

# Hagastiftelsen

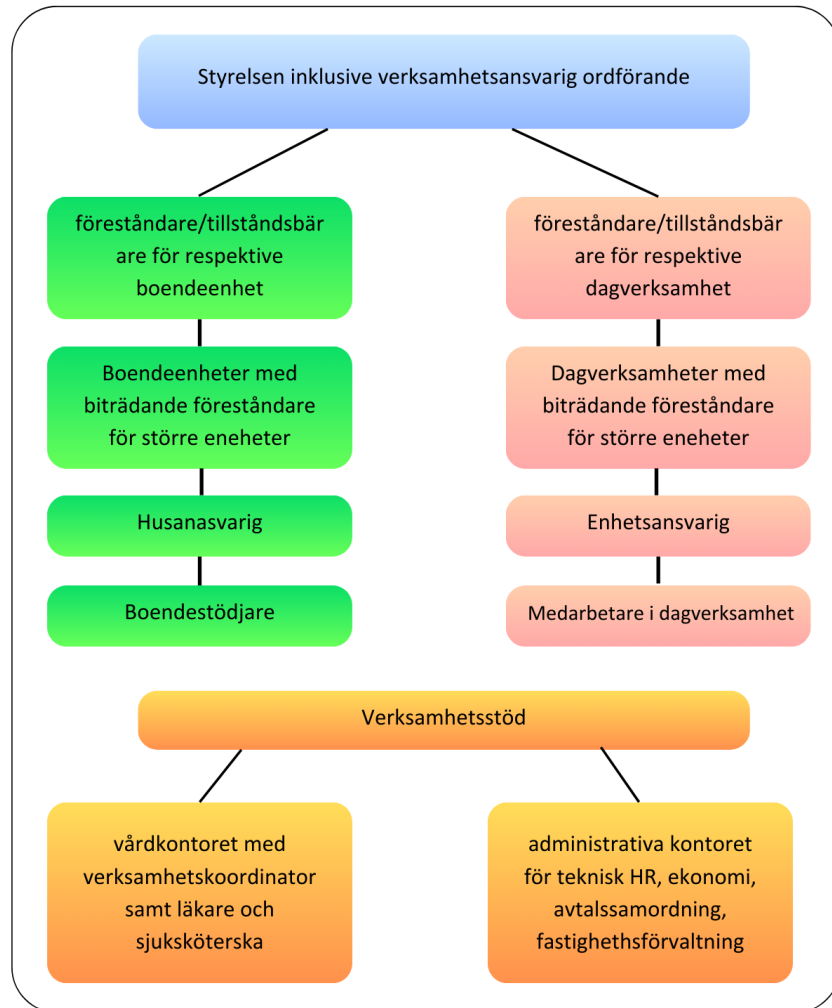
Ledningssystem avseende hela Hagastiftelsens verksamhet

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



<b>Gäller för:</b> Hela verksamheten	<b>Dokumentansvarig:</b> Styrelsen	<b>Senast godkänd:</b> 2024-11-08
<b>Uppföljning:</b> Årligen	<b>Dokumentplats:</b> Inledning ledningssystem	<b>Godkänd av</b> AA

# Hagastiftelsens organisation



Hagastiftelsens organisation	2
Inledning	6
Process för kvalitetsutveckling	10
Riskbedömning	14

Egenkontroll _____	14
Rapporteringskyldighet _____	15
Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet _____	15
Ledningssystem LSS _____	17
1. Rutin för introduktion av nyanställda (inkl. checklista) _____	20
2. Rutiner för introduktion av ny brukare i verksamheten _____	23
3. Arbetsbeskrivning: Boendestödjare _____	25
4. Arbetsbeskrivning: Stödperson _____	27
5. Rutin för intern och extern samverkan _____	28
6. Rutin för hantering av synpunkter och klagomål _____	30
7. Riktlinjer för social dokumentation _____	32
8. Rutin för hantering av utmanande beteende _____	35
9. Rutin för avvikelshantering _____	38
10. Rutiner vid skydds- och begränsningsåtgärder _____	40
11. Rutin för anmälan enligt Lex Sarah _____	44
12. Rutin för omedelbara åtgärder vid våldssituationer _____	48
13. Jävspolicy _____	50
14. Lönepolicy _____	52
15. Jämställdhets-, jämlikhets och diskrimineringspolicy _____	53
Aktiva åtgärder mot diskriminering _____	55
16. Handlingsplan mot trakasseri och kränkande Särbehandling _____	57
17. Personuppgiftspolicy _____	61
18. Policy för personuppgiftsincidenter _____	65
19. Policy för stölder på arbetsplats _____	66
20. Hagastiftelsens rutin mot korruption _____	68
21. Rutiner vid omhändertagandet av avliden _____	70
22. Rutin för dödsfall på arbetsplats (medarbetare) _____	71
23. Handlingsplan mot mobbning mellan brukare _____	74
24. Policy för rökning på arbetsplatsen _____	75
25. Policy, rutiner och handlingsplan gällande Alkohol och Droger _____	77
26. Riktlinjer för arbetskläder _____	79
27. Policy om sjuk- och friskänmälan _____	80

28. Policy för arbetstider och ledighet _____	84
29. Policy för mobiler och sociala medier _____	87
30. Riktlinjer för användning av privat bil i tjänst _____	89
31. Policy Böne- och meditationsstunder _____	90
32. Arbetsbeskrivning för krishantering _____	91
33. Rutiner för hantering av Genomförandeplaner och Dagsrutiner _____	96
35. Policy för social tillgänglighet _____	99
Ledningssystem för systematiskt arbetsmiljöarbete _____	100
1. Arbetsmiljöpolicy (enhetsspecifik) _____	102
2. Policy för Friskvård _____	108
3. Riktlinjer för arbetsskade- och tillbudsrapportering _____	110
4. Rutin för skyddsron, annan riskbedömning och handlingsplan _____	112
5. Rutin för delegering av arbetsmiljöuppgifter _____	116
6. Rutin för egenkontroll av matsäkerhet _____	118
7. Rutin för rehabilitering och arbetsanpassning vid långtidssjukskrivning _____	125
8. Visselblåsarpolicy Hagastiftelsen _____	126
9. Miljöpolicy och miljömål 2022/23 _____	130
1. Arbetsgivarens ansvar vid fördelning av arbetsuppgifter (enhetsspecifik) _____	133
2. Brandskydd och brandskyddsarbetet _____	134
3. Delegation till Brandskyddskontrollant (utskrift - enhetsspecifik) _____	135
4. Övergripande Arbetsmiljökartläggning inom ENHET (enhetsspecifik) _____	136
5. Arbetsmiljöanslag [enhet] 2024 (enhetsspecifik) _____	138
Ledningssystem för Hälso- och Sjukvård _____	140
1. Hälso- och sjukvård inom Hagastiftelsen _____	141
2. Rutin för HSL-dokumentation _____	150
3. Rutin för avvikelshantering & anmälan enligt lex Maria _____	158
4. Basala hygienrutiner _____	161
5. Rutin vid inkontinens _____	163
6. Rutin för egenvård _____	165
7. Handlingsplan och rutiner vid pandemiutbrott på HAGASTIFTELSEN _____	167
2020 _____	167
8. Rutin för transport till vårdcentral eller slutenvård _____	175

9. Rutin för HLR och hjärtstillestånd & medvetslöshet	176
10. Rutin för upprättande av hälsoplan	177
11. Mall för upprättande av hälsoplan	179
12. Rutin för administrerande av smärtstillande vid behov (paracetamol)	181
13. Riktlinjer och Rutiner för läkemedelshantering samt sjukdom vid boende enligt LSS	182
14. Rutin vid ohälsa	186

# Inledning

## Om Hagastiftelsen och verksamheten

Hagastiftelsen är en socialterapeutisk resursverksamhet, som startades 1982 i Järna.

Hagastiftelsen erbjuder vård, rehabilitering och arbetsträning till vuxna med funktionsnedsättning enligt SFS (1993:387) § 9 och § 10, 1 §, punkt 1,2,3 LSS.

Hagastiftelsens inriktning är att ge stöd och service till individer vars omhändertagande inte kunnat ske optimalt inom andra vårdformer.

Ett framträdande karaktärsdrag i dessa personers funktionshinder är att de är ytterst känsliga i umgänget med andra människor och att de därigenom lätt kan bli överstimulerade. De kan då reagera på ett för dem själva och omgivningen ogynnsamt och till och med farligt sätt (exempelvis genom utåtagerande beteende).

För dessa personer har Hagastiftelsen skapat små, integrerade och individuellt utformade vårdenheter med kvalificerad personal.

Hagastiftelsen omfattar för närvarande 52 LSS platser varierande mellan 1 – 13 platser per enhet.

Dessa är:

- Framnäs, Gnesta
- Ekeskulla, Gnesta
- Solhagen, Järna
- Solglänta, Järna
- Saga, Järna
- Körsbärgården, Järna
- Grönholmen, Trosa
- Lilla Huset Mora, Järna
- Korslöt, Vagnhärad
- Äppelgården, Mörkö/Hölö
- Grindstugan, Mölnbo
- Lunda By, Mölnbo

Hagastiftelsen erbjuder också arbetsträning i fem olika dagverksamheter, totalt 34 platser.

Dessa är:

- Hantverkshuset, Vårdinge by med ljusverkstad, smedja, träverksamhet, vävning, konstnärliga terapier och viss vuxenundervisning.
- Bisyslan, Sörbro med enklare snickerier, tillverkning av biramar, bivaxhantering
- Ekeskulla, Gnesta med vedhantering och utearbete, enklare snickerier, ADL-träning
- Gårdshjälpen, Järna med inriktning på skogs- och miljövärd, samt ADL-träning
- Glaskulan, växthus.

Varje enhet leds av en föreståndare, som beroende av verksamhetens omfattning organiserar och bemannar utifrån den enskildes behov och vårdplaner.

## **Ledningssystemets utformning**

Inledningsvis behandlar detta ledningssystem de utgångspunkter som verksamheten har rörande kvalitet, värderingar och målsättningar. Därefter följer ett längre stycke om hur vårt kvalitetsarbete är beskaffat, följt av en styrdokument som beskriver hur vi i praktiken jobbar för att upprätthålla en högkvalitativ verksamhet.

Ledningssystemet delas upp i tre delar (se rubriken "om strukturen" längre ned i detta dokument).

## **Vad är kvalitet?**

Verksamhet som bedrivs enligt LSS (1993:387) ska vara av god kvalitet (LSS 24 a §). Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Det innebär att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten (Socialstyrelsen, 2011:9). För att säkerställa att detta krav uppfylls följer här en beskrivning av hur den systematiska kvalitetssäkringen ska genomföras i Hagastiftelsens verksamheter. Detta ledningssystem har upprättats utifrån de föreskrifter och allmänna råd som framgår av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

För att förstå vad som ska uppnås med hjälp av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete måste begreppet kvalitet definieras. Det definieras av Socialstyrelsen som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt 1) lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och 2) beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter (2:1 § SOSFS 2011:9). Mer om vårt kvalitetsarbete framgår av senare avsnitt om kvalitetsutveckling i detta ledningssystem.

## Målsättningar för Hagastiftelsen

Nedan följer en kort beskrivning av Hagastiftelsens verksamhetsmål. Senare i dokumentet finns en mer specificerad beskrivning av verksamhetens praktiska arbete med kvalitet och kvalitetssäkring utifrån dessa mål.

Hagastiftelsen ska ha som målsättning att bedriva vård och omsorgsinrättningar av högsta kvalitet. Verksamheten ska vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Den enskilde ska i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges. Verksamheterna ska präglas av en helhetssyn, representera kontinuitet och vara samordnande. Förankringen i den läkepedagogiska/socialterapeutiska omsorgskunskapen bör vara tydlig och vi ska bidra till att utveckla denna. Verksamheterna ska vara trygga och säkra. Insatserna som ges ska öka den enskildes förutsättningar att leva som andra.

## Verksamhetens målsättning

Den övergripande målsättningen för enheternas arbete är att:

- bereda den enskilde en lugn, genomarbetad och strukturerad tillvaro i en trygg och hemliknande miljö,
- ger respektive brukare möjlighet att utvecklas i sin egen takt, utan att det inkräktar på dennes integritet, att tränas i att klara allmän ADL,
- ge brukarna möjlighet att röra sig i samhället och i olika sociala sammanhang i samvaro med andra,
- ge den enskilde ett rikt och stimulerande liv på dennes villkor och utifrån egna intressen avseende fritiden, med olika former av kultur, nöjen och friluftsliv,
- stödja de brukarna i olika sociala kontakter med anhöriga, vänner, god man /förvaltare med flera.

## Roll- och ansvarsfördelning

Ansvarsfördelningen för att säkerställa en hög kvalitet i verksamheterna är som följer:

Det övergripande ansvaret för verksamheterna i boendet ligger på verksamhetsansvarig/. Denne ansvarar för att leda och utveckla verksamheten och se till att den bedrivs enligt gällande lagstiftning och riktlinjer för verksamhet som bedrivs enligt LSS. Verksamhetsansvarig/föreståndare har även ett övergripande ansvar över att rutiner för att säkra kvaliteten i verksamheten efterföljs samt uppföljning och utvärdering av processer och aktiviteter görs kontinuerligt. I verksamhetsansvarig/s ansvar ligger även att tillsätta tomma boendeplatser och svara för alla myndighetskontakter. Utöver verksamhetsansvarig/föreståndare finns en husansvarig person samt biträdande föreståndare för större enheter. Denna person svarar för det dagliga ansvaret i respektive brukare.



I den husansvariges uppdrag ingår att se till att det dagliga arbetet på plats blir utfört och fungerar i enlighet med rutiner som upprättats för verksamheten. Denne ansvarar även för att personalen görs delaktiga i kvalitetssäkringssystemet samt att kvalitetsarbetet dokumenteras.

Verksamhetsansvarig/föreståndare och den husansvarige har även kontinuerlig kontakt med brukarna.

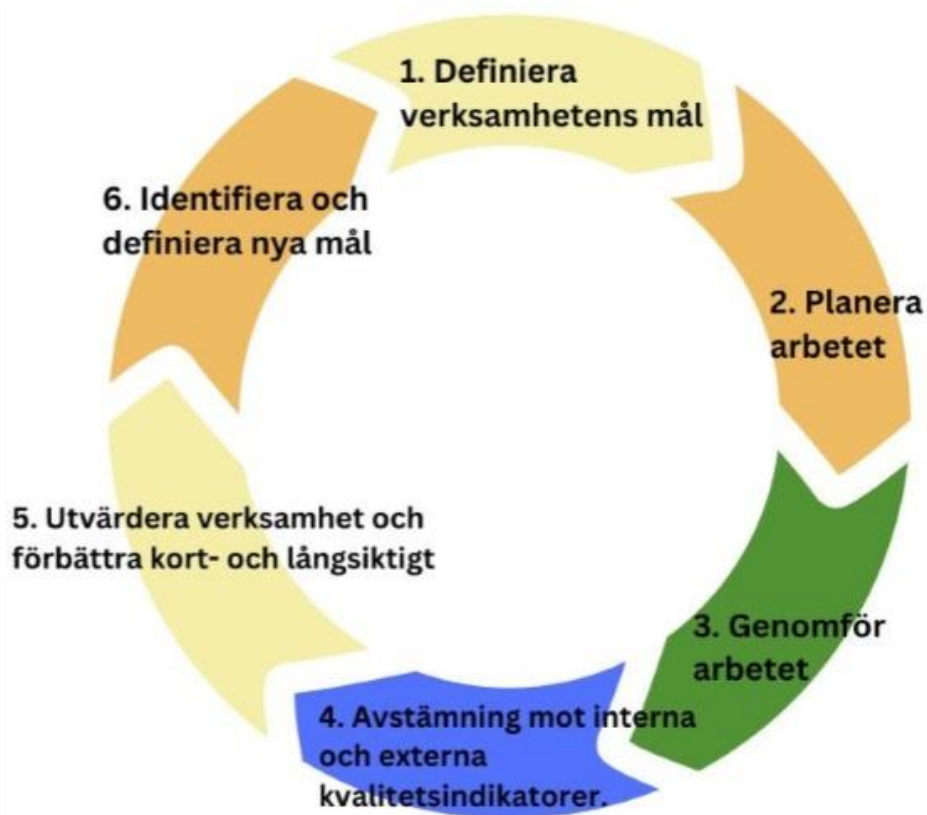
Verksamheten arbetar med individanpassad struktur enligt tydliggörande pedagogik, där inga belönings- eller bestraffningsmetoder får förekomma. Det innebär att stödja brukarna utifrån var och ens möjligheter med struktur och anpassning, som ska passa respektive brukare, både vad gäller deras intressen, anlag, behov av omväxling och hälsa.

Verksamheten lägger stor vikt vid den enskildes självbestämmande och egna intressen, då det är till gagn och överensstämmer med respektive brukares omvårdnadsbehov och funktionsnedsättning.

För varje brukare görs en individuell genomförandeplan (GFP) där medarbetare och brukarna själva i den mån de kan är med och utformar planen. Under terminens gång stämmer medarbetare tillsammans med den enskilde kontinuerligt av GFP. Stor vikt läggs vid utformning av en konstnärlig miljö. Vi använder oss av färg, form, rörelse och musik som har en terapeutisk inverkan på brukarna. Att ta hand om hela kroppen, äta mat av hög kvalitet (ekologisk/biodynamisk), göra olika aktiviteter och framför allt skapa en bra dygnsrytm samt att fira av årets högtider och fester är en viktig del av vårt socialterapeutiska arbetssätt. Verksamheten strävar alltid efter integrering i samhället.

## Process för kvalitetsutveckling

Som framgår av illustrationen nedan är kvalitetsutveckling en ständigt pågående process i verksamheten. Kvalitetsarbetet pågår kontinuerligt, likväl i det dagliga arbetet som genom årliga utvärderingar i form av egenkontroller.



### Kvalitetsindikatorer

1. För att säkerställa att verksamheten är ändamålsenlig måste krav och mål för verksamheten först definieras, både de som regleras i lagstiftning och de som verksamheten har utöver dessa.
2. I detta skede fastställs de processer/aktiviteter och rutiner som behövs i verksamheterna för att säkerställa att krav och mål uppnås. Som en förebyggande åtgärd genomförs även riskanalyser, dvs. risk för avvikelse.
3. Arbetet sker därefter utifrån de processer/aktiviteter och rutiner som fastställts.
4. Internt: Avvikelse- och incidentrapporter från brukare och medarbetare lyfts enligt våra rutiner för avvikelsehantering och hantering av utmanande beteende.
5. Externt: Fel och brister i verksamheten som poängteras via klagomål och synpunkter från föräldrar, gode män, socialstyrelsen, IVO och andra aktörer tas emot enligt våra rutiner för

synpunkter och klagomål. Dessa ger en indikation på om verksamheten uppnår de mål och krav som finns uppställda och i vilken riktning verksamheten (inte) bör gå.

6. Egenkontroll i form av en utvärdering av verksamhetens kvalitet och resultat utifrån de tidigare uppsatta målen genomförs. Utifrån resultatet sker förbättrande åtgärder och processer/aktiviteter och rutiner förändras.
7. Verksamhetens mål och krav revideras vid behov utifrån resultatet av egenkontrollen.

## **Systematiskt kvalitetsarbete i verksamheten**

Nedan följer en redogörelse av de processer/aktiviteter och rutiner som används i verksamheterna för att säkra och utveckla kvaliteten i det praktiska arbetet. Dessa har utvecklats utifrån de mål och krav som definierats för verksamheten och möjliggör ett systematiskt och kontinuerligt kvalitetsarbete i hela verksamheten.

### **Intern kvalitetssäkring**

Med intern kvalitetssäkring avses det kvalitetsarbete som sker utifrån kvalitetsindikatorer vi ser i vår egen verksamhet, alltså vår egen utvärdering av oss själva. Denna kvalitetssäkring handlar framförallt om våra brukare och medarbetare.

#### **Brukaren som kvalitetsindikator**

Verksamhetens viktigaste kvalitetsindikator är brukaren. Verksamheternas målsättning är att kunna definieras som "brukarstyrda". Med detta menas att den högsta målsättningen i verksamheten är att den ska vara individuellt anpassad till det som brukaren efterfrågar och behöver. För att kunna uppnå detta mål krävs god tillgång till brukarens perspektiv och god förmåga att anpassa verksamheten utifrån detta.

Varje brukare har en egen stödperson som har ett utökat ansvar för hen. Varje månad förs även enskilda samtal mellan verksamhetsansvarig/föreståndare och brukaren. Syftet med samtalet är att säkerställa att brukarens individuella synpunkter framkommer. Samtalen gestaltas så att de öppnar upp för synpunkter och klagomål från brukaren. I detta samtal har brukaren även möjlighet att påverka vilka aktiviteter som finns i verksamheterna och vilket förhållningssätt medarbetarna har gentemot en som brukare. Brukare tillfrågas om de vill delta i arbetsplatsmötet en gång per månad. Även här finns utrymme för att påverka vilka aktiviteter/arbetsuppgifter som finns i verksamheten.

## Medarbetaren som kvalitetsindikator

För att kunna erbjuda god kvalitet i verksamheten är medarbetarnas kompetens en avgörande faktor. Vid rekrytering ser vi därför till att medarbetaren har den kompetens som behövs. Eftersom verksamheten bygger på den antroposofiska människosynen och vår inriktning är socialterapeutisk prioriterar vi att samtliga medarbetare har erfarenhet och/eller utbildning inom detta kunskapsområde när de påbörjar sin anställning. Detta är men dock inget *krav*. I annat fall eftersträvar verksamheten annan passande, minst 2-årig utbildning inom vårdområdet såsom omvårdnadsprogrammet, inriktning psykiatri, eller funktionshinder (tidigare mentalskötarutbildning), samt erfarenhet av arbete med människor med särskilda behov. Vi erbjuder även kontinuerligt våra medarbetare interna utbildningar, bl.a. i det antroposofiska synsättet. Krav på aktuellt och godkänt B-körkort för alla medarbetare.

För att kunna upprätthålla och förbättra kvaliteten, är handledning, fortbildning och utbildning centralt (jmf. Socialstyrelsen, 2011:9). Vår erfarenhet är också att fortbildning bör ske i samråd med den enskilde medarbetaren och utformas individuellt för varje person. Verksamhetens ledning ska skapa förutsättningar för medarbetarna att genomföra påbyggnadsutbildningar och fortbildning.

## Extern kvalitetssäkring

Med extern kvalitetssäkring avses hur vi tar hänsyn till kvalitetsindikatorer som finns utanför den egna verksamheten. Det rör framför allt återkopplingar från myndigheter, brukarföreträdare, handläggare och anhöriga. Det externa perspektivet är en mycket viktig del av helhetsbilden i arbetet med att säkerställa verksamhetens kvalitet.

## God man och förvaltare

I de fall där det finns en god man och förvaltare ska kontaktpersonen ta hänsyn till vederbörandes synpunkter på verksamheten och ser till att dessa enkelt kan lyftas.

## LSS- handläggare

För varje individ som placeras i verksamheterna finns en tilldelad handläggare från kommunen/stadsdelen. Handläggaren har bland annat till uppgift att säkerställa att verksamheten levererar god kvalitet och individanpassad omsorg. Handläggarens perspektiv utgör således en mycket viktig del av kvalitetssäkringen. Genom att ta hänsyn till handläggarens synpunkter stärks förutsättningarna för rättssäkerhet för brukaren. All kontakt med handläggare dokumenteras och uppföljningsmöte med placerande myndighet sker minst en gång per år.

## Tillsynsmyndighet/Tillståndsgivare

IVO gör regelbundet tillsyn av verksamheter som bedrivs enligt SoL och LSS. Tillsynen sker både förannmäld och oanmäld. Vid tillsyn granskas verksamheten utifrån olika kvalitets- och säkerhetsaspekter. Inspektörerna har expertkunskap inom social omsorgsverksamhet och har därmed en nyckelroll i vårt systematiska kvalitetsarbete. Tillsynsmyndigheterna har en särställning i förhållande till verksamheten genom att den kan ställa krav på åtgärder, men ofta ges även konstruktiva råd och rekommendationer. Inspektörerna kan därmed hjälpa oss att få syn på faktorer som måste förbättras. En konstruktiv dialog med personal från Inspektionen för vård och omsorg är därför en självklarhet för oss.

## Övriga samarbetsorgan

Vid kontakt med övriga samarbetsorgan (kommun, landstinget och kontakt mellan daglig verksamhet och boende) ska samtycke till informationsutväxling inhämtas från den enskilde samt från dennes företrädare.

Synpunkter och klagomål från dessa övriga samarbetsorgan utgör också en viktig grund för vår systematiska kvalitetsutveckling.

## Organisation av arbetsmiljöarbetet

### Övergripande organisation

För att uppfylla arbetsmiljölagstiftningens krav och samtidigt skapa den arbetsmiljö som uttrycks i den fastställda arbetsmiljöpolicyn är arbetsmiljöarbetet inom Hagastiftelsen organiserat enligt följande:

- Övergripande policies och riktlinjer utarbetas gemensamt och gäller inom alla enheter.
- Vissa mer specifika rutiner gällande riskfyllda situationer eller arbetsmoment tas fram vid varje enhet och redovisas som kompletterande tillägg i respektive enhets fysiska arbetsmiljöpärm samt i det digitala ledningssystemet för systematiskt arbetsmiljöarbete.
- Föreståndare för respektive enhet har tilldelats uppdraget att genomföra arbetsmiljöarbetet genom en personlig delegation. Verksamhetsansvarig/föreståndare har sedan rätt att delegera arbetsmiljöuppgifter vidare till medarbetare inom sin verksamhet (enligt rutinerna för delegering av arbetsmiljöuppgifter<sup>1</sup>). Sker detta ska kopia på den skriftliga delegationen arkiveras under denna flik i den fysiska pärm.

För beskrivning av ledningssystemets utformning, se rubriken "Ledningssystem för systematiskt arbetsmiljöarbete".

---

<sup>1</sup> se "Rutin för delegering av arbetsmiljöuppgifter".

# Riskbedömning

## Allmänt om riskbedömningar

I verksamheten finns alltid behov av att bedöma olika former av risker löpande (se SOSFS 2011:9), och hitta lämpliga förebyggande åtgärder, eller handlingsplaner för hantering av svåra situationer som kan uppstå. Områden där riskbedömningar skall göras berör generellt brukarnas, medarbetarnas, och utomståendes hälsa och välmående. Detta görs med utgångspunkt i olika lagstiftningar, exempelvis LSS, brottsbalken, arbetsmiljölagstiftning, brandskydd, eller miljöskydd.

Verksamhetsansvarig/föreståndare har huvudansvar för att sådana riskbedömningar görs, och utgår i detta arbete ifrån verksamhetens årsplanering. I detta samarbetar verksamhetsansvarig/föreståndare med övriga medarbetare i verksamheten för att få tillgång till viktig bakgrundsinformation kring exempelvis brukarnas dagliga rutiner, eller verksamhetens generella behov.

## Informationskyldighet

För att verksamhetsansvarig/föreståndare skall kunna tillgodose att alla aktuella risker dokumenteras skall varje medarbetare som under sitt arbete stöter på riskfyllda situationer skyndsamt underrätta verksamhetsansvarig/föreståndare om dessa, så att de kan utvärderas och dokumenteras i en riskbedömning.

Varje medarbetare har även att hålla sig uppdaterad om de riskbedömningar och eventuella förebyggande åtgärderna som gäller för brukaren för närvarande.

Vid nyintroduktion informeras nyanställda medarbetare om riskbedömningarna av introduktionsansvarig, och detta dokumenteras på checklisten för introduktion av medarbetare.

## Dokumentation av riskbedömningar

Verksamhetens riskbedömningar för respektive brukare dokumenteras i Rätt Spår, där de blir tillgängliga för samtliga medarbetare.

## Egenkontroll

Egenkontroll innebär att vi granskar hur vi arbetar och har arbetat samt att vi inom verksamheten systematiskt följer upp och utvärderar den egna verksamheten så att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Verksamhetsansvarig/föreståndare

har det yttersta ansvaret för att säkerställa att kvalitetsarbetet genomförs och följs upp. Verksamhetsansvarig/föreståndare föreståndare, tillsammans med ledningsgrupp samt föreståndarkollegor, diskuterar, prioriterar och beslutar gemensamt om övergripande kvalitetsfrågor.

I egenkontrollen ingår bland annat:

- Rekrytering av medarbetare.
- Uppsägning och avskedande av medarbetare.
- Jämföra sitt eget resultat med egna tidigare resultat och andra verksamheters resultat
- Att granska journaler, akter och annan dokumentation på sitt område,
- Att undersöka om det finns förhållningssätt och attityder hos medarbetarna som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet
- Att bedöma/analysera de klagomål och andra synpunkter som inkommit under verksamhetsåret
- Utifrån egenkontrollen ska åtgärder vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet.
- Verksamhetsansvarig/föreståndare föreståndare ansvarar för egenkontrollen på ett övergripande plan genom att jämföra verksamhetens resultat med tidigare resultat. I verksamhetsansvarig/föreståndare föreståndares frånvaro ansvarar biträdande verksamhetsansvarig/föreståndare för ovanstående punkter.

## Rapporteringskyldighet

Alla som arbetar inom verksamheten har en skyldighet att utan dröjsmål rapportera missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden enligt våra rutiner för anmälan enligt lex Sarah (se bilagan med samma namn).

## Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet

Medarbetarna som arbetar inom verksamheten har ett ansvar att arbeta efter de processer och rutiner som tagits fram för att säkra kvaliteten i verksamheten. Medarbetarnas synpunkter på verksamheten är samtidigt mycket viktiga för det löpande kvalitetsäkringsarbetet. För att säkerställa att synpunkter och klagomål fångas upp, finns det på respektive arbetsplatsmöte en särskild punkt där detta behandlas. Medarbetarna har även möjlighet att fylla i en blankett för klagomål och synpunkter anonymt och lägga i verksamhetsansvarig/s brevlåda. Vidare finns på hemsidan en möjlighet att lämna synpunkter på verksamheten både till föreståndare och styrelse.

En gång per år genomför verksamhetens ledning enskilda utvecklingssamtal med varje medarbetare. Under utvecklingssamtalet ska stort fokus ägnas åt frågan om varje medarbetares perspektiv på hur kvaliteten kan säkerställas och förbättras. Dessa samtal ska dokumenteras av verksamhetens ledning och ligga till grund för vidare utvärdering. Utifrån utvecklingssamtalet görs också en plan för hur behov av handledning, fortbildning och utbildning ska tillgodose för varje medarbetare. Medarbetaren ska dessutom få fylla i en blankett innan utvecklingssamtalet. Medarbetarna informeras och utbildas

dessutom årligen om skyldigheten att rapportera enligt lex Sarah och lex Maria. Arbetsledning och styrelse verkar för ett öppet klimat som uppmuntrar och stödjer dessa delar av kvalitetsarbetet.



# Om strukturen

Ledningssystemet som helhet består av tre system som tillsammans bildar det *kompleta* ledningssystemet. Viss överlappning sker i systemen men de har i huvudsak sina respektive områden:

1. LSS (framförallt riktat till boendestödjare och husansvariga, men innehåller också centrala dokument)
2. Systematiskt arbetsmiljöarbete (riktat framför allt till husansvariga, föreståndare och personer med arbetsmiljöansvar)
3. Hälso- och sjukvård (centralt för hela Hagastiftelsen)

Dessa system är strukturerade på lite olika sätt då de delvis berör olika nivåer av verksamheten olika mycket (HSL-systemet är till exempel centralt i större utsträckning än de andra som har fler enhetsspecifika dokument), därför följer här en redogörelse för hur dessa system ser ut.

I varje enskilt dokument finns en sidfot som anger var dokumentet ligger, vem det är riktat till och när det är uppdaterat.

## Ledningssystem LSS

Detta system innefattar de dokument som styr verksamheten på boenden. Detta system är framför allt verktyg för husansvariga och boendestödjare att applicera i verksamheten.

### Inledning

Här följer de policys och rutiner som styr verksamheten på en mer detaljerad nivå rörande exempelvis medarbetare, bemanning, kvalitetsarbete samt allmänna rutiner och policys inom området LSS. Vissa dokument står som bilagor till medarbetarhandbok och är tänkta att bifogas medarbetarhandbok när denna delas ut/skickas till en (ny)anställd. Medarbetarhandboken spelar en avgörande roll för att öka arbetslagets "allmänbildning" i och ingång i ledningssystemet. Denna kan också se lite annorlunda ut för varje enhet.

Detta ledningssystem delas upp i två delar:

1. **Generella styrdokument.** Dokument som ser likadana ut för hela verksamheten och som styr flertalet grundläggande funktioner och processer i verksamheten. Vissa dokument är enhetsspecifika, alltså att deras innehåll skiljer sig i olika utsträckning sinsemellan. Det finns alltså en mall att utgå ifrån, men varje enhet måste fylla i sitt eget (ex. ansvarspersoner, telefonnummer eller liknande).
2. **Blanketter och mallar LSS.** Dokument som skrivs ut och fylls i för att sedan skickas eller överlämnas fysiskt.

## Generella styrdokument

1. Rutin för introduktion av nyanställda (inkl. checklista)
2. Rutiner för introduktion av ny brukare i verksamheten
3. Arbetsbeskrivning för boendestödjare
4. Arbetsbeskrivning för stödperson
5. Rutiner för intern och extern samverkan
6. Rutin för hantering av synpunkter och klagomål
7. Riktlinjer för social dokumentation
8. Rutin för hantering av utmanande beteende
9. Rutin för avvikelshantering
10. Rutiner vid skydds- och begränsningsåtgärder
11. Rutiner för anmälan enligt Lex Sarah
12. Rutin för omedelbara åtgärder vid våldssituationer
13. Jävspolicy
14. Lönepolicy
15. Jämställdhets-, jämlikhets och diskrimineringspolicy
16. Handlingsplan mot trakasseri och kränkande särbehandling
17. Personuppgiftspolicy (GDPR)
18. Policy för personuppgiftsincidenter
19. Policy mot stölder på arbetsplats
20. Rutin mot korruption
21. Rutiner vid omhändertagandet av avliden
22. Rutin vid dödsfall av personal på arbetsplats (medarbetare)
23. Handlingsplan mot mobbning mellan brukare
24. Policy för rökning på arbetsplatsen
25. Policy, rutiner och handlingsplan gällande alkohol och droger
26. Riktlinjer för arbetskläder
27. Policy om sjuk- och friskanmälan
28. Policy för arbetstider och ledighet
29. Policy för mobiler och sociala medier
30. Riktlinjer för användning av privat bil i tjänst
31. Policy böne- och meditationsstunder
32. Arbetsbeskrivning för krishantering
33. Rutin för hantering av Genomförandeplaner och Dagsrutiner
34. Policy för social tillgänglighet

## Blanketter och mallar LSS

1. [BLANKETT] Begäran om förstadagsintyg
2. [BLANKETT] Blankett för synpunkter och klagomål
3. [BLANKETT] Anmälan enligt Lex Sarah (lämnas till VC)

4. [MALL] Mall för riskbedömning
5. [MALL] Central förteckning över skyddsåtgärder [enhetsspecifik]
6. [MALL] Kontrollfrågor verksamhetsberättelse
7. [MALL] Utredning enligt Lex Sarah

# 1. Rutin för introduktion av nyanställda (inkl. checklista)

## Syfte

Denna rutin riktar sig till den som är ansvarig (enhetens föreståndare, biträdande föreståndare samt husansvarig/husansvarig) för att introducera nya medarbetare (boendestödjare) till Hagastiftelsens verksamhet. Denna rutin har en tillhörande checklista ("Checklista för introduktion av nyanställda") på sida 3 i detta dokument som syftar till att underlätta och systematisera arbetet.

## Introduktionens omfattning

(utöver det som gäller hanteringen av den enskilde och LSS-lagstiftningens krav):

- Medarbetarhandboken - kom ihåg att ge den nya medarbetaren medarbetarhandboken för den aktuella enheten. Denna innehåller en kort sammanfattning av de viktigaste styrdokumenterna.
- Presentation – av hur arbetsmiljöarbetet är organiserat, arbetsmiljöpolicy mm.
- Administrativa rutiner – anställningsavtal, arbetstider, raster, tidrapporter, vem sjukanmäler jag till, semester och annan ledighet
- Att tänka på i arbetet – risken för belastningsskador vid tunga lyft, risker med hot och våld och genomgång av fastställda rutiner för att hantera dessa risker och andra utmanande beteenden.
- Riktlinjerna för alkohol och droger, mobbning, kränkande särbehandling.
- Rundvandring i lokalerna – visning av nödutgångar, brandredskap, var första hjälpen utrustning finns, vem eller vilka som har utbildning för att ge första hjälpen/hjärt-, lungräddning, var anslag med telefonnummer vid olycka eller liknande, finns.
- Berätta om brandskyddsarbetet på enheten (nödutgångar och återsamlingsplats vid brand).
- Företagshälsovård och de tjänster som erbjuds medarbetarna.
- Medarbetarnas ansvar för att rapportera tillbud och i övrigt medverka i att skapa en god arbetsmiljö.
- Skyddsombud och hur samverkan är organiserad.
- Efter genomgång av ovannämnda signerar medarbetare checklistan.

### Checklista för introduktion av nyanställda

Namn \_\_\_\_\_ Informatör \_\_\_\_\_ År \_\_\_\_\_

Nr.	Moment	Datum
1	Genomgång arbetsplatsens individuella introduktion	
2	Arbetsplatsens målsättning, organisation, arbetssätt och ledning	
3	Genomgång av rutiner för rapportering enligt lex Sarah och lex Maria	
4	Genomgång av rutiner i arbetssättet med brukarna	
5	Rutiner när en brukare avviker	
6	Rutiner vid tillbud, arbetsskador, våld och hot om våld	
7	Genomgång av arbetstider	
8	Frisk och sjukanmälan	
9	Rutin vid långtidssjukskrivning	
10	Policy första dagsintyg	
11	Genomgång av kontroll av brukarnas hälsotillstånd, puls, vätskelista, temp mm.	
12	Genomgång av aktuell medicinering och medicinförvaring	
13	Genomgång av jourtelefon	
14	Information företagshälsa	
15	Genomgång av nycklar, lås, städ- tvätt- rutiner telefon och rökningsskulturer	
16	Genomgång av brandföreskrifter	
17	Aktuella telefonnummer	
18	Aktuella telefonnummer	

Introducerad medarbetarens underskrift

\_\_\_\_\_



## 2. Rutiner för introduktion av ny brukare i verksamheten

### Syfte

Denna rutin syftar till att klargöra hur boendeverksamheterna jobbar från det att en ny potentiell brukare visar intresse för en brukareplats, fram till vederbörandes inflytt och allt som ska arrangeras kring denna.

### Bakgrund och beslutsprocess

När sökande/god man eller anhörig förhör sig om placeringsmöjlighet i gruppboenden inom Hagastiftelsen informerar vi om vad verksamheten kan erbjuda och uppmanar den som hör av sig att ta kontakt med sin kommunala handläggare som i sin tur kontaktar föreståndare på aktuell enhet.

Handläggaren förhör sig om plats i verksamheten och presenterar sökande och dennes behov. Hagastiftelsen lämnar en första information om vad verksamheten har att erbjuda.

Ärendet presenteras för ledningsgruppen som beslutar om ansökan kan behandlas vidare. För detta ändamål kan eventuella utredningar/handlingar komplettera ärendet. Verksamhetens befintliga kompetens utreds med syfte att kunna leva upp till den sökande brukarens behov och önskemål. Eventuella brister i kompetensen åtgärdas genom att befintliga medarbetare vidareutbildas eller genom rekrytering av medarbetare med kompetenser som motsvarar den nye arbetstagarens/brukarens behov. Möte inbokas med den sökande, kommunal handläggare, föräldrar, god man, samt eventuellt fler som är viktiga i sammanhanget.

### Inflytt

Ett beslut om insatsen bostad med särskild service för vuxna gäller omedelbart. Det innebär att en person som beviljats en bostad enligt LSS i princip ska kunna flytta in i sin bostad tämligen omgående. Verkställandet av ett beslut om en insats är dock beroende av att insatsen faktiskt existerar eller relativt omgående kan göras tillgänglig. En del insatser kräver längre planeringstid, till exempel att tillgodose behovet av bostäder med särskild service för vuxna. Detta arbete behöver i regel påbörjas i mycket god tid.

### Handlingsplan för introduktionsprocess

1. Verksamhetsansvarig och/eller föreståndare och eventuellt några medarbetare träffar den nya brukaren. Vi berättar om verksamheten och brukaren har möjlighet att berätta om sig själv om hen vill.
2. Brukaren kommer på besök och får se den tilltänkta lägenheten.
3. Efter att brukaren tackat ja, så bestämmer vi ett datum för inflyttning.

4. Brukaren kommer på besök några ggr innan flytten och träffar de brukare som bor där, samt medarbetarna som arbetar på boendet.
5. Tillsammans upprättar vi GFP enligt IBIC (verksamhetsansvarig/s ansvar), om brukaren inte kan förmedla sig, sker detta gemensamt med brukarens företrädare. Den inflyttande brukarens behov, rutiner och målet med insatsen presenteras för boendet, arbetsplatsen samt verksamhetens handledare och att en genomförandeplan och riskbedömning upprättas samt kommuniceras med berörda parter.
6. Verksamhetsansvarig/föreståndare och ansvarig sjuksköterska ser till att medicindelegeringar finns samt att information om sökandens eventuella mediciner och andra ur hälso- och sjukvårdsperspektiv viktiga förhållanden kommuniceras till medarbetarna. Hälso-/vårdplan upprättas.
7. Verksamhetsansvarig/föreståndare ser till att det upprättas dokumentation sker enligt rutin
8. Lägenheten anpassas efter brukarens behov, innan flytt sker, exempelvis vissa tillgänglighetsanpassningar, larm m.m.
9. Brukaren flyttar in, eventuellt extra personal, vaken natt, sätts in, beroende på brukarens tillstånd och behov vid flytten.
10. Efter inflyttning håller verksamhetsansvarig/föreståndare kontakt med handläggare samt god man vid behov. Ärendet följs första året upp minst varje kvartal och därefter enligt personens genomförandeplan.



