



# Avtalsuppföljning utförare

Uppföljning

Alla utförare

# Avtalsuppföljning utförare

# Innehåll

Avtalsuppföljning .....	4
Ekonomi .....	4
Ekonomisk kontroll.....	4
Styrning och ledning.....	4
Avtal/uppdrag .....	4
MEDARBETARFRÅGA Avtal/uppdrag .....	4
Nämndens mål och stadens värdegrund.....	5
Verksamhetschef .....	5
Kris.....	5
Verksamhetschefen fysiskt tillgänglig.....	5
MEDARBETARFRÅGA -ledningens tillgänglighet .....	6
HSL ledningsuppgifter .....	6
Tillstånd från IVO.....	6
Systematiskt kvalitetsarbete .....	7
Egenkontroller .....	7
MEDARBETARFRÅGA Egenkontroll.....	7
Synpunkter och klagomål .....	7
MEDARBETARFRÅGA synpunkter och klagomål .....	8
Lex Sarah.....	8
MEDARBETARFRÅGA Avvikelser/Lex Sarah .....	8
Kompetenskrav - alla personalkategorier .....	9
Legitimerad personal.....	9
Undersköterskeutbildning ÄN SÄBO.....	9
Introduktion nyanställd.....	9
MEDARBETARFRÅGA introduktion .....	9
Kompetensutvecklingsplaner .....	10
Arbetsmetoder .....	10
Kost och hälsa NF.....	10
Kontaktmannaskap.....	10
MEDARBETARFRÅGA -kontaktmannaskap .....	11
Självbestämmande och integritet NF.....	11
Begränsningsåtgärder .....	11
MEDARBETARFRÅGA -begränsningsåtgärder .....	11
Utåtagerande beteende, hot och våld.....	12
MEDARBETARFRÅGA -utåtagerande beteende, hot och våld .....	12
Social dokumentation SoL/LSS.....	12
Rutiner .....	12

Dokumentation .....	13
MEDARBETARFRÅGA Genomförandeplan och dokumentation .....	13
Systematiskt brandskyddsarbete .....	14
Brandskyddsarbete .....	14
MEDARBETARFRÅGA Riskbedömningar på individnivå .....	14
Brandskyddskontroll .....	14
Brandskyddsutbildning .....	14
Brandövningar .....	15
Hälsa- och sjukvård .....	15
Teamarbete .....	15
Risk för vårdskada och händelse som medfört vårdskada .....	15
HSL dokumentation .....	16
Samverkan och informationsöverföring HSL .....	16
Sjuksköterskas tillgänglighet och inställelsetid .....	16
Vårdhygien .....	17
Delegering .....	17
Arbets terapeut och Fysioterapeut/Sjukgymnast tillgänglighet och inställelsetid .....	17
Samverkan informationsöverföring .....	18
Informationsöverföring .....	18
MEDARBETARFRÅGA -informationsöverföring .....	18
Samverkan med anhöriga .....	18
Kunskap och bemötande .....	19
Bemötandeplaner NF .....	19
Bemötandeplaner ÄN .....	19
MEDARBETARFRÅGA -Bemötandeplan NF och ÄN .....	19
Kunskap via kvalitetsregister ÄN .....	20
MEDARBETARFRÅGA -Kunskapsgivande register ÄN .....	20
Övrigt .....	21
Lokaler (boenden ÄN och NF) .....	21
Lokaler (boenden) .....	21
Ärendet godkänt inför nämnd .....	21

# Avtalsuppföljning

## Ekonomi

### Ekonomisk kontroll

**Instruktion:**

För godkänd krävs

Ingen förfallen skatteskuld, godkänd kreditvärdighet, inga krav från kronofogdemyndigheten.

Är verksamheten godkänd utifrån fastställda ekonomiska kriterier?

---

**Svar**

---

## Styrning och ledning

### Avtal/uppdrag

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Aktuellt avtal/uppdrag (senaste versionen/förlängningen) ska kunna visas upp. Dokumentation, inte äldre än ett år från minst ett tillfälle (t.ex. APT, planeringsdag eller likande) där avtalet och dess betydelse har gått igenom ska uppvisas.

Finns avtalet med nämnden/uppdraget från nämnden tillgängligt och är innehållet känt i verksamheten?

