara möjligt kunna påverka när och hur beviljade insatser ska utföras. Man ska även arbeta utifrån att personen ska få fortsätta vara den man alltid varit. Verksamheten har ett ansvar för att den äldre får den energi- och näringstillförsel som behövs för att förebygga undernäring.

## **Syfte**

Syftet med måltidsprogrammet är att det ska finnas ett styrande och vägledande dokument som ska kvalitetssäkra all måltidsverksamhet och ge en enhetlig syn när det gäller måltiderna inom äldreboendena. Programmet ska vara politiskt beslutat och förankrat samt vara ett stöd för personalen inom vård och omsorg.

## **Personalkategori**

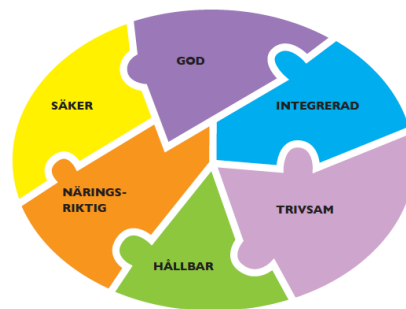
De som omfattas av måltidsprogrammet är enhetschefer, sjuksköterskor, arbetsterapeuter/fysioterapeuter, vårdpersonal på korttidsboende och särskiltboende, kostchef, kostekonom samt entreprenör av mat.

## Utförande

### Måltidsprogram för särskilt boende

Måltiden i Alingsås kommun ska vara komponerad utifrån Livsmedelsverkets rekommendationer för äldre och sjuka samt sträva efter att följa Socialstyrelsens vägledning i Näring för god vård och omsorg.

I "Bra mat för äldreomsorgen" från Livsmedelsverket finns det vägledande pusselbitar som nu är invävd i måltidsprogrammet.



### Valfrihet/den enskildes påverkan

Brukaren ska kunna påverka när och var måltiden ska ätas. Det ska alltid finnas två rätter att välja mellan till lunch och kvällsmat, olika frukost- och mellanmålsalternativ samt anpassade tillbehör och måltidsdryck. Detta gäller även för brukare med specialkost och eller konsistensanpassad kost. Den enskilde ska få det stöd som behövs i valet av mat.

Det ska ges möjlighet för brukaren att framföra sina önskemål och åsikter kring maten i en förtroendefull dialog med berörda parter.

Rutin kring maten på äldreboende och korttidsboende finns.

### Integrerad, trivsamt och god måltidsmiljö

Måltiden ska vara integrerande för att bryta sociala sammanhang och ensamhet. Brukaren ska kunna påverka måltidsmiljön, både den sociala och fysiska. Det ska ges möjlighet att äta i sällskap med andra eller enskilt.

Brukaren ska ges möjlighet att själva ta maten. Ges tillräckligt med tid för att kunna äta i lugn och ro och i en miljö som den enskilde upplever som trevlig. Maten/måltiden ska också tillgodose vanor, traditioner och önskemål. Brukaren ska under måltiden få stöd/hjälp och möjlighet till god sittställning, anpassade efter dennes individuella behov för att kunna inta maten.

På avdelningar med demenssjuka personer är det av särskild vikt att anpassa måltidsmiljön efter individens särskilda behov. I de fall brukaren behöver extra stöd vid måltiden kan omsorgsmåltider finnas så att personalen kan stötta och hjälpa till i själva måltiden.

### Kvalitet

Brukaren ska kunna känna sig mätt och belåten efter varje måltid. Måltiderna utgår från brukarens vanor och önskemål.

Personalen ska vara väl insatt i den enskildes medicinska problem och övriga önskemål så att den enskilde får rätt mat. Information som har betydelse för måltiden och matsituationen ska vara dokumenterad i genomförandeplanen.

Maten ska serveras på ett tilltalande sätt på tallriken. Maten ska vara av god kulinarisk kvalitet vad gäller presentation, doft, smakbalans och variation i konsistens. Högtider och traditioner som är viktiga för de äldre ska uppmärksammas samt årstidsväxlingar.

## **Näringsriktighet**

Måltiderna är många, små energi- och proteintäta som behöver vara spridda över dygnet för att brukarens energi- och näringsbehov ska täckas. Det ska serveras tre huvudmål och minst tre mellanmål per dygn. Förvaltningen har tagit fram rutiner och arbetssätt som ger förutsättningar för att enskildas nattfasta inte överstiger 11 timmar.