### 3. Arbetsbeskrivning: Boendestödjare

#### Syfte

Detta dokument syftar till att tydliggöra boendestödjarens ansvarsområden och uppgifter i verksamheten samt vilka ytterligare ansvarsområden och arbetsuppgifter som tillkommer med rollen som stödperson.

#### Ansvarsområden

- Att i det dagliga arbetet tillgodose brukarnas omvårdnad enligt antroposofisk socialterapi, LSS och andra gällande lagar.
- Att stödet och omsorgen utgår ifrån den enskildes behov, önskemål och livssituation och att det möjliggör ett liv präglad av självbestämmande, inflytande, integritet och delaktighet i den mänskliga gemenskapen.
- Boendestödjarens personliga kvaliteter är följsamhet, lyhördhet, tydlighet och att vara en teamplayer, kommunikativ och ha hög samarbetsförmåga.

#### Arbetsuppgifter

- Att delta i det dagliga arbetet i huset inklusive trädgården med därtill hörande arbetsuppgifter.
- Att samverka med övriga medarbetare och brukarna i syfte att skapa ett hem för brukarna.
- Att i samråd med och tillsammans med brukarna efter deras förmåga vara ett stöd i det arbete som allmänt förekommer i ett hem.
  - Ge brukaren stöd och service i boendet, utifrån individuella behov av ADL (exempelvis tandborstning)
- Att vara ett personligt stöd för brukarna enligt individuell genomförandeplan.
- Att svara för den förebyggande hälsovården, hålla sig informerad om medicinska uppgifter, ge mediciner enligt delegation och meddela husansvarig alternativt sjuksköterska om förändringar i brukarnas hälsa och beteende.
- Att medverka vid planeringen av brukarnas fritidsaktiviteter och delta vid behov.
- Att verka för god kontakt med företrädare och anhöriga och i förekommande fall hänvisa till husansvarig eller stödperson.
- Att medverka till en god arbetsmiljö genom att följa rutiner och anmäla fel och förbättringar i arbetsmiljön.
- Att delta i högtider, fester mm. under schemalagd arbetstid.
- Att medverka till att kosthållningen i boendet överensstämmer med verksamhetens miljöpolicy
- Att delta i pedagogiska måltider, vilket är obligatoriskt
- Att vara behjälplig vid introduktion och handledning av nya medarbetare i samråd med Husansvarig.

- Kan bli utsedd att vara stödperson för en enskild brukare.
- Att föra journalanteckningar i Rätt Spår och annan dokumentering och rapportering enligt fastställda rutiner.
- Att hantera huskassan och brukarnas kassor enligt fastställda rutiner.
- Att främja kontakt och samarbete med daglig verksamhet.
- Att som representant för Hagastiftelsen verka för goda samhällskontakter och vara Hagastiftelsens ansikte utåt.
- Att delta i konferenser, möten och handledningar som ingår i schemalagd arbetstid eller enligt kallelse från föreståndare eller husansvarig samt att hålla sig informerad och informera övriga medarbetare genom skriftliga anteckningar vid behov.
- Att delta i studium och fortbildning i syfte att stärka den egna utvecklingen och den antroposofiska och socialterapeutiska impulsen.
- Att tillämpa gällande säkerhetsföreskrifter, exempelvis brandföreskrifter.
- Att vårda den inre och yttre miljön samt inventarier och fordon.
- Övriga uppgifter kan förekomma samt att arbetsuppgifter kan förändras om behov uppstår.

## 4. Arbetsbeskrivning: Stödperson

### Rutin för etablerande av stödperson

Brukaren väljer inledningsvis ut en stödperson bland medarbetarna genom att ge ett eget förslag eller godkänna ett förslag på stödperson. brukaren ska ha inflytande över vilken medarbetare som utför dagligt, praktiskt och vägledande stöd.

### Arbetsuppgifter stödperson

Utöver de arbetsuppgifter som finns som boendestödjare så gäller följande arbetsuppgifter;

- Företräder brukaren i arbetsgruppen och ansvarar för att den får insatser enligt brukarens egna önskemål, beställning och genomförandeplan.
- Underhåller löpande social dokumentation
- Underhåller löpande och uppdaterar metodscheman, riskanalyser och genomförandeplaner samt kommunicerar dessa förändringar till övriga kollegor.
- Tar upp incidentrapporter på arbetsplatsmöten och ansvarar för att det tas fram åtgärder som sedan registreras i Rätt spår.
- Deltar vid insatsmätningar, uppföljningsmöten och liknande sammankomster. Uppdaterar efter dessa metodscheman, riskanalyser och genomförandeplaner samt kommunicerar dessa förändringar till övriga arbetskollegor samt följer upp dessa förändringars verkan.
- Håller kontakt med god man och anhöriga och andra personer som brukaren önskar.
- Ansvarar för att sjukvårdsbesök, tandläkarbesök och liknande bokas, genomförs och dokumenteras.
- Ansvarar för brukarens kassa och redovisar denna enligt rutin.

## 5. Rutin för intern och extern samverkan

### Syfte

Detta dokument syftar till att förklara hur vi på Hagastiftelsen samverkar internt, medarbetare och ledning emellan, samt externt, gentemot andra aktörer såsom myndigheter, god man, externa vårdkontakter och övriga aktörer.

### Intern samverkan

Intern samverkan sker mellan ledning och övriga medarbetare. Detta garanteras genom framför allt två sorters regelbundna samverkansträffar:

Föreståndarmöte 1g/mån

Styrelsemöte 2ggr per år

Apt 1 g/mån per enhet

### Samverkansmöten

Verksamhetsansvarig/föreståndare kan vid behov kalla till samverkansmöte där det avgörs från fall till fall vilka medarbetare som närvarar.

### Extern samverkan

Extern samverkan sker främst med placerande myndigheter, anhöriga/god man, samt externa vårdkontakter och andra utförare.

Verksamhetsansvarig/föreståndare ansvarar för att samverkan fungerar och sköts, men konkreta arbetsuppgifter och rutiner är fördelade enligt nedan.

### Samverkan med placerande myndigheter

Verksamhetsansvarig/föreståndare sköter all kontakt med placerande myndighet gällande avtal, uppföljningar och övriga ärenden. Verksamhetsansvarig/föreståndare, eller en av Verksamhetsansvarig/föreståndare utsedd administratör, skickar varje år eller vid behov en sammanfattning av insatsen samt händelser av vikt avseende föregående månad till ansvarig handläggare.

### Samverkan med anhöriga/god man

Inför inledande av placering sköter verksamhetsansvarig/föreståndare kontakten, och ser till att nödvändiga förberedelser träffas samt relevant information utbyts.

Efter att placeringen inletts tar husansvarig över kontakten på vissa områden, och en överenskommelse träffas mellan husansvarig och anhöriga/god man kring hur kontakten skall skötas därifrån (art och frekvens). Ett vanligt förslag är att man bestämmer en fast återkommande tid för telefonsamtal, varannan vecka. Husansvarig får delegera detta till boendestödjure.

### **Samverkan med externa vårdkontakter**

Verksamhetsansvarig/föreståndare/ föreståndare sköter all samverkan med externa vårdkontakter såsom exempelvis psykiatri, (re)habilitering mm. Om behoven bedöms omfattande kan uppgifter delegeras till sjuksköterska. Detta görs i samförstånd med vårdnadshavare/god man. Verksamhetsansvarig/föreståndare / föreståndare tillser att boendestödjure känner till bokade tider mm.

### **Samverkan med andra utförare**

Sker främst när Hagastiftelsen tar sig an en ny placering. Verksamhetsansvarig/föreståndare sköter denna samverkan och ser till att all erforderlig information utbyts, samt att planering och praktiska förberedelser görs enligt befintliga rutiner<sup>2</sup>. Som led i denna samverkan kan verksamhetsansvarig/föreståndare delegera vissa arbetsuppgifter till Husansvarig eller boendestödjure.

---

<sup>2</sup> För rutiner kring denna process, se "Rutiner för introduktion av ny brukare i verksamheten".

## 6. Rutin för hantering av synpunkter och klagomål

### Syfte

Detta dokument förklarar hur du som brukare eller företrädare (god man, anhörig etc.) ska gå tillväga för att framföra klagomål eller synpunkter på Hagastiftelsens verksamhet. Se "Blankett för synpunkter och klagomål" eller hemsidan för att framföra klagomål skriftligen.

### Hagastiftelsens inställning till synpunkter och klagomål

Synpunkter och klagomål på verksamheten är en förutsättning för utveckling och förbättring. Genom enkla och tydliga rutiner för hur vi hanterar klagomål får vi en bättre kunskap om hur vår verksamhet fungerar och uppfattas. Syftet med klagomålshanteringen är alltså att skapa högre kvalitet och att behandla klagomål från alla brukare, medarbetare och anhöriga på samma sätt oavsett insatser.

Brukaren, dennes närstående samt andra intressenter ska erbjudas möjlighet att på enklast möjliga sätt framföra sina synpunkter och klagomål. Verksamhetsansvarig/föreståndare är ansvarig för att var och en som vill framföra dessa kan göra detta utan svårigheter samt att det erbjuds flera olika sätt att framföra sina synpunkter och klagomål på. Information om det delges den enskilde och närstående redan vid första kontakten, tillsammans med kontaktuppgifter till verksamhetsansvarig/föreståndare. Alla inkomna synpunkter och klagomål tas emot och hanteras av verksamhetsansvarig/föreståndare utan onödiga dröjsmål.

### Kanaler för framförande av synpunkter och klagomål

Synpunkter och klagomål på verksamheten framförs direkt till samordnare eller verksamhetsansvarig/föreståndare, via mail eller telefon utifrån de kontaktuppgifter som tillgängliggjorts och kan lämnas både muntligt och skriftligt. Vänd dig i första hand till den närmaste medarbetaren med ditt klagomål eller din synpunkt. De flesta problem kan lösas om man tar tag i dem direkt med dem det berör. Om du känner att du inte får gehör för ditt klagomål eller din synpunkt kan du fylla i ett formulär och lämna till den husansvarige eller föreståndare. Synpunkt och klagomål kan även göras via hemsidan [www.Hagastiftelsen.se](http://www.Hagastiftelsen.se) och gå in på den enhet ärendet gäller.

Om du har klagomål rörande en extern vårdaktör (exempelvis den aktör som bedriver habilitering å Hagastiftelsens vägnar) kontaktas även då verksamhetsansvarig/föreståndare så att problemet kan utredas.

### Vad händer sen?

Om du har vänt dig till den berörda medarbetaren så försöker de lösa ärendet på bästa sätt. Om du känner dig missnöjd med det och istället vänder dig med ett skriftligt klagomål/synpunkt till din chef.

Om du då uppger namn så bekräftar vi att vi har fått dina synpunkter/klagomål och anger samtidigt vem och hur vi kommer att ta hand om ärendet.

Om vi anser att det är nödvändigt att informationen gå ut till hela medarbetargruppen så tas detta upp vid arbetsplatsmötet. Verksamhetsansvarig/föreståndare ansvarar för att den information och de synpunkter som framförs i samtal med den enskilde medarbetaren/brukaren eller anhöriga tas upp och dokumenteras och följs upp vid arbetsplatsmöten. När ditt ärende är utrett får du besked om vilka åtgärder vi kommer att vidta.

### **Ansvarsfördelning och hantering**

Verksamhetsansvarig/föreståndare ska utan dröjsmål åtgärda eller ta fram handlingsplaner för att åtgärda det belysta problemet. Verksamhetsansvarig/föreståndare ska samverka med samordnare i framtagandet av en eventuell handlingsplan. Verksamhetsansvarig/föreståndare ansvarar för att klagomålet eller synpunkten blir en del av kvalitetsberättelsen och att det får en effekt för utvecklingen av den framtida verksamheten, så att liknande situationer kan undvikas.

Samordnare är ansvarig för att brukaren är införstådd med verksamhetens rutiner för synpunkter och klagomål, medverkar vid sammanställning av inkomna synpunkter och klagomål samt medverkar vid framtagandet av handlingsplaner för åtgärder.

Efter genomförd utredning av klagomålet ska verksamhetsansvarig/föreståndare återkomma till den klagande med information om vilken åtgärd som vidtagits/hur man tänker fortskrida med ärendet.

### **Klagomål i kvalitetsarbetet**

Klagomål från den enskilde och från anhöriga/legala företrädare dokumenteras i en pärm för klagomål och synpunkter och förmedlas vidare till medarbetarna på nästkommande arbetsplatsmöte där det diskuteras hur verksamheten kan anpassas till den enskildes synpunkter och önskemål.

### **Fortsatt missnöje**

Om brukaren och/eller närstående fortfarande är missnöjda med situationen ska verksamhetsansvarig/föreståndare boka ett samtal med vederbörande för att försöka komma fram till en tillfredställande handlingsplan.

## 7. Riktlinjer för social dokumentation

### Syfte

Denna rutin anger riktlinjer för hur vi på Hagastiftelsen jobbar med social dokumentation verksamheten. Rutinen ska bidra till att dokumentationen är skriven enligt socialstyrelsens rekommendationer och på ett sådant sätt att det kan följas upp, förbättras och så att vi som verksamhet kan undvika alla situationer där brukaren eller medarbetare riskerar att fara illa.

I praktiken riktar sig denna till dig som jobbar i verksamheten för att ge dig alla verktyg du behöver för att på ett korrekt och lättillgängligt sätt kunna dokumentera i arbetet.

Bland annat får du här verktyg för hur du som medarbetare bör rapportera när saker inte är som de ska och hur dokumentationen kan användas som ett samarbetsredskap mellan dig och dina kollegor.

### Dokumentationssystemet

All dokumentation kring våra brukare sker i vårt dokumentationssystem Rätt Spår. Alla medarbetare har egna inloggningskonton. Din inloggningsinformation får du i samband med din anställning.

### Dokumentationsriktlinjer

Det finns lagkrav på att vi löpande dokumenterar vad som händer i vårt arbete. Till detta finns det följande skäl:

- Att dokumentera arbetet är viktigt för att kunna utvärdera och planera insatsen vi gör i det dagliga arbetet.
- Genom att dokumentera alla väsentliga händelser ökar vi brukarens rättssäkerhet, eftersom man då kan undersöka och utreda om brukarens intressen tas tillvara eller om det finns något missförhållande.
- Våra uppdragsgivare (kommunerna) måste kunna följa upp om insatsen genomförs på ett tillfredsställande sätt.
- Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har som uppgift att granska vår verksamhet, och kan då begära att få tillgång till dokumentation för att se om vi arbetar som vi ska.

All dokumentation som vi skriver förs in i brukarens journal genom olika processer. Journalen är helt enkelt en samling av all dokumentation kring brukaren, och den finns i uppdragsgivarens (kommunens) arkiv. Vissa sorters anteckningar hamnar direkt i journalen, och vissa sorter sammanfattas och gallras innan de journalförs. För mer information kring detta, se respektive anteckningsform.



## 1. Hur ska man skriva?

Det finns ett par regler som alltid gäller när man dokumenterar:

- Vi ska skriva kortfattat, och bara det som är väsentligt och viktigt.
- Vi ska inte bedöma eller tolka i dokumentationen. Detta betyder att man beskriver händelser som om man var en "kamera på väggen"; genom neutrala observationer. Exempel:
  - "Cecilia mådde illa och var ledsen" innehåller två tolkningar av Cecilia beteenden, och är olämpligt att skriva.
  - "Cecilia höll sig om magen och var tårögd" skulle vara en bättre beskrivning. Det är en objektiv beskrivning av vad som faktiskt gick att se, inte vad man tänkte om det man såg.
- Vid alla sorters dokumentation måste det framgå följande:
  - När den är skriven
  - Vem som skrivit och vilka andra som medverkat och på vilket sätt
  - Var information kommer ifrån (citat måste ha en källa. Är det du eller någon annan som sagt detta?)
- Vidare måste man vara aktsam på vilken sorts anteckning man skriver. Vissa saker är lämpliga i daganteckningar, men inte i månadsrapporter osv. För närmare beskrivning, se respektive rubrik.

## 2. Daganteckningar i dagboken

Här ingår alla de anteckningar av enklare karaktär som vi använder för att samordna det dagliga arbetet (samlas i "dagboken"). Detta kan exempelvis vara daganteckningar, dagliga checklistor för att hålla koll på hygien, dagbok för att förmedla vad som hänt under föregående pass, eller kalenderanteckningar för att inte missa läkarbesök.

Minnesanteckningar är inte officiella och ska förstöras så fort som möjligt (efter att viktiga uppgifter har sammanfattats i månadsrapporten och förts över till journalen), men det är ändå viktigt att uttrycka sig på ett objektivt och respektfullt sätt och inte i onödan skriva ned integritetskänsliga saker.

## 3. Rapporter från särskilda händelser

Rapporter från särskilda händelser (som exempelvis incidenter, tillbud, skyddsåtgärd/begränsningsåtgärd mm.) har syftet att dokumentera särskilda händelser av allvarigare eller annars betydande karaktär, så att dessa kan följas upp och undersökas vid behov. De är också till för att spara arbete vid journalföringen, eftersom man kan hänvisa till en skriven rapport och då slipper redogöra för vad som hände i detalj.

Det finns ett antal olika sorters händelserrapporter som ska skrivas vid respektive händelser.

Dessa är:

- Incident eller tillbud kring en brukare (tillhör avvikelshanteringen)
- Incident eller tillbud kring en medarbetare, orsakad av en brukare (tillhör avvikelshanteringen)
- Incident eller tillbud kring en medarbetare (tillhör avvikelshanteringen)
- Anteckning om skydds- och begränsningsåtgärd
- Medicinavvikelse (tillhör avvikelshanteringen)

Händelserapporter ska skrivas så nära inpå händelsen som möjligt (senast samma dag) och ska innehålla dels en objektiv beskrivning av vad som hände, samt ibland en subjektiv bedömning eller ett resonemang om vad man trodde låg bakom händelsen eller hur man tror att man skulle kunna förebygga att det händer igen.

Händelserapporter som involverar brukare sparas i journalen och får inte raderas.

För att få veta mera detaljer om hur man rapporterar incidenter och tillbud, läs avsnittet om avvikelshantering.

## Exempel för referens

Angående dokumentation har kommunen tidigare påtalat behov av ytterligare rapportering och är intresserad av att få svar på hur det fungerar kring:

- Personlig hygien
- Städ/tvätt
- Mathållning
- Ekonomi/inköp
- Fysisk aktivitet
- Sömn
- Trygghet
- Sociala kontakter utanför boende
- Kontakt med medboende
- Våld eller hot om våld
- Droger
- Aktiviteter/gemensamma aktiviteter

## 8. Rutin för hantering av utmanande beteende

### Syfte

Denna rutin syftar till att beskriva verksamheternas grundläggande tillvägagångssätt för hantering av olika utmanande beteenden som brukare i verksamheten kan uppvisa, samt hur vi går tillväga när brukare uppvisar våldsamma beteenden gentemot varandra. Syftet med att ha denna rutin är för att förebygga situationer där skydds- och begränsningsåtgärder skulle kunna uppstå.

För hantering av specifika beteenden, se brukarnas specifika dokumentation.

### Bemötande av utmanande beteende

Nedan följer en genomgång för hur vi inom Hagastiftelsen hanterar utmanande beteende när det uppstår.

#### Steg 1: Identifiering av utmanande beteenden

Brukaren kan uppvisa eventuella utmanande beteenden på olika sätt och i olika sammanhang. Information om ett beteende kan exempelvis framkomma vid överlämning från tidigare utförare eller placerande myndighet till vår verksamhet. Utmanande beteenden kan även upptäckas genom observationer som görs på plats i vår verksamhet. Var och en som får vetskap om utmanande beteenden i sitt arbete (även om denna observation inte sker i samband med en avvikelse -i form av incident eller tillbud- vilket ofta är fallet) ska se till att detta tas upp som en diskussionspunkt vid nästkommande arbetsplatsmöte. Skedde beteendet i samband med en incident eller ett tillbud ska det också dokumenteras i enlighet med våra rutiner för avvikelsehantering.

När det observerade beteendet diskuterats vid arbetsplatsmöte är det verksamhetsansvarig/föreståndares ansvar (alternativt biträdande föreståndare eller husansvarig, om verksamhetsansvarig/föreståndare är frånvarande) att fortsätta till steg två i processen.

#### Steg 2: Insamling av information och förberedelser för hantering

I steg två bedömer verksamhetsansvarig/föreståndare beteendet utifrån följande aspekter:

1. Vad vet man om beteendet och hur det yttrar sig?
2. Vad vet man om utlösande faktorer/triggers?
3. Vilka olika åtgärder har prövats av medarbetare? Hur verkar de fungera?
4. Hur allvarligt är beteendet? Innebär det eventuellt något missförhållande?

Verksamhetsansvarig/föreståndare ska sedan säkerställa att lämpliga åtgärder vidtas och att medarbetarna informeras om detta. Exempel på åtgärder kan vara:

- Kartläggning av beteendet för att samla mer information.

- Upprättandet av riskbedömning, förebyggande åtgärder och handlingsplan/bemötandestrategier
- Arrangering av fortbildning/kompetenshöjande insatser eller handledning

### **Steg 3: Riskbedömning & informering av berörd personal**

Förutsatt att tillräckligt underlag finns för att sammanställa en riskbedömning ska verksamhetsansvarig/föreståndare sammanställa en sådan och tillse att berörd husansvarig och eventuella andra blir informerade.

### **Steg 4: Informerande av övriga intressenter**

När en riskbedömning färdigställts och husansvarig informerats, informeras också beställaren och god man omedelbart om förändringarna/tilläggen i riskbedömningen är av sådan dignitet att det anses brådskande. Annars bifogas riskbedömningen som kopia i den sammanfattning som skickas regelbundet till placerande myndighet. Syftet med detta är att inte överinformera.

### **Steg 5: Utvärdering**

Åtgärderna som tillämpas utvärderas löpande under den kontinuerliga avvikelshanteringen (se "Rutin för avvikelshantering") och diskussioner vid arbetsplatsmöten. Åtgärderna revideras vid behov av verksamhetsansvarig/föreståndare eller delegeras till husansvarig eller assistenter.

## **Brukarnas agerande mot varandra**

I de fall brukarna hamnar i konflikt med varandra på ett sådant sätt att våld uppstår gäller följande:

1. Du är som medarbetare på boendet skyldig att ingripa (här gäller tillsynsansvaret)
2. Bedöm om du kan agera ensam i konflikten. Om du bedömer att det är förenat med risk att ingripa, påkalla då hjälp genom att skicka någon lämplig person till medarbetarummet. Lämna inte platsen utan observera tills hjälp anländer.
3. Ge stöd till den drabbade. Lyssna. Om vård behövs se till att någon följer med till sjukhuset eller följ med hem. Se till att någon finns till hands för den drabbade.
4. Ordna avlösning i boendet.
5. Dokumentera. Skriv en tillbudsrapport. Meddela berörd medarbetare, föreståndare och skyddsombud.
6. Andra brukare som bevittnat händelsen behöver också bearbeta detta. Föräldrar/Godman/Förvaltare till inblandade brukare meddelas om det inträffade.
7. Om du anser att tillbudet varit av allvarlig art ska ledningen informeras omgående för vidare åtgärder. Beroende på konfliktens art kan polisanmälan och/eller anmälan till arbetsmiljöverket bli aktuell.
8. Ett möte i arbetslaget för diskussion och samtal kan vara nödvändigt.

## **Riskområden för interaktioner mellan brukare**

Risikfrekventa områden där kränkningar och osämja mellan brukarna kan förekomma:

- I allmänna utrymmen (tex korridorer, kök etc.) är det viktigt att medarbetare har god tillsyn på brukarna då det lätt kan uppstå situationer då medarbetare börjar prata med varandra och en brukare med ett visst riskbeteende utagerar detta genom att lämna lokalen, falla, ge sig på någon eller på annat vis hamna i en situation som kunde undvikits.
- Utrymmen runt fritids; ingång, fram- och baksida samt trädgården. Medarbetare måste ha uppsikt när brukarna vistas i dessa områden.

## 9. Rutin för avvikelshantering

### Syfte

Detta dokument syftar till att klargöra hur avvikelser hanteras inom Hagastiftelsens verksamhet.

### Definition - avvikelse

Med avvikelse åsyftas händelser i verksamheten som avviker från normalbilden och kan exempelvis innebära ett problematiskt avsteg från förväntat beteende hos en brukare, ett avsteg från gängse rutiner eller policier från medarbetarnas sida eller en olyckshändelse. En avvikelse kan också ta formen av ett tillbud, alltså en olycka som kunde ha inträffat.

En viktig distinktion är att en avvikelse förväntas kunna åtgärdas med hjälp av Hagastiftelsens gängse rutiner och genom dessa kunna hindras från att uppstå igen. Allvarigare avvikelser som riskerar att utvecklas till missförhållanden kan bli föremål för Lex-Sarah-utredningar<sup>3</sup>.

Uppdateringar av riskbedömningar (och förteckningen över skyddsåtgärder som är kopplad till denna) är ett exempel på hur vi i praktiken jobbar med att minska risken för att beteende-orienterade avvikelser ska upprepas<sup>4</sup>.

### Hantering av avvikelser

Nedan följer en beskrivning av hur vi jobbar med avvikelser, steg för steg.

#### Steg 1: Dokumentation av avvikelser

Ansvarig medarbetare ska avrapportera avvikelser via vårt dokumentationssystem senast före avslutat arbetspass.

Vid avvikelser som bedöms vara av allvarigare karaktär ska även föreståndare informeras om denna inte redan har varit inblandad i samband med avvikelsen. Om avvikelsen rör medarbetares handlingar (exempelvis bemötande eller problematisk avvikelse från gängse rutiner) ska även dessa rapporteras på ett sätt så att den aktuella typen av situation i framtiden kan undvikas.

Vid akuta nödsituationer ring 112 (se rutinen om krisberedskap).

**Vid allvarligt tillbud/incident så måste föreståndare kontaktas omedelbart!**

---

<sup>3</sup> Se rutinen för anmälan enligt lex Sarah för detaljer.

<sup>4</sup> Se den centrala förteckningen för skydds- och begränsningsåtgärder som finns på varje enhet, enhetens samlade riskbedömningar samt våra "Rutiner vid skydds- och begränsningsåtgärder".

## **Steg 2: Underrättelse och samverkan kring avvikelser gällande brukare**

Vid en allvarlig incident eller ett tillbud eller vid allvarlig oro om att en brukare far illa är föreståndare skyldig att utan dröjsmål underrätta placerande myndighet (socialnämnd eller kommun) samt god man och anhöriga. Detta kan även innebära att föreståndare behöver ta kontakt med andra vårdinstanser, myndigheter och polis.

För ytterligare rutiner vid allvarliga händelser; se "rutin för krishantering". Är avvikelser av mindre allvarlig karaktär kan verksamhetsansvarig/föreståndare bedöma att det räcker att den rapporteras till vårdnadshavare/god man vid nästa ordinarie kontakttillfälle, och till placerande myndighet i samband med den månatliga rapporteringen.

## **Steg 3: Efterberedning**

Under arbetsplatsmöten görs en genomgång av samtliga tillbud och incidenter som varit aktuella under perioden. Här diskuterar verksamhetschef/föreståndare, husansvariga och boendestödjare eventuella åtgärder, upprättar/kompletterar riskbedömningar och handlingsplaner, samt fastställer om ytterligare utredning behöver genomföras och i så fall av vem.

Under ledningsmötet bestäms även vilka incidenter som behöver diskuteras på nästa arbetsplatsmöte med medarbetargruppen i syfte att berörda parter får relevant information så att ett eventuellt upprättande av förebyggande åtgärder kan påbörjas.

Samtliga här vidtagna åtgärder dokumenteras i dokumentationssystemet av verksamhetsansvarig/föreståndare eller delegerad administratör.

## 10. Rutiner vid skydds- och begränsningsåtgärder

### Bakgrund

Insatser enligt LSS bygger på frivillighet. Den enskilde får insatsen som en rättighet, och lagen ger utföraren, alltså oss i Hagastiftelsen, ingen rätt till tvångs- eller begränsningsåtgärder av något slag. Hagastiftelsens verksamhet ska utgå från respekt för brukarens självbestämmande och integritet. Några exempel på tvångs- och begränsningsåtgärder kan vara att låsa en dörr till ett utrymme som den enskilda har rätt att vistas i (ej medarbetarrum eller kontor), att fysiskt hindra en person från att utföra en viss handling eller att låsa lådor etc.

En åtgärd som skulle kunna ses som en begränsning får utföras om den enskilde lämnar samtycke till det. I sådant fall är åtgärden inte att betrakta som begränsningsåtgärd (som alltså inte är tillåten) utan istället som en skyddsåtgärd.

Samtycke kan ges i olika former. Det behöver inte alltid vara tydligt uttalat, utan det kan räcka med en acceptans och avsaknad av protest från den enskildes sida. Dock finns det ett par viktiga regler att förhålla sig till:

1. Den enskilde får när som helst dra tillbaka sitt samtycke. Detta innebär att bara för att personen har gett samtycke förra gången eller för en stund sedan, så betyder detta inte att det nu alltid är ok att genomföra åtgärden. Samtycke måste alltså bedömas på nytt i varje enskild situation.
2. Den enskilde kan endast lämna samtycke i frågor som denne förstår. Om man bedömer att en brukare inte kan förstå innebörden och konsekvenserna av en viss åtgärd så kan vederbörande alltså inte heller lämna samtycke till åtgärden.
3. Bara den som berörs av åtgärden kan lämna samtycke. Anhöriga, God man, stödperson mm. kan inte ge samtycke åt den enskilde.

### Rutiner för begränsnings- eller skyddsåtgärder som inte är planerade

Om medarbetare bedömer att det är nödvändigt att vidta en skydds- eller begränsningsåtgärd utifrån en spontant uppkommen situation som inte "täcks" av en författad rutin, riskbedömning eller handlingsplan, gäller följande:

Varje gång en begränsnings- eller skyddsåtgärd genomförs måste man dokumentera följande:

1. Vem som berördes av åtgärden
2. Vem som genomförde åtgärden
3. Anledning till åtgärden
4. Vad åtgärden bestod av
5. Hur samtycke givits

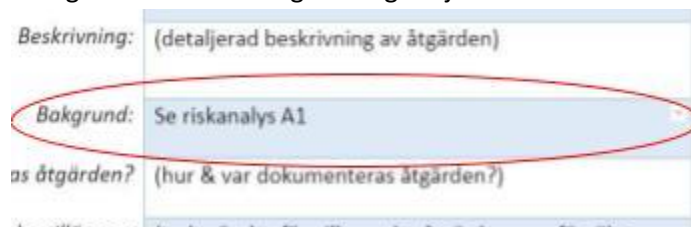
Som stöd i detta arbete har vi "Förteckning över skyddsåtgärder" där alla skyddsåtgärder finns samlade.



Detta innebär alltså även att man som medarbetare måste ha klart för sig varför en viss skyddsåtgärd bör genomföras. Detta bör bedömas i varje situation, och får inte bli en vanesak som man gör bara för att man har gjort det förut. Det får inte heller handla om en "magkänsla" eller personlig värdering (exempelvis: "Man kan väl inte sitta på toa i en timme"). Om det handlar om större och mer genomgripande åtgärder måste man även se till att beslutet tas på rätt nivå, exempelvis på ett möte, av föreståndare eller verksamhetschef.

## Exempel på strukturering av arbetet

Det är mycket fördelaktigt om man kan hänvisa till en aktuell riskbedömning för att motivera ett beslut om skyddsåtgärd. Denna refereras då i "Förteckning över skyddsåtgärder"<sup>5</sup> med ett ordningsnummer. Om A har ett riskbeteende (låt oss kalla det beteendet "A1") så refereras "Risk A1" vid rubriken "bakgrund" i förteckningen enligt följande:



Om en brukare vill göra något som medarbetaren bedömer som olämpligt så får medarbetaren försöka att avleda vederbörande med pedagogiska metoder. I detta måste hänsyn tas till brukarens bästa, samt till dennes ålder och mognad.

Om medarbetaren inte inom rimlig tid lyckas att avleda brukaren, så bör medarbetaren istället ge stöd och hjälp så att brukaren kan uppnå sitt önskemål på lämpligaste sätt.

## Rutiner för begränsnings- eller skyddsåtgärder som ingår i en gällande rutin eller handlingsplan

Vissa situationer uppstår så pass regelbundet i verksamheten att man har upprättat särskilda rutiner eller handlingsplaner som skall följas för att förebygga skada för brukare, medarbetare, eller utomstående. Dessa rutiner kan innehålla skydds- eller begränsningsåtgärder som skall vidtas. I vissa fall sker dessa så regelbundet att det skulle innebära en stor praktisk olägenhet att dokumentera varje instans av åtgärderna var för sig (exempelvis, varje gång en medarbetare låser knivlådan i köket, eller larmar ytterdörren).

I sådana fall finns en stor del av bakgrunden och bedömningen kring dessa åtgärder dokumenterade i dessa rutiner eller handlingsplaner, och medarbetaren behöver därför inte redogöra för dessa i detalj i sin egen dokumentation. Dessa skyddsåtgärder är även dokumenterade i en särskild förteckning (se

<sup>5</sup> Se styrdokumentet med samma namn.

“förteckning över skyddsåtgärder”), som följs upp en gång var 6e månad för att säkerställa att inga skydds- eller begränsningsåtgärder ”dröjer sig kvar” fast det har etablerats bättre sätt att hantera situationen, eller att situationen ej längre förekommer.

Vid den dagliga dokumentationen bör följande beaktas särskilt: I det fall där en skydds- eller begränsningsåtgärd som vidtas med bakgrund i en rutin eller handlingsplan leder till en begränsning där en brukare uttrycker protest av något slag (med andra ord att brukaren visar aktivt att samtycke inte finns) skall detta alltid nämnas i dokumentationen.

Verksamhetens rutiner skall aldrig innehålla, eller vara beroende av, skydds- eller begränsningsåtgärder som regelbundet och systematiskt används emot brukarens vilja, annat än i tydliga nödsituationer med direkt fara för liv och hälsa (se nedan).

## Om Nödsituationer

Den så kallade *nödrätten* innebär att en person kan gå ansvarsfri från handlingar som annars skulle varit olagliga, om dessa handlingar utfördes för att skydda ett starkt, rättsligt skyddat intresse såsom liv, hälsa eller egendom. Viktigt är att handlingen står i proportion till faran! Detta gäller även inom vården, och kan exempelvis innebära att:

- Om en brukare är på väg ut på en trafikerad väg och riskerar att bli påkörd så får en medarbetare hålla fast denne om inget annat sätt finns. Om nödsituation ej föreligger är fasthållning olagligt.
- Om en brukare försöker att skada en medarbetare eller någon annan är det tillåtet att använda måttligt våld för att skydda den andre eller sig själv.
- Om en brukare kastar sten på grannens fönster så att dessa riskerar att gå sönder kan det vara lämpligt att hindra brukaren genom att exempelvis hålla i dennes hand.

Vid nödsituation är det även viktigt att ta hänsyn till vad den tänkta åtgärden skulle ha för effekt. Om en brukare exempelvis är mycket känslig för kroppskontakt, och kan tänkas reagera med våld, så kan det vara lämpligare att låta någon sak gå sönder än att riskera en fysisk drabbning mellan medarbetare och brukaren.

## Skyddsåtgärder som påverkar andra

Vissa skyddsåtgärder kan vara mer problematiska än andra. Till exempel åtgärder som påverkar fler individer än huvudpersonen. Då behöver en avvägning göras och dokumenteras (med fördel i aktuell förteckning över skyddsåtgärder). Det kan till exempel röra sig om att man låser en kökslåda med saxar och knivar i då en av brukarna har ett riskbeteende kopplat till detta. Då måste risken med att ha knivlådan oläst vägas mot begränsningen en låst låda innebär i de övriga brukarnas liv. Om risken är stor, men begränsningen i övrigas liv kan antas vara liten (till exempel om ingen annan brukare använder knivar) kan skyddsåtgärden konstateras vara högst rättfärdigad. Annars, om övriga brukare använder knivarna ofta, behöver man kanske flytta knivar till personalrummet eller se över andra lösningsalternativ som inte påverkar övriga brukare för stor utsträckning.

## **Att ta hänsyn till samtycke**

Då våra brukare ofta har mycket begränsade språkliga förmågor kan det vara svårt att avgöra om man fått samtycke för en åtgärd eller inte. För att få reellt samtycke från en brukare utgår vi från hur brukaren i vanliga fall eller liknande situationer visar att hen vill eller inte vill. Om en brukare inte bedöms kunna ge samtycke och om åtgärden är såpass begränsande i förhållande till vad den är tänkt att skydda från att den inte kan anses vara rimlig skall den inte tillämpas och ett annat sätt att lösa problemsituationen måste övervägas.

## **Beslut om skyddsåtgärder**

När det blivit tydligt att behovet av en skyddsåtgärd är nödvändig samlas:

- Representant från ledning (helst verksamhetsansvarig/föreståndare, men det kan också räcka med biträdande föreståndare eller husansvarig, eftersom verksamhetsansvarig/föreståndare ändå kommer att informeras i efterhand),
- Medarbetare som framöver kommer att delta i införlivandet av skyddsåtgärden
- Sjuksköterska eller läkare (beroende på skyddsåtgärdens område och natur)
- Den berörde

## 11. Rutin för anmälan enligt Lex Sarah

### Rutinens syfte

Syftet med denna rutin är att beskriva hur vi med hjälp av rutiner enligt lex Sarah jobbar för att avhjälpa och undanröja missförhållanden och risker för missförhållanden inom vår verksamhet. Rutinen riktar sig till alla som jobbar med brukarna och övriga inom verksamheten som har kännedom om brukarnas levnadsförhållanden.

### Bakgrund

Citat från Socialstyrelsen:

*Lex Sarah gäller inom socialtjänsten, i verksamheter enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade och vid Statens institutionsstyrelse.*

*Enligt bestämmelserna om lex Sarah i socialtjänstlagen, SoL, och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, ska*

- *anställda genast rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden till den som bedriver verksamheten*
- *den som bedriver verksamheten utreda och avhjälpa eller undanröja det rapporterade missförhållandet utan dröjsmål*
- *den som bedriver verksamheten, om det visar sig att missförhållandet är allvarligt, snarast anmäla det till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).*

*Anställda rapporterar till den som bedriver verksamheten*

*Anställda ska rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden till den som bedriver verksamheten. Information om rapporteringsskyldigheten ska ges av den som bedriver verksamheten. Den anställde ska inte rapportera missförhållanden till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).*

*Den som bedriver verksamheten utreder, avhjälper och anmäler*

*När den som bedriver verksamheten tar emot en rapport om ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande ska det rapporterade utredas, dokumenteras och avhjälpas eller undanröjas. Om ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande är allvarligt ska den som bedriver verksamheten snarast anmäla det till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).*

Dessa bestämmelser gäller naturligtvis inom Hagastiftelsens verksamhet. Om du som anställd behöver göra en anmälan enligt lex Sarah så finns det en särskild blankett för detta i Hagastiftelsens dokumentationssystem som du fyller i. Du ska även omgående meddela

verksamhetsansvarig/föreståndare att du har gjort detta, så att det inte missas. För mer information om dessa bestämmelser kan du konsultera socialstyrelsens handbok om lex Sarah, som finns på socialstyrelsens hemsida.

## **Rutiner och instruktioner för anmälan**

### **Vad menas med missförhållande?**

Ett missförhållande uppstår när det finns ett hot mot- eller konsekvenser för den enskildes liv, säkerhet eller fysiska/psykiska hälsa. Några exempel är slag, hårdhänta tag, insatser mot den enskildes vilja, nedläggning och trakasserier eller annat kränkande bemötande.

Missförhållandet kan till exempel bero på avvikelser från genomförandeplanen, underlåtenhet att följa uppsatta rutiner, brister i uppsatta rutiner, underlåtenhet att åtgärda identifierade problem eller brister i vård eller bemötande från medarbetare.

### **Hur vi förebygger missförhållanden**

Vårt arbete med att förebygga missförhållanden sker bland annat genom vår rutin för hantering av utmanande beteende<sup>6</sup> där upprättandet av riskanalysen bidrar i detta arbete. Våra rutiner för avvikelshantering<sup>7</sup> syftar också till att motverka uppkomsten av missförhållanden.

Inom vår verksamhet skiljer vi vanligtvis på mindre allvarliga avvikelser/incidenter som hanteras enligt den vanliga avvikelshantering (händelser som kan förväntas uppstå då och då inom den vanliga verksamheten även när den fungerar väl) och risker för missförhållanden som ska anmälas enligt lex Sarah. Risker för missförhållanden ska kunna avhjälpas genom att gängse rutiner följs, men i händelse att en medarbetare bedömer att ett missförhållande uppkommit eller riskerar att uppkomma ska hen så snart som möjligt meddela verksamhetsansvarig/föreståndare så att åtgärder kan vidtas i ett så tidigt skede som möjligt.

---

<sup>6</sup> se dokumentet "hantering av utmanande beteende"

<sup>7</sup> se dokumentet "avvikelsehantering"

## Rapporteringskyldighet hos anställd

Om en medarbetare observerar ett missförhållande, eller en risk för missförhållande i verksamheten så är hen skyldig, enligt SoL 14 kap. §3, att avrapportera detta så snart som möjligt.

Verksamhetsansvarig/föreståndare skall se till att varje medarbetare regelbundet (vid nyanställning, och sedan en gång per år) informeras om sina lagstadgade skyldigheter, samt verksamhetens rutiner kring lex Sarah.