---

**Svar**

---

## MEDARBETARFRÅGA Avtal/uppdrag

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Medarbetaren ska ta fram och visa avtalet/uppdraget och kunna beskriva att enhetens arbete har sin grund i avtalet/uppdraget.

Känner du till innehållet i det avtal/uppdrag som ligger till grund för verksamheten, när har ni på enheten pratat om avtalet och dess innehåll?

---

**Svar**

---

## Nämndens mål och stadens värdegrund

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Egenkontroll för nämndens mål och Västerås Stads värdegrunden som begärs in i slutet av året ska ha besvarats enligt instruktion och inkommit i tid.

Arbetar verksamheten för att nå nämndens (ÄN/NF) övergripande mål för kund, kvalitet, ekonomi och medarbetare och arbetar verksamheten i enlighet med Västerås Stads värdegrund "Alltid bästa möjliga möte"?

---

**Svar**

---

## Verksamhetschef

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Verksamhetschef ska vara anmäld till och godkänd av beställarenheten. Kraven gäller även för eventuell tillförordnad chef. Anmäld och godkänd person ska fortfarande inneha befattningen vid tidpunkten för uppföljningen.

Är avtalets kompetenskrav på verksamhetschef uppfyllda?

---

**Svar**

---

## Kris

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Dokumentation/rutin för hur verksamhetens ledning/någon i ledande ställning, vid kris, kontaktas 24 timmar/dygn ska uppvisas (alt. att detta framgår i krisplanen). Angivna kontaktvägar skall fungera vid kontroll. Rutinen/datum för uppdatering får inte vara äldre än ett år. Enhetens krishanterings-/kontinuitetsplan ska uppvisas. Planen ska minst innehålla exempel på olika krissituationer, kontaktuppgifter till ansvariga (om dessa inte finns i separat rutin) och vilka åtgärder som omgående ska vidtas och ansvarsfördelning.

Har verksamheten tillräcklig beredskap i fall av kris?

---

**Svar**

---

## Verksamhetschefen fysiskt tillgänglig

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Schema/dokumentation där verksamhetschefs platsförlagda arbetstid framkommer ska uppvisas. Rutin för hur verksamhetschef kan nås de tider hen inte är närvarande ska uppvisas.

Rutinen/datum för uppdatering får inte vara äldre än ett år. De kontaktuppgifter som uppvisas ska vid kontroll vara korrekta.

Är verksamhetschefen fysiskt tillgänglig i verksamheten merparten av sin arbetstid?

---

**Svar**

---

## MEDARBETARFRÅGA -ledningens tillgänglighet

### **Instruktion:**

För godkänt krävs

Medarbetaren ska redogöra för vem som är verksamhetschef (eller motsvarande), när denne har platsförlagda arbetstid samt hur verksamhetschef (eller annan personal med ledningsansvar) nås under dygnets alla timmar.

Vem är ansvarig för verksamheten och hur kontaktar du/ni hen vid behov?

---

**Svar**

---

## HSL ledningsuppgifter

### **Instruktion:**

För godkänt krävs

Person som fullgör enskilda ledningsuppgifter enligt HSL ska vara anmäld och godkänd av beställarenheten. Anmäld person ska fortfarande inneha uppdraget vid tiden för uppföljningen.

Är annan person anmäld för att fullgöra enskilda ledningsuppgifter utifrån Hälso- och sjukvård?

---

**Svar**

---

## Tillstånd från IVO

### **Instruktion:**

För godkänt krävs

Verksamhetens omfattning, inriktningen, lagstöd, verksamhetschef etc skall överensstämma med aktuellt tillstånd/anmälan.

Har enheten ett giltigt tillstånd från IVO? (privata)

Är verksamheten anmäld till IVO? (egenregin)

---

**Svar**

---

## Systematiskt kvalitetsarbete

### Egenkontroller

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Att utföraren till beställaren inkommit med egenkontrollens resultat (enligt utsänd enkät/egenkontroll) inom angivna datum för 6 mån tillbaka fr.o.m. datumet för avtalsuppföljningen. Att egenkontrollerna varit fullständigt ifyllda. En rutin där hantering av egenkontroller ingår ska uppvisas. Rutinen/datum för uppdatering får inte vara äldre än ett år. Av rutinen ska minst framgå vad som kontrolleras, med vilken frekvens samt hur egenkontrollens resultat förmedlas till medarbetare och används i förbättringsarbetet.