Matens sammansättning och portionsstorlek ska anpassas efter brukarens hälsotillstånd, vanor, traditioner och önskemål.

Personalen ska arbeta aktivt för att brukaren ska få sitt energi- och näring- och vätskebehov tillgodosett samt uppmärksamma särskilda behov som exempelvis högre energi-/näringsintag eller konsistensanpassad mat och i dessa fall vidta åtgärder. Vid behov av specialkost ska detta erbjudas.

Matens smak och innehåll av energi ska prioriteras. Vid val av berikningsmedel ska därför sort och mängd väljas utifrån minsta påverkan av matens smak och konsistens.

Maten ska lagas med bra råvaror där minst 75% av huvudkomponenterna till lunch och kvällsmat samt 80% av efterrätten ska lagas från grunden.

## **Ansvarsfördelning**

Förvaltningen har tagit fram rutiner för ansvarsfördelningen kring mat, måltid och nutrition på korttidsboende och särskiltboende.

Det ska finnas tillgång till specialistkompetens inom exempelvis nutrition och måltidshjälpmedel som personalen kan vända sig till vid behov av stöd.

## **Personalens kompetens**

Personalen ska ha så goda kunskaper om kostens betydelse för äldres hälsa och välbefinnande att de kan erbjuda den enskilde måltider av god kvalitet. All personal som berörs av mat och måltider ska ha goda kunskaper om livsmedelshygien och känna till och följa gällande lagstiftning, avtal, bestämmelser och riktlinjer.

Ledning och personal ska kontinuerligt utbildas med hänsyn till ansvar, befogenheter, arbetsuppgifter och lagstadgade krav.

## **Hållbart**

Förvaltningen ska utifrån Livsmedelsprogrammet sträva efter att följa de rekommendationerna, kring val av livsmedel för att minska klimatpåverkan.

## **Säkerhet/ Livsmedel**

Personalen ska ha kunskap om livsmedels säkerhet och rutiner för att hantera risker.

Alla livsmedel ska hanteras på ett säkert sätt så att ingen blir sjuk på grund av felaktig hantering av maten.

### ***Uppföljning och kvalitetssäkring***

Matens kvalitet och brukarnas nöjdhet kring mat och måltid ska regelbundet följas upp och redovisas till nämnden. Detta görs 1ggr/år i Mars månad.

#### **Det som återrapporteras är:**

- Svinmätning
- Nattfastemätning
- Statistik, det som berör VoO både totalt för avtalet och förvaltningsvis
- Utförda kvalitetsmätningar
- Avvikelser
- Förändringar i verksamheten
- Utveckling som kommer att ske och skett under året inom måltid VoO



## **Måltidspolitiska program /dokument som styr måltidsverksamheten (länkar) 2020–2023**

**Livsmedelsprogrammet**

Livsmedelsprogram

**Nordiska näringsrekommendationerna 2012 Nordiska ministerrådet**

Nordiska näringsrekommendationer 2012

**Nationella riktlinjer för måltider i äldreomsorgen, Statens livsmedelsverk 2019**

Nationella riktlinjer för måltider i äldreomsorg

# Anmälan av delegationsbeslut 2021

11

2021.037 VON

## Nyanställda november

**Organisation:** Vård och Omsorgsförvaltning **Ålder:** Alla åldrar **Anställnings- och löneform:** Tillsvidareanst

Rekryteringsväg	Befattning	Anställningsdatum	Organisation	Sysselsättningsgrad
1 Från samma förv	1650 Undersköterska	2021-11-01	Bjärkegården H1 81450	80%
1 Från samma förv	1650 Undersköterska	2021-11-08	Hagaplan 81590	90%
1 Från samma förv	1650 Undersköterska	2021-11-05	Lunden 81510	100%
1 Från samma förv	1650 Undersköterska	2021-11-15	Noltorpsgården Natt 81760	100%
1 Från samma förv	0293 Systemförvaltare	2021-11-01	VoO Teknikenheten	100%
2 Från annan förv	1650 Undersköterska	2021-11-01	Hemsjögården Bryggan 1 81331	100%
3 Fr annan kommun	1650 Undersköterska	2021-11-01	Ängen 81768	100%

älld månadsavlönad **Sysselsättning:** Heltid+Deltid **Avtal:** Alla exklusive förtroendevalda **Vilande:** Ej viland

e **Datum:** 2021-11-01 - 2021-11-30