## Utanför tjänsten (under ledig, semester etc.)

Det finns inga bestämmelser som säger att man måste fullgöra rapporteringskyldigheten när man inte är i tjänst. Däremot omfattar rapporteringskyldigheten även sådant som man fått kännedom om när man inte varit i tjänst. Det innebär att rapporteringskyldigheten ska fullgöras omgående när man åter är i tjänst.

## Jäv-liknande situationer i lex Sarah-ärenden

Den som utreder ett missförhållande eller en risk för missförhållande får inte själv vara en del av problemet. Berörs exempelvis närmsta chef (exempelvis samordnare eller föreståndare) av ett missförhållande, eller om vederbörande är upphov till missförhållandet (eller en påtaglig risk för detta) ska rapportering av ärendet ske till motsvarande funktion i Hagastiftelsens verksamhet. Rapportering sker i dessa fall initialt muntligt.

## Process för anmälan enligt Lex Sarah

Anmälan görs av den som närvarat vid den aktuella händelsen, så snart som möjligt efter dess inträffande, enligt följande steg;

1. Hitta blanketten för lex Sarah i dokumentationssystemet.
2. Skriv ut blanketten och fyll i den.
3. Lämna blanketten direkt till verksamhetsansvarig/föreståndare om möjligt, annars i postfack/motsv.
4. Informera verksamhetsansvarig/föreståndare via telefon att en anmälan enligt lex Sarah har gjorts, om detta inte har gjorts personligen, senast samma dag som anmälan gjorts.

## Verksamhetsansvarig/föreståndarens fortsatta ansvar

När blanketten lämnats in skall verksamhetsansvarig/föreståndare:

1. Skyndsamt upprätta och genomföra en utredning av händelsen/händelserna enligt Lex-Sarah. I utredningen ska verksamhetsansvarig/föreståndare försöka ta reda på orsakerna till det inträffade och i en handlingsplan formulera lämpliga åtgärder för att eliminera orsakerna till missförhållandet eller det potentiella missförhållandet som

uppdagats. Det kan till exempel handla om att instifta nya rutiner kring den aktuella situationen/typen av situation, informera medarbetare om nya förhållningssätt och/eller göra tillägg/justeringar i riskanalyser,

2. meddela berörda parter delaktiga i åtgärdernas genomförande (exempelvis samordnare och boendestödare),
3. följa implementering av åtgärderna i verksamheten,
4. utvärdera om åtgärderna fått avsedd effekt eller om de behöver justeras,
5. justera åtgärderna efter behov eller låta arbetet fortlöpa i enlighet med dessa.

Vid allvarlig oro om att en brukare far illa är verksamhetsansvarig/föreståndare skyldig att utan dröjsmål underrätta placerande myndighet (kommun eller socialnämnd) samt vårdnadshavare/god man. Om verksamhetsansvarig/föreståndare också bedömer att verksamheten inte kan åtgärda missförhållandet skall det även anmälas till IVO. Det kan även innebära att verksamhetsansvarig/föreståndare behöver ta kontakt med andra vårdinstanser, myndigheter och polis.

### **Lex Sarah i kvalitetsarbetet**

De Lex- Sarah-anmälningar som görs blir ett underlag för Hagastiftelsens fortsatta kvalitetsarbete<sup>8</sup> och understödjer i arbetet att hitta brister och trender i verksamheten. I praktiken kan det resultera i att ändra processer och rutiner som inte är ändamålsenliga.

---

<sup>8</sup> Lex Sarah återfinns bland annat som en punkt i frågorna till den årliga verksamhetsberättelsen.

## 12. Rutin för omedelbara åtgärder vid våldssituationer

### Syfte

Denna policy är en del av arbetsmiljöarbetet för att motverka hot och våld och riktar sig till dig som boendestödare eller husansvarig, som kan tänkas hamna i denna typ av situationer.

### Våld riktat från brukare mot personal<sup>9</sup>

Exempelvis när en konflikt har uppstått där en brukare kränkt/attackerat personal.

1. Om du som blir attackerad/kränkt av brukaren. Bedöm om du kan lösa konflikten själv. Om inte, påkalla hjälp alternativt ta dig från platsen. Är detta inte möjligt gäller nödvärnslagen.
2. När den akuta situationen är över skall du dokumentera, kontakta verksamhetsansvarig/föreståndare och skyddsombud.
3. Verksamhetsansvarig/föreståndare ser till att du får det stöd och hjälp du behöver. Du ska inte lämna arbetsplatsen utan att ha pratat med någon. Om vård behövs se till att någon följer med till sjukhuset eller följ med hem. Se till att någon finns till hands.
4. Om du anser att tillbudet varit allvarligt skall ledningen informeras omgående för utredning. Beroende på konfliktens art kan polisanmälan och/eller anmälan till arbetsmiljöverket bli aktuell.
5. Ett möte i arbetslaget för diskussion och samtal kan vara nödvändigt.

### Våld/hot från utomstående riktat mot medarbetare eller brukare

Om en utomstående kommer till boendet för att starta konflikt med någon på boendet gäller följande:

1. Alla utomstående som kommer till boendet obehörigt skall utvisas. Om vederbörande inte lämnar boendet vid uppmaning, kalla på hjälp. Nödvärnslagen gäller. Vid vägran stanna kvar och observera tills situationen är avklarad. Ledningen skall meddelas om händelsen (intrånget). Dokumentera.
2. Om du som medarbetare skall ha samtal och kan misstänka att en anhörig kan bli hotfull får du inte genomföra samtalet ensam, om du inte har en annan i angränsande lokal som är medveten

---

<sup>9</sup> För ytterligare rutiner kring denna situation se "Rutin för hantering av utmanande beteende".



om situationen. Om konflikt uppstår som inte är hanterbar, be anhörig lämna lokalen, om inte gäller nödvärnslagen.

3. Efter den akuta situationen är över ska du dokumentera, kontakta verksamhetsansvarig, föreståndare och skyddsombud.
4. Beroende av konfliktens art kan polisanmälan bli aktuell.
5. Ett möte i arbetslaget för diskussion och samtal kan vara nödvändigt.

## **Åtgärder för att förebygga våld och hot om våld**

I vår verksamhet har vi identifierat ett par faktorer som bidrar till att förebygga våldssituationer. Detta kan vara bra att vara medveten om:

- Aktivt värdegrundsarbete
- Ett aktivt och engagerat boenderåd
- Ett fungerande rastvaktssystem
- Återkommande diskussion kring värdegrund och hälsa på mentors tid (social rapport)
- Trivselregler
- Kamratstöd
- Nätverk DV - SOC - BUP - POLIS

## **Dokumentation av våld**

Hot och våldssituationer skall (utöver avvikelserapport i den sociala journalen) dokumenteras i antingen tillbudsrapport eller arbetsskadeanmälan (blanketterna finns på Rätt Spår). Originalen skickas till verksamhetsansvarig föreståndare. En kopia ges till det lokala skyddsombudet.

## 13. Jävspolicy

### Syfte

Denna policy utgör riktlinjer för hur vi på Hagastiftelsen jobbar för att minska jäv och jäv-liknande situationer i vår verksamhet. Policyn syftar till att främja saklighet och opartiskhet, i exempelvis ekonomiska och bemanningsrelaterade ärenden. Vårt mål är att all tjänsteutövning ska vara saklig och objektiv. Det betyder att släktskap, vänskap eller andra privata relationer i minsta möjliga mån påverkar beslutsfattande.

Parter som kommer i kontakt med Hagastiftelsen ska känna ett förtroende för att vi agerar sakligt och grundar våra beslut på objektiv basis som inte påverkas av relationer inom medarbetargruppen.

### Definition

Jäv är en beslutssituation där en relation mellan personer gör att förtroende, saklighet och opartiskhet rubbas. Jävssituationer är mest problematiska när det rör personer som innehar chefs- eller ansvarspositioner och således ofta tar viktiga beslut.

### Typsituationer & exempel

I vår verksamhet ser vi de huvudsakliga riskområdena för jäv i de fall där individer är släkt med<sup>10</sup>, eller har andra nära relationer med varandra<sup>11</sup>, vilket riskerar att påverka sakligheten i beslutsprocesser.

Om någon har mycket att vinna eller förlora på ett beslut (exempelvis rörande anställningar, löner, bemanning eller förändringar i verksamheten) kan konsekvenserna av jäv bli stora. I praktiken innebär detta att var och en ska undvika att delta i beslutsprocesser rörande individer som de själva har en för nära personlig koppling till, se exempel nedan:

- Person A (husansvarig) och B (boendestödjare) är släkt. Ett beslut behöver tas kring huruvida person B ska avskiljas från sin tjänst eller omplaceras. Person A, som egentligen ska vara med och ta beslutet, anses jävig och avstår från att delta i beslutsprocessen.
- Person C (chef) och D är mycket nära vänner. D ska tillträda en tjänst på C's enhet och lönesättning ska göras. Person C bör överlåta lönesättningen till någon annan.
- Person F har en konflikt med kollegan G. G är släkt med F's chef H. F måste beredas möjlighet att framföra ärendet till annan chef/motsvarande för att slippa en potentiellt jävig chef (H) i medlingsprocessen.

---

<sup>10</sup> Motsvarande vad som i förvaltningslagen kallas "släktskapsjäv".

<sup>11</sup> Motsvarande vad som i förvaltningslagen kallas "närståendejäv".

## **Hantering av jäv**

En person som själv vet att det föreligger omständigheter som gör vederbörande jävig ska upplysa om detta och avstå från att delta i ett beslut. Jäv kan och bör även påpekas av annan som känner till sådana omständigheter.

## 14. Lönepolicy

### Syfte

Denna policy finns för att klargöra hur lönesättning fungerar i verksamheten.

### Bakgrund

På våra enheter har arbetstagaren vid anställningens början möjlighet att löneförhandla, lönenivån avgörs efter arbetstagarens tidigare erfarenheter, utbildningar, samt ålder. På våra enheter är det verksamhetsansvarig/föreståndare som löneförhandlar med sina medarbetare och avgör vilken lön medarbetaren är berättigad till. Styrelsen eller styrelsens ordförande har ingen befogenhet att löneförhandla med medarbetarna, då det är verksamhetsansvarig/föreståndare som är budgetansvarig, samt har vetskap om medarbetarnas arbetsinsatser – ansvarsområden, samt utbildningar.

Då lönesamtal inte är någon lagstadgad rättighet, så har vi inga årliga lönesamtal på våra enheter. Därmed har arbetsgivaren inga skyldigheter att höja grundlönen på någon basis. Däremot har alla anställda rätt till årlig lönerevision enligt kollektivavtal (utifrån Kommunal).

Utöver den årliga lönerevisionen, kan medarbetarna få en lönehöjning vid utökat ansvar, vissa utbildningar som arbetsgivare önskar att medarbetare genomgår, som gagnar verksamheten, samt vid extra hög kompetens.

Arbetsgivare får inte bryta mot exempelvis diskrimineringslagen eller annan tvingande arbetsmarknadslagstiftning och ska genomföra sitt arbete i linje med verksamhetens jämställdhets-, jämlikhets- och diskrimineringspolicy (se policyn med samma namn).

# 15. Jämställdhets-, jämlikhets och diskrimineringspolicy

## Bakgrund & syfte

Hagastiftelsen ska vara en jämställd och jämlik arbetsplats där ingen medarbetare diskrimineras. Syftet med denna policy är således att styra verksamhetens arbete med att främja jämlikhet och jämställdhet samt att motverka alla former av diskriminering på arbetsplatsen.

## Diskrimineringsgrunder

Diskriminering kan ske på basis av sju faktorer:

1. **Kön:** att någon är kvinna eller man,
2. **Könsöverskridande identitet eller uttryck:** att någon inte identifierar sig som kvinna eller man eller genom sin klädsel eller på annat sätt ger uttryck för att tillhöra ett annat kön än sitt biologiska,
3. **Etnisk tillhörighet:** nationellt, kulturellt eller etniskt ursprung, hudfärg eller annat liknande förhållande,
4. **Religion eller annan trosuppfattning**
5. **Funktionsnedsättning:** varaktiga fysiska, psykiska eller begåvningsmässiga begränsningar av en persons funktionsförmåga som till följd av en skada eller en sjukdom fanns vid födelsen, har uppstått därefter eller kan förväntas uppstå,
6. **Sexuell läggning:** exempelvis homo-, bi-, hetero- eller annan sexuell läggning,
7. **Ålder:** uppnådd levnadslängd.

## Inställning

Alla medarbetare ska ha lika möjligheter, rättigheter och skyldigheter och får inte behandlas olika baserat på någon av diskrimineringsgrunderna. Medarbetare ska, på basis av dessa grunder, inte heller värderas eller bedömas annorlunda gällande deras erfarenheter, prestationer eller i samband med lönesättning.

Kort sagt ska samma krav ställas på en funktion i verksamheten oavsett vem som bemannar denna och varje prestation värderas och bedömas på samma sätt oavsett vem som står bakom den.

## Gränsdragningar

Vår policy omfattar diskriminering utifrån diskrimineringsgrunderna vi angivit ovan och om du upplever dig på annat sätt orättvist behandlad ska du ta upp det med närmsta chef. Viktigt att komma ihåg är dock att alla människor är olika och att detta i många lägen är en *fördel*. Vid en anställningsintervju gör vi exempelvis avvägningar av en persons lämplighet för en tjänst baserat på vad tjänsten kräver. Detta betraktar vi inte som diskriminering (så länge det inte sker på basis av diskrimineringsgrunderna). Att

exempelvis prioritera en storvuxen eller stark person för arbete med en utåtagerande brukare över någon som är mindre och svagare än brukaren skulle exempelvis vara olämpligt ur en arbetsmiljösynpunkt och riskera att resultera i skador och onödigt lidande. När vi gör förflyttningar av medarbetare görs samma avväganden. Alltså funderar vi över huruvida en viss medarbetare är (särskilt) passande för olika arbetsuppgifter och detta påverkar vårt beslut.

## Arbetet mot diskriminering

Att skapa en jämställd och jämlik arbetsplats är en ständigt pågående process och ett arbete som aldrig kan anses vara färdigt, varför det är särskilt viktigt att det följs upp med jämna mellanrum.

Arbetsplatsens jämställdhet och jämlikhet påverkas av vilka individer som jobbar där, hur deras värderingar tar sig i uttryck och hur arbetsplatskulturen ser ut. Eftersom medarbetarna, både genom sina handlingar men även avsaknad av handlingar, bidrar till kulturen på arbetsplatsen är det viktigt att arbetet med jämställdhet och jämlikhet sker på en medarbetarnivå och inte bara på ledningsnivå.

## Balans i medarbetarstyrkan

Vid rekrytering ska särskild hänsyn tas till arbetslagets könssammansättning. Detta gäller även vid tillsättande av chefer samt gällande prioritering av vilken medarbetare som ska vidareutbildas.

## Språk och arbetsplatskultur

En central del av arbetet mot diskriminering är språket på arbetsplatsen. Medarbetarnas "språkhandlingar" (alltså vad de *gör* eller *ger uttryck för* genom sitt språk) är viktiga indikatorer på vilken arbetsplatskultur som råder. Exempelvis kan följande språkhandlingar signalera att det behöver göras förändringar i arbetsplatskulturen:

- att sexistiska eller rasistiska uttryck används på arbetsplatsen,
- att anställda tystas, förminskas eller förlöjligas<sup>12</sup> systematiskt när de lyfter frågor ang. diskriminering, jämlikhet eller jämställdhet.

Det finns många sätt att bidra till arbetskulturen. Om en medarbetare tex använder ett nedsättande ord för en etnisk grupp och ingen kommenterar detta, bidrar alla medarbetarna tillsammans till en kultur där denna typ av uttryck kan användas oemotsagt.

## Arbetets steg

Som påminnelse om god praxis och som utgångspunkt för arbetet återfinns här avsnitt av rekommendationerna från Arbetsgivaralliansen:

---

<sup>12</sup> Se fenomenet härskartekniker för fler konkreta exempel på hur denna typ av beteende kan te sig i praktiken. Lästips: Berit Ås bok De Fem Härskarteknikerna.

Arbetsgivarens arbete med aktiva åtgärder ska omfatta fem områden och utföras i fyra steg.

De fem områdena är:

1. Arbetsförhållanden
2. Bestämmelser och praxis om löner och andra anställningsvillkor
3. Rekrytering och befordran
4. Utbildning och övrig kompetensutveckling
5. Möjligheter att förena förvärvsarbete med föräldraskap

De fyra stegen är:

1. Undersöka
2. Analysera
3. Vid behov åtgärda
4. Följa upp och utvärdera.

Genom de fyra stegen ska arbetsgivaren undersöka om risker finns inom de fem områdena utifrån respektive diskrimineringsgrund.

## Aktiva åtgärder mot diskriminering

Verksamhetens regelbundna rutiner för de aktiva åtgärderna mot diskriminering är (utefter arbetsgivaralliansens områden) strukturerade enligt följande:

1. **Arbetsförhållanden** - varje år görs en anonym medarbetarenkät rörande den fysiska och psykosociala arbetsmiljön, där relevanta frågor ang. diskriminering finns. Resultatet av enkäten tjänar som underlag i det framåtsyftande arbetet.
2. **Bestämmelser och praxis om löner och andra anställningsvillkor** - i mars/april görs årets lönekartläggning. Vid denna säkerställs att medarbetare inte har olika löner för samma jobb, baserat på någon av diskrimineringsgrunderna.
3. **Rekrytering och befordran** - Vid rekrytering och befordran tas könsbalansen i särskilt beaktande.
4. **Utbildning och övrig kompetensutveckling** - Vid urval av vilka individer som ska skickas på utbildning ska diskrimineringsgrunderna beaktas.
5. **Möjligheter att förena förvärvsarbete med föräldraskap** - Medarbetare ska inte diskrimineras baserat på deras möjlighet att kombinera förvärvsarbete med föräldraskap.
6. **Årlig utvärdering av åtgärder** - I samband med skrivandet av verksamhetsberättelsen utvärderas vilka åtgärder verksamheten tagit i området jämlikhet & jämställdhet och vilka effekter det fått för att skapa en icke-diskriminerande arbetsplats.





## 16. Handlingsplan mot trakasseri och kränkande Särbehandling

### Syfte

Detta dokument syftar till att tydliggöra ansvarsfördelning och utgångspunkter för arbetet mot trakasserier och kränkande särbehandling och riktar sig i huvudsak till chefer som bär det yttersta ansvaret för att driva det förebyggande arbetet. Detta dokument är ett komplement till verksamhetens policy om jämlikhet, jämställdhet och diskriminering.

### Utgångspunkter & bakgrund

På enheterna tolereras varken trakasserier eller kränkande särbehandling och det gäller att på ett tidigt stadium sätta stopp för sådana oönskade beteenden.

Chefer bär ansvaret att förebygga och förhindra trakasserier och kränkande särbehandling, dock har alla medarbetare en skyldighet att reagera och säga ifrån. Diskussioner om vad likabehandling, trakasserier och kränkande särbehandling innebär ska hållas levande på arbetsplatserna för att förebygga och motverka olika typer av diskriminering.

På enheterna finns en Jämställdhets-, jämlikhets och diskrimineringspolicy som alla medarbetare ska känna till och som ligger till grund för verksamhetens arbete med att förebygga trakasserier och kränkande särbehandling

### Vad är trakasseri och kränkande särbehandling?

I Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 1993:17) återfinns begreppet kränkande särbehandling i arbetslivet, som ofta blandas ihop med begreppet trakasserier som regleras i Diskrimineringslagen (2008:567). Ett systematiskt arbetsmiljöarbete kräver att man arbetar med trakasserier och kränkande särbehandling på ett enhetligt sätt.

Kränkande särbehandling är återkommande klandervärda eller negativt präglade handlingar som riktas mot enskilda medarbetare på ett personligt kränkande sätt och som kan leda till att medarbetare ställs utanför arbetsplatsens gemenskap. Exempel är förtal, utfrysning, medvetna förolämpningar och mobbning. Mobbningen skiljer sig från andra konflikter genom att mobbaren sätter sig över den utsatte och därigenom utövar sin makt över den andre. För att definieras som mobbning ska de negativa handlingarna upprepas över tid och inte förväxlas med tillfälliga meningsmotsättningar och samarbetsproblem i allmänhet.

Det gemensamma draget för trakasserier och kränkande särbehandling är att en person förolämpas, hotas, kränks eller blir illa behandlad. Trakasserier, till skillnad från den kränkande särbehandlingen, kan begränsa sig till en enstaka händelse.

Trakasserier är ett uppträdande som kränker en medarbetares värdighet och som ofta har samband med någon av de i lag skyddade diskrimineringsgrunderna;

1. **Kön:** att någon är kvinna eller man,
2. **Könsöverskridande identitet eller uttryck:** att någon inte identifierar sig som kvinna eller man eller genom sin klädsel eller på annat sätt ger uttryck för att tillhöra ett annat kön än sitt biologiska,
3. **Etnisk tillhörighet:** nationellt, kulturellt eller etniskt ursprung, hudfärg eller annat liknande förhållande,
4. **Religion eller annan trosuppfattning**
5. **Funktionsnedsättning:** varaktiga fysiska, psykiska eller begåvningsmässiga begränsningar av en persons funktionsförmåga som till följd av en skada eller en sjukdom fanns vid födelsen, har uppstått därefter eller kan förväntas uppstå,
6. **Sexuell läggning:** exempelvis homo-, bi-, hetero- eller annan sexuell läggning,
7. **Ålder:** uppnådd levnadslängd.

Trakasserier kan bland annat bestå i att man använder sig av förlöjligande eller nedvärderande generaliseringar av till exempel "kvinnliga", "homosexuella" eller "etniska" egenskaper. Det kan också handla om att någon blir kallad "blatte", "mongo", "fjolla", "hora", eller liknande. Det kan även vara fråga om osynliggörande eller undanhållande av information som har samband med någon av diskrimineringsgrunderna.

Sexuella trakasserier och ofredanden kan handla om beröringar, tafsningar, förslag, skämt, jargong eller bilder som är sexuellt anspelade och upplevs nedvärderande. Trakasserier är ett beteende som är ovälkommet. Vad som är ovälkommet kan variera från person till person. Samma beteende kan utgöra trakasserier av en person medan en annan person inte alls behöver bli illa berörd.

## Ansvar

Kränkande särbehandling och trakasserier är ett allvarligt hot mot medarbetarnas arbetsglädje, hälsa och möjligheter till utveckling i arbetet. Det leder också till ett sämre arbetsresultat och påverkar därigenom verksamheten. Som chef ansvarar du för att skapa normer som uppmuntrar ett vänligt, öppet och respekterande klimat på arbetsplatsen. Det är alla medarbetares ansvar att slå larm till sin närmaste chef när man tycker att tendenser till kränkande särbehandling eller trakasserier förekommer på arbetsplatsen. Var och en bör reflektera över sitt eget agerande och ta ansvar för att andra inte kränks eller utsätts för förtryck. I begreppet medarbetare inkluderas även arbetssökande, praktikanter och inhyrd arbetskraft.

## **Säg ifrån**

Ingen ska behöva bli utsatt för kränkningar eller trakasserier. Det gäller oavsett om den som trakasserar är en chef eller en annan arbetstagare. Din upplevelse är alltid din egen och dina gränser har betydelse när man avgör om det är fråga om en kränkning. Om du upplever dig kränkt eller trakasserad är det viktigt att du klargör för den som trakasserar dig att du inte accepterar det du utsätts för. Det kan ske muntligt, skriftligt eller med hjälp av någon du har förtroende för. Har det ingen effekt så ska du anmäla till din chef. Anmälan gör du muntligt. Är det din chef som kränker eller trakasserar dig så vänd dig till en högre chef eller styrelsen. Skildra händelseförloppet som varit, anteckna när, var och hur. Detta är viktigt för den fortsatta processen. Ta gärna kontakt med ditt fackförbund eller företagshälsan om du vill prata förutsättningslöst kring trakasserier och kränkande särbehandling som du har sett eller upplevt.

## **Utred och sätt stopp**

Du som är chef ska förebygga och förhindra att kränkande särbehandling och trakasserier uppstår på arbetsplatsen. Om du får reda på att sådant förekommer, ska du utreda vad som har hänt och sätta stopp för fortsatta negativa beteenden. Det innebär att så fort du som chef får en anmälan eller vetskap om att någon känner sig trakasserad startar utredningsskyldigheten. Du ska så snabbt och diskret som möjligt ta reda på vad som har hänt genom att intervjua de inblandade och eventuella vittnen. Du ska informera de inblandade om pågående utredning och vilka åtgärder som ska vidtas. Dokumentera allt du gör. Du måste genom utredningen försöka skapa dig en egen bild av vad som har inträffat. Den som utreder får inte själv vara inblandad part i sakfrågan. Om du kommer fram till att trakasserier har förekommit är du skyldig att vidta åtgärder för att sätta stopp för dem. Du som chef ska också göra en tillbuds/arbetskadeanmälan om trakasserier eller kränkande särbehandling förekommer.

## **Åtgärder**

Arbetsgivaren kan vidta olika åtgärder. I första hand kan det vara fråga om tillsägelser och uppmaningar att ändra beteende och kommunikation. Därefter kan det handla om kraftigare åtgärder, såsom varning, omplacering eller vid allvarliga fall uppsägning. Detta är dock bedömningar som får göras utifrån de regler som gäller enligt arbetsrätten. Kontakta HR-funktionen inom din verksamhet/förvaltning för stöd! Förebyggande åtgärder är interna utbildningar samt tydliggöra och kommunicera handlingsplanen på arbetsplatsmöten.

## **Följ upp**

Som chef är det viktigt att du följer upp att arbetsplatsen är välfungerande för alla, vilket kan ske genom medarbetarsamtal, arbetsplatsmöten och samverkansgrupper.

## **Om utredningsskyldigheten inte fullgörs**

Du som anser att arbetsgivaren inte har utrett trakasserier eller förhindrat fortsatta trakasserier kan anmäla brister i utredningsskyldigheten till ditt fackförbund eller om du inte är fackligt ansluten direkt till Diskrimineringsombudsmannen (DO).

Om du blivit utsatt för kränkande särbehandling, exempelvis mobbning, kan du vända dig till ditt fackförbund som kan påtala brister för arbetsgivaren alternativt anmäla till Arbetsmiljöverket (AV).

# 17. Personuppgiftspolicy

## Syfte

Detta dokument syftar till att tydliggöra hur Hagastiftelsen hanterar dina personuppgifter som anställd.

## Ansvarsfördelning för behandling av personuppgifter

Arbetsgivaren är personuppgiftsansvarig för behandlingen av sina anställdas personuppgifter. Det är av största vikt att all sådan behandling utförs på ett lagligt och korrekt sätt som minimerar risken för intrång i de anställdas personliga integritet. I ansvaret ligger att uppgifterna

- samlas in för särskilda, uttryckliga och berättigade ändamål
- är adekvata, relevanta och inte för omfattande
- är korrekta och uppdaterade
- inte förvaras längre än nödvändigt
- behandlas på ett säkert sätt

Anställda har rätt till att få viss information om behandlingen, vilken genom denna personuppgiftspolicy tillhandahålls.

## Uppgifter som behandlas

För att kunna fullgöra sina skyldigheter och bevaka sina rättigheter enligt anställningsavtal, tillhörande tillämpliga kollektivavtal och författningar, kommer Arbetsgivaren att behandla den anställdes personuppgifter i form av

- namn, personnummer, kontaktuppgifter
- anställningstid, anställningsform, facklig tillhörighet
- löne- och skatteuppgifter, bankkonto
- arbetstid, frånvaro/frånvaroorsaker, hälsa
- betyg, erfarenheter, utveckling, beteenden och prestationer
- övriga sådana personuppgifter som är nödvändiga och relevanta för att

## Arbetsgivaren ska kunna administrera anställningsförhållandet

Behandling av personuppgifter som är att anse som känsliga – exempelvis uppgifter om hälsotillstånd i samband med sjuklöneadministration och rehabilitering – görs restriktivt och med iakttagande av sekretess. Uppgifterna kommer från den anställde själv, myndigheter eller har genererats under anställningen av arbetsgivaren eller dennes samarbetspartners.

## Mottagare av uppgifterna

### Interna mottagare

De som tar del av uppgifterna är de interna befattningshavare som handlägger frågor rörande personal, ekonomi, IT och övrig för anställningsförhållandet nödvändig administration, dels chefer och styrelseledamöter.

### Externa mottagare inom det arbetsrättsliga området

Den anställdes personuppgifter enligt ovan kan komma att behöva utlämnas till Arbetsgivaralliansen (inklusive dess servicebolag) som Arbetsgivaren är medlem i och vars kollektivavtal (om löner, allmänna anställningsvillkor, omställning, försäkringar, pensioner och förhandlingsordningar) tillämpas på anställningsförhållandet.

De personuppgifter som avses är i första hand

- kontaktuppgifter till vissa befattningshavare för att administrera medlemskapet i form av främst avgifter, rådgivning, utskick och åtkomst till Arbetsgivaralliansens webbplats.
- uppgifter som rör individers anställningsförhållanden för det fall arbetsrättsliga ärenden, förhandlingar och rättsliga tvister så kräver

Uppgifterna kan även komma att lämnas ut till Arbetsgivaralliansens samarbetspartners som administrerar tecknade försäkringsavtal (försäkringsbolag och valcentraler), bevakar anställdas rättigheter (fackliga motparter), upprättar lönestatistik (inklusive SCB), genomför medlemsundersökningar, verkställer medlemsutskick och genomför liknande åtgärder.

## Externa mottagare i övrigt

Personuppgifterna kan komma att behandlas hos externa parter som har i uppdrag att utföra specifika sysslor (inklusive att tillhandahålla datasystem) rörande exempelvis tidrapportering, schemaläggning, friskvårdsbidrag, hemsida, e-post, telefon, växel, företagshälsovård, medarbetarundersökningar, betal-/kreditkort och motsvarande. Arbetsgivaren kommer att tillse att dessa externa parter hanterar personuppgifterna på ett adekvat sätt. Då den externa parten inte själv är personuppgiftsansvarig utan endast hanterar personuppgifterna för Arbetsgivarens räkning, kommer Arbetsgivaren tillse att personuppgiftsbiträdesavtal upprättas.

I vissa fall är Arbetsgivaren skyldig enligt författning att tillhandahålla myndigheter anställdas personuppgifter (till exempel löne- och skatteuppgifter åt Skatteverket).

## Utlämnande till tredje land

Såvida det inte särskilt har angetts i bilaga till denna policy kommer inte överföring av personuppgifter att ske till tredjeland (land utanför EU/EES) eller internationell organisation.

## Den lagliga grunden för behandlingen

Personuppgiftsbehandlingen är laglig därför att Arbetsgivaren

- ska kunna fullgöra anställningsavtalet och de på anställningsförhållandet
- tillämpliga kollektivavtalen (såsom att betala lön och pension)
- fullgöra rättsliga skyldigheter enligt författning (såsom arbetsrättsliga och skatterättsliga lagar) ▪ intresseavvägning (såsom allergier/kostönskemål, kontaktuppgifter till anhöriga och kontaktuppgifter på hemsidan).

## Lagringstiden

Anställds personuppgifter kommer att behandlas så länge som det är nödvändigt för Arbetsgivaren att fullgöra sina förpliktelser enligt anställningsavtalet och kollektivavtalen (exempelvis att betala lön), att försvara sig mot arbetsrättsliga anspråk (exempelvis enligt lagen om anställningsskydd) och uppfylla skyldigheter enligt lag (exempelvis bokföringslagen). Arbetsgivaren har att löpande gallra ut sådana personuppgifter som ej länge behövs, till exempel för att anställningen har upphört eller för att presumtiva arbetsrättsliga krav har preskriberats.

## Anställds rätt till information

Anställd har rätt till insyn i hur personuppgifterna behandlas. Den anställde kan begära att få tillgång till viss information om behandlingen samt har rätt till att få felaktiga personuppgifter ändrade, överflödiga

behandling begränsad, ogrundad behandling raderad och att få personuppgifter flyttade från Arbetsgivarens datasystem till en annan aktör (så kallad dataportabilitet).

## **Kontakt med Arbetsgivaren med anledning av frågor och informationskrav**

Anställd bör kontakta Arbetsgivaren i första hand vid frågor eller informationskrav. Sådan kontakt kan alltid tas med närmast överordnade chef alternativt med nedan angiven befattningshavare/funktion. Hagastiftelsen 815600–5863 Norra Järnvägsgatan 7, 153 37 Järna.

## **Arbetsgivarens namn, organisationsnummer och kontaktuppgifter i GDPR-frågor**

John Östlund Tel 070-746 46 71. Mail [john.ostlund@hagastiftelsen.se](mailto:john.ostlund@hagastiftelsen.se)

Henric Laurén Tel 070-795 33 63. [Henric.lauren@rklaurens.se](mailto:Henric.lauren@rklaurens.se).

Arbetsgivarens dataskyddsbuds namn och kontaktuppgifter

Skulle anställd uppleva att Arbetsgivaren inte behandlar personuppgifterna korrekt har denne rätt att vända sig till Datainspektionen/Integritetsskyddsmyndigheten för att lämna klagomål.

Hagastiftelsen

Norra Järnvägsgatan 7

153 37 Järna

GDPR - ansvarig John Östlund E-mail: [john.ostlund@hagastiftelsen.se](mailto:john.ostlund@hagastiftelsen.se) Mobil: 070-746 46 71



## 18. Policy för personuppgiftsincidenter

### Syfte

Denna policy syftar till att tydliggöra hur vi på Hagastiftelsen agerar i händelse av en personuppgiftsincident.

### Definition

En personuppgiftsincident innebär att personuppgifter förstörs, förloras eller ändras (oavsett om detta sker av oaksamhet eller med avsikt). Det kan alltså handla om att personuppgifter hamnar i fel händer ("läcks") eller raderas.

### Ansvarsfördelning och handlingsplan

Verksamhetsansvarig/föreståndare är personuppgiftsansvarig för alla medarbetare och brukare i verksamheten. Vid personuppgiftsincident skall medarbetare som upptäckte eller åsamkade händelsen omgående kontakta dataskyddsbudet. John Östlund och Henric Laurén är dataskyddsbud.

Dataskyddsbudet skall rapportera inom 72 timmar efter det att personuppgiftsincidenten har upptäckts till ansvarig tillsynsmyndighet. Dataskyddsbudet rapporterar då även om det ännu inte har alla detaljer.

Dataskyddsbudet informerar de registrerade personerna när det är troligt att en personuppgiftsincident medför hög risk för deras rättigheter och friheter. Dataskyddsbudet kommer i så fall att informera de registrerade omedelbart. Dataskyddsbudet ska sedan även att ge råd och hjälpa de registrerade personerna för att bistå dem i att skydda sig från personuppgiftsincidentens effekter. Slutligen ska dataskyddsbudet dokumentera alla personuppgiftsincidenter, även de som inte behöver anmälas till IMY.

## 19. Policy för stölder på arbetsplats

### **Syfte**

Syftet med denna policy är att förtydliga konsekvenser i händelse av stöld från arbetsplatsen. Denna policy existerar då detta tidigare har varit ett problem.

### **Hemlån: ta reda på vad som gäller**

Stöld på jobbet är nästan alltid en saklig grund för avskedande. Värdet spelar inte så stor roll. Arbetsgivaren behöver inte tåla att någon stjälar, men måste bevisa att en stöld har begåtts. Sedan finns gränsfall, exempelvis när någon har lånat hem något över helgen (men att få med sig en penna hem är knappast att betrakta som stöld). Det är därför viktigt att det finns regler för hur hemlån ska gå till och att du som nyanställd också söker ta reda på vad som gäller i din verksamhet om en oklar situation skulle uppstå.

### **Stöld är brott mot lojalitetsplikten**

Ett avtal om anställning bygger på att parterna är lojala och kan lita på varandra. Att stjäla från sin arbetsgivare har Arbetsdomstolen sett som ett väldigt allvarligt brott mot lojalitetsplikten. Det är därför normalt grund för avsked oavsett vilket värde den stulna egendomen har. Som arbetsgivare bör man tänka på att en anklagelse om stöld är allvarlig och om den anställda nekar måste arbetsgivaren kunna bevisa stölden. Det behövs ingen särskild policy eller uttalade regler. Ibland kan det vara viktigt att i förebyggande syfte tydligt göra klart var gränserna går, exempelvis om det rör sig om ett utbrett beteende hos medarbetarna.

### **Föremålens värde**

Mörkertalet för saker stulna från jobbet är ofta stort. Det kan vara pärmar, toalettpapper, diskmedel, pennor till barnens skolarbeten, sånt som man har nytta av hemma och som man tänker, det drabbar ju ingen fattig. Det är påtagligt hur få företag som har en säkerhetspolicy. Man förlitar sig på det sunda förnuftet, vilket väldigt många har, men problemet är ju de som inte har det, så det är en ganska svajig grund att stå på. Arbetsgivaren måste göra klart vad som gäller. Det kan vara så enkelt som att "de föremål som finns på den här arbetsplatsen tillhör företaget". Indirekt så är det precis allting från ett gem till den stora servern. Det har inte med värde att göra.

## **Påföljder vid stöld**

Följderna varierar, en del polisanmäls omedelbart, ofta får "förstagångsförbrytaren" en ny chans, andra får informella antydningar om att de kanske bör säga upp sig. I våra verksamheter är inte arbetsgivaren själv som startar utredningar och agerar privatdetektiv. Detta på grund av att det skapar ett dåligt klimat för de andra anställda som sitter i en beroendeställning till sin arbetsgivare och känner sig lojala med sina arbetskamrater. Misstänker man att någon stjälar på jobbet så ska upprättas en polisanmälan. Vidare är det polisens sak att förhöra vittnen och misstänkta, inte arbetsgivarens.

## 20. Rutin mot korruption

### Syfte

Detta dokument syftar till att ge en bakgrund för varför vi har ett aktivt arbete mot korruption och mutor samt vad som avses med mutor och vad som gäller för Hagastiftelsens anställda.

### Bakgrund

I början av 2018 tog Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Arbetsgivarförbundet KFO och Vårdföretagarna med stöd av Institutet Mot Mutor (IMM) fram en överenskommelse för att motverka mutor och korruption i verksamheter inom vård, omsorg och personlig assistans. Korruption är att utnyttja en offentlig ställning för att uppnå otillbörlig vinning för sig själv eller andra. Det är viktigt att förebygga och motverka korruption eftersom korruption får stora konsekvenser. Konsekvenserna drabbar de enskilda, företag eller organisationer som är direkt inblandade.

Med korruption avses i denna policy tagande av, eller begäran om, muta samt lämnande av, eller erbjudande om, muta. Även handel med inflytande och vårdslös finansiering av mutbrott omfattas av begreppet.

Redan misstankar om korruption påverkar alla som har en relation till det misstänkta företaget. Mutor leder också till högre kostnader och snedvrider konkurrensen på marknaden. Förtroendet från kunder och andra affärskontakter förstörs. Av dessa skäl är det mycket viktigt att Hagastiftelsen inte riskerar att hamna i en situation där någon medarbetare kan misstänkas för korruption.

### Lagstiftning

Det är viktigt att klargöra vad som utgör korruption. Av brottsbalken 10 kap. 5 b § framgår att den som till arbetstagare eller annan lämnar, utlovar eller erbjuder muta eller annan otillbörlig belöning för tjänsteutövningen, kan dömas för givande av muta. Motsvarande gäller för mottagaren enligt brottsbalken 10 kap. 5 a §. Där framgår att arbetstagare som tar emot eller begär muta eller annan otillbörlig belöning för sin tjänsteutövning, kan dömas för tagande av muta.

I brottsbalken 10 kap. 5 d § kriminaliseras också såväl givande och utlovande som mottagande eller begäran om otillbörliga förmåner för att påverka annans beslut eller åtgärd vid myndighetsutövning eller offentlig upphandling. Brottet benämns då handel med inflytande.

Av brottsbalken 10 kap. 5 e § framgår att en näringsidkare som tillhandahåller pengar eller andra tillgångar åt någon som företräder näringsidkaren i en viss angelägenhet och därigenom av grov oaktsamhet främjar givande av muta, grovt givande av muta eller handel med inflytande i den angelägenheten döms för vårdslös finansiering av mutbrott.

## **Nolltolerans**

Som framgår tillämpar Hagastiftelsen nolltolerans mot korruption. Detta innebär att ingen anställd eller partner får lämna, utlova eller erbjuda en otillbörlig förmån. Ingen anställd eller partner får heller ta emot eller begära sådan förmån eller belöning. Ingen får heller rekommendera eller underlätta för en kund att ta emot eller begära sådan förmån eller belöning.

## 21. Rutiner vid omhändertagandet av avliden

### Syfte

Detta är en rutin som beskriver hur verksamheterna ska agera i händelse av dödsfall på brukare eller i anslutning till daglig verksamhet.

### Vid oväntat dödsfall

1. Ring 112
2. Ring verksamhetsansvarig// sjuksköterskan, som vidtager erforderliga åtgärder, ( se ” Handbok för omhändertagande av avlidna inom Stockholms län)
3. Ambulansen kommer, konstaterar dödsfall, ser till att jourläkare, som skriver dödsattest och beställer transport av den avlidne, kommer till platsen. Vid önskemål kan den avlidne ligga kvar hemma i önskat antal timmar. Iaktta de rutiner som upprättats angående omhändertagande av den avlidna

**!!KOM IHÅG ATT ENDAST LÄKARE KAN DÖDFÖRKLARA EN PERSON!!**

### Rutiner vid dödsfall på LSS-boende i Hagastiftelsen

Vid väntat dödsfall, gäller ”vård i livets slut”. Notera tidpunkt för dödsfallet och ring verksamhetsansvarig// sjuksköterskan som vidtar erforderliga åtgärder, (se ” Handbok för omhändertagande av avlidna inom Stockholms län”).