Har egenkontroller enligt SOSFS 2011:9 utförts?

---

**Svar**

---

### MEDARBETARFRÅGA Egenkontroll

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Medarbetaren ska kunna beskriva de egenkontroller som utförs inom verksamheten, dvs minst social dokumentation, avvikelser SoL (synpunkter och klagomål) och värdegrund och nämndens mål, hur medarbetarna får ta del av resultatet och hur det används för att förbättra verksamheten.

Berätta hur ni arbetar med egenkontroller? Vilka områden kontrolleras och hur använder ni resultaten för att förbättra verksamheten?

---

**Svar**

---

### Synpunkter och klagomål

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Rutin för hantering av synpunkter och klagomål ska uppvisas. Rutinen får inte vara äldre än/uppdaterad senare än inom ett år. Av rutinen ska minst framgå vem som kan lämna klagomål, hur, till vem/vart, hur klagomålen dokumenteras, analyseras och vid behov åtgärdas. Hur återkoppling till den klagande sker, hur analys på aggregerad nivå sker och hur medarbetarna görs delaktiga/får kännedom om resultatet.

Hanterar verksamheten synpunkter och klagomål systematiskt?

---

**Svar**

---



## MEDARBETRFRÅGA synpunkter och klagomål

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Medarbetaren kan ge ett exempel på klagomål som hanterats i verksamheten. Medarbetaren ska kunna redogöra för vem som kan lämna klagomål, hur det går till, hur klagomålen dokumenteras, analyseras och vid behov åtgärdas. Medarbetaren ska också kunna redogöra för hur analys på aggregerad nivå sker och hur medarbetarna görs delaktiga/får kännedom om resultatet.

Kan du beskriva hur ni hanterar klagomål och synpunkter? Ge minst ett exempel på klagomål/synpunkter under det senaste året och vad ni lärde er av detta?

---

**Svar**

---

Lex Sarah

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Rutin för avvikelshantering ska visas upp. Rutinen får inte vara äldre än/uppdaterad senare än inom ett år. Rutinen ska minst innehålla exempel och/eller beskrivning på vad som kan vara en allvarlig avvikelse, hur och av vem den ska rapporteras, utredas, bedömas och återkopplas till berörda parter. Av rutinen ska också framgå när och hur en Lex Sarah ska anmälas till IVO samt hur beställarenheten informeras.

Hanterar verksamheten Lex Sarah avvikelser i enlighet med SOSFS 2011:5?

---

**Svar**

---

## MEDARBETARFRÅGA Avvikelser/Lex Sarah

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Avvikelser: Medarbetaren kan ge minst ett exempel på en avvikelse alternativt resonera omkring vad en avvikelse kan vara. Medarbetaren ska redogöra för hur och av vem en avvikelse ska rapporteras. Medarbetaren kan beskriva hur hen får kännedom om resultatet och eventuella förbättringsåtgärder.

Lex Sarah: Medarbetaren ska kunna redogöra för vad skyldigheten att rapportera, utreda och avhjälpa/undanröja missförhållanden/risker för missförhållanden innebär.

Ge minst ett exempel på en avvikelse under det senaste året? Kan du beskriva rutiner för avvikelserapportering? Kan du berätta vad en Lex Sarah innebär?

---

**Svar**

---

## Kompetenskrav - alla personalkategorier

### Legitimerad personal

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Anställningsbevis och, i Sverige godkänt, utbildningsbevis kan uppvisas för all legitimerad personal, dvs SSK/AT/FT, oavsett anställningsform. För AT/FT/SSK som anlitats som underleverantör ska avtal och utbildningsbevis/styrkt legitimation uppvisas.

Finns utbildningsbevis för all legitimerad personal?

---

**Svar**

---

### Undersköterskeutbildning ÄN SÄBO

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Personalförteckning med utbildningsnivå ska ha inkommit efter begäran. Samtliga stickprov ska styrka de uppgifter som finns i personalförteckningen.

Har minst avtalad andel omvårdnadspersonal undersköterskeutbildning?

---

**Svar**

---

### Introduktion nyanställd

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Rutin/er för introduktion av nyanställda ska visas upp. Rutinen/datum för uppdatering får inte vara äldre än ett år. Av rutinen ska framgå vilken/vilka yrkeskategorier den avser (minst omvårdnadspersonal och ssk). Rutinen ska minst innehålla information om vad som ingår i introduktionen och vem/vilka (vilken roll) som ansvarar för att introduktion genomförs i enlighet med rutin.

Finns tillräcklig och ändamålsenlig introduktion av nyanställda?

---

**Svar**

---

### MEDARBETARFRÅGA introduktion

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Medarbetaren kan redogöra för vilka grundläggande delar som ingår i introduktionen, vem som ansvarar och hur bedömning görs att den nyanställda har tillförskaffat sig tillräckliga kunskaper för att börja arbeta självständigt.

Hur går introduktionen av en ny medarbetare till?

---

**Svar**

---

## Kompetensutvecklingsplaner

### **Instruktion:**

För godkänt krävs

Individuella kompetensutvecklingsplaner, inte äldre än ett år, ska uppvisas. Planen ska minst innehålla datum för upprättande och ett eller flera kompetensutvecklingsmoment.

Finns kompetensutvecklingsplaner för all personal?

---

**Svar**

---

## Arbetsmetoder

## Kost och hälsa NF

### **Instruktion:**

För godkänt krävs

Rutin och/eller ett dokumenterat arbetsätt för hur stödet till den boende avseende en hälsosam livsstil och goda kostvanor ska ske i praktiken ska uppvisas. Rutinen får inte vara äldre än/uppdaterad senare än ett år.

Arbetar enheten för att stödja de boende till en hälsosam livsstil och goda kostvanor?

---

**Svar**

---

## Kontaktmannaskap

### **Instruktion:**

För godkänt krävs

Rutin för kontaktmannaskap ska visas upp. Rutinen får inte vara äldre än/uppdaterad senare än inom ett år. Rutinen ska som minst ange när en namngiven kontaktman utses, en beskrivning av kontaktmannens roll/ansvarsområden (minst att kontaktmannen har ansvar för att tillsammans med kunden upprätta en genomförandeplan) hur kontaktmannen ersätts vid frånvaro samt att den enskilde har rätt att byta kontaktman. Vid stickkontroll ska alla boende ha en namngiven kontaktman som är i tjänst (dvs inte sjukskriven, tjänstledig eller har avslutat sin tjänst).

Arbetar verksamheten aktivt med kontaktmannaskap för sina boende/kunder?

---

**Svar**

---

## MEDARBETARFRÅGA -kontaktmannaskap

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Medarbetaren ska som minst kunna beskriva syftet med ett kontaktmannaskap, vad kontaktmannen har för ansvarsområden och hur/när kontaktmannen ersätts vid frånvaro.

Beskriv hur ni arbetar med kontaktmannaskap?

---

**Svar**

---

## Självbestämmande och integritet NF

**Instruktion:**

För godkänt krävs

En rutin/dokumentation för hur den enskildes integritet och självbestämmande, rent praktiskt, ska beaktas i olika (vilka) situationer skall uppvisas. I rutinen skall även framgå hur detta dokumenteras i den enskildes genomförandeplan. Rutinen får inte vara äldre än/uppdaterad senare än inom ett år.

Arbetar enheten aktivt med att tillförsäkra de boendes självbestämmande och att integritet tillvaratas?

---

**Svar**

---

## Begränsningsåtgärder

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Rutin för inhämtande av samtycke till begränsningsåtgärd ska finnas, inklusive hur bedömning genom teamarbete genomförs om samtycke inte går att få, samt hur bedömningen dokumenteras och följs upp. Rutin för hur individuell bedömning av tillsyn under såväl dag som natt ska uppvisas. Rutinen får inte vara äldre än/uppdaterad senare än inom ett år.

Arbetar enheten i enlighet med Västeråsmodellen/rättsliga förutsättningar i syfte att förhindra otillåtna begränsningsåtgärder?