### Omhändertagande av den avlidna

1. Det är viktigt att tiden för dödsfallet är noterat och att anhöriga kontaktas. Kanske vill de komma och iordningställa den döde och ta farväl.
2. Lägg den avlidne i sängen om hon/han inte redan ligger där.
3. Ta bort kudden och lägg sängen i planläge.
4. Slut ögonen.
5. Tvätta av den avlidna vid behov och sätt på rena kläder.
6. Stäng munnen genom att lägga en vikt handduk under hakan.
7. Fukta gärna läpparna med lite vaselin.
8. Förbered för lyft genom att lägga två lakan under den döde samt ett hygienunderlägg under stjärten.
9. Gör fint i rummet, tänd ett ljus och sätt gärna in en blomma.
10. Vid dödsfall i hemmet ligger den döde kvar i väntan på transport.

## 22. Rutin för dödsfall på arbetsplats (medarbetare)

### Syfte

Denna rutin syftar till att ge en tydlig handlingsplan i den händelse att medarbetare skulle avlida under arbetstid eller på arbetsplatsen. Rutinen gäller oavsett om dödsfallet beror på olycka, plötslig sjukdom eller annan orsak. Rutinen ska säkerställa att situationen hanteras professionellt, respektfullt och i enlighet med gällande lagar och regler. Rutinen förutsätter att medarbetare kontaktar 112 och genomför livsuppehållande åtgärder, även om de misstänker att kollegan är död, fram tills det att sjukvårdspersonal anländer och personen kan avtransporteras till vårdinstans. Endast en läkare kan dödförklara en individ.

### Ansvarsfördelning

Verksamhetschef (eller om denna inte kan nås; dess biträde, föreståndare eller husansvarig i den ordningen) har det övergripande ansvaret för att rutinen följs.

### Omedelbara åtgärder vid konstaterat dödsfall

Endast en läkare får dödförklara en individ. När läkare har dödförklarat en individ sker följande:

#### Information inom enheten och verksamheten

Den som får reda på informationen att individen ifråga har avlidit måste omedelbart kontakta närmsta verksamhetschef och även närmsta chef, i den ordningen.

Verksamhetschef ansvarar sedan för att snabbt och sakligt informera de som det berör på arbetsplatsen (tex andra som jobbar på enheten för tillfället, men inte varit närvarande).

Respekt för den avlidne ska beaktas av alla parter i alla led. Det är viktigt att informationen om dödsfallet kommuniceras på ett enhetligt sätt för att undvika felaktigheter och spekulationer.

#### Kontakta anhöriga

Det är verksamhetschefens ansvar att i samarbete med polis eller andra relevanta myndigheter ta kontakt med den avlidnes anhöriga. Detta ska ske på ett professionellt och respektfullt sätt.

## Krishantering för medarbetare och brukare

Beroende på situationen kan extern krishantering behövas för både medarbetare och brukare. Verksamhetschef ansvarar för att säkerställa att sådant stöd finns tillgängligt via företagshälsovård eller annan relevant instans. I övrigt hanteras denna kris enligt de befintliga rutinerna för krishantering.

## Anmälan till Arbetsmiljöverket

En anmälan om arbetsplatsolycka med dödlig utgång ska göras till Arbetsmiljöverket om dödsfallet skett till följd av en arbetsrelaterad incident. Detta ansvar vilar på verksamhetschefen.

## Dokumentation av händelsen

All dokumentation kring händelsen ska noggrant föras, inklusive tidpunkter för upptäckt, insatser som gjorts, och vilka som informerats. Denna dokumentation kan senare komma att begäras av myndigheter eller för intern utredning.

## Återgång till arbete och efterarbete

### Uppföljning och stöd till personal

Efter att det omedelbara krisstödet har tillhandahållits, bör det genomföras uppföljningssamtal med berörd medarbetare för att säkerställa att de mår bra och får fortsatt stöd om nödvändigt. Medarbetarna ska också beredas tillfälle att tala om händelsen som grupp. Det är mycket viktigt att alla som berörs av händelsen får denna möjlighet att *gemensamt* debriefa den. Verksamheten måste ta in vikarier om det krävs för att möjliggöra detta.

Över en längre tidsperiod ska husansvarig(a) se till att följa upp med alla medarbetare så att alla får det utrymme och den hjälp de behöver för att hantera eventuell sorg eller trauma.

### Minnesstund eller ceremoni

En minnesstund eller liknande ceremoni för att hedra den avlidne skall inrättas i rimlig tid efter vederbörandes bortgång. Detta bör ske i samråd med den avlidnes anhöriga och medarbetargruppen.



### **Intern utredning**

En intern utredning av händelsen ska genomföras för att fastställa om det funnits några brister i arbetsmiljön eller rutiner som kan ha bidragit till dödsfallet. Syftet med detta är att förebygga liknande händelser i framtiden.

### **Sekretess**

All information kring dödsfallet ska behandlas med strikt sekretess och enbart delges berörda parter (alltså anhöriga, övriga personal på enheten och berörda brukare).

## 23. Handlingsplan mot mobbning mellan brukare

### Syfte

Syftet med denna handlingsplan är att definiera mobbning som företeelse i verksamheten och klargöra ansvarsfördelning för hanterandet av denna, samt den metod vi i huvudsak använder för att motverka mobbning. Denna policy fokuserar på mobbningsituationer som kan uppstå mellan brukarna.

### Definition av mobbning

#### Det är mobbning när:

1. En eller oftast flera brukare systematiskt trakasserar en annan brukare fysiskt eller psykiskt eller bägge delar.
2. Detta sker upprepade gånger, nästan dagligen.
3. Den mobbade är i underläge och känner sig kränkt.

#### Psykisk mobbning:

Innebär att det uppstår en psykisk isolering, utfrysning, ignorering etc. av en individ. Detta kan vara minst lika plågsamt som fysisk mobbning och förolämpningar då den ofta kan pågå under längre tider utan att märkas av utomstående.

Denna typ av mobbing är ofta vanligast bland flickor i de lägre åldrarna. I högre ålder samt bland vuxna förekommer denna typ av mobbning från bägge könen.

#### Tecken som kan tyda på att en brukare är mobbad:

- Ovilja att gå till arbetet.
- Nedstämdhet.
- Inga kamrater.
- Trasiga, ofta nedsmutsade kläder.
- Ovilja att berätta om detta för någon.
- Huvudvärk.
- Magvärk, speciellt på morgonen.
- Blåmärken på kroppen.

### Om mobbning

Mobbning sker sällan öppet. Den mesta mobbningen sker oftast osynligt för medarbetarna. Att bli mobbad är att bli starkt kränkt och förnedrad. Att berätta om mobbningen är att upprepa kränkningen.

Offret är dessutom ofta rädd för hämnd från mobbarnas sida. Vid grav mobbning vänder offret ibland anklagelserna mot sig själv: "Det är mitt eget fel att det blivit så här". Ta alla signaler på allvar och tro på de enskildes upplevelser. Vid misstänkt fall av mobbning ska den vuxne som får kännedom om mobbningsfallet direkt kontakta verksamhetsansvarig/föreståndare. Om verksamhetsansvarig/föreståndare inte finns på plats, kontaktas biträdande föreståndare/ansvariga. Inga åtgärder eller utredningar göres innan kontakt tagits. Medarbetare knutna till den mobbade brukare deltar aldrig vid en sådan utredning.

## **FARSTAMETODEN**

Att arbeta med mobbning behandling enligt "Farstametoden" innebär att vi alltid är två vuxna, helst en man och en kvinna, som handhar varje fall. Vidare innebär det att vi arbetar snabbt, åtgärder bör vidtas samma dag eller senast dagen efter vi fått uppgifter om eventuell mobbning.

### **Behandlingsgången är i stort sett följande**

1. medarbetare får reda på att en brukare troligen blir mobbad. Mobbningsgruppen kontaktas. Man fastställer om det är mobbning, vilka som är mobbare och hur man ska arbeta med situationen.
2. Försiktigt samtal med den mobbade. Den mobbade brukarens föräldrar/godman/förvaltare informeras alltid. Mobbarna kallas till samtal utan förvarning. Kontroll av att samtliga mobbade brukare finns på plats.
3. Behandlingssamtal med mobbarna, en i taget. De upplyses om att man vet att de mobbar och att det måste upphöra. Kontakt tages med föräldrarna/godman,/ förvaltare.

### **Exempel på förebyggande åtgärder mot mobbning:**

1. Lättillgänglig information på alla enheter
  - Vad är mobbning?
  - Vad gör jag när jag ser någon bli mobbad?
  - Vad gör jag när jag själv blir mobbad?
2. Mobbningsteamet träffas en gång/termin.

## **24. Policy för rökning på arbetsplatsen**

Cigaretter, tändare och tuggummi kan vara ett begärligt byte för våra brukare. Det måste låsas in i personalrummet. Rökning är ej tillåten när man befinner sig med en brukare t.ex. vid promenader eller vid en fika i solen.

Cigarettfimpar skall ej slängas på marken i anslutning till boendelokaler eller på marken anslutning till den daglig verksamhetens fastighet. Rökning på boende och daglig verksamhet är tillåten där askkoppar är uppsatta samt i rökkurer.

## 25. Policy, rutiner och handlingsplan gällande Alkohol och Droger

### Syfte

Denna policy beskriver hur verksamheterna jobbar med att hantera misstänkt eller konstaterat alkohol- eller drogmissbruk hos sina anställda. Den beskriver ansvaret hos medarbetare, chefer och verksamhetsansvarig/föreståndare

### Bakgrund

I vår arbetsmiljöpolicy har vi bestämt att vi ska sträva efter att alla medarbetare och brukare ska ha bästa möjliga arbetsmiljö så att olycksfall och ohälsa förebyggs och så att våra medarbetare och brukare kan erhålla vård och omsorg efter bästa möjliga kvalitet. Detta kräver självklart en miljö fri från alkohol och droger. Vi tolererar inte i något sammanhang att medarbetare är drog- eller alkoholpåverkade under arbetstid.

### Definition av alkohol- eller drogproblem

- Personen ifråga uppträder berusad eller påverkad på arbetsplatsen.
- Personen ifråga uppträder tydligt påverkad av följderna av missbruk (bakfull).
- Fall där personen upprepat sjukskriver sig och misstanke om drog eller alkoholproblem förekommer.
- Personen utsätter andra för fara t.ex. genom bilkörning med alkohol eller droger i kroppen.

### Medarbetarnas ansvar

Det åligger medarbetare som får kännedom om eller misstänker att en medarbetare har problem då det gäller alkohol eller droger att omgående anmäla detta till arbetsgivaren.

Då misstanke förekommer ska skriftlig rapport upprättas av den som hyser misstanken och lämnas till närmaste chef inom en vecka från det misstanke väcktes.

De medarbetare som varit på arbetsplatsen under tillfället kommer att ha samtal med någon från krisgruppen (se krispärmen för din verksamhet för lista över krisgrupp).

## Arbetsgivarens ansvar

Verksamhetsansvarig/föreståndare eller närmsta chef för samtal med den berörda medarbetaren. Efter en bedömning kan medarbetaren eventuellt skickas hem från arbetet. Arbetsgivaren har rätt att, vid misstanke, begära ett drogtest, samt även regelbunden uppföljning av dessa prover.

Verksamhetsansvarig/föreståndare är ansvarig för att det som inträffat följs upp med samtal och utredning om den enskilde medarbetarens situation. Vid misstanke om alkohol eller drogmissbruk på arbetsplatsen ska medarbetaren avstängas/befrias från sin tjänst och en utredning med berörda ska startas.

Frågor som bör tas upp i utredningen är:

- Finns det en missbruksproblematik?
- Hur ser missbruket ut?
- Hur länge har missbruket pågått?
- Vilka stödinsatser behövs?
- Vilka stödinsatser behövs från samhället i övrigt?
- Vad kan vi som arbetsplats/arbetskamrater göra?

Efter utredning ska beslut tas om åtgärd t.ex. varning, Uppsägning, omplacering samt ev. Uppföljning med stödsamtal.

## Gällande den berörde

Berörd medarbetare bestämmer själv vilken öppenhet i frågan som ska gälla. Medarbetaren ska ges möjlighet till stödsamtal med kurator eller person med likvärdig kompetens och erbjuds rehabilitering vad gäller missbruket.

Under ev. Rehabilitering/behandlingstid så är medarbetaren befriad från arbetsuppgifter som rör en direkt kontakt med brukarna. Den berörde personen erbjuds istället andra uppgifter om så är möjligt inom verksamhetens ram.

## 26. Riktlinjer för arbetskläder

### Syfte och bakgrund

I Hagastiftelsen har vi denna policy angående arbetskläder som gäller i hela Hagastiftelsen och tillämpas på alla enheter.

Skatteverket och arbetsmiljöverket har satt upp regler för vad som räknas som arbetskläder och skyddskläder och hur företag ska hantera detta, dessa regler är grunden till riktlinjerna som finns.

Syftet med dessa riktlinjer är att tydliggöra vad som räknas som arbetskläder, vad skyddskläder är och inte samt hur stor del av dina arbetskläder du som anställd kan få betalt av jobbet.

### Definition arbetskläder

Arbetskläder som medger skattefrihet för den anställda är kläder som är särskilt avpassade för tjänsten och som lämpligen inte kan användas privat, tex clowndräkt och uniform. Kläder som du använder i ditt arbete räknas normalt som privata levnadsomkostnader. En arbetsgivare kan bidra till kostnaden av arbetskläder mot att kläderna får användas även på fritiden. När en arbetsgivare köper kläder till sina medarbetare ska medarbetarna förmånsbeskattas (ca 30% av värdet). Det finns inte några regler som säger att arbetsgivaren ska stå för arbetskläder till sin personal. Däremot är arbetsgivaren skyldig att tillhandahålla skyddskläder.

### Definition skyddskläder

Som skyddskläder räknas sådana kläder som har skyddsegenskaper. Exempel på skydds- och överdragskläder är skyddsväst för poliser, hjälm och skyddsglasögon, kläder som skyddar mot frätande ämnen, extrem kyla eller värme (ej väderrelaterat). Exempel på yrken som kan ha rätt till denna typ av skyddskläder är betongarbetare, murare, smidesarbetare och svetsare. Skyddskläder bärs utanpå de vanliga kläderna, är opersonliga och lämnas på arbetsplatsen. Arbetsgivaren leder och fördelar arbetet och äger rätt att meddela skyddsföreskrifter.

### Föreskrifter Hagastiftelsen

Hagastiftelsen verksamheter är huvudsakligen inom vård och omsorg. Det finns inga enheter i Hagastiftelsen som uppfyller kraven på skattefria arbetskläder däremot ska skyddskläder finnas på de platser där arbetsuppgifterna kräver detta. I arbetet med jord och ved, keramik och i smedjan ska det finnas handskar, förkläden och blåoveraller på platsen för att skydda de egna kläderna från nedsmutsning och slitage. I Hagastiftelsen finns även ett beslut som ger de anställda rätt, att med verksamhetsansvarig/föreståndarens godkännande, få en del (70%) av sina arbetskläder, tex blåbyxor och arbetsskor, betalda av arbetsgivaren.

## 27. Policy om sjuk- och friskänmälan

### Syfte

Detta dokument förklarar hur verksamheterna jobbar med sjuk- och friskänmälan samt hur vi jobbar med förstadagsintyg.

### Regler och rutiner kring sjuk- och friskänmälan

Medarbetarna är skyldiga att vid sjukdomstillfällen anmäla detta i god tid för att möjliggöra för arbetsgivaren att kunna ersätta medarbetare med vikarie. Självklart kan plötsliga olyckor eller sjukdomsfall inträffa. Från den 7:e sjukdagen måste medarbetare lämna läkarintyg till arbetsgivare, annars kan det räknas som olovlig frånvaro och kan leda till skriftlig varning. Medarbetarna är skyldiga att friskänmäla sig när de blir friska oavsett om detta infaller på lediga veckor eller arbetsdagar. Om friskänmälan inte sker förtöper sjukskrivning och löneavdrag görs för de dagar man inte arbetar under 14 första dagarna tills man har friskänmält sig. Friskänmälan skall meddelas innan kl 10.00 dagen innan arbetsdagen, detta gäller även vid VAB. Om inte anmälan lämnas in och arbetsgivaren redan har ordnat vikarie får medarbetaren ej arbeta den dagen och löneavdrag sker.

Var noggrann och uppmärksam på detta. En sjukdom innebär inte att arbetstagare har rätt att vara frånvarande från arbetet. Enligt sjuklönelagen har en arbetsgivare i vissa fall rätt att begära läkarintyg från arbetstagare från första dagen i en sjukperiod. Detta beror dock på vilka omständigheter som omger sjukskrivandet, se nedan.

### Ang. Förstadagsintyg

Verksamheterna inom Hagastiftelsen tillämpar förstadagsintyg (blankett för förstadagsintyg finns på sida 3.

Sedan 1 januari 2008 trädde en lagregel i kraft där arbetsgivare kan begära läkarintyg från första sjukdagen, så kallat Förstadagsintyg, om det finns särskilda skäl för detta. En sådan begäran kan avse en enstaka sjukperiod eller gälla för alla sjukperioder som inträffar under maximalt ett år. Begäran måste vara skriftlig. Syftet med förstadagsintyget är att medarbetare, med ofta återkommande sjukfrånvaro, ska etablera en läkarkontakt och på det sättet fånga upp en ohälsa. Arbetsgivaren kan också få ett stöd för att sedan tillsammans med medarbetaren hitta hållbara lösningar. Förstadagsintyget ska inte ses som en lösning på ett problem. Som arbetsgivare bör du undersöka behoven av möjligheterna av anpassning och rehabilitering innan beslut om förstadagsintyg fattas.



Särskilda skäl, som krävs innan en begäran kan göras, kan till exempel vara:

- misstanke om ohälsa
- upprepade korta sjukperioder som spänner över 1-3 månaders tid
- frånvaro utan rimlig förklaring
- misstanke om missbruk
- underlag för rehabiliteringsåtgärder
- säkerställa att frånvaron har en medicinsk grund
- välgrundad anledning att tro att medarbetaren utnyttjar rätten till sjuklön på ett felaktigt sätt

Arbetsgivaren har alltså inte en absolut frihet att kräva förstadagsintyg när som helst eller utsätta en medarbetare för ogrundad påtryckning. Intyget behöver inte redovisa vilken sjukdom medarbetaren lider av utan bara ange att denne är förhindrad att arbeta på grund av sjukdomen.

### **Om medarbetare inte följer begäran**

Har medarbetaren inte lämnat ett läkarintyg, efter att en begäran om förstadagsintyg är skrivet, är arbetsgivaren inte skyldig att betala ut sjuklön för den sjuklöneperioden som intyg saknas för. Om medarbetaren dock har godtagbara skäl att inte lämna läkarintyget kan arbetsgivaren ändå bli skyldig att betala sjuklön, exempelvis om sjukdomen är så allvarlig att man inte kan ta sig till läkaren. Vid underlåtenhet att lämna sjukintyg kan frånvaron i förlängningen klassas som olovlig och istället bli föremål för uppsägning.

### **Rehabilitering**

Arbetsgivaren har ett rehabiliteringsansvar för sina anställda. Det innebär skyldighet att medverka för att anställda som är sjukskrivna återfår arbetsförmågan. Som chef har du ansvar för både sjuklön och rehabilitering. Sjuklönen ska motsvara 80 procent av de förmåner i anställningen som den anställde förlorar.

Arbetstagaren förväntas delta aktivt i sin rehabilitering, men det händer att arbetstagare utan rimlig anledning uteblir från möten, avbryter planerade eller påbörjade rehabiliteringsåtgärder eller vägrar att gå till anvisad läkare. Arbetsgivaren får då försöka ta reda på skälen till ett sådant beteende och, om det inte finns någon rimlig anledning till beteendet, tydliggöra och påminna arbetstagaren om dennes skyldighet att medverka till sin rehabilitering. Om beteendet ändå fortsätter bör arbetstagaren upplysas om att ett fortsatt sådant beteende i förlängningen kan leda till att vederbörande förlorar sin anställning. Det är viktigt att arbetsgivaren dokumenterar alla händelser och åtgärder då de kan ha betydelse i en bedömning av om arbetsgivaren kan anses ha fullgjort sitt rehabiliteringsansvar.

## Blankett för begäran om förstadagsintyg

### Arbetsgivare

Företagsnamn (Firma) Hagastiftelsen- [VERKSAMHET]		Organisationsnummer 815600-5863
Adress Box 104	Postnummer 15322	Ort Järna
Kontaktperson	Telefonnummer	E-postadress

### Arbetstare

Namn		Personnummer
Adress	Postnummer	Ort
Telefonnummer	Mobilnummer	E-postadress

Vi har funnit att det finns särskilda skäl att begära förstadagsintyg av dig. Vi kräver därför att du vid all frånvaro på grund av sjukdom, från och med DATUM och till och med DATUM, uppvisar skriftligt intyg från läkare eller tandläkare som utvisar att du har din arbetsförmåga nedsatt på grund av sjukdom, graden av nedsättning ska också framgå av intyget.

### Intyget ska utfärdas av

<input type="checkbox"/> Valfri läkare eller tandläkare
<input type="checkbox"/> Av

### Kostnaderna för intyget betalas av

<input type="checkbox"/> Dig själv
<input type="checkbox"/> Av arbetsgivaren mot uppvisande av kvitto

Om du inte uppvisar det av oss begärda intyget kommer företaget, i enlighet med Sjuklönelagen 10a § inte att betala sjuklön vid frånvaron. Frånvaron kommer istället att betraktas som olovlig.

### Underskrift

Ort och datum
Arbetsgivarens underskrift
Namnförtydligande

### Underskrifter

Ort och datum	Ort och datum
Arbetstarens underskrift	Vittnes underskrift.

Ovanstående mottaget	Överlämnat till arbetstagaren i min närvaro, intygas
Namnförtydligande	Namnförtydligande

## 28. Policy för arbetstider och ledighet

### **Syfte**

Detta dokument syftar till att beskriva hur verksamheten arbetar med arbetstider, ledighet, resor och semester.

### **Regler och rutiner kring arbetstider**

Medarbetarna får inte komma för sent eller gå tidigare från sin arbetsplats utan att meddela arbetsgivaren. Ordinarie arbetstid ska hållas. Om man lämnar arbetsplatsen plötsligt eller kommer inte till arbetet i tid eller inte alls, räknas det som olovlig frånvaro och leder till en erinran. Uppsägning eller avskedande kan också ske enligt lagen om anställningsskydd. Om medarbetaren måste lämna arbetsplatsen för att utföra något akut privat ärende eller läkarbesök, måste detta alltid rapporteras både när man lämnar arbetsplatsen och när man återkommer till arbetet. Då dras timmarna av från lönen.

### **Regler och rutiner kring resor**

Vid resor med arbetstagarna har medarbetarna enligt kollektivavtal rätt till traktamente. Detta gäller inte hos oss, eftersom vi har informerat att arbetsgivaren betalar alla kostnader för resan, kost & logi samt ev. skidutrustning, utflykter m.m. Därför kommer endast medarbetare som är intresserade av att resa utan extra betalning och traktamente att delta i resor med våra brukare.

### **Regler och rutiner kring tjänste- och föräldraledighet**

När en medarbetare ansöker om tjänstledighet ska detta göras skriftligt. Medarbetare har rätt att få tjänstledigt enligt lag vid föräldraskap, värnplikt, planlagda studier, eget företagande och vid trängande familjeskäl. Ansökan om tjänstledighet ska lämnas in till arbetsgivaren minst 2 månader innan ledigheten. Medarbetare har rätt till föräldraledighet. Ansökan om föräldraledighet ska lämnas in till arbetsgivaren minst 2 månad innan ledigheten. Medarbetare har rätt till föräldraledighet vid 3 tillfällen per år (antal dagar har ingen betydelse). Arbetsgivaren har rätt att avslå föräldraledigheten efter tredje ansökan.

### **Lagen om ledighet vid dödsfall**

När en nära anhörig går bort har man enligt lagen rätt till ledighet. Det innebär att du har rätt att stanna hemma, men inte automatiskt rätt till permission, det vill säga ledighet utan löneavdrag. Här hittar du lagtexten i sin helhet: Lag (1998:209) om rätt till ledighet av trängande familjeskäl.

## Permission vid dödsfall

Det finns vissa regler som gäller för ledighet vid dödsfall, enligt lag har du rätt till ledighet från ditt arbete, men inte rätt till betald ledighet (S.K "permission") enligt lagen om rätt till ledighet av trängande familjeskäl. I våra verksamheter gäller en kortare ledighet 1-2 dagar beviljad utan att de dras av din lön. Med nära anhörig menas att man ska ha blodsband eller juridiskt band. Det gäller make/maka, sambo, föräldrar, syskon, barn (adoptivbarn, fosterbarn) samt mor- och farföräldrar, alltså mormor, morfar, farmor och farfar. Medarbetarna får självklart delta i begravning om de har mist någon anhörig eller bekant under arbetstid utan avdrag, men de ska komma tillbaka och arbeta efter begravningen.

Rätten till ledighet eller permission brukar oftast innefatta:

- I samband med att någon närstående avlider
- Ledighet för begravning eller gravsättning
- Bouppteckning – i vissa fall
- Behöver du vara ledig en längre tid?

Det är inte alltid tillräckligt att vara hemma i några dagar. Om du känner att du måste vara hemma en tid har du förhoppningsvis semesterdagar kvar som du kan ta ut. Ibland kan man må så dåligt att man blir sjukskriven en tid. I annat fall kan man ansöka om tjänstledighet utan betalt.

## Schema och lönesättning

Det är arbetsgivaren som leder och fördelar arbete och gör schemalaggningen. Detta ska i första hand ske efter arbetstagarnas och verksamhetens behov. Individuell lönesättning och schemalaggnings gäller för var och en av medarbetarna. Verksamheten har ingen lönesamtal<sup>13</sup>, utan varje år höjs lönerna enligt avtal med Kommunal.

## Arbetschema samt minustimmar

Arbetscheman är 4-veckorsscheman vilket innebär 148 timmars arbete på 4 veckor (37 timmar/vecka) samt 5–6 nätter (högst 48 timmar). Varje medarbetare är skyldig att skriva sina minus-timmar/minuter (iFlex) om man kommer försent till arbetet, likaså ska man skriva om man har arbetat extra. Tänk på att ange anledningen till ev. extra timmar.

---

<sup>13</sup> Se dokumentet "lönepolicy"

## **Utbildningar**

Verksamheten erbjuder olika utbildningar/kurser som bekostas av arbetsgivaren. Verksamheten betalar inte kompensation i form av ledighet eller betalning när medarbetarna går på utbildning om inte arbetsgivaren har ställt krav på medarbetarna att delta i utbildning.

## **Semesterledighet**

Medarbetare har rätt till minst 25 semesterdagar. Arbetsgivaren ska, om möjligt, underrätta medarbetaren om förläggning av semesterledigheten senast tre månader (senast två månader enligt semesterlagen) före huvudsemesterns början (huvudsemester 1:a juni- 31 augusti). För att detta ska vara möjligt ska medarbetaren inkomma med ansökan senast fyra månader innan huvudsemesterns början. I övriga fall ska semesteransökan ske i god tid (minst 1 månad innan) till arbetsgivaren.

Semestertid för dagligverksamhet är fast: 3 veckor under juli månad samt 4 dagar under påskveckan (s.k. "stilla veckan").

## **Uppsägningstid**

Uppsägningstiden är 3 månader ömsesidigt oavsett om medarbetaren är medlem i Kommunal eller ej. Detta står i anställningsbevisen.

## 29. Policy för mobiler och sociala medier

### Syfte

Denna policy syftar till att tydliggöra hur verksamheterna ser på mobilanvändning och användning av sociala medier under arbetstid/på arbetsplatsen. Detta då vi ser närvaron med brukarna som en av de huvudsakliga och viktigaste delarna av den stöd och service vi erbjuder dem och således också en central del av boendestödjarnas uppgifter.

### Bakgrund

Hagastiftelsen är en vård- och omsorgsverksamhet. Medarbetare ska stå till brukarnas förfogande under hela sin schemalagda arbetstid förutom under tider när vikarier tar över arbetet t ex vid konferenser/ utbildningar<sup>14</sup>.

Detta innebär att om en medarbetare lämnar en brukare för mer än någon/några minuter till en kollegas uppsikt inte är förenliga med arbetet. Detta gäller exempelvis användning av privata mobiler på arbetstid.

Privata mobiler ska vara avstängda eller ljudlösa under arbetstider eftersom vi eftersträvar mobil-fri zon på enheterna i den mån detta är möjligt. Endast de ansvariga får ha mobilerna på detta pga. att de kan behöva nås inom ramen för att kunna lösa sin arbetsuppgift. Medarbetarna uppmanas lämna sina mobiler i mobillådan vid måltider/fika samt möten.

Även de ansvarigas telefoner skall vara ljudlösa under måltider och lämnas i mobillådan får ej svaras under måltider. händer något allvarligt så ring till jourtelefonen, kom ihåg att man får endast ringa på jourtelefonen om något allvarligt inträffar t. ex. om någon rymmer eller blir allvarligt skadad.

Som medarbetare skall man inte låna ut privata mobiler eller datorer till brukarna. Medarbetarna ska inte heller surfa med brukare från sina mobiler, brukare som kan använda och hantera mobiler/datorer har egna mobiltelefoner och datorer. Ifall man använder sin privata mobil eller dator tillsammans med en brukare det och det går sönder ersätter ej verksamheten dessa saker. Ifall någon brukare gör sönder en mobil när en medarbetare använder sin privata mobil i tjänst får medarbetare efter utredning och beroende på mobil/dator skick & kostnad eventuellt viss ersättning för denna.

---

<sup>14</sup> för tydligare riktlinjer kring social tillgänglighet se vår "policy för social tillgänglighet"

## Användning av sociala medier

Vi har en positiv inställning och en öppen attityd till att du som medarbetare ska få uttrycka dina åsikter på sociala medier. Vi är mycket positiva och tacksamma om du på ett positivt sätt vill sprida information och kunskap om oss.

Privat användande av sociala medier under arbetstid är dock inte tillåtet och det finns även vissa begränsningar i vilken information man får sprida vidare på t.ex. sociala medier såsom bloggar, Facebook, X (Twitter) eller liknande.

### Kontakt via Facebook

Att bli vän med en förälder och en brukare på Facebook är inget vi anser vara lämpligt för våra medarbetare, eftersom kravet på neutralitet och objektivitet är viktigt och aldrig får ifrågasättas. Inom ramen för sitt anställningskontrakt har en medarbetare vissa skyldigheter gentemot sin arbetsgivare såsom lojalitet och tystnadsplikt. Detta innebär att man inte får röja, utnyttja eller förmedla information som man får kännedom om på ett sätt som skadar andra i verksamheten. Dessa uppgifter kan t.ex. gälla enskilda medarbetares personliga eller ekonomiska förhållanden.

Om arbetstagaren åsidosätter eller grovt åsidosätter sina åligganden gentemot arbetsgivaren har arbetsgivaren rätt att säga upp en anställd eller som yttersta åtgärd överväga avsked enligt LAS (lagen om anställningsskydd).

Bestämmelsen om tystnadsplikt för bl.a. LSS 29§ lyder av:

*Den som är eller har varit verksam inom yrkesmässig bedriven enskild verksamhet som avser insatser enligt denna lag får inte obehörigen röja vad han eller hon därvid har fått veta om enskildas personliga förhållanden.*

*[ENHETEN] boende vill eftersträva en god arbetsmiljö d.v.s. både en fysisk och psykosocial arbetsmiljö där förtal, förolämpningar eller mobbning av arbetskamrater / chefer eller andra intressenter inom företaget inte får förekomma och då inte heller på sociala medier.*



## 30. Riktlinjer för användning av privat bil i tjänst

Milersättning är en kostnadsersättning som Hagastiftelsen betalar ut till anställda som kompensation om man kör med sin privata bil i tjänsten för att täcka bensinkostnader och slitage på bilen för motsvarande sträcka.

Milersättningen omfattar inte utgifter för parkering, trängselskatt mm, dessa utgifter ersätts separat efter överenskommelse. Eventuella straffavgifter såsom tex parkeringsböter eller fortkörningsböter betalas alltid av föraren privat.

Milersättningen består av en skattefri och en skattepliktig del. Den skattefria ersättningen fastställs av Skatteverket och är när denna riktlinje skrivs 25kr per mil. Den skattepliktiga delen bestäms av Hagastiftelsen och är för närvarande 15 per mil (gäller både diesel och bensin). Hagastiftelsen har rätten att höja eller sänka denna skattepliktiga del, oberoende av Skatteverkets nivåer.

Ersättningen utges efter att överenskommelse har gjorts med närmaste chef om att användning av sin privata bil i tjänst är befogad.

Ersättning ges aldrig för resor mellan hemmet och arbetsplatsen.

Körjournal ska lämnas senast två månader efter körd sträcka. Efter två månader lämnas ingen ersättning retroaktivt.

Om man kör brukare i sin privata bil i tjänsten ingår det i arbetsuppgifterna att se till att detta sker utan att man utsätter sig själv eller medresenärer för risk. Ev. skador på bilen vid en olycka hanteras av bilägarens försäkring, om inget annat har överenskommits. Det är bilägarens ansvar att se till att bilen uppfyller de krav som finns för att vara säker.

Det är förbjudet att köra utan medhåvt körkort, ens på inhägnat område (3§ trafikbrottslagen) eller använda verksamhetens fordon för övningskörning.

## 31. Policy Böne- och meditationsstunder

Hagastiftelsen är en vård- och omsorgsverksamhet. Medarbetare ska stå till brukarens och (i daglig verksamhets fall) arbetstagarens förfogande under hela sin schemalagda arbetstid förutom under tider när vikarier tar över arbetet t.ex. vid konferenser.

Detta innebär att aktiviteter som kräver att medarbetaren lämnar en brukare/arbetstagare för mer än någon/några minuter till en kollegas uppsikt inte är förenliga med arbetet.

Detta gäller exempelvis böne- och meditationsstunder, som ska utövas utanför arbetstid, eller efter överenskommelse med arbetsgivaren om det är möjligt att lämna sitt arbete en kort stund för tex. bönestund- och meditationsstunder. Överenskommelsen skall vara skriftligt.

Det går heller inte att begära ett visst schema med hänvisning till sådana önskemål.

Det råder religionsfrihet i vår verksamhet, dock får man inte läsa ur bibel eller lyssna på kyrkmässan i mobilen då vi likställer detta med att gå till kyrkan, vilket man inte får göra på arbetstid. Vi uppmanar även dig som medarbetare att undvika att diskutera religion på arbetet då vi ser att detta är upphov till konflikter och sårade känslor.

## 32. Arbetsbeskrivning för krishantering

### Syfte

Detta dokument syftar till att synliggöra hur våra verksamheter jobbar med att hantera kriser som plötsligt uppstår i verksamheten. Dokumentet kompletteras med **krispärm** där alla aktuella kontaktuppgifter finns tillgängliga. För att verksamheterna ska kunna hantera en kris krävs givetvis att verksamheten övar medarbetare i krisscenarion.

### Bakgrund

I händelse av plötsliga, allvarliga händelser som påverkar levnadsmiljön följer vi denna arbetsbeskrivning. Det kan röra sig om händelser i brukarens hem, i anslutning till detta, eller i andra sammanhang när man befinner sig på utflykt eller resa. Det kan exempelvis handla om olyckor, rån, våld, dödsfall eller andra dramatiska situationer. I denna typ av situationer måste du som medarbetare snabbt orientera dig, stödja brukaren och eventuellt andra medarbetare samt samla, hantera och lämna information samt upprätta och ansvara för genomförandet av handlingsplaner vid behov.

Det är var och ens ansvar att kontinuerligt bistå i utvecklandet av rutiner och handlingsplaner och påtala eventuella brister i denna till föreståndare.

1. Kontakta verksamhetsansvarig/föreståndare eller någon i krisgruppen (kontaktuppgifter på nästa sida). Verksamhetsansvarig/föreståndare:
  - Har yttersta ledningsansvaret.
  - Fördelar arbetsuppgifter.
  - Dokumenterar alla åtgärder.
2. Information om det inträffade och aktuell situation.
  - Vilka är berörda?
  - Vad görs och vem gör vad?
  - Information till medarbetare, brukare och anhöriga.
  - Påbörja ev. anmälan till arbetsmiljöverket (Socialstyrelsen) och IVO.
3. Gruppen identifierar aktuellt stödbehov till berörda. Externt stöd kan vid behov ges till enskilda eller grupp.

Var medveten om sekretess om du blir kontaktad av media i arbetet. Hänvisa alltid media till Verksamhetsansvarig/föreståndare.

## Handlingsplan vid olycka eller annat allvarligt tillbud

Verksamhetsansvarig/föreståndare ska alltid kontaktas vid allvarliga incidenter av den som varit med vid incidenten eller samordnare som kan vidarebefordra situationen. Detta gäller även under semester, ledighet eller motsvarande.

- För ingående medicinsk rådgivning ring 1177 sjukvårdsupplysning

## Om brukare avviker

I den händelse brukare oväntat skulle avvika från hemmet eller från det sammanhang där medarbetare befinner sig följer vi nedanstående omedelbara åtgärder:

1. **Utse en söksamordnare som organiserar sökandet.** Söksamordnaren ska samla all information och delegera uppgifter kring sökandet, samt bestämma uppsamlingsplats. Se rubrik "samordningsarbetet".
2. **Genomsök närområdet.** De första minuterna är de viktigaste!
3. **Söksamordnaren larmar 112 efter max 10 minuter.** Det är viktigt att larma snabbt för att kunna begränsa sökområdet.
4. **Söksamordnaren kontaktar någon i krisgruppen** som kan bistå i arbetet och eventuellt komma till platsen. Det är även den personen som tar kontakt med god man och anhöriga.
5. **Söksamordnaren tar kontakt med grannar** som eventuellt kan ha sett brukaren. Be om hjälp!

## Viktig information till polisen

1. Poängtera att det gäller en autistisk, förståndshandikappad person som har försvunnit.
2. Tänk efter hur eleven är klädd. Polisen kommer att ställa den frågan för att nå ut med en efterlysning.
3. Vad är brukaren intresserad av och vilka vanor har hen? Viktig information inför sökandet.

## Samordningsarbetet

Som söksamordnare ska du tänka på och göra följande saker:

1. Se till att handlingsplanen följs
2. Hålla koll på vilka områden som söks genom och av vem
3. Föra protokoll över sökandet med anteckningar om vad som skett när
4. Rapportera vidare till ansvarig i krisgruppen

## Förebyggande och underlättande åtgärder

1. Kom ihåg att alltid ta med mobiltelefon på utflykter och promenader.
2. Brukaren har en individuell riskbedömning där det framgår om det finns förhöjd risk att brukaren skulle avvika. Se till att vara uppdaterad kring brukarens riskbedömning, och följ de bestämda individuella åtgärderna kring den brukare du jobbar med.

## Vid allvarligt tillbud (med personskada)

1. Vidta 1:a hjälpen om det är möjligt
2. Ring 112
3. Uppge:
  - Namn
  - Varifrån du ringer
  - Typ av olycka
  - Antal skadade
  - Typ av skada, besvär
4. Kontakta krisgruppen genom att ringa 08-551 700 90

## EP-Anfall

Vid en eventuellt anfall

- Hjälp den enskilde först.
- I fall krampen inte släpper efter 5 minuter ge Buccolam (endast 1 dos)
- Ring ambulans om anfallet inte upphör inom 10 minuter.
- Meddela ansvariga.

## Plan för Krisledningsgrupp

Krisledningsgruppen består av:

Atosa Ahi (Föreståndare och styrelseledamot)	070-571 0356
Katarina Laurén (Styrelseledamot)	070-424 29 08
Johannes Brage (Biträdande föreståndare)	070-209 9775
Johan Westerdahl (Föreståndare)	070-730 06 28
Cecilia Westerdahl (Verksamhetskoordinator)	070-283 10 26

## Handlingsplan för krisgruppen

1. Krisledningen kontaktas via kontorets jourtelefon, 08-551 700 90
  2. Hela gruppen sammankallas.
  3. Gruppen samlas. En ledare utses som samordnare och kontaktperson.  
Redogörelse för vad som har hänt.  
Vilka är drabbade på vilket sätt?  
Beslut om vad som skall göras samt uppgiftsfördelning.  
Korrekt information snabbt ut till alla på arbetsplatsen.  
Information till berörd/berörda anhöriga.
  4. Gruppen samlas dagligen för information och uppföljning.
  5. Mötestillfällen ordnas för grupper som behöver träffas för att tala om det inträffade och deras upplevelser.
  6. Eventuellt ger de inblandade medarbetarna ändrade arbetsuppgifter.
- Tänk på sekretessen vad gäller information till media och allmänhet.
- Dokumentera allt!



## 33. Rutiner för hantering av Genomförandeplaner och Dagsrutiner

### Syfte

Detta dokument syftar till att tydliggöra hur vi förhåller oss till genomförandeplaner och dagsrutiner. Detta dokument överlappar en del med våra rutiner för social dokumentation.

### Allmänna riktlinjer för dokumentation

All dokumentation som vi framställer och som säger något om en enskild brukare måste behandlas enligt reglerna för hur dokumentation ska gå till. Genomförandeplaner och dagsrutiner stämmer in på detta, och därför måste vi vara noggranna när vi jobbar med dessa för att beakta följande regler:

1. Dokumentation får inte slängas. Det betyder att när vi uppdaterar exempelvis genomförandeplanen eller dagsrutinerna så måste vi spara den gamla versionen någonstans.
2. Det måste framgå var informationen kommer ifrån. Detta betyder att så fort det står något påstående om hur brukaren har det, hur hen mår eller vad hen har gjort, så ska det stå vem som har sagt/eller skrivit det, och gärna vad den personen hade för relation till brukaren (samordnare, anhörig, god man osv). Det är alltså viktigt att signera dokumenten, eller ange sådan information i den löpande texten.
3. Det måste framgå när händelserna som anteckningen avser har inträffat.
4. Det måste framgå vem som varit med och satt upp eventuella mål, och hur man har gjort för att ta hänsyn till brukarens egna åsikter och önskemål. Detta betyder alltså att man även här bör skriva person samt relation till brukaren. Om brukaren inte har deltagit i arbetet med dokumentet måste man motivera varför detta inte skett, och vad man har gjort istället för att ta hänsyn till brukarens önskemål (gäller främst genomförandeplan)

Utöver detta så finns det vissa rutiner som vi själva bestämmer (till skillnad från ovanstående som är lagstadgat), och som skiljer sig mellan de olika dokumenten. Dessa beskrivs nedan.

### Genomförandeplaner (Enligt IBIC)

Genomförandeplaner är våra verktyg för att säkerställa att vi gör en kvalitativ och strukturerad insats för våra brukare utifrån uppdragsbeskrivningen från placerande myndighet.



I praktiken går denna process till på följande sätt: Varje enhet presenterar en GFP för föräldrar/ god man/förvaltare och handläggare. Justeringar av GFP görs då och därefter planeras hur brukaren på bästa sätt ska få ta del av denna. Detta helst i anslutning till mötet, eller kort därpå. Den enskilde kommer på så sätt vara tillräckligt insatt i var det innebär att bo på enheten. Syftet är att den enskilde får en proportionerlig inblick i sin planerade framtid vad det gäller att samarbeta mot mål/delmål och också ha en daglig tillvaro som upplevs som positiv. Individuella avtal upprättas mellan brukaren och medarbetare utifrån önskemål och rättigheter. Vid behov förs de vid uppföljningsmöten in som mål/delmål i GFP. I GFP finns 9 behovsområden rubricerade. Mål och delmål finns under varje behovsområde. Utvärdering av mål/delmål samt insatser finns under varje behovsområde. GFP godkänns av den enskilde och i vissa fall god man/förvaltare. Uppdatering av GFP görs en gång per år eller vid behov tillsammans med den enskilde samt de andra berörda parterna. Verksamhetsansvarig/föreståndare ansvarar för godkännande och uppdatering av GFP.

Det är viktigt att dessa genomförandeplaner är levande dokument som uppdateras regelbundet, så att de alltid är aktuella och inte stagnerar.

För att säkerställa detta ska vi följa följande riktlinjer:

- Verksamhetsansvarig/föreståndare tillsammans med samt husansvariga och berörda medarbetare ansvarar för genomförandeplaner.
- Verksamhetsansvarig/föreståndare har det slutgiltiga och övergripande ansvaret för genomförandeplanerna, och kan komma med synpunkter eller ändringar.
- Ändringar som görs måste i vissa fall förankras med vårdnadshavare/god man, och dessa kan även komma med synpunkter eller ändringar.
- I de fall där brukaren själv kan medverka i utformandet av genomförandeplanen skall hen beredas möjlighet till detta.
- Genomförandeplaner ska ses över och vid behov uppdateras inför uppföljningsmöten. Alla ändringar måste då godkännas av brukaren själv, alternativt förvaltare eller god man.
- Vid ändringar i genomförandeplaner ska dessa förankras i medarbetargruppen snarast möjligt,
- Stödanteckningarna för daganteckningarna ska ändras för att motsvara förändringarna i genomförandeplanen.
- Där det står uppgifter om hur brukarens situation och behov ser ut ska det framgå var och av vem/vilka (samt befattning) informationen kommer ifrån.
- Vid varje mål ska det framgå vem som bestämt om målet, när målet ska utvärderas och följas upp.
- Det ska framgå vem som ansvarar för genomförandet av insatserna, samt vilket förhållande/befattning personen har i förhållande till brukaren.
- Målen ska vara övergripande och allmänna. Mer konkreta mål förs in i arbetsplanen (se nedan).

Om någon annan än boendestödjarna har åsikter eller idéer om någon genomförandeplan, får dessa naturligtvis föras fram. Detta tjänar även som påminnelse till boendestödjarna att hålla genomförandeplanen levande och aktuell.

Dagsrutinerna ska hjälpa oss att arbeta konsekvent och följa viktiga rutiner. De är även en hjälp för nya medarbetare som inte känner våra elever så väl.

### **Riktlinjer för Dagsrutiner**

- boendestödjare ansvarar för sin brukares dagsrutiner.
- boendestödjare ska ändra i dagsrutiner vid behov.
- I de fall där brukaren själv kan medverka i utformandet av dagsrutinen skall hen beredas möjlighet till detta.
- Vid ändringar i dagsrutinerna ska dessa förankras i medarbetargruppen snarast möjligt, på ett möte eller genom informationspärm.

## 34. Policy för social tillgänglighet

### Bakgrund & syfte

Anledningen till att denna policy upprättas är att vi upptäckt ett problem när det kommer till social tillgänglighet på arbetsplatsen (oftast till följd av mobilanvändning). Det handlar exempelvis om situationer där boendestödjare inte är tillgängliga för att stödja en brukare eller ha en trevlig social interaktion med den brukare för att boendestödjaren är "fast i sin telefon" eller på annat frånvarande till följd av mobilanvändning (och i sällsynta fall läsning). Vi har därför funnit det nödvändigt att upprätta en policy för att sätta fingret på det problematiska i denna typ av situationer.

### Policy

I praktiken innebär denna policy<sup>15</sup> att du som boendestödjare behöver vara närvarande med brukaren på jobbet, av säkerhetsskäl såväl som av sociala skäl. Det är inte så kul att interagera med en person som är till hälften frånvarande i sin telefon.

Om du behöver ta en rast eller gå ifrån, kommunicera då detta med en kollega som kan täcka upp för dig under din paus.

---

<sup>15</sup> Som kan kompletteras av "Policy för mobiler och sociala medier"

# Ledningssystem för systematiskt arbetsmiljöarbete

## Strukturen

Ledningssystemet för arbetsmiljöarbetet delas upp i tre sektioner:

**Sektion 1: Styrdokument** (rutiner, policies etc) som beskriver hur arbetet ska bedrivas. Dessa delas upp i två sektioner:

Sektion 1.1 - Generella styrdokument, som gäller för hela verksamheten och

Sektion 1.2 - Enhetsanpassade styrdokument, som är specifika för varje enhet (med anpassade namn och nummer, exempelvis), men som följer en gemensam form.

**Sektion 2: Blanketter & mallar** som är en del av det praktiska arbetet och oftast skrivs ut, fylls i och arkiveras. Dessa delas upp i två sektioner:

Sektion 2.1 - Generella Blanketter & mallar, som ser likadana för alla enheter i hela verksamheten

Sektion 2.2 - Enhetsanpassade blanketter & mallar, som är specifika för varje enhet (med anpassade namn och nummer, exempelvis), men som följer en gemensam form.

**Sektion 3: Arkiv.** Det egna arkiv som varje enhet håller. Här hamnar alla ifyllda mallar, underskrivna överenskommelser eller liknande som ska arkiveras (så att man exempelvis kan dubbelkolla vem som formellt sett har vilket ansvarsområde, eller se vilka tidigare åtgärder som gjorts inom området arbetsmiljö historiskt). Dessa dokument förvaras alltså på respektive enhet, för det mesta i utskrivna form, men vissa även digitalt och är alltså inte en del av ledningssystemsdokumenterna på samma sätt som policies och dylikt.

Det finns vissa styrdokument som hänvisar direkt till specifika mallar och blanketter. Detta framgår då i början av dessa dokument.

Dessa sektioner delas därefter in i två kategorier: en med generella dokument, alltså sådana som gäller för verksamheten som helhet och inte behöver anpassas till respektive enhet, samt de enhetsanpassade dokumenterna som utgår ifrån samma mall, men där innehållet specificeras för varje enhet<sup>16</sup>.

## Sektion 1. Styrdokument

Denna sektion innehåller de centrala styrdokument som gäller hela Hagstiftelsens arbetsmiljösystem, och även de dokument som existerar inom systemet, men som finns inom respektive verksamhet.

### Sektion 1.1 - Generella styrdokument

1. Arbetsmiljöpolicy
2. Policy för Friskvård

---

<sup>16</sup> Det kan till exempel röra sig om ändringar i namn, så att rätt skyddsombud eller samordnare anges

3. Riktlinjer för arbetsskade- och tillbudsrapportering
4. Rutin för skydds rond, annan riskbedömning och handlingsplan
5. Rutin för delegering av arbetsmiljöuppgifter
6. Rutin för egenkontroll av matsäkerhet
7. Rutin för rehabilitering och arbetsanpassning vid långtidssjukskrivning
8. Visselblåsarpolicy Hagastiftelsen
9. Miljöpolicy och miljömål 2022-23

### **Sektion 1.2 - Enhetsanpassade styrdokument**

1. Arbetsgivarens ansvar vid fördelning av arbetsuppgifter (enhetsspecifik)
2. Brandskydd och brandskyddsarbetet
3. Delegation till Brandskyddskontrollant (utskrift - enhetsspecifik)
4. Övergripande Arbetsmiljökartläggning inom ENHET (enhetsspecifik)
5. Arbetsmiljöanslag [enhet] 2023 (enhetsspecifik)

## **Sektion 2. Blanketter & mallar**

Detta är dokument som ska fyllas i, endera digitalt eller skrivs ut. Dessa arkiveras sedan på passande plats.

### **Sektion 2.1 - Generella blanketter & mallar**

1. [BLANKETT] Dokumentation av tillbud
2. [MALL] Checklista för skydds rond/riskbedömning
3. [MALL] Årlig uppföljning av arbetsmiljöarbetet
4. [BLANKETT] Riskbedömning och handlingsplan
5. [BLANKETT] Arbetsskadeblankett
6. [BLANKETT] Ansvarsfördelning för arbetsmiljöuppgifter
7. [BLANKETT] Returnering, återlämning av tilldelad arbetsmiljöuppgift
8. [MALL] Agenda vid ledningsgruppsmöte tillsammans med skyddsombud
9. [BLANKETT] Arbetsmiljöpärm signatur
10. [BLANKETT] Riskbedömning och handlingsplan
11. [BLANKETT] Bekräftelse av genomlästa regler för hantering av livsmedel

### **Sektion 2.2 - Enhetsanpassade blanketter & mallar**

Följande dokument är anpassade till respektive enhet och därför inte generella.

1. [MALL] Övergripande Arbetsmiljökartläggning inom enheten
2. [BLANKETT] Formulär för delegering av arbetsuppgifter
3. [BLANKETT] Dokumentation av kontroll av matvaror, städning & åtgärder (DV)

# 1. Arbetsmiljöpolicy (enhetsspecifik)

## Syfte

Detta dokument ger en överblick över arbetsmiljöarbetet på [ENHETEN] rörande arbetsmiljöarbetets målsättningar, rutiner vid olika situationer (tex hot och våld och rehabiliteringar). Detta dokument kompletteras med andra dokument rörande arbetsmiljö och utgör inte ensamt grunden för detta arbete.

## Arbetsmiljöpolicy

### Målsättning

Vår målsättning är att vi ska ha en god arbetsmiljö ur såväl fysiskt, psykiskt som socialt perspektiv. För att säkerställa en god arbetsmiljö ställs krav på oss att ha kontinuerlig kompetensutveckling för samtliga medarbetare. Arbetsmiljön och rehabiliteringsarbete ska bedrivas såväl kort- som långsiktigt. Vi ska sträva efter att ständigt förbättra arbetsmiljön, förhindra arbetsskador, minska arbetsrelaterad sjukfrånvaro och på ett tidigt stadium aktivt arbeta med rehabilitering. Vår målsättning är att samtliga medarbetare genom det systematiska arbetsmiljöarbetet ska få god arbetsmiljö och ökad arbetstillfredsställelse.

I [ENHETEN]s systematiska arbetsmiljöarbete ingår att:

- Kartlägga arbetsmiljön genom regelbundna skyddsronder.
- Ha regelbundna arbetsplatsmöten med stående punkter som berör arbetsmiljö.
- Ha medarbetarsamtal
- Regelbundet genomföra enkätundersökningar om hur arbetsmiljön upplevs.
- Anmäla och följa upp hot om våld samt tillbud.
- Genom företagshälsovården, Järnahälsan, erbjuda medarbetarna läkarundersökningar och stöd som kan vara påkallat i arbetsmiljöfrågor.
- Skyddsombud finns utsedd. Regelbundna skyddsronder och enkätundersökningar görs för att hålla det systematiska arbetsmiljöarbetet aktuell bland medarbetarna. I medarbetarsamtal tas arbetsmiljöfrågor upp.
- Lämpliga arbetsmiljöuppgifter delegeras vidare ut till befattningshavare som arbetar i direkt kontakt med ansvarsområdet.
- Utföra nödvändiga mätningar av yrkeshygienisk typ, ex. ljusmätning, bullermätning, radons mätning.
- Rapporter avseende inträffade arbetsskador och tillbud sammanställs årsvis.
- Friskvård erbjuds alla medarbetare.

## Organisation

Inom [ENHETEN] är arbetsmiljöarbetet organiserat enligt följande:

- Verksamhetsansvarig/föreståndare har delegerat vidare arbetsmiljöuppgifter till tillförordnad Föreståndare och en enhetsansvarig enligt de ifyllda formulären för delegering av arbetsmiljöuppgifter i [ENHETEN]s arbetsmiljöpärm.
- Ett skyddsombud finns utsett.
- Ledningsgruppen på [ENHETEN] har en gång per kvartal (alternativt vid behov) möte med skyddsombuden och tar då upp arbetsmiljöfrågor (=motsv. skyddskommitté), enligt en fastställd agenda. Minnesanteckningar från dessa möten arkiveras i arkivet för arbetsmiljö- och brandskyddsdokument.
- Arbetsplatsmöten hålls 1 gång per månad under ledning av verksamhetsansvarig/föreståndare eller biträdande föreståndare, då också arbetsmiljöfrågor finns med på dagordningen. Frågor som inte kan lösas tas till Ledningsgruppens möte med skyddsombuden.
- Skyddsronnd inkl. översyn av brandskydds- och första hjälpen-utrustning görs 2 ggr per år.
- Den årliga uppföljning av arbetsmiljöarbetet under verksamhetsåret vad gäller sjukfrånvaro, inrapporterade olyckor, tillbud samt hur arbetsmiljöarbetet fungerat, sker i februari månad. Som komplettering i analysen används också mallen "Årlig uppföljning av arbetsmiljöarbetet".

Anslag om arbetsmiljöarbetet med aktuella namn och telefonnummer för personer med tilldelade arbetsmiljöuppgifter finns uppsatta i [ENHETEN].

## Systematiskt arbetsmiljöarbete på enheterna

Då våra olika verksamheter är enheter inom Hagastiftelsen är Hagastiftelsens styrelse ansvarig för arbetsmiljön.

### Styrelsens medlemmar

Jan-Erik Laurén, ordförande & ekonomichef, Atosa Ahi, Katarina Laurén, Helena Westerdahl, Walter Osika och Per Granstedt styrelseledamot.

### Medarbetarnas ansvar

Den enskilda anställde har alltid ett personligt ansvar att bevaka och rapportera brister som hen upptäcker i arbetsmiljön enligt vad som nedan anges. Verksamhetsansvariga/föreståndare har delegation från styrelsen vad gäller arbetsmiljöuppgifterna.

Vård- och serviceansvarigas arbetsuppgifter rör boendet, dagligverksamhet samt service.

I tillämpliga fall så delegeras arbetsmiljöuppgifterna ut till befattningshavare som arbetar i direkt kontakt med respektive ansvarsområde.

## Skyddskommittén

Skyddsombuden och ansvariga utgör skyddskommittén. På skyddskommittén sammanträden behandlas t.ex. Frågor om handlingsplaner för arbetsmiljön, om planering av nya lokaler, om nya arbetsmetoder, om nya sätt att organisera arbetet samt upplysning och utbildning rörande arbetsmiljön.

### Skyddskommitténs medlemmar

Katarina Laurén (Styrelseledamot)  
Cecilia Westerdahl (Samordnare)  
Johannes Brage (Biträdande föreståndare)  
John Östlund (HR generalist)

Varje år görs en skydds rond och en enkätundersökning angående den psykosociala arbetsmiljön. Syftet med dessa är att hitta hittills ej uppmärksammade arbetsmiljörisker samt att alltid hålla det systematiska arbetsmiljöarbetet levande bland medarbetarna.

## Hälsovård

Företagshälsovård genom Järnahälsan erbjuds alla medarbetare och vikarier. Den innefattar telefonrådgivning i hälso - och arbetsmiljöfrågor, regelbundna medicinska undersökningar och samtal om psykosocial arbetsmiljö.

## Rehabilitering

Arbetsgivaren har ansvar för de anställdas rehabilitering och ska utreda och bedöma behovet av rehabilitering när någon:

- Har varit sjuk mer än fyra veckor i rad
- Har haft många korta sjukfall
- Själv begär det

Ansvarig för rehabiliteringen är resp. verksamhetsansvarig/föreståndare. Vid rehatredning deltar verksamhetsansvarig/föreståndare, berörd medarbetare och en representant från Järnahälsan (i vissa fall HR chef). Utredningen skickas till Försäkringskassan. Rehabiliteringsåtgärderna planeras i samråd med berörd medarbetare. Exempel på rehabiliteringsåtgärder kan vara utbildning, behandlingar (tex hos massör eller sjukgymnast), ett beslut att minska ner arbetets omfattning eller byte av arbetsuppgifter.

## Rutiner vid långtidssjukskrivning

Vid långtidssjukskrivning gäller följande:



- Verksamhetsansvarig/föreståndare håller vid långtidssjukskrivning kontinuerlig kontakt med medarbetaren och undersöker vilka åtgärder som kan vidtas för att underlätta återgång till arbetet.  
Diskussion tas då om ev. anpassning av arbetsplatsen kan bidra till snabbare rehabilitering. Det kan handla om teknisk utrustning, kompetensutveckling, flexibla arbetstider, arbetsträning, variation i arbetsuppgifter, handledning, fadderstöd med mera.
- Försäkringskassan har ett ansvar för att samordna de olika åtgärder en person är i behov av för att kunna komma tillbaka i arbete. Det kan vara åtgärder av medicinska, sociala eller arbetslivsorienterade slag.  
Som arbetsgivare kan vi därför bli kontaktade av Försäkringskassan för att tillsammans med den anställda lämna information som Försäkringskassan behöver för att bedöma rätten till ersättning och utreda behovet av rehabilitering.  
Försäkringskassan kan också kalla till ett avstämningsmöte. På mötet medverkar den sjukskrivne, behandlande läkare och representant för arbetsgivaren. Målet är att tillsammans fastställa en plan för återgång i arbete eller som en rehabiliteringsplan.

## Övrigt

Verksamhetsansvarig/föreståndare sammanställer en årsrapport rörande de arbetsmiljörelaterade händelser som behandlats under året, samt redogör för de åtgärder som vidtagits därvidlag.

## Våld och hot om våld

I en verksamhet som Hagastiftelsen är det, på grund av våra brukares beteendemaningar, inte ovanligt att våld och hot förekommer. Det finns därför naturligt en kunskap om, och förberedelse för att hot och våldssituationer kan uppstå. Mindre dramatiska händelser kan oftast bearbetas tillsammans i arbetsgruppen. En del händelser kommer mer oväntat, i dessa fall kan man vara i behov av hjälp och stöd.

Beträffande tillbud, våld och hot i arbetsmiljön finns rutiner/handlingsplan beskrivet i arbetsmiljöparmen som finns på varje enhet.

Vid tillbud av allvarlig art träder "Krisgruppen" in. Dess medlemmar är:

Föreståndare & Styrelseledamot: Atosa Ahi  
Biträdande föreståndare: Johannes Brage  
Styrelseledamot: Katarina Laurén  
Verksamhetskoordinator: Cecilia Westerdahl  
Företagssjuksköterska: Anita Li

Föreståndare: Johan Westerdahl

Rapporter avseende inträffade arbetsskador och tillbud sammanställs årsvis.

### **Rutiner/handlingsplan vid våld och hot om våld<sup>17</sup>**

Omedelbar hjälp - Ring jouren: 08-551 700 90

Vid allvarligt tillbud (med personskada) - Ring larmnummer 112

Uppge:

1. Namn
2. Varifrån du ringer
3. Typ av skada
4. Antal skadade
5. Enhetsansvarig/jouren tar ställning till direkta hjälp/stödåtgärder och om krisledningsgruppen skall tillkallas.

### **Rapportering av händelse**

Rapport skall alltid göras till närmast ansvarig enhetsansvarig som i sin tur informerar Verksamhetsansvarig/föreståndare samt ser till att informera ansvarigt skyddsombud.

### **Bearbetning av händelse**

Först tas händelsen upp i samtal med de närmaste arbetskamraterna och enhetsansvarig. Det är viktigt att skapa sig en noggrann bild av händelseförloppet. Händelsen kan behöva bearbetas under en längre tid tillsammans med specialhjälp såsom läkare, psykolog eller annan hjälp som bedöms lämplig i varje enskilt fall. Husansvarig rapporterar till skyddsombudet och verksamhetsansvarig/föreståndare.

### **Uppföljning/rapportering**

Händelsen skall alltid av verksamhetsansvarig/föreståndare tas upp i skyddskommittén:  
Vad hände? Varför? Kunde detta ha undvikits? Åtgärd?

---

<sup>17</sup> För detaljer rörande omedelbara åtgärder, se "Rutin för omedelbara åtgärder vid våldssituationer"

## **Anmälan**

Respektive verksamhetsansvarig/föreståndare ansvarar för att allvarligt tillbud eller allvarlig skada till följd av våld anmäls till arbetsmiljöinspektionen. Arbetsskador anmäls till Försäkringskassan genom blankett för arbetskada.

## 2. Policy för Friskvård

### Syfte

Denna policy syftar till att klargöra hur Hagastiftelsen jobbar med friskvård av anställda och vilka belopp man som anställd har rätt till.

### Bakgrund

Hagastiftelsen vill ge sina medarbetare som är på schemat möjlighet till förebyggande hälsoinsatser för att främja och bibehålla en god hälsa, sett ur ett helhetsperspektiv. Varje människa är en helhet och en unik individ. Både privat- och arbetsliv påverkar hela människan och har sin inverkan på det fysiska, psykiskt/själsliga hälsotillståndet samt på det andliga välbefinnandet. Vi är alla olika individer med olika förutsättningar och bakgrund. Varje individ har även ett eget ansvar för att i möjligaste mån, aktivt bidra till att må bra och bibehålla sin hälsa så långt det är möjligt. Tillsammans kan vi sträva efter att skapa förutsättningar för en god hälsa och arbetsmiljö

WHO:s definition på hälsa är sedan 1946 följande:

*”Hälsa är fullständigt fysiskt, psykiskt & socialt välbefinnande och icke enbart frånvaro av sjukdom och svaghet, samt inbegriper också det kulturella & andliga välbefinnandet”.*

### Vad räknas som friskvård?

Hagastiftelsen bestämmer utifrån skatteverkets regler om friskvårdsbidrag vad som ska räknas som friskvårdsbidrag och inte.

Du får exempelvis använda friskvårdsbidraget till enklare aktiviteter med inslag av motion eller för behandling som är avstressande eller motverkar ömhet och stelhet. Du kan också använda det till kostrådgivning och rådgivning i samband med rökavvänjning. En aktivitet får maximalt kosta 1000 kronor per tillfälle.

Friskvårdsbidraget kan inte användas för att hyra eller köpa utrustning eller för att betala medlemsavgifter<sup>18</sup>, teorikurser, diplom, hälsovård, sjukvård eller skönhetsvård.

---

<sup>18</sup> OBS: gymkort, träningsavgifter och liknande räknas inte hit och omfattas alltså av bidraget.

## Friskvård för Hagastiftelsens medarbetare på schemat

Mot uppvisande av kvitto<sup>19</sup> ersätts friskvårdsaktiviteter av Hagastiftelsen med en summa på upp till 3000kr/år, vid 50–100% tjänst på schemat och upp till 1500kr/år vid tjänst mellan 25 % - 50 %. För tjänst på schemat under 25 % ersätts med 700kr/år.

Detta gäller för den som arbetat på schemat i minst 6 månader och som avser att fortsätta sin anställning. Friskvård som ej är godkänd av skattemyndigheterna ersätts ej.

Friskvård för anställning kortare än 6 månader är något Hagastiftelsen inte kan ersätta.

Observera att all friskvård sker på medarbetarens fritid.

Friskvården gäller per kalenderår. Kvitto för det år som friskvården avser lämnas senast den 5 december i innevarande år.

## Samarbete med extern aktör

Hagastiftelsen har avtal med Järnahälsan om tjänster inom företagshälsovård.

I avtalet ingår:

- Telefonrådgivning i hälsa och arbetsmiljöfrågor: Alla tillsvidareanställda som arbetar kan ringa Järnahälsans sjuksköterskor för telefonrådgivning om hälso- och arbetsmiljöfrågor-
- Rehabiliteringsbedömning
- Hälsoundersökning 2 ggr per år

Insatserna är kostnadsfria för medarbetaren.

Järnahälsans sjuksköterskor nås på telefonnummer: 08-551 700 50.

## Tystnadsplikt

Järnahälsans insatser görs i enlighet med lagen om tillsyn över hälso-/sjukvårdspersonal samt patientjournalagen. För att Järnahälsan skall kunna utföra sina åtagande måste medarbetaren medge att personuppgifter lämnas.

---

<sup>19</sup> För, av Hagastiftelsen godkänd, friskvårdsaktivitet

## 3. Riktlinjer för arbetsskade- och tillbudsrapportering

### Tillbud och tillbudsrapporter

Ett framgångsrikt förebyggande arbetsmiljöarbete bygger i första hand på att man kartlagt olycks- och arbetsskaderisker, men också att man fångar in uppkomna tillbud. Tillbud är situationer där något skulle kunna ha inträffat men inte gjorde det. Tillbudsrapporteringen sker via mallen "Dokumentation av tillbud" som finns bland mallar och blanketter i rättspår.

Erfarenheten visar att på arbetsplatser där man fångar in uppkomna tillbud och med dessa underlag kan vidta åtgärder som gör att nya tillbud inte uppstår och därmed minskar olyckstillbud.

Alla anställdas medverkan i arbetsmiljö-arbetet innebär att alla uppmanas rapportera alla uppkomna tillbud, via den ovan nämnda tillbudsrapporten.

### Anmälan till Arbetsmiljöverket

Uppkommer arbetsskada, olycka eller allvarliga tillbud för verksamhetens medarbetare under arbetstid, ska detta anmälas till Arbetsmiljöverket.

Syftet med anmälan är att myndigheten ska få kännedom om olyckor eller tillbud för att vid behov snabbt ta sig till arbetsplatsen för att utreda händelsen och genomföra en inspektion.

Handlar det om dödsfall (se rutinen för dödsfall på arbetsplatsen (nr 22 i detta dokument)) eller allvarlig personskada eller samtidigt drabbat flera arbetstagare ska detta anmälas utan dröjsmål. Det gäller även tillbud som inneburit allvarlig fara för liv eller hälsa.

### Anmälan till Försäkringskassan

Den som drabbats av olycka eller annan arbetsskada ska också göra en anmälan – till försäkringskassan. Motivet är att det är grunden för att kunna erhålla arbetsskade- ersättning.

Det som ska anmälas är alla olyckor och sjukdomar som uppstått i arbetet. Det kan gälla kroppslig skada men även ohälsa på grund av den psykosociala arbetsmiljön.

Konflikter på arbetsplatsen eller hög arbetsbelastning kan till exempel ha orsakat ohälsan. Har det skett på grund av hot eller våld skadats i arbetet ska även detta anmälas.

Även skada på väg till eller från arbetet räknas som arbetsskada och ska anmälas.

Alla skador ska anmälas oavsett om de lett till sjukfrånvaro eller inte.

## **Anmälan till Försäkringskassan**

Anmälan till både Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan sker på blankett som finns på hemsidan – [www.anmalarbetskada.se](http://www.anmalarbetskada.se)

Ansvaret för att göra anmälan har Verksamhetsansvarig/föreståndare.

## 4. Rutin för skyddsron, annan riskbedömning och handlingsplan

### Syfte

Denna rutin återger hur vi jobbar med skyddsroner, riskbedömningar och handlingsplaner som en del av det systematiska arbetsmiljöarbetet.

### Bakgrund

I föreskriften Systematiskt arbetsmiljöarbete betonas att ett bra förebyggande arbetsmiljöarbete förutsätter en regelbunden undersökning av arbetsmiljön.

Dels för att kunna kontrollera, att fastställda regler och rutiner efterlevs och fungerar som det är tänkt, men också för att notera om nya risker/arbetsproblem uppkommit och därmed måste hanteras.

Så här säger Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete:

*”När ändringar i verksamheten planeras, skall arbetsgivaren bedöma om ändringarna medför risker för ohälsa eller olycksfall som kan behöva åtgärdas”.*

De ändringar som föreskrifterna avser är exempelvis personalförändringar, nya arbetstider och arbetsmetoder, andra organisationsförändringar, om- och nybyggnation samt ny maskinell utrustning.

Det handlar om ändringar som inte utgör del av den dagliga, löpande verksamheten.

Riskbedömningen ska utgå från den planerade ändringen och de eventuella risker för ohälsa och olycksfall som ändringen kan medföra.

Riskbedömning ska göras innan förändringen genomförs och avse tiden efter genomförd förändring.

Riskbedömningen skall dokumenteras. I den bilagda checklistan redovisas hur man ska genomföra arbetet steg för steg. Resultatet av riskbedömningen ska föras in i ”blankett för riskbedömning och handlingsplan”.



## Utgångspunkt för riskbedömningar

Utgångspunkten för allt riskbedömningsarbete är att försöka:

- eliminera upptäckta skade-/ohälsorisker<sup>20</sup>
- att sätta upp varnings-/riskskyltar för att göra medarbetarna uppmärksamma och därmed kunna agera för att undvika att utsätta sig för fara/olycka, och/eller
- inrätta säkerhetsinstruktioner om hur man ska agera för att undvika fara/olycka, och/eller
- bedöma behovet och införskaffande och användning av säkerhets-/skyddsutrustning minimerar konsekvensen av skada om risken inträffar, och/eller
- ge den kunskap/kompetens som ökar riskmedvetenheten och hur man bäst kan agera för att minimera skador/olyckor

## Riskbedömningsarbetet

Vi genomför

1. Undersökning av den fysiska miljön med en skydds rond – enligt bilagda checklistor – en gång på våren och en gång på hösten.
2. Psykosociala arbetsmiljöfaktorer fångas i första in via de årliga medarbetar-/utvecklingssamtalen, som varje medarbetare har med Verksamhetsansvarig/, vid behov har medarbetare alltid tillgång till FHV.
3. Riskbedömning i samband med förändringar - enligt bilagd checklista.
4. Riskbedömning/Handlingsplan brukare - enligt bilagd checklista. Genomförs en gång per år eller vid behov. Ledning i samråd med medarbetare och skyddsombud.

---

<sup>20</sup> Dock kan alla risker inte undvikas helt, de måste då hanteras med målet att minska sannolikheten att olycka/skada inträffar och/eller att konsekvensen av risken minimeras genom

Uppkommer behov av åtgärder noteras dessa för att sedan sammanställas i en handlingsplan (se "blankett för riskbedömning och handlingsplan").

## **Checklista för risk-/konsekvensbedömning inför förändring**

för att arbetsmiljöarbetet ska vara relevant och följa med i verksamhetens förändringar är det viktigt att följa denna checklista för konsekvensbedömning vid förändring:

### **A) Preciserar den planerade ändringen**

Man måste precisera den eller de ändringar som planeras innan det går att göra en riskbedömning:

1. Vad består ändringarna av? (T.ex. Personalneddragning, utökat arbetsinnehåll, ny produktionsutrustning)
2. Var ska ändringarna genomföras (vilken avdelning, befattning eller liknande påverkas)?
3. Vilka arbetstagare eller grupper av arbetstagare berörs av ändringarna?

Skriv ner ändringarna, var de ska genomföras och vilka som berörs.

### **B) Gör riskbedömningen**

När ni preciserat ändringarna och vet vilka mearbetare eller grupper av mearbetare som kommer att beröras av förändringen, ska ni bedöma vilka risker för ohälsa och olycksfall som ändringarna kan medföra för berörda mearbetare.

Bedömningen kan behöva göras både på grupp- och individnivå. Den ska omfatta såväl fysiska som sociala och psykologiska risker.

Nedan ges exempel på sådant som kan innebära risker för ohälsa och olycksfall.

- Stor arbetsbörda
- Komplexa arbetsuppgifter
- Otydlig organisation
- Ensamarbete
- Otydliga arbetsuppgifter
- Hantering av farliga ämnen
- Tidspress
- Liten påverkansmöjlighet/lågt inflytande
- Brister i samarbetet
- Våld och hot
- Arbete från höjd

Ta fram riskkällor som ni tror uppstår efter genomförd förändring och bedöm om dessa kan leda till risker för ohälsa eller olycksfall. Bedöm också om riskerna är allvarliga eller inte allvarliga.

Skriv ner riskerna.

### **C) Åtgärda**

Åtgärda de risker som kommit fram. De åtgärder som inte vidtas omedelbart ska skrivas ned i en handlingsplan (använd den generella blanketten för handlingsplan) som anger:

- Vilka åtgärder som ska genomföras
- När åtgärderna ska vara genomförda
- Vem som ska se till att åtgärderna genomförs

Kontrollera att genomförda åtgärder får den effekt som avses.

## 5. Rutin för delegering av arbetsmiljöuppgifter

### Syfte

Detta dokument syftar till att tydliggöra hur delegering av arbetsuppgifter fungerar och vem som ansvarar för vad. Till detta dokument hör följande dokument:

- “[BLANKETT] Blankett för ansvarsfördelning för arbetsmiljöuppgifter”. Används för att dela ut arbetsmiljöuppgifter och således arbetsmiljöansvar.
- “[BLANKETT] Returnering, återlämning av tilldelad arbetsmiljöuppgift”. Används för returnering av tilldelade arbetsmiljöuppgifter.
- “Arbetsgivarens ansvar vid fördelning av arbetsuppgifter”. Denna innehåller bland annat en förteckning över vilka personer som innehar vilka ansvarsroller.

### Bakgrund

För att säkerställa att arbetsmiljön och arbetsmiljöarbetet, inom Hagastiftelsen uppfyller lagstiftningens intentioner och krav samt de mål som finns fastställda i interna policies, rutiner och instruktioner, måste alla anställda medverka.

Uppgifterna är många. För att de ska bli genomförda och kunna följas upp på ett systematiskt och överskådligt sätt behöver arbetsuppgifterna fördelas ut i organisationen.

Fördelningen av uppgifterna utgår från huvudman inom Hagastiftelsen.

Varje verksamhetsansvarig/föreståndare som sedan erhållit och undertecknat en delegation kan sedan i sin tur fördela uppgifter vidare till medarbetare inom sitt ansvarsområde.

Vidaredelegeringen förutsätter dock att den som förväntas påta sig uppdraget har tillräcklig kompetens för att kunna utföra föreskrivna uppgifter. Dessutom måste mandatet omfatta befogenheter gällande resurser och beslut kopplade till uppgifterna.

De vidaredelegerade uppgifterna skall vara nedtecknade och undertecknade av mottagaren (se formuläret för “delegering av arbetsuppgifter”).

### Returnering

Har ett arbetsmiljöproblem uppkommit där mandatet i beslut och resurser inte är tillräckliga skall uppgiften direkt returneras till överordnad.

Vid längre frånvaro – semester/motsvarande och verksamhet pågår, skall diskussion tas med Verksamhetsansvarig/föreståndare om vem som kan svara för uppgifterna under frånvaron.

För returnering av arbetsmiljöuppgift, se blanketten "Returnering, återlämning av tilldelad arbetsmiljöuppgift".

## 6. Rutin för egenkontroll av matsäkerhet

### Syfte

Detta dokument visar vilka rutiner vi på Hagastiftelsen har kring hanteringen av livsmedel i vår verksamhet. Till detta dokument hör en blankett<sup>21</sup> i vilken vi dokumenterar att alla kontroller sker enligt rutin samt en mall<sup>22</sup> där medarbetare som tagit del av rutinen skriver under att de har gjort så.

### Vad är viktigt att tänka på vid hantering av mat i vårt hus?

Alla medarbetare ska läsa igenom våra regler för matlagning och signera (i mallen "Bekräftelse av genomlästa regler för hantering av livsmedel") att man förstått dem.

### Personlig hygien

- ★ Innan vi börjar hantera mat tvättar vi händerna ordentligt, det gäller alla som hjälper till. Eventuella ringar och klockor tas av först, sen används tvål och vatten för att göra händerna rena. Glöm inte tvätta mellan fingrarna och på handens ovansida.
- ★ Glöm inte att byta ut handdukarna som används för att torka händerna minst en gång per dag! Om de ser smutsiga ut eller är väldigt blöta byts de oftare. Häng upp dem ordentligt så de kan torka mellan användningarna.
- ★ Även handdukar för torkning av disk ska bytas minst dagligen.
- ★ Är man sjuk, till exempel dålig i magen eller har ont i halsen, eller har inflammerade sår på händerna ska man inte hjälpa till med mathanteringen.

### Städning och diskning

- ★ Efter matlagning, bakning eller annan mathantering ska diskbänkar och andra arbetsytor alltid göras rent. Arbetsredskap diskas i diskmaskin och får sedan stå och torka eller torkas med ren handduk innan de ställs in i skåpen och lådorna.
- ★ Om man hittar spill och kladd i kylskåp och skafferier städas detta undan direkt och om man märker att arbetsytor eller redskap inte är rena när man ska börja med matlagningen städar och diskas man rent innan maten tas fram.
- ★ Disktrasor och handdukar för torkning av disk ska hängas upp ordentligt så de torkar snabbt. När de blir smutsiga ska de tvättas i tvättmaskin eller bytas ut.

---

<sup>21</sup> "Dokumentation av kontroll av matvaror"

<sup>22</sup> "Bekräftelse av genomlästa regler för hantering av livsmedel"

## Ordning & Reda

- ★ När man hanterat mat eller bakar förvarar man inte saker som inte hör till hanteringen på arbetsytorna, till exempel personliga prylar.
- ★ Olika råvaror, till exempel grönsaker och kött, ska förvaras så åtskilt som det går i kylar och skåp, "Var sak ska ha sin plats" (och det gäller ju självklart för alla andra saker som förvaras i köket också). Produkter som ska ätas utan tillagning (t ex sallader och redan tillagade produkter) måste alltid skyddas från produkter som innehåller bakterier (färskt kött, rotfrukter etc). Ätfärdiga produkter ska därför förvaras högst upp ifall man använder samma kylskåp.
- ★ All mat som förvaras i kylan och skafferierna ska vara förpackad eller övertäckt med plastfilm eller lock (mat som har en naturlig "förpackning" till exempel frukt och grönsaker slipper naturligtvis plastfilmen).
- ★ Öppnade förpackningar ska märkas med öppningsdatum (gäller produkter med lång hållbarhet där det är svårt att komma ihåg när de öppnades) och saker som fryses in med datum för infrysning.
- ★ Nedkyllning av rester förekommer men i liten utsträckning och små mängder åt gången. När produkterna ångat av placeras de i låga kärl (för att värmen ska få en stor yta att avges ifrån) varefter de placeras högt upp i kylskåpet. Tiden från att produkten tas ur ugnen eller från spisen till dess att den når +8 C får aldrig ta mer än fyra timmar. När temperaturen nått +8°C förses kärlet med plast eller lock.
- ★ Varje helg inför skiftbyte märks alla nedkylda produkter med namn på produkt och datum så att det råder någon tveksamhet vilken produkt det handlar om och när den gjordes. Nedkylda produkter som inte ätits upp kasseras efter fem dagar.

## Temperaturer

- ★ I kylskåpet ska vi ha kallt, +8°C eller kallare (Tips! Kolla på etiketternas förvaringsanvisningar – räkor i lag eller liknade ska ofta förvaras kallare än +8 C).
- ★ I frysen ska det vara ungefär -18°C. Titta på termometern varje dag så det är tillräckligt kallt. (Om det är för varmt är det bra att sänka temperaturen lite och kontrollera att dörren är stängd ordentligt, titta på termometern om en timme igen. Om det fortfarande är för varmt kanske kylan är trasig, ring husansvarig. Känsliga råvaror bör kastas och övriga kylvaror flyttas till en annan kyl).
- ★ Mat som stått framme länge i rumstemperatur ska inte sparas.
- ★ Upptining av fryst kött/fisk sker i kylskåp så att produkten inte blir för varm på ytan.

**Självklart så använder vi även våra sinnen. Om något smakar, luktar, ser eller känns konstigt så använder vi såklart inte den maten.**

## **Kompletterande rutiner**

Det finns saker som är viktiga men som inte behöver göras varje dag eller varje vecka. Det är ändå viktigt att de görs. Dessa avhandlas nedan:

- ★ 2 gånger om året har vi storstädning. Vid storstädningen passar vi även på att göra de här sakerna:
  - Vi skruvar loss kranzilarna från alla kranar och diskar med diskmedel och hett vatten (så smuts och eventuella bakterier försvinner).
  - Vi ser över om arbetsredskap och inredning börjar bli slitet och riskerar att falla i bitar eller är svåra att göra rena.
  - Kollar om frysen behöver frostas av.
  - Kontrollerar så alla som arbetar i huset har läst igenom våra matsäkerhetsrutiner. Om inte får de läsa det här häftet. Kanske någon även behöver uppdatera sig?

Om vi upptäcker att saker är slitet och behöver åtgärdas eller om vi hittar spår av skadedjur berättar vi det för vår boendeansvarige Johannes Brage och en plan för åtgärder görs.

- ★ Två gånger om året kommer Anticimex hit och gör inspektion i vårt kök. Då tar vi även rengöringstester med ATP-mätare och ser över om arbetet med våra matrutiner fungerar bra eller kan förbättras eller ändras.



## Speciella saker att tänka på när någon är allergisk

Om/när vi får brukare som har allergi eller överkänslighet noterar vi detta och beaktar följande riktlinjer.