---

**Svar**

---

## MEDARBETARFRÅGA -begränsningsåtgärder

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Medarbetaren ska kunna ge exempel på begränsningsåtgärder, kunna redogöra för att det krävs ett samtycke från kund och hur frågan hanteras om kunden inte kan ge samtycke (teambedömning).

Kan du beskriva hur ni arbetar med samtycken för att undvika otillåtna begränsningsåtgärder?

---

**Svar**

---

Utåtagerande beteende, hot och våld

**Instruktion:**

För godkänt krävs

En rutin och/eller ett dokumenterat arbetssätt ska finnas för hur enheten arbetar med hot, våld, utåtagerande beteende och kränkningar. Innehållet ska täcka arbetssätt för;

-förebyggande arbete

-vid en faktisk situation

-efter ett tillbud/avvikelse

och inkludera hot, våld och utåtagerande beteende mellan boenden och mellan personal och boende/kund.

Har verksamheten ett fungerande arbetssätt för att hantera utåtagerande beteende, hot och våld och kränkningar?

---

**Svar**

---

MEDARBETARFRÅGA -utagerande beteende, hot och våld

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Medarbetaren ska kunna ge exempel på metod/arbetssätt som används för att minska risken/förebygga hot/våld/utåtagerande och kränkande beteende, samt beskriva hur en medarbetare ska agera vid en faktisk situation. Medarbetaren ska också vara insatt i att frågan gäller både boenden/kunder emellan samt mellan personal och boende/kund.

Beskriv hur ni arbetar för att förebygga, förhindra och hantera utåtagerande beteende, hot och våld och kränkningar i verksamheten?

---

**Svar**

---

Social dokumentation SoL/LSS

Rutiner

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Rutin/er ska uppvisas. Rutinen får inte vara äldre än/uppdaterad senare än inom ett år. Rutinen ska minst innehålla uppgifter om vad som ska dokumenteras, hur/var dokumentationen ska ske och vem som ansvarar för dokumentationen. Rutinen ska ange hur kunden görs delaktig. Av rutin ska också framgå hur dokumentation hanteras vid systemavbrott, och som minst beskriva VART/HUR dokumentationen utförs, vart den förvaras och hur den sedan införs i systemet efter avbrott.

Minst en granskning av social dokumentation som genomförts inom det senaste året (från datum för avtalsuppföljning) ska uppvisas. Egenkontrollen ska följa alternativt minst innehålla de punkter som finns i Västerås stads mall för egenkontroll av social dokumentation.

Finns skriftliga rutiner för social dokumentation enligt SoL/LSS, inklusive rutin för systemavbrott?

---

**Svar**

---

## Dokumentation

### **Instruktion:**

För godkänt krävs

Valda genomförandeplaner (genom stickprov) uppvisas digitalt eller i pappersform.

Genomförandeplanerna ska vara daterade och reviderade minst två gånger per år. Uppgift om identitet (namn och personnummer) finns. Individuella (ej generella) MÅL finns. Uppgifter om närstående, ev. ställföreträdare, kontaktman, ansvarig sjuksköterska, ansvarig läkare/vårdcentral och ansvarig biståndshandläggare finns i journal eller i genomförandeplan. Likaså uppgift om kundens delaktighet. Journalen förs i ett digitalt system. SoL och HSL journaler är åtskilda.

Finns godkänd social dokumentation (genomförandeplan och journal)?

---

**Svar**

---

## MEDARBETARFRÅGA Genomförandeplan och dokumentation

### **Instruktion:**

För godkänt krävs

Medarbetaren kan beskriva när en genomförandeplan ska upprättas, syftet med planen, hur mål upprättas, vilka som deltar, hur ofta den följs upp samt hur kunden görs delaktig. Medarbetaren ska också kunna berätta hur genomförandeplanen används i "vardagen".

Berätta hur ni arbetar med de enskildas genomförandeplaner?

---

**Svar**

---

## Systematiskt brandskyddsarbete

### Brandskyddsarbete

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Rutin för systematiskt brandskyddsarbete/SBA pärm ska uppvisas. Dokumentationen får inte vara äldre än/uppdaterad senare än inom ett år. Dokumentationen ska som minst innehålla information om hur verksamheten utbildar och övar personal samt dokumenterar, kontrollerar och följer upp brandskyddet. Namngiven brandskyddsansvarig och utrymningsplan ska finnas.