- ★ Ha alltid en dialog med brukare och eventuell annan kontaktperson (och kanske läkare) om vilka allergier brukare har och vad han eller hon inte kan äta/kan äta. Vid svåra allergier kan det bli nödvändigt att helt utesluta det livsmedlet från huset.
- ★ Gör alla berörda medarbetare (och kanske även de andra brukare) uppmärksamma på den brukarens allergi.
- ★ Förvara mat som är avsedd för den allergiske på en separat hylla eller separat del av hylla och märk upp ordentligt så alla vet vad som för förvaras där. Välj en hylla så högt upp som möjligt i skåpen. Tänk på att inte förvara mat som den allergiske är känslig mot precis i närheten av den hyllan.
- ★ Läs igenom ingrediensförteckningarna noggrant på alla råvaror som används.
- ★ Se till att mat till den allergiske alltid plastas in/täcks ordentligt och att öppnade förpackningar försluts ordentligt.
- ★ När maten till den allergiske hanteras ska detta ske åtskilt från övrig hantering, till exempel på en egen arbetsyta eller innan den andra maten tas fram.
- ★ Tänk extra noga på rengöring och diskning så det inte finns rester eller spill kvar på redskap och ytor som den allergiske kan vara känslig mot. Kanske behövs några separata redskap för allergikosten? Märk upp dessa i så fall så de inte används till den "vanliga maten".

**Just nu har vi de här allergierna att ta hänsyn till:**

Namn:

Allergier:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## VAD SKYDDAR VI OSS MOT?

Varför har vi rutiner och regler som ska följas när vi lagar mat? Här beskrivs orsaken och bakgrunden till att vi behöver arbetsregler och varför det är viktigt att följa dem

### BAKTERIER & VIRUS

Det finns flera olika mikroorganismer som man inte vill ha i sitt kök och i sin mat. Anledningen är att de kan göra så den som äter maten blir sjuk. Här nedanför kan du läsa om några av de vanligaste mikroorganismerna som skulle kunna ställa till det i vår typ av verksamhet.

#### Mikroorganismer som människan bär på

**Norovirus** är ett virus som orsakar vinterkräxjuka. Maten smittas av viruset från människor som bär på viruset, till exempel via händerna. **Stafylokokker** är en bakterie som bildar ett gift som man kan bli magsjuk av. Den här bakterien finns också hos oss människor och trivs bra på vår hud, särskilt i sår och i ansiktet. Det är alltså människan som smittar maten även med den här mikroorganismen.

#### Bakterier som överlever nästan allt

Vissa bakterier, till exempel **Bacillus cereus** och **Clostridium perfringens**, kan kapsla in sig i sporer när miljön runt om kring inte är trivsamt för dem. Sporen är tålig och överlever nästan allt, till exempel klarar de kokning. När miljön runt omkring bli trivsamt för bakterien igen kommer de ut ur sporen. Båda bakterierna kan orsaka matförgiftning genom att de bildar ett gift. *Bacillus cereus* trivs till exempel i spannmålsprodukter (ex ris, pasta) och mjölkprodukter och *Clostridium perfringens* i köttprodukter och grytor. Båda bakterierna finns även i jord. Den främsta orsaken till att människor blir sjuka av de här bakterierna är att mat som varit varm kyls ner för långsamt (det vill säga när temperaturen på maten är "ljummen" under lång tid).

#### Lite mer ovanliga bakterier

**Salmonella, Campylobakter, EHEC och Yersinia** är bakterier som kan orsaka allvarlig matförgiftning (ibland dödlig för känsliga grupper, dvs. gamla, sjuka och små barn). Bakterierna finns hos djur och smittar köttet vid slakthanteringen. *Salmonella* finns hos både fågel, nöt och gris medan *EHEC* är vanligast hos nöt, *Yersinia* hos gris och *Campylobakter* hos kyckling. *Salmonella* och *EHEC* kan även finnas i grönsaker som vattnats med förorenat vatten. **Listeria** är en annan bakterie som främst finns hos fisk och som också kan orsaka svåra och ibland dödliga matförgiftningar. Den bakterien kan växa i väldigt låga temperaturer och det är därför viktigt att förvara fisk enligt förvaringsanvisningen på etiketten.

Även om dessa bakterier inte är så vanliga ska man alltid arbeta så risken för att de ska orsaka sjukdom minskas. Eftersom de kan finnas i själva maten gäller det att minska risken för att de ska växa och helst döda dem (till exempel genom höga temperaturer). Vi vill inte heller att bakterierna sprids från till exempel rå mat till tillagad mat eller mellan olika råvaror.

## Hur minimerar vi risken för oönskade mikroorganismer?

- Vi är noga med den "personliga hygien": handtvätt, inte jobba när man är sjuk eller om man har sår på händerna. Genom att tvätta händerna ofta, innan matlagning och mellan hantering av rå och tillagad mat minskar risken för överföring av mikroorganismer.
- Vi är noga med temperaturerna. Bakterier vill gärna ha lite lagom ljummet för att växa som bäst. Ju kallare vi har i kylan desto mindre risk att de växer (alltid under 8 grader men läs gärna på förpackningen, till exempel färser vill helst ha 4 grader). Blir det tillräckligt varmt dör de flesta bakterier, 72 grader är en tumregel men det går också bra att titta så köttet och kycklingen inte är röd eller att det kokar. Över 60 grader kan de flesta bakterierna inte växa även om de överlever vilket är bra att veta om mat ska hållas varm en lite längre tid. Bara små mängder mat kyls ner åt gången (högst upp i kylskåpet, låt ånga av först). Maten läggs i kärl så att ytan i förhållande till volymen bli så stor som möjligt (stort kärl till lite mat). Det får inte ta längre tid än 4 timmar för maten att bli 8 grader eller kallare. När maten är kall täcks den över. Om det tar längre tid så ska maten kastas. Detsamma gäller mat som varit "ljummen" länge, till exempel stått framme på bordet.
- Vi är noga med städning och diskning. Smuts och spill från mat är bra näring för bakterier och tar vi bort näringen minskar risken för tillväxt.
- Vi använder inte samma arbetsredskap för rå och tillagad mat, diska alltid skärbrädor och knivar innan de används till tillagad mat eller grönsaker om de använts till råa råvaror innan.
- Vi skyddar maten, till exempel genom att förpacka och täcka över ordentligt när den förvaras. Jordiga råvaror förvaras separat eftersom vi inte vill ha jord på annan mat.
- Vi köper bara råvaror av seriösa verksamheter.

Tänker man på det här så håller maten även längre!

## ALLERGENER

Allergener är proteiner som vissa människors immunförsvar kan reagera på. Reaktionerna kan vara olika, allt ifrån rodnader på huden till andningssvårigheter, chock och dödsfall. Man kan vara allergisk mot i princip vad som helst men när det gäller mat finns det ett par produkter som man ska vara extra försiktig med eftersom de är kända för att ge svåra symtom:

- |   |  |
|---|--|
| ● Spannmål som innehåller Gluten (till exempel i bröd, pasta) | ● Sojaböner  |
| ● Kräftdjur (till exempel kräftor, räkor, krabba hummer)      | ● Lupin  |
| ● Ägg   | ● Mjök   |
| ● Fisk  | ● Nötter   |
| ● Blötdjur (till exempel musslor, sniglar, bläckfisk)         | ● Selleri  |
| ● Jordnötter  | ● Senap  |
|   | ● Sesamfrön och  |
|   | ● Svaveldioxid och sulfit i koncentrationer på mer än 20 mg/kg eller 10 mg/liter, uttryckt som SO <sub>2</sub> |

(Tänk på att det gäller både för maten ren form men även sammansatta produkter, till exempel så finns det ofta fisk i leverpastej och ägg i majonnäs och såser, allergener kan alltså "gömma" sig i annan mat).

## Hur minimerar vi risken för oönskade allergener?

I vår verksamhet hanteras de produkter som nämns ovan. Det är dock inte alltid som något barn eller vuxen är allergisk mot dem, det varierar från termin till termin. Det som är viktigt att tänka på vid de tillfällen någon är allergisk är att risken för att den personen ska få i sig allergenet ska minimeras. Om personen är extremt känslig kan det vara nödvändigt att helt utesluta den produkten. Hur ska vi arbeta om någon är allergisk?

- Vi skaffar oss kunskap om vad den enskilde kan och inte kan äta.
- Vi är uppmärksamma på vad olika produkter innehåller (ingrediensförteckningar)
- Vi håller isär den allergena maten från övrig mat så bra som möjligt (täck över, märk, rengör, separata hyllor och kanske separata arbetsredskap).

Titta i den separata rutinen som handlar om hur vi ska arbeta när vi hanterar mat till någon som är allergisk, där finns mer detaljerad information.


## FYSISKA FÖREMÅL

Fysiska föremål som vi inte vill ha i vår mat kan vara till exempel glasbitar, metallbitar och plastbitar. Risken för dessa ska hamna i maten är ganska lite men vi ska ändå vara försiktiga. Tänk på följande:

- När vi lagar mat plockas saker som inte hör till matlagningen bort från arbetsytorna (till exempel pennor, papper mm).
- Om glas krossas under matlagningen så kastas den maten som man kan anta att det hamnat glas i.
- Vi håller köksredskap och ytor i gott skick så inte träflisor eller plastbitar riskerar att hamna i maten.

## KEMIKALIER

Kemikalier som vi inte vill ha i vår mat kan vara till exempel rengöringskemikalier, växtgifter (ex solanin i grön potatis), mjukgörare i plast, mögelgifter och bekämpningsmedel. Risken för att stora mängder av dessa ska hamna i maten är ganska liten men vi vill även skydda oss från små mängder. Det gör vi genom att tänka på följande:

- Mat ska bara förvaras i förpackningar som är godkänt för att använda ihop med livsmedel, titta efter glasgaffel-symbolen:  Förvara aldrig mat i öppna konservburkar.
- Rengöringsmedel och andra kemikalier förvaras åtskilt från mat och köksredskap.
- Inköp av råvaror sker bara från seriösa verksamheter.
- Gröna potatisar och mat med mögel kastas.

## 7. Rutin för rehabilitering och arbetsanpassning vid långtidssjukskrivning

### Syfte

Denna rutin syftar till att klargöra hur verksamheterna jobbar med att få tillbaka långtidssjukskrivna och medarbetare i behov av rehabilitering i arbete.

### Bakgrund

Vi vill vid längre sjukskrivning (exempelvis till följd av olycka) ge medarbetaren bästa stöd för återgång till arbetet. Vi ska då också se över möjligheterna till eventuell arbetsanpassning för att underlätta återgången.

### Rutiner vid långtidssjukskrivning

Vid långtidssjukskrivning gäller följande:

- Verksamhetsansvarig/föreståndare håller vid långtidssjukskrivning kontinuerlig kontakt med medarbetaren och undersöker vilka åtgärder som kan vidtas för att underlätta återgång till arbetet.

Diskussion tas då om ev. anpassning av arbetsplatsen kan bidra till snabbare rehabilitering. Det kan handla om teknisk utrustning, kompetensutveckling, flexibla arbetstider, arbetsträning, variation i arbetsuppgifter, handledning, fadderstöd med mera.

- Arbetsgivaren tillsammans med företagshälsan samt medarbetare gör en rehab plan. Medarbetare är skyldig att delta i sin rehabilitering.
- Försäkringskassan har ett ansvar för att samordna de olika åtgärder en person är i behov av för att kunna komma tillbaka i arbete. Det kan vara åtgärder av medicinska, sociala eller arbetslivsorienterade slag.

Som arbetsgivare kan vi därför bli kontaktade av Försäkringskassan för att tillsammans med den anställda lämna information som Försäkringskassan behöver för att bedöma rätten till ersättning och utreda behovet av rehabilitering.

Försäkringskassan kan också kalla till ett avstämningsmöte. På mötet medverkar den sjukskrivne, behandlande läkare och representant för arbetsgivaren. Målet är att tillsammans fastställa en plan för återgång i arbete eller som en rehabiliteringsplan.

## 8. Visselblåsarpolicy Hagastiftelsen

### Bakgrund & syfte

Hagastiftelsen och deras dotterbolag ska hålla högsta möjliga standard för öppenhet, ärlighet och ansvarsskyldighet. Vi förväntar oss att våra medarbetare som oroar sig över Stiftelsens uppträdande, påtalar detta för oss. Medarbetare är oftast de första att upptäcka oegentligheter i Stiftelsen. Den anställda kanske dock väljer att inte meddela detta av rädsla för att verka illojal mot kollegor eller mot Stiftelsen. De kanske till och med fruktar trakasserier. Under sådana omständigheter kan det vara lättare att ignorera fallet istället för att rapportera det.

Avsikten med den här policyn är att uppmuntra medarbetare att rapportera fall utan risk för att bli offer eller diskriminering. Den här policyn låter medarbetare ta upp allvarliga misstankar om oegentligheter i, eller relaterade till, Stiftelsen, istället för att titta bort eller söka finna en lösning på problemet utanför Hagastiftelsen.

Den här Policyn gäller alla Hagastiftelsens medarbetare och våra dotterbolag. Policyn säger tydligt att om någon oegentlighet begången av Stiftelsen eller någon av deras medarbetare rapporteras, kommer Hagastiftelsen att ta itu med det omedelbart och noggrant utreda och rätta till den. Vi kommer dessutom att undersöka hur dylika oegentligheter kan förebyggas i framtiden.

### Definitioner

#### Visselblåsa

Att Visselblåsa betyder att väcka HRs uppmärksamhet om potentiellt illegal och/eller oetisk verksamhet, också känt som oegentlighet.

#### Oegentligheter

Oegentligheter innefattar allt olaga och illegalt beteende, till exempel:

- En olaglig handling
- Att inte uppfylla en Stiftelsepolicy
- Att medvetet bryta mot ett lands lokala lagar eller förordningar
- Oprofessionellt beteende
- Tveksam bokföring eller räkenskaper och bedrägeri
- Verksamhet som kan åsamka skada på person eller egendom
- Underlåtelse att rätta till, eller ta rimliga steg för att rapportera ett fall som sannolikt kan orsaka avsevärd och oundvikliga kostnader eller förlust för Stiftelsen
- Missbruk av makt eller position i icke-auktoriserat syfte

- Orättvis diskriminering, som diskriminering på grund av ålder, ras, kön, religion, sexuell orientering, civilstånd, föräldraskapsstatus, politiska åsikter eller etnisk bakgrund för anställning eller nyttjande av tjänster

Detta är inte en uttömmande lista utan bara exempel på typer av beteende som kan ses som oegentligheter.

## Skydd

En medarbetare som avslöjar en oegentlighet eller yttrar farhågor, kommer genom denna Policy att skyddas om den anställda:

- Avslöjar informationen i god tro
- Tror att det är huvudsakligen sant
- Ej agerar med ond avsikt eller gör falska anklagelser
- Ej söker personlig eller finansiell vinning

## Process

### Kanaler för visseblåsning

Vi använder oss av en extern aktör (LSS-Byrån) som hanterar visseblåsningar från vår verksamhet. Denna aktör kan kontaktas på fem olika vis:

1. I fysiskt möte (besöksadress Norra Järnvägsgatan 5 15337 Järna (gamla Nävas lokaler)
2. Skriftligt via post (LSS-byrån c/o Friemann Convergence AB Norra Järnvägsgatan 5, 15337 Järna)
3. Via mail ([ruben@lssbyran.se](mailto:ruben@lssbyran.se))
4. Via telefon (Ruben 073 843 9676)
5. Via digitalt visseblåsarformulär där filer kan bifogas

### Hantering av ärende

Detta händer när du visseblåser:

1. Du gör en visseblåsning genom någon av ovanstående kanaler.
2. LSS-byrån hanterar din visseblåsning på ett informationssäkert sätt och gör en bedömning om det faktiskt rör sig om en visseblåsning.
3. LSS-byrån skickar, i anonymiserad form, vidare informationen man fått in till Hagastiftelsens ledning
4. LSS-byrån erhåller svar från Hagastiftelsen ang. vilka åtgärder Stiftelsen tänker vidta
5. LSS-byrån återkopplar till dig som visseblåst

## Hagastiftelsens handlingsplan vid visseblåsningar

Så fort Stiftelsen får information om visseblåsningen från LSS-Byrån sker följande:

När vi tagit emot ditt ärende kommer vi:

- Bekräfta att ärendet mottagits
- Indikera hur ärendet kommer att hanteras (tex polisanmälan, utredning etc.)
- Ge en uppskattning för hur lång tid det kommer att ta att nå en slutlig lösning
- Meddela LSS-Byrån huruvida en första utredning kommer att genomföras
- Meddela LSS-Byrån om ytterligare utredningar kommer att ske, och om ej, varför
- Med reservation för juridiska hinder, kommer ledningen att tillhandahålla information om utfallet av ovan nämnda utredning.

Hagastiftelsen kommer att agera på alla resta farhågor. Vänligen notera att Hagastiftelsen kan bara utvärderar en farhåga efter att en förutredning genomförts, i det aktuella ärendet.

Ärendet kan exempelvis:

- Utredas av HR, Styrelsen eller som disciplinärt ärende
- Skickas vidare till Polisen eller andra juridiska myndigheter
- Skickas vidare till oberoende revisor
- Bli föremål för en oberoende utredning

Inom tio arbetsdagar efter att en farhåga mottagits, kommer HR kommunicera tillbaka till LSS-Byrån (och i förlängningen alltså till dig som anmälare, om LSS-Byrån har möjlighet att kontakta dig) för att:

- Bekräfta att ärendet mottagits
- Indikera hur ärendet kommer att hanteras
- Ge en uppskattning för hur lång tid det kommer att ta att nå en slutlig lösning
- Meddela dig huruvida en första utredning kommer att genomföras
- Meddela dig om ytterligare utredningar kommer att ske, och om ej, varför

Om ärendet leder till en rättslig process där du träder ur din anonymitet kommer Hagastiftelsen att vidta åtgärder för att undvika svårigheter du kan möta som resultat av ditt resta ärende. Om du till exempel måste lämna vittnesmål i ett rättsligt eller disciplinärt ärende, kommer Stiftelsen att förse dig med juridisk rådgivning angående proceduren.

Hagastiftelsen bekräftar att alla som reser farhågor, kommer att behöva försäkras om att ärendet har behandlats. Med reservation för juridiska hinder, kommer Stiftelsen att tillhandahålla information om utfallet av ovan nämnda utredning.



## Övrigt

### Tidsuppskattning

Farhågor kommer att utredas så snabbt som möjligt. Det är underförstått att det kan bli nödvändigt att skicka ärendet vidare till en extern utredare, vilket kan förlänga utredningsprocessen. Ett allvarligt och komplext ärende kan också få utredningen att dra ut på tiden. Stiftelsen kommer redan tidigt att försöka ge en indikation på hur lång tid det kommer att ta att utreda ärendet.

### Förebygga skuldbeläggning, negativ särbehandling och trakasserier

Stiftelsen kommer inte att tolerera att någon försöker utsätta en person, som har lyft en för Stiftelsen allvarlig och genuin farhåga de hyst avseende en felaktig handling, för negativ särbehandling eller diskriminering. All negativ särbehandling kommer att hanteras omgående med stränga disciplinära konsekvenser.

### Konfidentialitet och anonymitet

Hagastiftelsen kommer att respektera en visselblåsares konfidentialitet i ett mottaget ärende där den klagande begär konfidentialitet. Anonyma klagomål är svåra att följa upp och bekräfta, om den klagande personen inte vill uppge sitt namn i ett senare skede.

### Falska och illvilliga anklagelser

Om du rapporterar situationer som du vet inte har inträffat eller om du lämnar uppenbart vilseledande information har du inte skydd enligt gällande lagstiftning. Du får inte heller göra dig skyldig till brott när du rapporterar en situation. Uppenbart falska eller vilseledande rapporteringar kan komma att bli föremål för utredning och disciplinära åtgärder inklusive avsked.

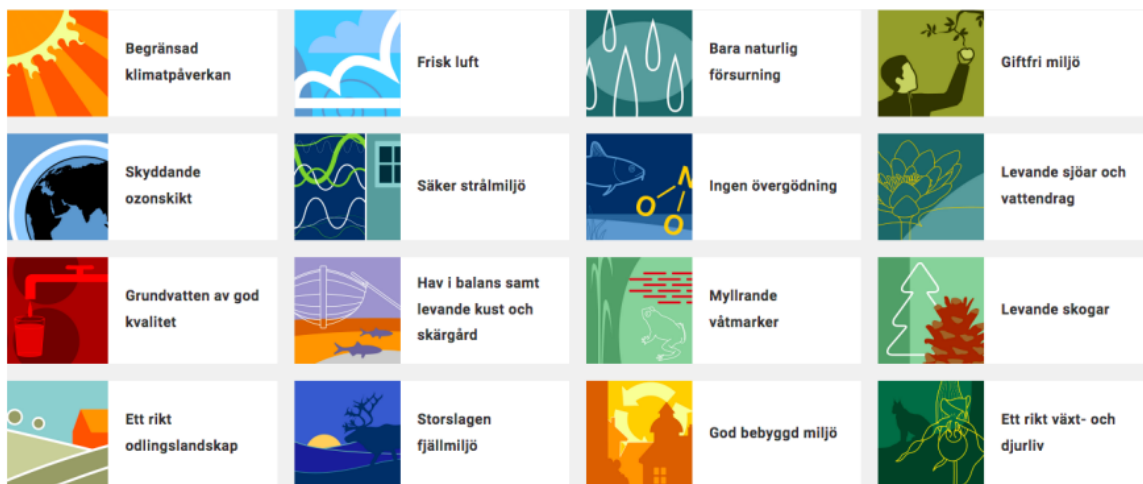
Om du gör anmälan i god tro, för att du tror att det du säger är sant och utan ont uppsåt eller för egen vinning gör du alltså rätt enligt visselblåsarlagen.

## 9. Miljöpolicy och miljömål 2022/23

### Bakgrund & syfte

Hagastiftelsens miljöpolicy sammanfattar stiftelsens miljöambitioner och är grunden för miljöarbetet, utöver lagstiftningen, i den ordinarie verksamheten. Miljöpolicyen tar sin utgångspunkt i det nationella miljömålssystemet som ger en helhetsbild av det arbete som behöver göras på miljöområdet i Sverige och globalt.

Sveriges 16 miljökvalitetsmål är det nationella genomförandet av den miljömässiga dimensionen av de globala hållbarhetsmålen i Agenda 2030.



### Miljöpåverkan & Prioriterade områden

För att göra tydligt och förbättra miljöarbetet följer här de områden som vi ser som viktigast i vår verksamhet vad gäller miljön:

#### 1. Transporter

De flesta av stiftelsens boenden och dagliga verksamheter är inte enkelt nåbara med kollektivtrafik för medarbetare och för stiftelsens huvudpersoner är kollektivtrafik ofta inte ett alternativ. Kollektivtrafik uppmuntras där det är möjligt. Ett mål är att tjänstebilar är el- eller hybridbilar. Färdtjänst ingår inte i stiftelsens upphandling. Tåg prioriteras framför flyg vid tjänsteresa där det är möjligt. Stiftelsen tillhandahåller laddstolpar i viss utsträckning.

## **2. Energi och vatten**

All elektricitet i stiftelsen kommer från sol, vind och vatten. Att spara på el och vatten är ett mål som vi arbetar med dels genom vanor och medvetenhet, dels genom el- och vattenbesparande installationer. Vid eget avlopp används bio-vac-lösningar. Vi har som mål att montera filter i avloppet för alla tvättmaskiner för att förhindra att mikroplaster läcker ut i vattendragen.

## **3. Mat**

Livsmedel ska vara Krav- eller Demetermärkta och även närproducerade så långt det är möjligt. Vi har som mål att via enkäter samla in uppgifter från respektive brukare hur hög grad man klarar av att uppfylla detta och vilket individuellt mål respektive brukare vill sätta för att öka andelen. I brukarens egna lägenheter måste vi inskränka oss till att uppmuntra (individens frihet inom LSS).

## **4. Material**

Miljömärkta varor och leverantörer ska väljas i så stor utsträckning som möjligt vid nyinköp. Enbart Kravmärkta eller Demetercertifierade produkter får användas för städning av lokaler, disk och tvätt. I brukarens egna lägenheter gäller samma som för matinköp).

## **5. Avfall**

Allt avfall sorteras och deponeras utifrån de möjligheter som respektive kommun tillhandahåller.

## **6. Kontor**

Papper och övrigt material ska vara miljömärkt. Datorer och skärmar ska vara energimärkta med Energy Star, TCO eller Svanen.

## **7. Trädgård och utemiljö**

I trädgård och utemiljö får inga gifter spridas och naturen ska vårdas utifrån ekologiska principer. Vid eventuell grönsaksodling bör den skötas biodynamiskt.

## **8. Samverkan med hyresvärd**

Stiftelsen har nära samarbete och en ömsesidighet med sina hyresvärdar, Byggnadsstiftelsen Haga respektive Stiftelsen Vårdinge by. Bostäder och lokaler ska utgöra en medvetet gestaltad och estetisk miljö som ger trygghet och struktur och skapar möjlighet för gemenskapsbildning för såväl huvudpersoner som medarbetare. Vi arbetar gemensamt med att skapa trygghet, hälsa och välmående

och vi lägger stort fokus på materialval, ventilation, ljudmiljö och dagsljus. Vid upphandling ställer stiftelserna krav på miljöcertifierade materialval. Vi strävar gemensamt med hyresvärdarna efter att minska energianvändningen och miljöpåverkan. Fastigheterna bedöms regelbundet utifrån energisynpunkt och åtgärder för minskad energianvändning bedöms löpande. Vid nybyggnad har våra projekt stort fokus på förnyelsebar energi såsom solceller samt geoenergi. Stort fokus läggs på tillgänglighet.

## **9. Korruption och oetiskt handlande**

Stiftelsen tar avstånd från korruption och oetiskt handlande. Motsvarande värderingar och principer förväntas även av leverantörer, affärspartner och andra samarbetsparter. För att motverka risken för korruption finns rutiner för inköp och attestregler. Stiftelsen har inte varit föremål för någon anmälan eller dom för lagöverträdelse.

## **10. Organisation**

Ytterst ansvarig för att miljöpolicyen omsätts i praktiken är styrelsen. Hagastiftelsen har en särskilt utsedd miljöansvarig som genomför arbetet i samverkan med övriga föreståndare. Medarbetarna ska känna till miljöpolicyen och verka för en bättre miljö genom att ha miljöfrågorna i åtanke i vardagen samt föreslå förbättringar. Miljöansvarig redovisar årligen miljöarbetet inför styrelsen.

# 1. Arbetsgivarens ansvar vid fördelning av arbetsuppgifter (enhetsspecifik)

## Syfte

Detta dokument syftar till att klargöra vem som är ansvarig för att fördela vilka arbetsuppgifter samt vilka personer som innehar olika nyckelroller (tex brandskyddsansvarig eller MAS) och vilka som ingår i krisgruppen, skyddskommittén, anti-mobbinggruppen, arbetsmiljögruppen och ledningsgruppen.

## Ansvarsfördelning och roller

Arbetsgivaren klarar oftast inte att sköta allt som gäller arbetsmiljön. Då krävs att arbetsuppgifter som rör arbetsmiljön läggs över på andra. För arbetsplatser med mer än 10 anställda skall detta göras skriftligt och fördelas i vårt fall enligt nedan.

- Arbetsmiljöuppgifter rörande den psykosociala arbetsmiljön handläggs av verksamhetsansvarig/föreståndare.
- Arbetsmiljöuppgifter rörande den fysiska arbetsmiljön för byggnader är Robert Andersson
- Ansvarig sjuksköterska är Cecilia Wickbom.
- Ansvarig läkare på [ENHETEN] är Dr. Walter Osika, Konsultläkare Jackie Swartz.

## 2. Brandskydd och brandskyddsarbetet

### **Syfte**

Tydliggöra brandskyddsansvar för byggnadsstiftelsen Haga. Sida 2 är en delegation till brandskyddskontrollant som ska skrivas ut och skrivas under.

### **Ansvarsfördelning brandskydd**

Hagastiftelsen bedriver sin verksamhet i fastigheter ägda av Byggnadsstiftelsen Haga, Organisations nr 815601-1127.

Brandskyddsansvarig är Jan-Erik Laurén, Ordförande i Byggnadsstiftelsen Haga.

Den interna brandskyddskontrollen delegeras till biträdande eller verksamhetsansvarig/föreståndare. Varje verksamhet har sin egen brandskyddskontrollant.

Vid brandskyddskontrollen ska bilagd checklista användas och sedan arkiveras i brandskyddspärm

### 3. Delegation till Brandskyddskontrollant (utskrift - enhetsspecifik)

Arbetsuppgifter:

- Samverkar med brandskyddsansvarig och vid tillsyn med räddningstjänsten
- Svarar för att kontinuerligt göra internkontroller och följa upp att brister blir åtgärdade.
- Vara behjälplig till brandskyddsansvarig

I egenskap av tillförordna ordförande i fastighetsstiftelsen delegerar jag ovanstående arbetsuppgifter

Ort och datum 202__-__-__	Underskrift
------------------------------	-------------

Jag, XXX, accepterar ovanstående delegering i min egenskap av Hussamordnare på [ENHET]

Ort och datum 202__-__-__	Underskrift
------------------------------	-------------

(de underskrivna versionen av denna blanketter arkiveras i fysisk form i arbetsmiljöparmen)

## 4. Övergripande Arbetsmiljökartläggning inom ENHET (enhetsspecifik)

### **Syfte**

Syftet med kartläggningen är att de identifierade riskerna ska vara vägledande för hur arbetsmiljöarbetet inom enheten ska vara organiserat.

### **Utgångspunkt**

Verksamheter inom Hagastiftelsen är boende och boendestöd, enligt LSS, i ett "hus" för X brukare.

Antalet anställda i verksamheten är totalt X stycken + ca X behovsanställda/sjukvikarier.

### **Verksamhet och arbetsuppgifter**

Arbetsuppgifterna för de anställda är att "vara brukarens förlängda arm" – att vara ett stöd i vardagen för varje brukare utifrån dennes förutsättningar och behov.

Anställda finns på plats dygnet runt och arbetar skiftgång utifrån ett schema. I anställningen ingår sovande jour.

Bemanningen planeras utifrån brukarens genomförandeplan och dennes unika behov.

Utöver det "personliga stödet" ingår i de anställdas uppdrag att utföra enklare städ- och att följa med brukaren på olika aktiviteter utanför boendet.

### **Brukarens allmänna status**

De brukarna har generellt sett psykiska funktionsnedsättningar. Några inkluderat med epilepsi.



## Kartläggning av risker för olyckor, arbetsskador och ohälsa

Med ovanstående utgångspunkter har följande ohälsorisker/risker för skador identifierats:

<i>Verksamhet/uppgifter</i>	<i>Fysiska arbetsmiljörisker</i>	<i>Psykosociala arbetsmiljörisker</i>

## Konsekvenser av kartläggningen

Utifrån kartläggningen finns följande förebyggande åtgärder vidtagna:

- (FYLLS I AV DEN SOM GENOMFÖR KARTLÄGGNING)

## 5. Arbetsmiljöanslag [enhet] 2024 (enhetsspecifik)

Arbetsställe	Arbetsledning
Arbetsplats: ENHET	Namn:  Namn: Mobiltn:
Arbetsmiljö-/skyddsombud	Företagshälsovård
namn: _____ Tfn:	Järna Hälsan Tfn:
Brandskyddskontrollant	Återsamlingsplats
Namn: Tfn:	Plats:
Första hjälpen utbildade och utrustning	Skydds rond/motsvarande
Namn:  Namn:	Tidpunkt:
Arbetsmiljöbibliotek	Arbetsmiljöverket
	Distrikt:  Tfn:

Vid en nödsituation **ring 112** och ange:

- ditt eget namn
- olycksplatsens läge och adress
- antal skadade
- skadornas art och omfattning



# Ledningssystem för Hälso- och Sjukvård

Detta ledningssystem är generellt sett centralt, med vissa undantag då olika enheter har olika behov av anpassning i och med olika brukare.

## Styrdokument HSL

1. Hälso- och sjukvård inom Hagastiftelsen
2. Rutin för HSL-dokumentation
3. Rutin för avvikelshantering & anmälan enligt lex Maria
4. Basala hygienrutiner
5. Rutin vid inkontinens
6. Rutin för egenvård
7. Handlingsplaner och rutiner vid pandemiutbrott
8. Rutin för transport till vårdcentral eller slutenvård
9. Rutin för HLR och hjärtstillestånd & medvetslöshet
10. Rutin för upprättande av hälsoplan (inkl. mall)
11. Rutin för administrerande av smärtstillande vid behov (paracetamol)
12. Rutiner för läkemedel och sjukdom enligt LSS
13. Rutin vid ohälsa

## Blanketter & mallar

1. [MALL] Mall för journalgranskning
2. [MALL] Bedömningsstöd egenvård
3. [MALL] Planeringsstöd Egenvård
4. [BLANKETT] Checklista städning av mediciner
5. [MALL] Städ rutin medicinskåp
6. [BLANKETT] Checklista egenkontroll basala hygienrutiner
7. [BLANKETT] Signeringslista
8. [BLANKETT] Delegeringsblankett

# 1. Hälsa- och sjukvård inom Hagastiftelsen

## Syfte

Detta dokument syftar till att ge en övergripande bild av hur ansvarsfördelning och koordination av HSL-arbetet ser ut inom Hagastiftelsen. Detta dokument kompletteras med övriga rutiner och styrdokument inom HSL som också är en del av ledningssystemet (exempelvis rutiner för dokumentation, hantering av synpunkter och klagomål, avvikelshantering etc.). Dessa förvaras i direkt anslutning till detta dokument, som bilagor, i samma mapp, eller (i fysisk form) i samma pärm.

## Patientens delaktighet

Patienten har rätt att framföra åsikter om sin vård och behandling och vara delaktig däri. Patientens delaktighet dokumenteras i patientens journal (exempelvis patientens jakande eller nekande till olika insatser, anhörigas eventuella kommentarer etc.). En komplicerande faktor är att fler av våra patienter har liten eller ingen insikt i sin egen diagnos eller sjukdomsbild och kan bli upprörda eller stressade över djupare samtal om ett sjukdomstillstånd eller medicinering. Av denna anledning är vi noggranna med att informera patienten om vård och medicinering på ett sätt som vederbörande kan hantera i samband med vårdmoment.

## Bemanning

I Hagastiftelsen arbetar tre konsultläkare (samtliga psykiatrispecialister). Varav dessa är en specialist i barn- och ungdomspsykiatri och en annan specialist inom kardiologi.

Läkare har jourberedskap för sina respektive enheter. Om en av de ordinarie läkarna är frånvarande/bortrest finns möjlighet att vid behov konsultera den läkare som är i tjänst avseende akutmedicinska/psykiatriska bedömningar för samtliga enheter. För rådgivning i specialpedagogiska frågor och behandlingar finns möjlighet till konsultation med specialistläkare inom detta område.

Ansvarig sjuksköterska har hög tillgänglighet med dygnet-runt-jour. En sjuksköterska är avlösare och vikarie för ansvarig sjuksköterska. Även en undersköterska är knuten till ledningsfunktionen som koordinator.

## Akut sjukdom

Vid olycksfall och/eller akuta sjukdomstillstånd kontaktas primärvården eller akutsjukvård av respektive föreståndare eller ansvarig medarbetare i tjänst, oftast i samråd med ansvarig sjuksköterska och läkare.

## Vård/hälsokontroller

Varje brukare inom Hagastiftelsen träffar läkare rutinmässigt 1-2 ggr per år, för hälsoundersökning och relevant provtagning. Flertalet brukare är därtill ofta i behov av tätare läkar- och sjuksköterskekontakter. Regelbundna behandlingskonferenser med läkare, sjuksköterska och ledningsansvariga äger rum på enheterna eller på huvudkontoret var sjätte vecka. Olika behandlingar hos kroppsterapeut eller samtalskontakter planeras och följs upp individuellt. Uppdateringar i brukarens genomförandeplaner i de delar som berör deras hälsotillstånd görs löpande och följs upp senast var sjätte vecka.

Dokumentation: Den medicinska dokumentationen utförs av läkare, sjuksköterska respektive undersköterska i respektive brukares medicinska datajournal i enlighet med våra rutiner för HSL-dokumentation (se dokumentet med samma namn). Social journal förs av respektive enhets föreståndare.

Det systematiska kvalitetssäkringsarbetet sker på varje enhet genom arbetsplatsmöten, handledning och utbildningar för samtliga medarbetare. Föreståndare träffas i ledningsgruppsmöten 1 gång per månad, där även läkare och ansvarig sjuksköterska deltar.

## Läkemedelshantering inom Hagastiftelsen

Nedan följer en beskrivning av hur vi inom Hagastiftelsen hanterar läkemedel, med början från hur läkemedlen kommer till verksamheten: Ansvarig sjuksköterska, verksamhetsansvarig/föreståndare, husansvarig eller medarbetare med fullmakt från apoteket hämtar medicin på apoteket.

### Ansvarsfördelning Apodos-rullar

Ansvarig sjuksköterska, föreståndare/ verksamhetsansvarig/föreståndare, husansvarig eller medarbetare med fullmakt, ser till att den enskildes Apodos-rulle läggs i det gemensamma medicinskåpet i separat märkt låda. Av säkerhetsskäl har vi inte medicinskåp i brukarnas lägenheter. Sjuksköterskan eller föreståndare med speciell delegering, delar dosett och lägger den i medicinskåpet eller låst skåp på enheten. Medarbetare med medicin-delegering har ansvar för att den enskilde får sin medicin, rätt dos vid rätt tillfälle<sup>23</sup>.

Om det är förenligt med en säker hantering, får läkemedel som måste vara lätt tillgängliga förvaras utanför läkemedelsförrådet. Dessa läkemedel ska finnas listade i avdelningens lokala anvisning.

Vår läkemedelshantering styrs av ordinationer som dokumenteras i patientens journal<sup>24</sup>. Alla läkemedel ska vara inlåsta i därtill avsett medicinskåp eller kassaskåp och nyckeln ska förvaras säkert. Delade dosetter samt Apodos ska även de förvaras i låst skåp utan tillgång för brukaren och detta gäller även receptfria läkemedel såsom Alvedon. Verksamhetsansvarig/föreståndare på respektive enhet får årligen en

---

<sup>23</sup> Se beskrivning av delegeringsförfarandet i "rutin för HSL-dokumentation" för mer info.

<sup>24</sup> För mer info ang. detta, se "rutin för HSL-dokumentation".

delegering av ansvarig sjuksköterska att dela medicin i dosetter som sedan medarbetarna får dela ut till brukaren vid innehav av personlig delegering. Vid verksamhetsansvarig/s frånvaro ges en delegering till husansvarig för medicinhanteringen. Dessa delegeringar kan endast utfärdas av sjuksköterskan i Hagastiftelsen efter genomgång av både praktisk samt teoretisk medicinhantering och innebörden av en delegering.

### **Digital utbildning av medarbetare**

Förutom genomgång av medicinhantering på plats angående de rutiner som gäller där ska alla genomgå en kort e-utbildning på nätet, "Säker läkemedelshantering" För att få tillgång till den går du in på:

1. Svenskt demenscentrum
2. Utbildningsportalen/ registrera dig
3. Externa kurser / Jobba säkert med läkemedel
4. Där finns de olika delkurserna som man gör och i slutet en kunskapstest som ger ett diplom vid godkänt.
5. Där finns också en delkurs för hantering av diabetes och insulin när det behovet finns.
6. Diplomet visas upp för sjuksköterskan och sen kan man få sin delegering.

Vid nyanställning av medarbetare som ska ge medicin bör ansvarig sjuksköterska kontaktas innan vederbörande börjar arbeta på enheten. Vid avslutad tjänst upphör delegeringen. Blanketten sparas i tre år.

Delegeringar förnyas årligen. Sjuksköterskan i Hagastiftelsen står däremellan till tjänst med alla frågor som rör medicinhantering.

Alla läkemedel ska stå på medicinlista som signeras. Namnförtydligande för alla signaturer ska finna. På medicinlista ska stå: namn, personnummer, enhet, ansvarig läkare samt aktuella mediciner. Alla avvikelser noteras på listan och alla förändringar noteras på listan med datum för förändring.

Vid avvikelser beträffande medicin, t.ex att man missat att ge medicin ska en avvikelse rapport skrivas tillsammans med föreståndare och ansvarig sjuksköterska som tillsammans utreder och vidtar adekvata åtgärder.

### **Krossande av läkemedel**

I Rätt Spår finns information angiven kring huruvida specifika läkemedel får krossas eller inte. Denna information ges också muntligen.

### **Hantering av narkotikaklassade läkemedel**

Iaktta ovanstående rutiner för hantering av läkemedel. Läkemedlets namn och antal fylls efter uthämtning i i den personliga narkotikajournalen. En förbrukningsjournal för varje narkotikaklassat läkemedel som

används på enheten ska finnas i medicinskåpet. Följ de instruktioner som står på journalen. Vid uttag av narkotiska läkemedel noteras antal som tagits ut och kvarvarande läkemedel. Uttaget signeras.

Vid kassering av utgångna narkotika-läkemedel ska detta skrivas in på narkotikajournalen samt lämna journal och läkemedel till ansvarig sjuksköterska.

## **Hantering och administrering av vid-behovs-doser**

När behovsmedicin ska ges ska alltid föreståndare eller sjuksköterska alltid kontaktas för att frågas huruvida VB-medicin kan ges. Om föreståndare kontaktas ska denna sedan kontakta sjuksköterska vid tillfälle och uppge att VB-medicin har givits.