Har verksamheten dokumenterat sitt systematiska brandskyddsarbete?

---

**Svar**

---

### MEDARBETARFRÅGA Riskbedömningar på individnivå

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Medarbetaren ska kunna beskriva att bedömning görs utifrån kundens agerande (t ex rökning) och vart riskbedömningarna dokumenteras.

Hur, av vem och när genomförs individuella riskbedömningar ur ett brandskyddsperspektiv?

---

**Svar**

---

### Brandskyddskontroll

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Dokumentation av månatlig brandskyddskontroll uppvisas från minst sex månader tillbaka fr.o.m. datum för uppföljning. Kontrollerna ska vara utförda enligt Västerås stads checklista för lokal brandskyddskontroll, alternativt minst innehålla samma kontrollpunkter. Datum och kontrollant ska framgå i checklisten, eventuella åtgärder ska framgå samt datum för vidtagen åtgärd. Samtliga punkter ska vara kontrollerade vid varje tillfälle. Ev. brister ska vara åtgärdade.

Genomförs månatlig brandskyddskontroll?

---

**Svar**

---

### Brandskyddsutbildning

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Utbildning avseende brandskydd och systematiskt brandskyddsarbete ska ha genomförts inom tre år från datum för uppföljningen. Daterad och signerad deltagarlista ska uppvisas. Utbildningsplan, agenda eller annat dokument där utbildningens innehåll framkommer ska uppvisas.

Genomför verksamheten brandskyddsutbildning?

---

**Svar**

---

## Brandövningar

**Instruktion:**

Protokoll/agenda/utbildningsplan eller liknande samt signerad deltagarlista från lokal brandskyddsövning, inte äldre än 1 år ska uppvisas.

Genomför verksamheten löpande brandövningar?

---

**Svar**

---

## Hälso- och sjukvård

### Teamarbete

**Instruktion:**

För godkänt krävs

En rutin för teamarbete, inte äldre än/uppdaterad senare än inom ett år, ska uppvisas. Rutinen ska minst beskriva ett systematiskt arbetssätt för både förebyggande och pågående arbetssätt, frekvens för teamsamverkan samt hur verksamheten avgör vilka kompetenser (personer) som för tillfället, utifrån behov, deltar i teamet. Av rutinen ska även ansvarsfördelning för dokumentation och genomförande framgå.

Har verksamheten ett fungerande teamarbete?

---

**Svar**

---

## Risk för vårdskada och händelse som medfört vårdskada

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Rutin för risker/vårdavvikelser ska visas upp. Rutinen får inte vara äldre än/uppdaterad senare än inom ett år. Av rutinen ska framgå (genom beskrivning eller exempel) vad som kan anses vara risk för vårdskada/händelse som medfört vårdskada, att HSL personalen är skyldiga att rapportera risker/vårdskador (anmälningsskyldigheten), hur rapporteringen går till samt att verksamheten är skyldig att utreda och åtgärda. Rutin ska också beskriva hur utredning och



eventuella åtgärder ska genomföras och återkopplas till berörda parter inklusive när och hur en Lex Maria anmälan till IVO ska göras och hur/vem som informerar MAS på BUA.

Hanterar enheten risker och händelser som medfört, eller skulle kunna medföra, vårdskador (Lex Maria) i enlighet med patientsäkerhetslagen?

---

**Svar**

---

## HSL dokumentation

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Rutin för journalföring, inte äldre än ett år kan uppvisas. Rutinen ska minst innehålla information om vad som ska dokumenteras (beskrivning eller exempel). Digital hälso- och sjukvårdsdokumentation i ett godkänt verksamhetssystem där SOL och HSL dokumentation är åtskilda och där insatser som rör en viss patient ska kunna identifieras och spåras ska kunna visas upp. Rutin för hantering av dokumentation vid systemavbrott ska visas upp. Rutinen ska minst omfatta hur dokumentationen ska ske och förvaras under systemavbrottet samt sedan införas i systemet. Dokumentation över systematisk kontroll av obehörigs åtkomst (sk loggkontroller) ska kunna uppvisas.

Finns godkänd Hälso- och sjukvårds dokumentation?