## **Läkemedelsordinationer**

Ordination av läkemedel görs av legitimerad läkare (oftast ansvariga läkare inom Hagastiftelsen, men även av andra läkare som brukare inom Hagastiftelsen träffar i samband med akutbesök, sjukhusvård, mottagningsbesök eller annan typ av konsultation). Läkemedelsordinationer ska dokumenteras i patientjournalen på ett strukturerat sätt och i ett enhetligt format. Ansvarig läkare eller sjuksköterska skall svara för att aktuella läkemedelsordinationer finns samlade på ett ordinationskort eller annan ordinationshandling. Ansvarig sjuksköterska delegerar till respektive enhets föreståndare läkemedelshantering enligt gällande föreskrifter. Ansvarig sjuksköterska utfärdar därtill en delegering för läkemedelsutdelning till medarbetare i respektive vårdteam, efter sedvanlig utbildning och kunskapskontroll. Minst en gång om året görs läkemedelsgenomgång med varje brukare. I varje enhet finns rutiner avseende eventuell självmedicinering/egenvård hos brukaren (se "rutin för egenvård" med tillhörande bilagor).

Som ett led i genomförandet av brukarens vård sker ordinationer. Ordination ska vara entydig och görs med angivande av läkemedlets namn, läkemedelsform (beredningsform), styrka, dosering i antal/volym per doseringstillfälle, administrationssätt och doseringsintervall/tidpunkt för administration. Internationella enheter förkortas med E. Vid behov kan hänvisning till fastställda behandling- eller spädningsschema ske. Om detta inte finns ska spädningsförfarande anges med angivande av volym av aktivt läkemedel, typ av spädningsvätska och dess volym. Slutkoncentration efter spädning bör också anges. Undantagsvis samt i akuta situationer kan ordinationer ges muntligen. Detta ska då dokumenteras och signeras i efterhand av läkare eller tandläkare.

## **Telefonordinationer**

Telefonordination kan göras om den som ordinerar är förhindrad att komma till patienten. Läkaren ger telefonordinationen till en sjuksköterska som repeterar ordinationen som kontroll. Den läkare som ordinerat läkemedlet ska sedan så fort som möjligt skriftligen eller elektroniskt bekräfta denna.



## Ordination enligt generella direktiv

Endast läkare får ordinera enligt generella direktiv. Ordinationen omfattar läkemedel som får ges av sjuksköterska efter behovsbedömning utan kontakt med läkare. Ordinationerna ska utfärdas restriktivt och omprövas regelbundet. Anvisningar för dessa ordinationer ska finnas i den lokala instruktionen för läkemedelshantering.

Läkemedel som får ges enligt generella direktiv ska finnas listade och listan ska vara fastställd av verksamhetschef eller dennes företrädare (medicinskt ledningsansvarig om verksamhetschef inte är läkare). Listan ska innehålla information om indikationer och kontraindikationer samt dos och antal tillfällen som läkemedel får ges till en patient utan att en läkare kontaktas. Sjuksköterska skriver in ordinationen i utdelningslistan och ansvarig läkare informeras.

## Ordination av sjuksköterska

I Socialstyrelsens föreskrifter om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel (SOSFS 2001:16) finns en förteckning över vilka läkemedel som får förskrivas av sjuksköterskor med förskrivningsrätt. Sjuksköterska som uppfyller krav på specialistutbildning till distriktssköterska eller inom hälso- och sjukvård för barn och ungdomar får ordinera läkemedel för vaccination enligt vissa vaccinationsprogram, se Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2000:1).

Delegering från sjuksköterska till exempelvis undersköterska är enligt författningen inte möjlig avseende läkemedel inom slutenvård. Inom annan hälso- och sjukvård får delegering av iordningställande eller administrering av läkemedel göras under vissa förutsättningar. Se Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2000:1) och Socialstyrelsens föreskrifter om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (SOSFS 1997:14).

## Förvaring av läkemedel

Läkemedel, rekvisitions- och receptblock ska förvaras inlåsta när de inte är under uppsikt. Utlämnande av nycklar eller nyckelkort ska ske med stor restriktion och regleras i den lokala anvisningen. Läkemedel förvaras i den förpackning de levererats i och enligt tillverkarens anvisning. Läkemedel förvaras i ett låst utrymme oåtkomligt för obehöriga.

Den enskildes medicin förvaras i låst medicinskåp på enheten. Verksamhetsansvarig/föreståndare, husansvarig, sjuksköterska samt personal med delegering har tillgång till skåpet. Utgångna läkemedel kasseras och lämnas till ssk eller direkt till apoteket i därtill avsedd box. Narkotikaklassat läkemedel räknas och summeras på narkotikajournalen och lämnas sedan till ansvarig ssk enl. rutinen längre upp i detta dokument.

## Riskbedömning och läkemedelsgenomgångar, patient

### Risker

Läkemedelsbehandling medför alltid risk för misstag av vårdpersonal som kan ge oönskade effekter eller skador hos patienten. Överkänslighet och biverkningar hanteras enligt nedan. Fel kan uppkomma i hela processen för läkemedelshantering, det vill säga från ordination, iordningställande till administration. Den vanligaste orsaken till misstag har visats vara bristande kommunikation. Det är viktigt att vara ostörd i arbetet med läkemedel och att läsa noga på läkemedelsförpackningen så att risken för förväxling minskar.

För vissa läkemedel och patienter innebär ett misstag allvarligare konsekvenser än för andra. Exempel på sådana riskläkemedel är antikoagulantia, sederande läkemedel, narkotiska läkemedel, insulin, koncentrerade elektrolytlösningar och cytostatika. I USA har listor med "high-alert drugs" tagits fram av Institute for Safe Medication Practice (ISMP 2012). Exempel på utsatta patientgrupper är barn och äldre. Särskild omsorg bör ägnas för att förhindra att misstag sker, exempelvis genom upphandlingar som också väger in förpacknings- och namnlikheter.

### Läkemedelsgenomgångar

En läkare ska ansvara för läkemedelsgenomgångar. Läkaren ska vid behov samarbeta med andra läkare, apotekare, sjuksköterskor och annan hälso- och sjukvårdspersonal, om det inte finns hinder enligt offentlighets- och sekretesslagen eller patientdatalagen. Vård och behandling ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och så långt möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten. Om patienten begär det eller om patienten inte själv kan lämna uppgifterna, bör de om möjligt hämtas in från närstående. Om informationen, enligt nedan, inte kan lämnas till patienten ska den istället lämnas till en närstående.

### Enkel läkemedelsgenomgång

Vid en enkel läkemedelsgenomgång ska, utifrån tillgänglig dokumentation (till exempel journalhandling, läkemedelsförteckning) och patients egna uppgifter, så långt möjligt kartläggas vilka läkemedel patienten är ordinerad och varför, vilka av dessa som patienten använder och vilka övriga läkemedel som patienten använder. Läkaren ska kontrollera om läkemedelslistan är korrekt och bedöma om läkemedelsbehandlingen är ändamålsenlig och säker.

Vårdgivaren ska enligt 18 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) erbjuda de patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel en enkel läkemedelsgenomgång vid besök hos läkare i öppenvård, inskrivning i slutenvård, påbörjad hemsjukvård eller inflyttning i kommunalt vårdboende.

Patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel ska erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång minst en gång per år under pågående hemsjukvård eller vid kommunalt vårdboende. Vårdgivaren ska även erbjuda patienter som har läkemedelsrelaterade problem (LRP) eller där det finns misstanke om sådana en enkel läkemedelsgenomgång. Läkemedelsrelaterade problem kan

vara olämpliga läkemedelsval, felaktig dosering, biverkningar, interaktioner, hanteringsproblem eller andra problem relaterade till en patients läkemedelsanvändning.

Problem ska åtgärdas och patienten ska få information om de vidtagna åtgärderna och en uppdaterad läkemedelslista. Dokumentation ska ske i patientens journal.

### **Fördjupad läkemedelsgenomgång**

Vid en fördjupad läkemedelsgenomgång ska för varje ordinerat läkemedel kontrolleras att indikation finns, behandlingseffekten värderas, bedömas hur doseringen förhåller sig till patientens fysiologiska funktioner, en risk/nytta värdering görs av biverkningar, interaktioner och patientens övriga läkemedel och behandlingar. Den patient som efter en enkel läkemedelsgenomgång har kvarstående LRP eller där det finns misstanke om sådana ska av vårdgivaren erbjudas en fördjupad läkemedelsgenomgång. Problem ska åtgärdas och patienten ska få information om de vidtagna åtgärderna och en uppdaterad läkemedelslista. Planering för uppföljning ska ske och ställning tas till vilken vårdgivare som är ansvarig. Dokumentation ska ske i patientens journal.

### **Läkemedelsberättelse**

Vid utskrivning av patient som under vårdtillfället har fått en läkemedelsgenomgång ska läkare upprätta en läkemedelsberättelse i patientjournalen. Läkemedelsberättelsen ska innehålla uppgifter om vilka ordinationer som ändrats, vilka andra åtgärder rörande läkemedelsbehandlingen som vidtagits och orsakerna till detta. Patientjournalen ska också uppdateras vad gäller målen för läkemedelsbehandlingen, när uppföljning av behandlingen ska göras och vilken vårdgivare eller vårdenhet som ansvarar för uppföljningen.

Vid utskrivning ska patienten få en skriftlig information om sin läkemedelsbehandling via en läkemedelsberättelse, information som uppdaterats och läkemedelslistan. Om patienten efter utskrivningen ska få vård hos annan vårdgivare eller vårdenhet ska läkemedelsberättelsen och uppdaterad information om läkemedelsbehandlingen föras över till denna senast samma dag som patienten skrivs ut.

### **Byte av vårdform**

Byte av vårdform innebär risker för förlorad information om patientens läkemedel. När patienter från primärvården ska på planerat eller akut besök i slutenvården ska aktuell ordinationshandling tas/skickas med. Vid utskrivning från slutenvården ska läkemedelsordinationerna vara genomgångna och ingå i den justerade vårdplanen. Ordinationshandling och läkemedelsberättelse eller motsvarande ska följa patienten vid hemgång, skickas till ansvarig läkare i primärvården och till sjuksköterskan i kommunen. Förskrivare kan via Läkemedelsförteckningen få tillgång till uppgifter om en patients alla läkemedelsuttag på recept under de senaste 15 månaderna. För att få tillgång krävs e-legitimation samt patientens samtycke. Om patienten är oförmögen att lämna samtycke och behovet av vård är absolut nödvändigt kan man använda

nödåtkomst. Vid utskrivning från sjukhus till hemmet eller annan vårdenhet ska patienten medföra läkemedel i tillräcklig mängd för att undvika avbrott i medicineringen. Detta antecknas i journalen.

## IT-system

Allt mer information om patienternas läkemedel sköts med hjälp av olika elektroniska system. Dessa innebär många fördelar till exempel vad gäller tillgänglighet av data men innebär också nya typer av risker som dubbelförskrivning av läkemedel om olika system används. Det finns också risker när flera olika system finns men som inte kommunicerar med varandra eller om det blir ett datorhaveri och viktig patientinformation försvinner. Här har vårdgivaren ett övergripande ansvar för ledningssystemet för kvalitet.

## Överkänslighet och biverkningar

Varningsmärkning ska av behandlande läkare göras i de fall patienten har en säkerställd överkänslighet mot läkemedel eller annat ämne som kan ge allvarliga eller livshotande reaktioner. Tydlig märkning ska göras i journalen och övriga relevanta ställen (till exempel remisser till annan instans). Patienten ska få muntlig och skriftlig information om sin överkänslighet. Misstänkta biverkningar ska rapporteras till Regionalt biverkningscentrum alternativt direkt till Läkemedelsverket, se Läkemedelsverkets webbsida.

## Inom området läkemedelshantering kan lokala anvisningar finnas eller behöva upprättas för:

- rutiner och ansvar för narkotiska läkemedel
- riskbedömning enligt AFS 2005:5
- ordinationer enligt generella direktiv
- ansvarsfördelning och tillvägagångssätt för iordningsställande och administrering av läkemedel
- rutin för märkning av iordningsställt läkemedel
- namn på behörig hälso- och sjukvårdspersonal som får göra läkemedelsbeställning
- rutiner för självmedicinering (om detta förekommer)
- rutiner för självmedicinering
- rutiner vid förvaring utanför läkemedelsförråd
- kontroll och dokumentation av temperatur i läkemedelsrum
- rutin för utlämnande av nycklar eller nyckelkort till läkemedelsförråd

## Hantering av medicintekniska produkter

Inom Hagastiftelsen brukas ett par medicintekniska produkter.

För diagnostik har vi blodtrycksmätare, blodsockermätare och otoskop. Dessa ansvarar MAS (i skrivande stund, september 2023 Ceci Wickbom) för.

Verksamheten har också hjärtstartare som ansvaras för av Johan Westerdahl.

Sjuksköterska ansvarar för nålar, och att de är sticksäkra efter användning så att de kan lämnas till närmsta apotek.

Hjälpmedel som ansvaras för av vår (re)habilitering Järna Rehab är följande: anpassa toa-stol, duschstol, rollator och rullstol. Instruktionsböcker för dessa hjälpmedel finns på enheten eller på det centrala kontoret. I händelse av driftstopp på exempelvis toastol hänvisas till Järna Rehab.

## 2. Rutin för HSL-dokumentation

### Syfte

Denna rutin syftar till att befästa patientsäkerheten för brukarna i vår verksamhet genom att ange våra rutiner för dokumentation inom HSL och hur vi jobbar för att ge en god och säker vård.

Dokumentationen ger brukaren möjlighet att få insyn i och vara delaktig i utformningen av hjälpinsatserna/vården.

### Definition av journalhandling

Med patientjournal avses de anteckningar som görs och de handlingar som upprättats eller inkommer i samband med vården och som innehåller uppgifter om brukarens hälsotillstånd, andra personliga förhållanden och vårdåtgärder. Patientjournalen ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av brukaren. Uppgifterna ska föras in i journalen så snart som möjligt från det att de inhämtats.

### Dokumentationsskyldighet & ansvar

Enligt Patientdatalagen har all legitimerad personal och de som biträder legitimerad personal som genom delegering, ordination eller instruktion, genomför en sjukvårdsuppgift skyldighet att dokumentera denna. Inom Hagastiftelsens verksamhet följer vi alltid upp delegerade uppgifter för att se till att de blir korrekt utförda.

I enlighet med patientdatalagen ser vi på Hagastiftelsen till att:

- uppgifter om den enskilde i dokumentationen är åtkomlig och användbar för den som är behörig (**tillgänglighet**),
- uppgifterna om den enskilde är korrekta och tydligt formulerade (**riktighet**),
- obehöriga inte ska kunna ta del av uppgifterna (**sekretess**),
- det är möjligt att i efterhand kunna härleda åtgärder till en identifierad utförare av hälso- och sjukvård.

### Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

MAS ansvarar för att fastställa ändamålsenliga regler för HSL-dokumentation och att dokumentation förs i journalen i den omfattning som föreskrivs i Patientdatalagen samt ansvarar för att genomföra journalgranskningar var 6e månad (enligt vår checklista för checklista för journalgranskningar).

MAS har också tillgång till Pascal för att ha tillgång till den senaste versionen av ordinationshandlingen, då läkaren använder Pascal vid ordinationer i apodos samt vid förskrivning och beställning av läkemedel.

### **Verksamhetschef enligt HSL/Avdelningschef**

Ansvarar för att föreskrifter från socialstyrelsen och lagar samt regler fastställda av medicinskt ansvarig sjuksköterska samt lokala rutiner är väl kända, tillämpas och följs upp.

### **Husansvarig**

Ansvarar för att lagar, föreskrifter från socialstyrelsen och regler som är fastställda av MAS, samt lokala rutiner är väl kända, används och följs upp i det dagliga arbetet inom enheten. Husansvarig ansvarar också för att medarbetare har rätt kompetens och har tillräcklig utbildning för att kunna dokumentera korrekt samt att det finns avsatt tid för dokumentation. Husansvarig ser också till att journalgranskningar genomförs regelbundet samt vid behov granska loggkontroller.

### **Sjuksköterska**

Ansvarar för att dokumentera enligt gällande lagar och föreskrifter från socialstyrelsen och regler som är fastställda av MAS samt lokala rutiner. Sjuksköterska ska också ta del av dokumentation och läkemedelslistor från läkarens journal och informera omsorgspersonal genom att skriftligen skicka omvårdnadsåtgärder via digitala vårdplaner och/eller genom muntlig rapport.

### **Omvårdnadspersonalen**

Ansvarar för att ta del av den legitimerade personalens dokumentation och när det finns en vårdrelation svara på omvårdnadsåtgärder signera delegerade arbetsuppgifter på signeringslista.

### **Signeringslistor**

Ska delegerade HSL-insatser utföras fortlöpande av annan personal än legitimerad yrkesutövare ska signeringslistor användas. Legitimerad yrkesutövare samlar in listorna månadsvis och noterar att insatserna är utförda, samt effekten av dessa. Om inte insatserna blivit utförda ska vårdavvikelse skrivas och resultat tas vidare i lokalt kvalitetsarbete.

Administrerade doser dokumenteras via signeringslista.

### **Delegering**

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SFS 2010:659, SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård får den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal överlåta en arbetsuppgift till en annan person endast då detta är förenligt med en god och säker vård. Uppgiftsmottagaren skall vara reellt kompetent för den aktuella uppgiften. Inom vår verksamhet är det bara läkemedel som får delegeras.

## Definition

Med delegering avses att någon som tillhör hälso-och sjukvårdspersonal och som är formellt kompetent för en medicinsk arbetsuppgift överlåter denna till en annan person som saknar formell kompetens för uppgiften.

Formell kompetens

Med formell kompetens avses att man har legitimation för yrket.

Reell kompetens

Reell kompetens innebär att en person genom erfarenhet i sin praktiska yrkesverksamhet eller genom fortbildning visat sig ha blivit reellt kompetent för den uppgift som avses att delegeras.

## Ansvarsfördelning

- **Medicinskt ansvarig sjuksköterska MAS** - Ytterst ansvarig för att delegeringar sker på ett korrekt sätt.
- **Sjuksköterska** - Den som delegerar en uppgift ansvarar för sin bedömning att uppgiftsmottagaren har tillräcklig kunskap och erfarenhet för uppgiften och att denne därigenom kan fullgöra uppgiften på ett korrekt och säkert sätt. Den som delegerat en uppgift ansvarar också för den uppföljning som kan behövas för att förvissa sig om att mottagaren fullgör uppgiften på ett korrekt sätt. Sjuksköterska i Hagastiftelsen delegerar medarbetare kontinuerligt och förvarar beslut i separat delegeringspärm på sjuksköterskans kontor i minst 3 år. Samtliga medarbetare ska ha gjort sin inskolning innan delegeringsutbildning genomförs.
- **Delegeringsmottagaren** - Bär det fulla ansvaret för sitt sätt att fullgöra den mottagna uppgiften och är skyldig att utföra den efter bästa förmåga. Delegeringsmottagaren ansvarar också för att han eller hon meddelat den som delegerar beträffande sin förmåga att kunna fullgöra den aktuella arbetsuppgiften och att de uppgifter som han eller hon lämnat är korrekta.

## Delegeringsförfarandet

Den som avser att delegera en arbetsuppgift ska för uppgiftsmottagaren ange den arbetsuppgift som delegeringen avser samt klargöra för uppgiftsmottagaren vilka teoretiska och praktiska kunskaper som krävs för att kunna fullgöra arbetsuppgiften på ett fullgott sätt.

En delegering skall alltid vara skriftlig. Den kan gälla för ett enstaka tillfälle, eller för längre tid, dock aldrig längre än ett år.

Delegeringsförfarandet inbegriper:



- Att läsa rutin för delegering gå e-utbildningen “säker hantering av medicin”
- Muntlig undervisning av sjuksköterska (inbegriper de, för delegeringen relevanta delarna av följande):
  1. Berätta om- och visa olika tablettformer, Brustabletter, kapslar, suppositorier, klysmas, vagitorier och munsönderfallande tabletter
  2. Visa och berätta hur inhalatorer fungerar
  3. Undervisa om ögondroppar/salvor, administrering och hållbarhet
  4. Genomgång av hur Apodos respektive dosett fungerar/hanteras
  5. Genomgång av skyldighet att rapportera förändringar i elevens tillstånd och hur avvikelserapportering går till
  6. Gå igenom lagar och författningar. Viktigt att poängtera att den som får delegering lyder under hälso- och sjukvårdslagen och kan ställas till svars inför den
  7. Genomgång av signeringslista, lista för läkemedel vid behov och hur dessa fylls i
  8. Genomgång av narkotikajournal samt vid behovsmediciner.
- Skriva beslut
  1. Sjuksköterskan skriver ett skriftligt delegeringsbeslut som förvaras i separat delegeringspärm. Detta läses igenom av mottagaren samt signeras och dateras av båda parter
  2. Vid återkallelse av delegeringsbeslut ska detta delges föreståndare
  3. När delegeringen skall förlängas skall ett nytt kunskapstest genomföras

Det är viktigt att den som blivit delegerad att iordningställa och administrera ett läkemedel kan göra en rimlighetsbedömning av såväl den ordinerade som den iordningställda dosen. Med andra ord måste utbildningen som den som delegerats att administrera en medicin vara såpass gedigen att den ger en person ifråga en tillräcklig förståelse av medicinens effekt. Detta är en säkerhetsfunktion för att mediciner, på grund av slarv eller missförstånd, inte ska administreras fel.

### **Delegering av iordningställande av dosett**

Den som delegerats iordningställande av dosett får tillgång till den aktuella ordinationen via Rätt Spår. I vår verksamhet delegeras detta i skrivande stund (september 2023) endast till föreståndare.

Delegeringen, och därigenom dokumentationen av varje enskilt fall av iordningställande, dokumenteras i delegeringsblankett.

### **Delegering av insulin/subcutana injektioner**

Insulininjektion till får endast delegeras om blodsockervärdet är stabilt. I delegering av insulin ingår följande steg:

- Att läsa rutin för delegering och läsa instuderingshäfte
  1. Instuderingshäftet delas ut i god tid av föreståndare eller husansvarig

- Muntlig undervisning av sjuksköterska
  1. Diabetessjukdomen
  2. Insulinets effekt i kroppen och påverkan på blodsockret
  3. Förhållandet mellan kost, motion och insulin
  4. Hur infektioner påverkar blodsockervärdet
  5. Symptom på diabeteskoma/insulinkoma
  6. Olika typer av insulin, förvaring och hållbarhet
  7. Olika typer av material, kanyler och pennor
  8. Injektionsteknik och olika injektionsställen
  9. Träna stickteknik minst 3 tillfällen med sjuksköterska
  
- Skriva beslut
  1. Sjuksköterskan skriver ett skriftligt delegeringsbeslut som förvaras i separat delegeringspärm. Detta läses igenom av mottagaren samt signeras och dateras av båda parter
  2. Vid återkallelse av delegeringsbeslut ska detta delges föreståndare
  3. När delegeringen skall förlängas skall ett nytt kunskapstest genomföras

Insulinsprutan märks med namn och personnummer samt när den är påbörjad (datum).

### Uppföljning och upphävning av delegering

Delegeringar som ej sköts på ett fullgott sätt dras in. Anledning till att delegering upphör kan vara misstag i medicinering (med uppföljande enskilt samtal som resultat) eller av sjuksköterska bedömd oförmåga att hantera delegerad medicinering. All vår personal måste inneha reell kompetens att motta en medicinsk delegering och se till att denna sköts inom ramen för god och säker vård. Uppföljning av delegering sker löpande genom att sjuksköterska muntligen frågar delegerad personal om medicineringen fungerar som den ska och känns tydlig.

### Sekretess & tystnadsplikt

Sträng sekretess gäller för uppgifter om en enskilds förhållande (till exempel sjukdom och behandling). Det innebär att uppgifter inte får röjas, om det inte står klart att de kan röjas, utan att den enskilde eller någon närstående lider men. Alla medarbetare och även studerande som genomför verksamhetsförlagt utbildning har sekretess/tystnadsplikt enligt denna stränga sekretess.

### Samtycke

För att få lämna ut uppgifter och upplysningar om brukaren ska samtycke inhämtas från brukaren eller om detta inte är möjligt, från brukarens god man. Samtycke ska efterfrågas till kontakt/informationsutbyte med annan vårdgivare, anhöriga, SoL-utförare (till exempel

omvårdnadspersonal). Svaren ska dokumenteras i journalen och kan när som helst återkallas av brukaren/god man. Då våra brukare i allmänhet har svårt att förstå innebörden i att deras uppgifter delas med andra parter prövar vi själva vid varje tillfälle om uppgifter kan röjas utan att det riskerar att komma brukaren till skada. Undantag är om brukaren sedan tidigare fått antecknat i journalen att samtycke inte lämnas för utlämning av uppgifter till anhörig. Ett samtycke kan ges skriftligt, muntligt eller exempelvis genom jakande nick. Då våra boende har begränsad möjlighet att kommunicera baserar vi vår tolkning av deras svar på vår erfarenhet av hur de kommunicerar jakande/nekande i andra situationer.

## Formalia

Generellt sett ska journalhandlingarna vara lätta att förstå och orientera sig i, både för den enskilde (om denne är läskunnig) och i annat fall för personal som använder journalen eller läser den för brukaren.

## Integritet

Den enskildes integritet ska respekteras i dokumentationen. Den ska därför vara:

1. Objektiv - den ska använda ett neutralt och icke-värderande språk.
2. Korrekt - uppgifterna ska bygga på ett korrekt underlag och det ska framgå vem som har lämnat uppgifterna.
3. Tillräcklig - så att den säkerställer den enskildes patientsäkerhet och ger relevant information för att genomföra och följa upp hälso- och sjukvårdsinsatser.
4. Väsentlig - endast innehålla uppgifter av betydelse för arbetet kring den enskilde och som visar hur situationen för den enskilde utvecklar sig.
5. Tydlig - alla anteckningar ska vara sakliga, väl strukturerade, tydligt formulerande, föras löpande, vara daterade och signerade.

## Journalens innehåll

Journalen ska alltid innehålla:

- en entydig identifikation av den berörda brukaren,
- lämnade samtycken och hur de inhämtats,
- kontaktuppgifter till närstående och om de får kontaktas nattetid,
- vem som är ansvarig läkare i öppen vård (skrivs in under kontaktinformation),
- eventuell förvaltare eller god man ( skrivs in under kontaktinformation),
- överkänslighet för läkemedel och vissa ämnen,
- aktuellt hälsotillstånd (status),
- riskbedömning av risk för, trycksår, fall, felnäring och munhälsa,
- bedömningar: (medicinska, omvårdnad, rehabilitering, ADL och förflyttning),
- vårdplaner,
- vidtagna åtgärder och planerade uppföljningar.

## Förbrukningsjournal

Förbrukningsjournal rörande enskild brukares läkemedel. Även denna arkiveras i patientens journal.

## Journalgranskning

Journalgranskning sker en gång per halvår när MAS går igenom varje brukares journal och ser till att journalen innehåller det den ska (se dokumentet "mall för journalgranskning" som fungerar som är vårt arbetsverktyg för granskningen).

## Riskbedömningar och planering av vård

Vid inflyttning ska riskbedömningar för exempelvis trycksår, fall, undernäring/felnäring och munhälsa genomföras så snart som möjligt i Rätt Spår. Vid upptäckta risker görs en plan för hur vården av brukaren ska se ut framöver, där problem, behandlingsmål, åtgärder och plan för uppföljning finns med. Denna dokumenteras i genomförandeplanen i Rätt Spår. Vi har valt att infoga denna plan i respektive brukares genomförandeplan under egna rubriker ("mål och insatser fysisk hälsa" samt "mål och insatser psykisk hälsa"). Genomförandeplanen följs upp senast var 6e månad.

## Utlämnande av journal

### Utlämnande till brukaren

Brukaren kan begära ut handlingar genom personligt besök, via brev, e-post, telefon eller ombud. Ansvarig för att lämna ut kopia på journalen är i första hand ansvarig legitimerad personal som har patientkontakt. Uppgifter kan lämnas ut som kopia, avskrift eller genom att brukaren får läsa patientjournalen på plats. Brukaren ska erbjudas hjälp vid läsningen. Utlämnandet av journalkopior på brukarens begäran ska ske skyndsamt. Skickas kopior per post ska brevet rekommenderas.

### Utlämnande till annan än brukaren

Annan person än brukaren själv har rätt att begära ut en journalhandling då dessa är allmänna handlingar som omfattas av sekretess. Om en sådan begäran inkommer ska den legitimerade personal som är ansvarig för patientjournalen göra en sekretessprövning enligt OSL kap.25 1§. Även om brukaren har lämnat sitt samtycke ska en sekretessprövning göras. Om inga sekretesskäl talar emot ett utlämnande kan till exempel närstående få ut journalhandlingar. Uppgifterna ska lämnas ut enligt samma rutin som till brukaren.

### Utlämnande till annan vårdgivare

I dessa fall måste brukaren lämna sitt samtycke. Det ska framgå av journalanteckning vem som får kopian, när den lämnats ut och från vilken del av journalen utskriften är gjord. Innan kopior lämnas ut ska de avidentifieras.

## **Driftstopp**

I händelse av driftstopp i systemet Rätt Spår sker all dokumentation i pappersform. När systemet åter är online sammanfattas de fysiska anteckningarna och förs in i datajournalen.

## **Hantering, förvaring & rensning**

Alla hälso- och sjukvårdsjournaler ska sparas för alltid.

Signeringslistor, eventuella papperskopior på patientjournaler, och övriga hälso- och sjukvårdshandlingar som finns på varje boende ska förvaras per brukare i mapp eller pärm på enheten i låsbart plåtskåp.

När insatserna upphört; brukaren lämnar Hagastiftelsens verksamhet eller avlider ska pappersdokumenten rensas. Handlingar som är av tillfällig betydelse ser verksamheten till att tas bort och destruera. Detta gäller exempelvis kopior, kladdar, postitlappar etc. Kontrollera att alla dokument som skickas in är märkta med brukarens namn och personnummer.

## 3. Rutin för avvikelshantering & anmälan enligt lex Maria

Rapportering, hantering och uppföljning inom hälso- och sjukvården

### Syfte

Detta dokument syftar till att klargöra hur avvikelser inom hälso- och sjukvård hanteras inom hagsstiftelsens verksamhet.

### Definition - avvikelse

En avvikande händelse är allt som inte stämmer med normal rutin och förväntade vårdförlopp. Exempel på detta kan vara vård-, arbetsmiljö- eller driftrelaterat. En avvikelse kan exempelvis röra brukares vård och behandling, administrativa rutiner eller påverkan på yttre miljö och egendom. I varje verksamhet ska det finnas en lokal anvisning om vilka typer av händelser som ska rapporteras som avvikelser. Avvikelse innebär alltså att en händelse inträffat som medfört avsteg från planerad vård eller att brukaren har fått en skada (negativ händelse) eller riskerat att få en skada (risk för händelse). Om risken eller skadan bedöms som allvarlig ska händelsen istället hanteras enligt vår rutin för lex Maria-anmälningar (se längre ned i dokumentet) istället som en avvikelse.

### Exempel på avvikelse

- När vård och insatser inte utförts enligt genomförandeplan eller ordination
- När datorerna inte fungerat vilket medfört att dokumentation inte kunnat göras eller läsas
- När vårdkedjan inte fungerat vilket medfört att information inte nått fram mellan olika instanser och verksamheter
- När kommunikation med/eller information till brukaren eller närstående inte fungerat

Risk för avvikelse är när någon upptäckt att det finns en risk för att en avvikelse ska inträffa.

### Rapport och dokumentation

När en avvikelse som berör Hälso- och sjukvård identifieras ska medarbetaren så snart som möjligt dokumentera i brukarens journal samt skriva avvikelserapport i dokumentationssystemet Rätt Spår. samt informera sjuksköterska. Sjuksköterskan hanterar avvikelserapporten och vidtar de åtgärder som krävs. Sjuksköterskan sammanställer de avvikelser som inkommit 1 gång/månad och hanterar akuta rapporter omedelbart.

## **Skriva/rapportera avvikelse och risk som gäller brister hos annan vårdgivare**

Avvikelse som gäller brister hos privata vårdgivare eller externa vårdgivare, t.ex. sjukhus, vårdcentral och färdtjänst, skrivs på pappersblankett "Avvikelse rapport externa vårdgivare".

## **Risk- och händelseanalys**

Verksamhetschef, MAS eller sjuksköterska kan i vissa fall bedöma att risk- och händelseanalys behöver göras. Syftet är att kvalitetssäkra och kartlägga de fel och brister som uppstått och därmed få idéer till ökad patientsäkerhet.

## **Rutiner för anmälan enligt lex Maria**

Inom vår verksamhet har vi skyldighet att anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO inom ramen för lex Maria. I de fall där detta är relevant ska även en anmälan till Läkemedelsverket göras. Samma anmälningsskyldighet gäller om någon har drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av annan allvarlig skada än vårdskada till följd av säkerhetsbrister i verksamheten. Om det finns skälig anledning att befara att en person, som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och som är verksam eller har varit verksam hos vårdgivaren, kan utgöra en fara för patientsäkerheten ska även anmälan göras på basis av detta.

Anmälan ska göras snarast efter det att händelsen har inträffat. Samtidigt med anmälan eller snarast därefter ska anmälan kompletteras med utredning av händelsen.

## **Ansvarsfördelning**

MAS är utsedd att fullgöra anmälningsskyldigheten och bestämmer om händelsen kan hanteras enbart enligt den lokala hanteringen för avvikelser eller om den ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg enligt lex Maria. Bestämmelser om hur en anmälan ska göras finns i IVO:s föreskrifter (HSLF-FS 2017:41). MAS fattar då beslut om en händelseanalys och delger uppdrag till berörd husansvarig där det tydliggörs vem som är ansvarig för händelseanalysen och hur utredningsarbetet ska fortgå.

## **Tillvägagångssätt för anmälan**

Vid en lex Maria anmälan måste följande göras:

- involverad personal/patient/närstående informeras om att anmälan ska göras,
- patienten ska ges möjlighet att i anslutning till anmälan beskriva sin upplevelse av händelsen om detta är möjligt,
- kopia av anmälan lämnas till verksamhetschef,
- journalanteckning görs av legitimerad personal att anmälan gjorts och om patienten är underrättad eller orsak till att underrättelse inte varit möjlig,

- patienten ska underrättas om att en händelse som medfört en vårdskada för henne/honom har lett till en lex Maria-anmälan. Hen ska ges möjlighet att i anslutning till anmälan beskriva sin upplevelse av händelsen. Om informationen inte kan lämnas till patienten, ska den i stället lämnas till en närstående. I dessa fall ska den närstående ges möjlighet att beskriva sin upplevelse av händelsen.

Anmälan diarieförs och ska innehålla:

- beskrivning av händelsen som har medfört en allvarlig vårdskada eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada,
- vårdgivarens diarienummer,
- datum för anmälan,
- vårdgivarens namn och utdelningsadress,
- vårdgivarens organisationsnummer,
- uppgifter om den verksamhet som anmälan gäller,
- uppgifter om vilken vårdenhet anmälan gäller,
- datum då händelsen inträffade eller tidsperiod för inträffat händelseförlopp,
- patientens eller patienternas personnummer,
- en kortfattad beskrivning av händelsen eller händelseförloppet,
- en kortfattad beskrivning av konsekvenserna eller möjliga konsekvenser för patienten eller patienterna,
- en utredning i enlighet med HSLF-FS 2017:40,
- anmälares namn (MAS) och kontaktuppgifter såsom telefonnummer, utdelningsadress samt e-postadress.



## 4. Basala hygienrutiner

### Bakgrund & syfte

Från och med den 1 april 2017 gäller nya regler för hur vi ska säkerställa en god basal hygien i vår verksamhet (SOSFS 2015:10). Reglerna gäller dels arbetskläder, skyddskläder och handhygien. Denna rutin syftar till att tydliggöra hur vi följer dessa. Denna rutin behöver anpassas till den enhet den ligger på då aningen från enhet till enhet då till exempel handsprit inte kan vara öppet tillgänglig hos vissa brukare utan behöver förvaras gömt eller i särskilda utrymmen.

### Arbetskläder

I vår verksamhet värnar vi om brukarens hemliga miljö. Angående arbetskläder innebär detta att vi som grund har på oss personliga, vanliga, vardagliga kläder för att inte skapa något som påminner om en institutionskänsla. Dessa ska naturligtvis vara rena när man kommer till arbetet. Undantag från dessa arbetskläder görs i vissa situationer, som förklaras nedan.

### Vård- och omsorgsmoment

Ett vård- och omsorgsmoment är en situation där en medarbetare hjälper en brukare i en badrumssituation med skötsel av sin hygien (tex. blöjbyte, hjälp att torka sig).

Situationer som att ta en gemensam promenad, åka i samma bil eller att titta på en film är alltså inte vård- och omsorgsmoment.

#### Rutiner:

När man utför vård- och omsorgsmoment gäller följande regler:

1. När det uppkommer risk för smitta pga. sjukdom ska särskilda arbetskläder som verksamheten tillhandahåller bäras. Kläderna får endast bäras i arbetet, och måste vara rena. Blir de smutsiga måste man alltså byta dem. Efter användning ska de tvättas i 60 grader.
2. Om ett vård- och omsorgsmoment innebär risk för kontakt med kroppsvätskor eller annat biologiskt material (exempelvis vid hjälp att torka sig, blöjbyte, tandborstning mm.) får plastförkläde, skyddsrock eller motsvarande skyddskläder användas, men bara om medarbetare anser att detta är nödvändigt då det kan bidra till att skapa en mindre hemlik känsla för brukaren. Om skyddskläder används vid vård av eller omsorg om flera personer efter varandra, ska de bytas mellan varje person.
3. Underarmar och händer ska hållas fria från armbandsur, smycken och ringar. I det fall där det är nödvändigt att använda sig av bandage, förband, stödskenor eller motsvarande rådgörs med enhetsansvarig och kollegor om hur man kan förhålla sig. Naglarna ska vara korta och fria från konstgjorda material (Exempelvis lösnaglar eller nagellack).

4. Händerna ska desinfekteras med ett alkoholbaserat handdesinfektionsmedel, eller något annat medel med motsvarande effekt, omedelbart före och efter ett vård- eller omsorgsmoment. Händerna ska vara torra innan de desinfekteras. Händerna ska tvättas med vatten och flytande tvål före desinfektion, om de är eller kan antas vara smutsiga. Efter vård av eller omsorg om en brukare som kräks eller har diarré ska händerna alltid tvättas med vatten och flytande tvål före desinfektion.
5. Skyddshandskar får användas, om händerna riskerar att komma i kontakt med kroppsvätskor under ett vård- eller omsorgsmoment. Händerna ska vara torra när handskarna sätts på. Skyddshandskar som används i vård och omsorg ska vara för engångsbruk och avsedda för ändamålet. De ska bytas mellan varje vård- eller omsorgsmoment.
6. Användandet av skyddshandskar innebär en ökad risk för kontakteksem hos bäraren och man ska därför inte använda handskar för ofta och för länge. Att använda handskar kan även riskera att bäraren upplever en falsk säkerhet. Handskar bär lika mycket smitta efter användning som händer utan handskar. Viktigt är att ta handskarna direkt ur sin förpackning och att sedan efter användning ta av handskarna och desinfektera händerna.
7. Vid matlagning och andra rena hushållssysslor räcker det att använda tvål och vatten. Tänk på att tvätta fingertoppar och tummen som ofta glöms bort, enligt studier.

Hagastiftelsen står för införskaffandet av skyddsförkläden, särskilda arbetskläder vid risk för smitta, plasthandskar, och desinfektionsmedel/tvål.

## **Egenkontroll**

För att se till att våra rutiner följs sker egenkontroll, bland annat genom uppföljning på arbetsplatsmöten där frågan diskuteras och eventuella, hur hygienperspektiv, problematiska moment avhandlas.

Brister i hygienrutinerna avseende exempelvis brist på tvål, handsprit/desinfektion, skyddsmask, skyddshandskar och plastförkläde rapporteras löpande av boendestödare för att tillgodose behovet.

## 5. Rutin vid inkontinens

### Utredning och förskrivning

Utredningar av inkontinens ska involvera brukaren, såväl som närstående. I vår verksamhet är det MAS som deltar vid individuell utprovning av hjälpmedel samt förskriver dessa. Målet är att brukaren får rätt hjälpmedel i rätt mängd och ett rimligt pris. Förskrivning föregås alltid av noggrann utprovning och bedömning, för att tillse att rätt hjälpmedel skrivs ut;

Den individuella bedömning av förmåga att kontrollera och tömma tarm och urinblåsa görs genom att medarbetare noterar att det sker läckage av urin eller avföring dag- eller nattetid. Då inleds en diskussion kring huruvida inkontinensskydd kan vara aktuellt eller om det finns andra aspekter att undersöka (se förebyggande åtgärder nedan) innan detta kommer på tal. Införandet av inkontinenshjälpmedel dokumenteras i vederbörandes journal i Rätt Spår enl. våra rutiner för dokumentation (se bilaga).

Om det skulle visa sig att brukarens inkontinensproblem upphör (exempelvis om nattblöja varje morgon är torr) ska hjälpmedlet så snart som möjligt tas bort. Uppföljning av behovet av hjälpmedel sker i samband med uppföljning av brukarens hälsotillstånd under behandlingskonferenser (se rubriken "Vård- och hälsokontroller" i dokumentet "Hälso- och sjukvård inom Hagastiftelsen"). Målet ska alltid vara att brukaren slipper inkontinenshjälpmedel.

### Förebyggande åtgärder

I de fall där inkontinens är ett faktum ska överväganden kring hur det går att jobba förebyggande med brukarens livsstil och allmänna hälsa för att påverka inkontinensen och därigenom minska behovet av inkontinenshjälpmedel. Det kan handla om vanor att inta stora mängder dryck, och huruvida andra faktorer som exempelvis ev. övervikt (med ökat buktryck som resultat) kan bidra till risk för läckage. Att öka tillgängligheten till toalett och att erbjuda regelbundna toalettbesök/toaletträning i de fall detta är relevant ska också vara en del av det förebyggande arbetet.