---

**Svar**

---

## Samverkan och informationsöverföring HSL

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Avtal med vårdcentral angående läkarmedverkan ska uppvisas. Avtalet skall vara undertecknat av båda parter. Avtalet och/eller rutin ska förtydliga när, var och hur samverkan med läkare sker. Rutin för informationsöverföring mellan olika vårdgivare, såväl internt som externt, ska finnas. En rutin för samverkan med hälso- och sjukvårdsenheten ska finnas inom hemvård. Rutinerna får inte vara äldre än/uppdaterade senare än inom ett år. Kontaktuppgifter till ssk, AT/FT och läkare såväl dagtid som jourtid ska kunna uppvisas.

Finns rutiner för samverkan och informationsöverföring inom Hälso- och sjukvården?

---

**Svar**

---

## Sjuksköterskas tillgänglighet och inställetid.

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Dokumentation över sjuksköterskas arbetstider, jour/beredskap (inkl kontaktuppgifter) för dygnets alla timmar ska kunna visas upp. Uppgifterna ska finnas tillgängliga för all personal.

Sjuksköterskan ska under jour/beredskapstid ha ett anställningsförhållande gentemot vårdgivaren. Vid kontrollringning ska sjuksköterska vara i tjänst.

Finns sjuksköterska tillgänglig i den omfattning som patientsäkerheten kräver?

---

**Svar**

---

## Vårdhygien

### **Instruktion:**

För godkänt krävs

Rutin, inte äldre än ett år, för tillämpning av basala hygienrutiner. ska visas upp. Rutinen ska som minst innehålla information om hur och med vilken frekvens uppföljning/egenkontroll av tillämpningen genomförs och hur resultatet återkopplas till medarbetare, samt hur samarbete med vårdhygien sker. Namngivet hygienombud ska finnas på verksamheten.

Utövas vårdhygien inom verksamheten i enlighet med stadens hälso- och sjukvårdsriktlinjer?

---

**Svar**

---

## Delegering

### **Instruktion:**

För godkänd krävs

En förteckning (lista, pärm eller liknande), inte äldre än 1 år, av aktuella delegeringar ska uppvisas. Av förteckningen ska minst framkomma vem som delegerat (SSK/AT/FT) vad och till vem samt hur länge delegeringen gäller (datum). En rutin för delegering, inte äldre/uppdaterade senare än inom ett år, ska uppvisas. Av rutinen ska minst framgå hur verksamheten säkerställer att den som mottagit delegeringen har de kunskaper som krävs för att utföra uppgiften samt hur ofta en delegering följs upp.

Vid stickprovskontroll ska inga delegeringsbeslut vara äldre än ett år.

Hanterar verksamheten delegeringar i enlighet med socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14)?

---

**Svar**

---

## Arbetsterapeut och Fysioterapeut/Sjukgymnast tillgänglighet och inställetid

### **Instruktion:**

För godkänt krävs

Dokumentation över när arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast finns i verksamheten ska finnas samt kontaktuppgifter för akuta ärenden, uppgifterna ska finnas tillgängliga för all personal.

Finns Arbetsterapeut och Fysioterapeut/Sjukgymnast tillgänglig i den omfattning som patientsäkerheten kräver?

---

**Svar**

---

## Samverkan informationsöverföring

### Informationsöverföring

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Rutin/er för informationsöverföring mellan olika yrkesgrupper och mellan olika arbetspass ska uppvisas. Rutinen får inte vara äldre än/uppdaterad senare än inom ett år. Rutinen ska som minst innehålla: överlämning/rapportering mellan olika arbetspass, informationsöverföring vid sjukhusvistelse, informationsöverföring vid flytt (tex till/från korttids) (t ex vid hemvård).

Har enheten en fungerande informationsöverföring mellan olika professioner, arbetspass och verksamheter?

---

**Svar**

---

## MEDARBETARFRÅGA -informationsöverföring

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Medarbetaren kan redogöra för hur överrapportering mellan arbetspass går till.

Berätta hur du får viktig information om kunder/brukare när du börjar ditt arbetspass?

---

**Svar**

---

## Samverkan med anhöriga

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Rutin/dokumentation för hur enheten samverkar med och informerar anhöriga på generell nivå ska uppvisas. Likaså ska en rutin för hur samverkan och information med anhöriga gällande enskild/kund visas upp. Rutinen får inte vara äldre än ett år och ska som minst innehålla information om att samtycke från kund krävs.

Finns en strategi för enhetens samverkan med och information till anhöriga?

---

**Svar**

---

## Kunskap och bemötande

### Bemötandeplaner NF

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Rutin för hur verksamheten arbetar med bemötandet av den boende/kunden ska uppvisas.

Rutinen får inte vara äldre än/senare uppdaterad än inom ett år. Rutinen ska som minst innehålla en beskrivning av hur, vart, när och av vem "bemötandeplanen" ska upprättas. Rutinen ska även innehålla information om hur kunden görs delaktig. Vid stickkontroll ska samtliga kunder ha en bemötandeplan (separat eller integrerad i genomförandeplanen) som inte är äldre än ett år. Nya kunder (mindre än tre veckor) är undantagna.

Arbetar verksamheten aktivt med sitt bemötande av kunder?

---

**Svar**

---

### Bemötandeplaner ÄN

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Rutin för hur verksamheten arbetar med bemötandeplaner för personer med demensdiagnos ska uppvisas. Rutinen får inte vara äldre än/senare uppdaterad än inom ett år. Rutinen ska som minst innehålla en beskrivning av hur, vart, när och av vem bemötandeplanen ska upprättas. Samt information om hur brukaren görs delaktig och hur BPSD registret används i arbetet med bemötandeplaner.

Vid stickkontroll av de boende ska samtliga ha en bemötandeplan som inte är äldre än ett år.

Nyinflyttade som bott mindre än tre veckor är undantagna.

Finns bemötandeplaner på personer med demensdiagnos?

---

**Svar**

---

### MEDARBETARFRÅGA -Bemötandeplan NF och ÄN

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Medarbetaren ska kunna redogöra för vem som ansvarar för att upprätta en bemötandeplan, när den ska upprättas samt hur den enskilde görs delaktig. Medarbetaren ska också kunna beskriva hur bemötandeplanen används och vart den finns att tillgå.

Hur arbetar ni med bemötandeplaner? NF

Hur arbetar ni med bemötandeplaner/BPSD registret? ÄN

Hur hanterar/dokumenterar ni frågor om bemötande för de kunder som inte ingår i BPSD registret?

---

**Svar**

---

Kunskap via kvalitetsregister ÄN

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Rutin/er för hur arbetet i Senior Alert, BPSD, och Palliativa, registret ska kunna uppvisas. Rutinen får inte vara äldre/senare uppdaterad än inom ett år. Rutinen ska som minst innehålla uppgifter om hur teamet arbetar med registren och använder sig av den kunskap/information som registren genererar.

Stickkontroll i Senior Alert; rapporten "Koll på läget" hämtas ut. Rapporten ska visa att det finns registreringar löpande under året, inklusive åtgärder och uppföljning.

Stickkontroll i Svenska palliativa registret; "Spindeldiagrammet" hämtas ut. Diagrammet ska visa att verksamheten arbetar i palliativregistret

Arbetar enheten aktivt i avtalade kvalitetsregister?

---

**Svar**

---

MEDARBETARFRÅGA -Kunskapsgivande register ÄN

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Medarbetaren kan i stort redogöra för vad som ska registreras, när och av vem, syftet med registren, hur medarbetare får ta del av resultaten och hur den information som finns i registren används för att förbättra/utveckla verksamheten.

Beskriv hur du arbetar med Senior Alert, BPSD och Svenska palliativa registret?

---

**Svar**

---

## Övrigt

Finns brister eller förbättringsområden i verksamheten som ligger utanför de avtalsområden/frågor som omfattas av metodstödet?

---

**Bedömning**

---

## Lokaler (boenden ÄN och NF)

---

**Bedömning**

---

## Lokaler (boenden)

**Instruktion:**

För godkänt krävs

Att lokalerna är rena, inredning funktionell (ej trasig) och ren, lokalerna städade och framkomliga (inte belamrade så att framkomlighet hindras).

Är skötseln av lokaler tillfredsställande?

---

**Svar**

---

## Ärendet godkänt inför nämnd

---

**Svar**

---