### Praktisk rutin vid inkontinens

Omsorgsmoment såsom att hjälpa patienten att byta inkontinensskydd och sköta sin hygien i samband med detta går i vår verksamhet under LSS-insatser och dokumenteras därmed i den enskildes genomförandeplan och journal enligt LSS.

### Förskrivning & förnyelse

När baspersonalen noterar att inkontinenshjälpmedel för en individ börjar ta slut ska de signalera detta till SSK som kontaktar vårdgivare för ny beställning. Detta ska göras när det är minst en vecka förbrukning kvar av hjälpmedel så att man hinner få ut det i tid.



## 6. Rutin för egenvård

### **Bakgrund**

Egenvård är när en brukare själv får utföra hälso- och sjukvårdsåtgärder efter bedömning från legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Åtgärderna utförs antingen av brukaren själv eller med hjälp/stöttning av någon annan, till exempel en närstående, eller omsorgspersonal. Egenvård kan exempelvis handla om medicinering, omläggning av sår, specifika muskeltöjningar eller annan hälso- och sjukvårdsinsats som brukaren har behov av utifrån sin sjukdomsbild.

### **Syfte**

Egenvård ska främja den enskildes integritet och bidra till ökad självständighet för både brukare och närstående och samtidigt leva upp till kraven på god vård och en hög patientsäkerhet.

### **Bedömning & ansvarsfördelning**

Vi ansvarar som verksamhet för att bedöma om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. Bedömningen ska göras i samråd med brukaren och utifrån respekt för dennes självbestämmande och integritet samt behov av trygghet och säkerhet. Som en del i bedömningen ska det ingå en analys av om utförandet av egenvården kan innebära att brukaren utsätts för risk att skadas. En hälso- och sjukvårdsåtgärd får inte bedömas som egenvård om analysen visar att det föreligger risker för brukaren.

Om brukaren behöver praktisk hjälp för att utföra egenvården, ska samrådan ske med de som ska hjälpa brukaren i utförandet av insatsen. Det kan till exempel vara omsorgspersonal eller närstående, exempelvis när brukaren åker på hembesök.

Bedömningen ska dokumenteras i brukarens journal och den som har gjort bedömningen ska informera brukaren om vad egenvården innebär. Av informationen ska det tydligt framgå att åtgärden som utförs som egenvård inte omfattas av hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Den som har gjort bedömningen ansvarar också för uppföljning och omprövning av egenvården. Det är vårt ansvar att bedöma vad som är patientsäkert i varje enskild situation. Om samma åtgärd ibland är egenvård och ibland hälso- och sjukvård ska detta tydligt framgå. Se bilaga 1 - Bedömningsstöd egenvård legitimerad personal.

I just vår verksamhet (där vi jobbar mot personkrets 1) förekommer ofta (hittills nästan uteslutande) att brukaren inte klarar av att utföra egenvård med tillräckligt låg risk och att de har begränsad förmåga att förstå vad egenvård innebär, både praktiskt och rent juridiskt.

## Planering

Om brukaren behöver stöd och hjälp i samband med egenvården ansvarar den som gjort bedömningen för att planera egenvården tillsammans med brukaren utifrån följande frågeställningar:

- Vilken åtgärd som har bedömts som egenvård?
- Vem/vilka ska praktiskt utföra åtgärden?
- Hur delges information och instruktioner till de som ska utföra åtgärden?
- Vilka åtgärder ska vidtas och vem ska kontaktas, om brukaren drabbas av eller har utsatts för risk att drabbas av skada eller sjukdom i samband med egenvården?
- Vilka åtgärder ska vidtas och vem som ska kontaktas om brukarens situation förändras så det påverkar egenvården?
- Hur och när ska egenvårdsbedömningen följas upp och ev omprövas?

Planeringen ska dokumenteras i brukarens journal.

För stöd i att följa rutinen, se bilaga 2 - Planeringsstöd egenvård legitimerad personal.

## Omsorgspersonal

Om brukaren får hjälp av omsorgspersonal för att utföra egenvård ansvarar den personalen, utöver att hjälpa brukaren utföra åtgärden, också för att kontakta ansvarig legitimerad personal för påkallad uppföljning eller omprövning av egenvården vid förändrade förutsättningar eller vid uppmärksammade risker i samband med utförandet.

## Brukaren och närstående

Om brukaren får hjälp av närstående för att utföra egenvård ansvarar den närstående, utöver att hjälpa brukaren utföra åtgärden, också för att kontakta ansvarig sjuksköterska för påkallad uppföljning eller omprövning av egenvården vid förändrade förutsättningar eller vid uppmärksammade risker i samband med utförandet. Om brukaren själv utför sin egenvård ligger detta ansvar på brukaren själv.

# 7. Handlingsplan och rutiner vid pandemiutbrott på HAGASTIFTELSEN

**2020**

## **Inledning**

Denna riktlinje är framtagen för att utgöra ett underlag vid hanteringen av en pandemi. Dokumentet är levande och ska fungera som ett stöd vid en pandemi. Riktlinjen är uppdelad i två delar. I den första delen beskrivs kort vad en pandemi är samt vilket utfall av insjuknade som kan förväntas. I den andra delen beskrivs till vissa delar hur en pandemi på Hagastiftelsen kan hanteras. När ny information eller nya rekommendationer kommer från Folkhälsomyndigheten är det den som följs. På lokal nivå rekommenderar Södertälje kommun följande: "vi har nu infört besöksförbud för alla, utom brukare och personal, för att minimera alla risker för smittspridning beroende på hur allt utvecklar sig. Detta förbud gäller även att brukaren kommer på besök till anhöriga, under denna period. Vi vill hänvisa till länken nedan angående detta, och de flesta kommuner inom LSS boende har infört besöksförbud under en period, för att förhindra smittspridning." [www.sodertalje.se](http://www.sodertalje.se)

OBS: denna pandemirutin baseras på Covid 19-pandemin och kommer att anpassas i händelse av en pandemi med annan karaktäristik än covid 19.

## **Del 1 - Definition och begränsningar**

En pandemi definieras som ett utbrott av en infektionssjukdom som snabbt och lätt sprider sig bland människor över mycket stora geografiska områden. Medan en epidemi kan rasa i ett enskilt land, så drabbar en pandemi – i alla fall i sin yttersta konsekvens – människor över hela jorden.

### **Mål**

Hagastiftelsen skall arbeta för att uppnå följande mål vid en influensapandemi.

- Brukare och anställda ska påverkas i minsta möjliga mån
- De negativa effekterna på Hagastiftelsen ska vara så små som möjligt
- Kvalitén inom verksamhetens omsorg ska upprätthållas.
- Förtroendet från huvudpersoner, externa aktörer, kunder och myndigheterna ska upprätthållas
- Relevant omdömesbildning och egenansvar vid symptom.

Hagastiftelsens organisation består av

- 1) Styrelse
- 2) Husansvarig/föreståndare
- 3) Samordnare
- 4) Arbetsledare, resurs
- 5) Administratör
- 6) Fastighetsansvarig
- 7) Vaktmästare

Beredskapsplaneringen för pandemisk influensa ska begränsa smittspridningen och minska de negativa konsekvenserna för de som påverkas av pandemin. Detta uppnås genom att planera verksamheten i samråd med brukare och placerande kommuner utifrån riktlinjer och rekommendationer utfärdade av Folkhälsomyndigheten, socialstyrelsen och smittskydd Stockholm. Det är WHO som deklarerar att en influensapandemi har brutit ut.

Ansvarsprincipen innebär att den som har ansvar för verksamheten och verkstäderna under normala förhållanden också har motsvarande ansvar vid en kris. Om annat inte anges.

Likhetsprincipen innebär att en verksamhets organisation så långt som möjligt skall överensstämja såväl i normala förhållanden som vid en kris.

Närhetsprincipen innebär att kriser skall hanteras på lägsta möjliga nivå

Den verksamhetsansvarig/föreståndaree har alltid ett ansvar för att planera och vidta de åtgärder som behövs för att säkerställa verksamheten, samt följa utvecklingen och nationella direktiv.

### Ansvariga för den svenska beredskapen

Ansvariga för smittskydd samt hälso- och sjukvård	Ansvariga för att ge stöd i arbetet med att förebygga och hantera en pandemis övriga konsekvenser i samhället
<ul style="list-style-type: none"><li>• Socialstyrelsen</li><li>• Folkhälsomyndigheten</li><li>• Regionernas smittskyddsläkare</li><li>• Kommunerna</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• MSB</li><li>• Arbetsmiljöverket</li><li>• Länsstyrelserna</li><li>• Kommunerna</li></ul>

### Planeringsförutsättningar

Erfarenheter från tidigare pandemier (influensapandemier) och rekommendationer från Socialstyrelsen föreslår att man skall bygga upp sin plan utifrån följande scenarier:



- Under en period av 6-8 veckor ska en frånvaro om minst 15 procent av de anställda kunna hanteras.
- Pandemin når en kulmen under vecka två och tre, då en frånvaro på upp till 50 procent av de anställda ska kunna hanteras.
- Pandemin bedöms kunna ha flera vågor och den andra vågen kan tänkas komma tre till nio månader efter den första vågen.

En viss ökning av andelen sjuka kan förekomma under en något längre period av tre till fyra månader, pandemier är inte som den årliga influensan begränsad till vintermånaderna, utan kan förekomma vid vilken tid på året som helst. För dem som blir sjuka räknar vi med en frånvaro på minst fem arbetsdagar. Sjukdomen kommer sannolikt inte att drabba samhället likformigt, utan under en viss tid kan en betydligt större andel av arbetsstyrkan vara frånvarande, speciellt i mindre grupper.

För att säkra omsorgen på Hagastiftelsen kan detta innebära att frisk/symtomfri personal kan beordras in för arbete för att klara av bemanningsbehoven, även utanför sin ordinarie arbetstid. Vid en sådan krissituation utgår planeringen från verksamhetens helhetsbehov, vilket kan innebära att ordinarie arbetsuppgifter tillfälligt ändras, även den geografiska platsen var arbetet utförs, tex att utföra arbetet på ett boende. Samarbete eftersträvas så långt det är görbart.

### Skedesbeskrivning

För att underlätta arbetet har förloppet, från före upptäckt till fastställd pandemi och tillbaka till normalbild, delats upp i olika faser. Denna fasindelning är framtagen av WHO och används av Socialstyrelsen i Sverige. För att förenkla vårt arbete skall Hagastiftelsens använda sig av skeden som bygger på denna fasindelning:

Enheternas skeden.      WHO's faser

<b>1. Bevakning</b>	Fas 1	Inga av de virus som förekommer har rapporterats påverka människan
	Fas 2	Virus förekommer bland djur och har infekterat människan, risk föreligger
	Fas 3	Sporadiska fall av smitta bland människor, ej nödvändigt för att orsaka pandemi
<b>2. Beredskap</b>	Fas 4	Konstaterad, men begränsad, smittspridning, lokala utbrott
	Fas 5	Smittspridning mellan minst två länder inom en och samma WHO-region

<b>3. Akut</b>	Fas 6	Pandemisk fas. Flera utbrott i fler WHO-länder
	Post-peak	Pandemisk influensa avtar i de flesta länder
	Ev andra våg	Ev andra våg av influensa
<b>4. Återgång</b>		
	Post pandemisk period	Influensa sjunker till normala nivåer för säsongsbunden influensa i de flesta länder

Åtgärdsbeskrivning, skedesvis (med lokalt utbrott menas när nationellt utbrott skett)

#### Bevakningsskede

- Ordinarie ledning, styrelse och föreståndare
- Kontakt med hjälp av placerande kommuner, Telge rehab och HSL-team vid behov.
- Planering görs löpande och förankras i verksamheten

#### Beredskapsskede

- Ordinarie ledning.
- Husansvarig intar beredskapsläge och samordnar planeringen med samordnare, samt kontaktar placerande kommuner, Telge rehab och HSL-team vid behov. Och finns tillgänglig för frågor under kontorstid
- Planering för ledning i skede 3 ses över och aktualiseras. Möjlighet att arbeta på distans, eventuella behov av inköp mm. Säkra tillgång på handsprit, tvål, inköp av munskydd, handskar.
- Informationsinsatser till anställda påbörjas, denna plan aktualiseras och revideras.
- Information till brukaren påbörjas om placerande kommuner ger direktiv.
- Personalplanering genomförs, möjlighet till att ta in extra medarbetare inom kritiska områden undersöks. Information om att beordrad övertid kan komma att behöva lämnas ut.
- Inventering av brukare och medarbetare som befinner sig i särskilt utsatt riskgrupp

#### Akutschede

- Ordinarie ledning behålls så långt som möjligt.

- Inventering av samarbete mellan boende och DV inleds
- Utsedd ledningsfunktion är informations/kommunikationsansvarig med beredskap (verksamhetsansvarig/föreståndare/föreståndare, biträdande samordnare, skyddsombud)
- Rapporter dagligen, internt inom verksamheten och mail. Samt bevaka myndigheters information gällande direktiv och åtgärder
- Dagliga ledningsmöten med verksamhetsansvarig/föreståndare/ föreståndare samordnare även på distans om behov finns
- Vid beslut om stängning av daglig verksamhet, sker förflyttning av medarbetare till gruppboendena/serviceboenden, i första hand till de boenden där brukarna är hemmahörande.
- Vid första konstaterade fallet i verksamheten tas kontakt med HSL-team, myndigheterna och boenden. Samt följer kommunala riktlinjer
- Undvika aktiviteter i större folksamlingar när Folkhälsomyndigheten klassat smittspridningen till hög
- Förhållning: Det är viktigt att personer med symptom som feber, hosta, andningspåverkan, halsont, huvudvärk, muskel- och ledvärk stannar hemma. Som anställd inom omsorg klassas arbetet som samhällsviktigt, vilket gör att den anställde förväntas ta ett helhetsansvar för att minska smittspridningen. Det innebär emellertid viss begränsning och inskränkning i privatlivet. Tex att inte i onödan utsättas för platser eller sociala sammankomster där smittorisk finnes.

### Möjliga symtom

- Halsont
- Hosta
- Feber
- Huvudvärk
- Värk i muskel och leder
- Illamående/trötthet och kan få diarré
- Tappa smak och luktsinne
- Andningssvårigheter (allvarliga fall)

### Förebyggande åtgärder

Inga utflykter till platser där brukare kommer i kontakt med andra människor. Du som handlar, var noga med handhygien innan och efter du handlat. Dagverksamheten är inställd tills vidare och medarbetare i tjänst är med brukarna på respektive boende/enhet, undantag görs för dagliga verksamheter där samtliga deltagare kommer från samma boende eller verksamheter som genomförs digitalt. Avboka alla inplanerade aktiviteter som inte är akut nödvändiga. (Besök, hårklippning mm). Besöksförbud för alla, utom brukare och personal, för att minimera alla risker för smittspridning fram till slutet av maj månad, beroende på hur allt utvecklar sig. Detta förbud gäller även att brukaren kommer på besök till anhöriga, under denna period.

**Professionaliteten inom vår verksamhet är hög och alla medarbetare har utbildning i basal hygien. Hygienreglerna är inarbetade och välkända för alla medarbetare. Så de flesta av dessa regler är välarbetade rutiner, men några är utöver vardagliga hygienrutiner:**

- Använd engångsförkläde och plasthandskar vid varje arbetsmoment då det finns risk att komma i kontakt med kroppsvätskor. Nya handskar och nytt förkläde varje gång du lämnar någons lägenhet.
- Håll naglar kortklippta.
- Ta av dig eventuella hängande smycken och ringar under varje arbetspass.
- Tvätta händerna med tvål och varmt vatten innan varje matlagningssituation.
- Se till att du är uppdaterad kring städrutiner (läs och följ instruktioner i städparmen i jourrummet).
- **Städa handfat, kran och toalett efter varje användning.**
- Extra noggrann handhygien för brukare.
- Använd tvål och varmvatten och tvätta av dörrhandtag vid slutet av arbetsdagen.
- Släng soporna ofta
- Undvik att använda gemensamma handdukar. Eventuella kökshanddukar tvättas i 60 grader varje dag. Ersätt så mycket det går med pappersservetter.

Vi eventuellt utbrott av sjukdomen i boende/dv, kommer dessa rutiner att ersättas / kompletteras med rutiner vid pandemisk smitta och akutplan för särskild utsatt riskgrupp. Var uppmärksam på den information som i så fall kommer.

### **Allmänna förhållningsregler till medarbetare och brukare:**

Undvik fysisk kontakt med varandra och med brukarna när så är möjligt. Ta inte i hand om det kan undvikas.

- Tvätta och desinficera händerna ofta.
- Vid luftvägssymtom, stanna hemma, se nedan. Gäller även att stanna hemma från dagverksamhet, om brukare får luftvägssymtom.
- Undvik större evenemang som bio, dans, teater, konserter, bollhallar, badhus, gym, stora köpcenter m.m.

### **Sjukdom medarbetare**

Om du som medarbetare känner dig krasslig, stanna hemma och sjukskriv dig. Vi behöver dig så snart du är frisk igen.

Hantering av brukare med luftvägssymtom/feber

Vår bedömning är att en värdering av eventuell extra utsatthet hos brukare i nuläget behöver göras på individnivå.

### Provtagning av medarbetare

- Det är viktigt att omsorgs/hälso- och sjukvårdsverksamhet kan upprätthålla samhällsfunktionen och fortsätta att kunna ge omsorg till brukarna. Därför skall medarbetare med lindriga infektionssymtom frikostigt testas för smittan om resurser för det finns (information om detta ges via 1177).
- Det är viktigt att medarbetare stannar hemma även vid lättare luftvägssymtom såsom förkylning och/eller hosta och kontaktar 1177 för att få instruktioner kring provtagning. Eventuell provtagning syftar till att medarbetare vid lindrigare symtom så snabbt som möjligt skall kunna komma tillbaka i arbete.
- Vid sjukdom gäller att medarbetare är hemma tills de varit stabilt symtomfria under 2 dagar. Avstämning kring när medarbetare kan återgå i arbete skall ske med närmsta chef.
- Vid svårare influensasymtom så behöver medarbetare ej testas då de i sådana fall ändå måste vara hemma till och med 2 dagar efter fullständig symtomfrihet.
- Om en familjemedlem till medarbetare blir sjuk gäller att om man inte själv är sjuk så kan man gå till arbetet som vanligt.

### Sjukdom brukare

Om en brukare får ett eller flera av följande symptom: Förkylningssymptom, hosta eller feber, följ de rutiner som gäller vid vinterkräksjuka (isolering i sin lägenhet, även vid måltider). Kontakta sjukvården och följ deras instruktioner. Detta är särskild viktigt för högriskpersoner! Informera också närmaste chef och föreståndare omgående per telefon eller sms.

### Återgångsskede

- Ordinarie ledning återtas efterhand.
- Styrelsen träffas för att utvärdera Hagastiftelsens arbete och samtidigt ta ett större ansvar för omvärldsbevakning i syfte att tidigt förbereda för en eventuell andra våg och med det en återgång till akutskedet.

## Information och kommunikation

### Mål med informationen

Hagastiftelsens drabbade och övriga ska få relevant information om influensapandemi från myndigheterna, främst Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten. Den enskilde skall få veta var

man kan vända sig för att få information. Lappar med AKK-information och vägledning sätts upp i allmänna utrymmen, för att förstärka och tydliggöra rådande situation.

Hagastiftelsen ska stödja myndigheterna med att sprida denna information. Anställda ska senast under skede 2 - beredskapsskedet, få särskild information om ovanstående och denna handlingsplan

#### **Vilken information kan verksamma på Hagastiftelsen behöva inför en pandemi?**

- Vad är en pandemi och risk/sannolikhet för att olika smittor utvecklas till pandemier.
- Extra noga med hygien och handtvätt, även kroppskontakt
- Var man kan få information om läget och hur man skyddar sig mot smitta. Hänvisa till Socialstyrelsen, kommunens hemsida och Folkhälsomyndigheten
- Vart man kan/ska vända sig om man misstänker att man har blivit smittad. Ring 1177 eller 11313
- Vid oro, ska enhetsansvarig hålla sig till saklig info och ge stöd att ta reda på information

#### **Vilken information kan verksamma på Hagastiftelsen behöva under pandemin?**

- Myndigheternas bedömning av läget, risker för allmänheten, och vad man som privatperson kan göra för att skydda sig.
- Vad myndigheterna gör för att inte fler ska smittas.
- Var man kan få information om läget och hur man skyddar sig mot smitta.
- Hur man ska agera om man misstänker att man är smittad.
- Daglig återkoppling av ledning samt ledningens omfördelning av arbetet
- Finnas tillgänglig för frågor och farhågor via telefon samt kontinuerligt informerar om nuläget genom mail eller sms om det är akut.

#### **Viktigt!**

För att hålla eventuell smittspridning borta från våra enheter i Hagastiftelsen är det mycket viktigt att varje föreståndare rapporterar in alla fall gällande både brukare och medarbetare med misstänkta och konstaterade fall av sjukdomen till vår verksamhetskoordinator, Cecilia Westerdahl som rapporterar vidare till styrelsen.

## 8. Rutin för transport till vårdcentral eller slutenvård

### Syfte

Denna rutin syftar till att tydliggöra fokuset vid transport av brukare till vårdcentral eller slutenvård så att ansvars- och uppgiftsfördelning sker korrekt och att ingen information om brukaren saknas vårdpersonalen på plats

### Ansvarsfördelning

Informationsöverföring mellan sjukhuset och ansvarig leg. personal (sjuksköterska) sker i första hand muntligen, därefter (och i samband med utskrivning) skriftligen. Hagastiftelsens sjuksköterska ansvarar för kontakt med sjukhuset. Personal medföljer brukaren till sjukhuset och kvarstannar i samråd med sjukhuset vid behov.

För brukaren ansvarig sjuksköterskas uppgifter lämnas vid inskrivning och uppföljning, samt verksamhetsansvarig/s och ev. anhörigas uppgifter.

### Vad som ska med?

- Brukarens egitimationshandling,
- aktuell medicinlista,
- skriftlig dokumentation av det normala habiliteringstillståndet (funktionsnedsättningar, diagnoser, aktuella läkemedel) för brukaren,
- skriftlig information om varför brukaren skickas till vårdcentral/slutenvård
- kontaktuppgifter till god man, föreståndare samt för brukaren ansvarig sjuksköterska

### Återkomst från vårdcentral/slutenvård

När brukaren åker hem från sjukhuset erhåller vi skriftlig information av brukarens tillstånd samt en epikris och nyordination.

## 9. Rutin för HLR och hjärtstillestånd & medvetslöshet

### Syfte

Denna rutin syftar till att tydliggöra ansvarsfördelning och insats i händelse av ett (befarat) hjärtstillestånd eller medvetslöshet. Hit hör inte epilepsianfall då åtgärderna för dessa är annorlunda.

### Ansvarsfördelning i händelse av hjärtstillestånd

Det är varje närvarande medarbetares ansvar att efter bästa förmåga samverka för att rädda livet på en person som är medvetslös (på grund av hjärtstillestånd eller annat skäl) genom att agera i enlighet med befintlig HLR-utbildning samt tillkalla hjälp via 112.

Sjuksköterska har för ansvar att kontrollera brukarens hälsotillstånd (om möjlighet ges) och annars agera i enlighet med rutinen för transport till vårdcentral eller slutenvård och ha kontakt med den vårdinrättning som den drabbade personen läggs in på samt ge sina kontaktuppgifter och vara generellt behjälplig i kommunikationen.

### Utrustning och utbildning

Defibrillator finns på enheten och används vid behov. Medarbetare har utbildning på defibrillator var tredje år i samband med utbildning i HLR och första hjälpen.

### Hur utbildningsbehovet bedöms

Alla medarbetare skall utbildas så fort som möjligt efter nyanställning med löpande utbildning vart 3e år (det som vi kallar "reaktivering").

### Fortsatta åtgärder

När akut vård givits och personen ifråga är stabiliserad/hålls stabiliserad följs övriga steg i rutinen "Rutin vid särskild händelse för enheterna vid Framnäsvägen och Ekeskulla under jourtid kl 21-07" för ytterligare assistans.

I efterhand utreder krisgruppen situationen och hanterar enligt sin rutin för detta förfarande.



## 10. Rutin för upprättande av hälsoplan

### Syfte

Denna rutin syftar till att förklara hur vi inom Hagastiftelsen jobbar med upprättandet av hälsoplaner vid nyinflytt eller under pågående boende. Mallen för upprättande av hälsoplanen finns på sid 3 i detta dokument.

### Bakgrund

När en ny brukare kommer till Hagastiftelsen görs enligt rutin riskbedömningar avseende brukarens riskbeteenden, både sådana som inbegriper rent medicinska aspekter (t.ex. tendenser att överäta, balansproblem, eller andra beteenden som påverkar vederbörandes hälsa negativt) såväl som beteendemässiga (exempelvis utåtagerande, hotfulla beteenden, tendenser att avvika från boende etc.).

Parallellt med upprättandet av riskbedömningar görs, vid behov, en hälsoplan för brukaren som följer nedanstående mall. Hälsoplaner kan också upprättas löpande vid behov.

### Utformning av hälsoplan

Våra hälsoplaner innehåller följande information:

**Medicinska diagnoser och behandlingar:** vilka diagnoser eller hälsotillstånd brukaren har, vilka mediciner de tar och vilka behandlingar som för närvarande pågår.

**Förebyggande åtgärder & livsstilsförändringar:** förebyggande åtgärder som rekommenderas för att förhindra framtida hälsoproblem genom exempelvis genom regelbundna hälsoundersökningar med fokus på aktuella områden, tandläkarbesök eller livsstilsförändringar så som förändring i kost, motion etc.

**Mål för hälsan:** mål för brukarens hälsa, såsom att uppnå en viss vikt, sänka blodtrycket eller förbättra blodsockerkontrollen.

**Uppföljning och utvärdering:** en plan för att regelbundet följa upp och utvärdera brukarens framsteg mot sina hälsomål, samt för att justera planen vid behov.

**Kommunikation och samordning:** hur kommunikationen och samordningen mellan brukaren, boendestödjarna och vårdpersonal ska ske för att säkerställa att alla involverade är informerade och samarbetar effektivt.



## 11. Mall för upprättande av hälsoplan

### Ansvarig för upprättande av hälsoplan

Namn	
Datum	

### Ansvarig läkare

Namn	
Telefonnummer	
Mailadress	

### Patienten

Namn	
Enhet	
Diagnos & behov	(patientens nuvarande diagnos(er) enligt rätt system <sup>25</sup> samt patientens behov)

### Planerade insatser

(vilka undersökningar/behandlingar som bedöms behöver göras)

---

<sup>25</sup> För att eftersträva användande av gemensamma termer och begrepp används ICD-10 för beskrivning av medicinska diagnoser och tillstånd. För omvårdnadsdiagnoser finns ICNP och NANDA-I klassifikationerna och för nutritionsdiagnoser finns NCPT-klassifikationen.

## Övrigt

(Övriga stöd, råd & åtgärder etc.)

## Mål<sup>26</sup>

(formuleras som ett förväntat resultat, med andra ord hur patientens status ska se ut när målet är nått)

---

<sup>26</sup> Målet måste vara: realistiskt, mätbart, tidsangivet och innehålla åtgärder/ordinationer. Med ordination menas en sakkunnig instruktion om en viss behandling eller åtgärd. Den som beslutar om en ordination ska dokumentera och signera den i journalen så att den som ska utföra ordinationen förstår vad som ska göras och hur. Utförda åtgärder dokumenteras enligt rutin för HSL-dokumentation. Läkaren ordinerar medicinska åtgärder, sjuksköterskan ordinerar omvårdnadsåtgärder, arbetsterapeuten ordinerar arbetsterapi, sjukgymnasten/fysioterapeuten ordinerar fysioterapi och så vidare.

## 12. Rutin för administrerande av smärtstillande vid behov (paracetamol)

### **Syfte**

Denna rutin visar hur vi inom Hagastiftelsen hanterar vid-behovsmedicinering med läkemedel så som Alvedon och Ipren.

### **Rutin**

Läkaren i Hagastiftelsen har gett ett generellt direktiv om att Alvedon 500 mg samt Ipren 400 mg får ges vid behov till brukarna vid dessa enheter.

Om behovs- medicin skall administreras ska föreståndare/verksamhetschef eller biträdande kontaktas i första hand. Detta ska sedan vidare-rapporteras till ansvarig sjuksköterska. Vid tveksamheter ska ansvarig sjuksköterska kontaktas.

## 13. Riktlinjer och Rutiner för läkemedelshantering samt sjukdom vid boende enligt LSS

### Syfte

Detta dokument riktar sig till boendestödjare och syftar till att tydliggöra ansvarsfördelningen för uppgifter som rör läkemedelshantering inom Hagastiftelsens verksamheter.

### Ansvarsfördelning

Roll	Ansvarsområden
Läkare	Ordinerar läkemedel
Distriktssköterska/ sjuksköterska	har tillsammans med husansvarig/ arbetsledning för gruppboenden/ serviceboendet/ dagliga verksamheten ansvar för att brukaren får den vård, behandling och mediciner som ansvarig läkare ordinerar samt att följa brukarens hälsotillstånd där kontakt med ansvarig läkare tas vid behov. Distriktssköterska/ sjuksköterska är vidare ansvarig för gällande lagar, förordningar och föreskrifter.
Enhetschef	ansvarar för att personalen har den kompetens som krävs för verksamheten. Husansvarig ansvarar tillsammans med distriktssköterskan/ sjuksköterskan att lokala rutiner och arbetsordningar upprättas för läkemedelshantering.
Omsorgspersonal/boendestödjare	utför efter delegering från sjuksköterska eller läkare vissa arbetsuppgifter avseende läkemedelshantering och ansvarar för att arbetsuppgiften utförs på rätt och säkert sätt.

Vårdpersonalens personliga ansvar i denna fråga regleras i Patientsäkerhetslagen (2010:659) och i SOSFS (1997:14) Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård. Arbetsledningen ansvarar för att det finns medarbetare i tjänst som har skriftlig delegering att överlämna läkemedel.

## Att komma ihåg vid delegerade arbetsuppgifter

- Att rätt brukare får sin egen dos **läkemedel på rätt tid**.
- Att alltid rapportera och **anteckna förändringar** hos brukaren till den distriktsköterska/sjuksköterska som är i tjänst. Rapportera tex. om patienten inte vill eller kan ta sin medicin, vid oklarheter om läkemedel, misstanke om förväxlingar eller fel dos.
- **Skriv upp öppningsdatum** när du bryter ny förpackning (tex ögondroppar) och kontrollera hållbarhetsdatum regelbundet.
- **När du ska dela ut medicinen**
- Kontrollera **signeringslista** så att ingen annan redan givit medicinen.
- **Ta fram dosen**
- **Kontrollera** namn, tid och dag samt att antalet tabletter stämmer med de som är angivna på dosetten.
- Innan du ger dosen **kontrollera en gång till** att det är rätt person, rätt dag och rätt tid.
- **Ge mycket dricka**, jäkta inte på. Om personen har svårt att svälja krossa medicin- blanda i tex äppelmos (ta alltid reda på om medicinen går att krossa)
- När medicinen är given skriv din **signatur på signeringslistan**.
- Signeringslistor är en journalhandling och ska **sparas som en journalhandling**.

## Förvaring av medicin

På särskilda boende ska läkemedel förvaras inlåst i medicinskåp i personalrummet.  
Användningstider för bruten förpackning till enskild brukare

- Ögondroppar och ögonsalvor, hållbarhet i - 1- 4 veckor, kasseras efter slutanvändning
- Sterila salvor, liniment - 4 veckor.
- Natriumklorid engångsförpackning, - 24 timmar
- Alsol och klorhexidinsprit, - 6 månader.
- Alsollösning, - 1 månad.

med ordinationshandlingen. Läkemedel som är inaktuella bör tydligt avskiljas från aktuella.

## Huvudregel: Krossa inte läkemedel...

En del tabletter och kapslar går att dela eller krossa, men det gäller inte alla. En del är till och med direkt olämpliga att krossa. Vissa tabletter behöver lösas upp extra långsamt i magen och tarmarna. Om man delar eller krossar sådana tabletter fungerar de inte som de ska. Man kan alltid fråga om vad man kan och inte kan göra med olika tabletter och kapslar.

Vissa tabletter och kapslar måste sväljas hela, eftersom de får förändrade effekt om de delas eller krossas. Andra kan smaka illa eller utlösa kontaktallergier i till exempel munhåla och svalg om de krossas.

## Receptfria läkemedel

Receptfria läkemedel som brukare använder skall dokumenteras. Receptfria läkemedel bör inte ges till brukare utan att kontakt med läkare/ distriktssköterska skett.

## Naturläkemedel

Naturläkemedel är ej vetenskapligt beprövade på samma sätt som andra läkemedel. Naturläkemedel skall ej administreras (överlämnas) utan ordination av läkare. Naturläkemedel ska journalföras på ordinationshandling på samma sätt som konventionella läkemedel.

## Hygienrutiner

- Handtvätt

- Tvätta händerna med flytande tvål
- Torka ordentligt torrt med pappershandduk/torkpapper
- Desinfektera därefter händerna
- Tvätta alltid händerna före handdesinfektion efter kontakt med patient med kräkning eller diarré.

- Handskar

- Använd alltid handskar vid kontakt med eller risk för kontakt med blod, urin och avföring samt vid orent arbete.
- Kasta handskarna direkt efter användning
- Byt handskar mellan olika vårdmoment, även hos samma brukare, berör inte omväxlande smutsigt och rent.

- Skyddskläder

- Använd engångs plastförkläde eller engångsskyddsrock när du hjälper den enskilde med hygien samt vid direktkontakt med den enskilde smutsiga föremål.
- Byt skyddsförkläde mellan olika vårdmoment, även hos samma brukare, berör inte omväxlande smutsigt och rent.

## Rutiner vid sjukdom/läkarbesök

Medarbetarna på varje enhet avgör om en brukare skall åka till arbetet eller inte. Personal från daglig verksamhet stannar hemma med den som är sjuk. Vid personalbrist på DV, ordnar föreståndare personal/vikarie. Vid magsjuka skall den drabbade stanna hemma minst 48 timmar. Det är



föreståndare/verksamhetsansvarig/föreståndares uppgift att ordna vikarier, vid allvarliga och akuta fall, ring ambulans.

Daglig verksamhet har även som uppgift att följa arbetstagarna på deras eventuella läkarundersökning/tandläkarbesök m.m.

## **Smittskyddsbox**

På varje enhet finns en smittskyddsbox att ta fram när det finns omedelbar risk för smitta via spyor eller andra kroppsvätskor som skyddar personalen samt de andra brukarna från smitta samt minskar risken för kontaminering. Den märkta lådan innehåller:

Skyddsutrustning för personalen som tar hand om smittan.

Hjälpmiddel för att ta hand om och ta upp den smittande vätskan.

Produkter att rengöra ytorna och desinficera för att hindra kontaminering.

Produkter i smittskyddsboxen:

1 st Antibac Oxivir Sporicide Foam 750 ml är ett bredspektrigt väteperoxidbaserat rengörings- & desinfektionsmedel för hårda ytor och icke invasiva medicinska instrument.

1 st DAX Viruguard handdesinfektion 600 ml ger fullständig virucid effekt och är den mest effektiva handdesinfektionen mot bakterier.

5 st Superabsorberande SpillEx är dukar från Vileda.

5 st Skyddsrockar med mudd, midjebälte och halslinning.

100 st Nitrilhandskar som skyddar mot de flesta smittor.

100 st 6-lags tvättlappar i hygienisk dispenser för effektiv avtorkning.

24 st Soppåsar att kasta avfallet och tillsluta direkt på plats.

1 st Plastbox med lock vilket gör smittskyddspaketet hygieniskt att förvara samt enkelt att ta fram vid akuta behov.

## **Rutiner för läkemedelsavfall**

Läkemedel som av olika skäl kasseras skall lämnas till Apotek för destruktion. I de fall distriktssköterska/sjuksköterska ansvarar för läkemedelshanteringen ligger även ansvar för kassationen samt tillse att destruktion av läkemedel blir utförd. Samtliga beredningsformer skall lämnas för destruktion, detta inkluderar även all flytande medicin, salvor, krämer och plåster som innehåller läkemedel. Detta gäller även naturläkemedel. Läkemedel som skall kasseras och lämnas till destruktion skall förpackas i av Apoteket märkta påsar – riskavfall.

## 14. Rutin vid ohälsa

### Syfte

Denna rutin syftar till att klargöra hur vi i Hagastiftelsen jobbar med att förebygga och motverka ohälsa till följd av förändringar i arbetstagarens vikt (alltså över- undervikt samt plötsliga viktförändringar).

### Bedömning

I samband med att arbetstagaren ska påbörja sin anställning i verksamheten och genomförandeplan etableras gör vi en kartläggning av risker för plötslig viktupp- eller nedgång hos arbetstagaren. Om en risk föreligger eller om den vid senare tillfälle skulle uppkomma, följer vi våra kontroll- och åtgärdsrutiner nedan.

### Löpande kontroll & åtgärder

För arbetstagare med ett identifierade risker rörande viktförändring görs vägning 1 gång/vecka. Vi kommunicerar också givetvis med arbetstagaren rörande mående kopplat till vikt.

Vid upp- eller nedgång i vikt gör vi följande åtgärder:

- har kontakt med läkare och/eller vårcentral för att säkerställa att inga sjukdomar föreligger (exempelvis sköldkörtelproblematik),
- har kontakt med dietist för åtgärder som exempelvis näringsdricka etc.,
- gör översyn av arbetstagarens kost,
- gör ytterligare riskbedömningar/handlingsplaner vid behov

Vid viktupp- eller nedgång som anses vara farlig för den enskildes hälsa har vi kontinuerlig kontakt med vårdcentral.

# OM KRISEN ELLER KRIGET KOMMER

En kris kan göra att samhället inte fungerar som vi är vana vid. Ett förändrat klimat kan göra att översvämningar och skogsbränder blir vanligare. Händelser i omvärlden kan ge brist på vissa livsmedel. Störningar i viktiga it-system kan påverka elförsörjningen. Efter bara en kort tid kan vardagen bli besvärlig:

- Värmen försvinner.
- Det blir svårt att laga och förvara mat.
- Mat och andra varor kan ta slut i affärerna.
- Det kommer inget vatten i kranen eller toaletten.
- Det går inte att tanka.
- Betalkort och bankomater fungerar inte.
- Mobilnät och internet fungerar inte.
- Kollektivtrafik och andra transporter står stilla.
- Det blir svårt att få tag i läkemedel och medicinsk utrustning.

## Din krisberedskap

Din kommun ansvarar för att bland annat äldreomsorg, vattenförsörjning, räddningstjänst och skola fungerar även vid en samhällskris. Du som privatperson har också ett ansvar. Med rätt förberedelser kan du klara en besvärlig situation bättre, oavsett vad som orsakat den.

Vid en samhällskris kommer hjälpen att först gå till dem som bäst behöver den. De flesta måste vara beredda på att kunna klara sig själva en tid. Ju bättre förberedd du är desto större möjlighet har du också att hjälpa andra som inte har samma förutsättningar.

Viktigast är att ha vatten, mat och värme och att kunna ta del av information från myndigheter och medier. Du behöver också kunna komma i kontakt med anhöriga. Det finns checklista med matvaror och saker som kan vara bra att ha hemma.

Tänk igenom hur du och personer i din närhet kan klara en situation när samhällets normala service och tjänster inte fungerar som vanligt.

## Förberedelse inför kris på enheterna

På våra enheter har vi förberett oss i fall en kris eller krig skulle komma nära. Viktigaste är att ha tillgång till information, samt vatten och mat. Vid en eventuell kris, krigslarm, skall samtliga enheter ta sig till närmsta skyddsrum. Tala med din enhetschef om vad som gäller på just din enhet. Familjer till medarbetarna som är i tjänst är välkomna att ta sig till skyddsrummet. Självklart får husdjur medtas (hund & katt). Flera bensindunkar finns med bensin i garaget. All personal är informerad att bilarna alltid skall vara fulltankade. Information om beredskapslarm samt checklista för tips om beredskap, samt viktiga telefonnummer finns tillgängliga på varje enhet. Vi har förberett 2 krisryggsäckar med nödvändiga överlevnadssaker i.

### Krisryggsäckens innehåll

- Ficklampor + batteri AA
- Bärbar nödradio/Vev
- Förstahjälpen kit
- Överlevnads kit
- Vattendunkar ihopfällbara 2 st
- Komplet stormkök, kaffekanna
- Tändstickor, tändare
- Kniv
- Filtar 2 st
- Power bank
- Telefonbok

All personal är informerad vad krisryggsäckar finns och vad man ska tänka på när krisen kommer, däremot försöker vi att inte oroa våra huvudpersoner med icke nödvändig information. När krisen är nära och det är något allvarligt kommer vi naturligtvis gå igenom beredskapslarm, samt all viktig information med alla våra huvudpersoner.

### Tips för din hemberedskap

Förutsättningar och behov ser olika ut, exempelvis om du bor på landsbygd eller i tätort, i hus eller lägenhet. Här får du allmänna tips för din hemberedskap. Använd det som passar just dig och dina nära. Gå gärna ihop om vissa saker och låna av varandra. Kom ihåg att samhället bara är så starkt som dess individer. Det är viktigt att man själv är så förberedd som möjligt så att man inte blir en belastning för samhället eller sina grannar.

## Kommunikation

Vid en allvarlig händelse behöver du kunna ta emot viktig information från myndigheterna, framför allt via Sveriges Radio P4 och Sveriges Television. Du behöver också kunna följa mediernas rapportering, ha kontakt med anhöriga och vänner och i akuta fall kunna nå räddningstjänst, sjukvård eller polis.

- radio som drivs med batteri, solceller eller bilradio  
papperslista med viktiga telefonnummer
- extrabatteri/ power bank till bland annat mobiltelefon
- laddare till mobiltelefonen att använda i bilen.

## Övrigt

- Spritkök och bränsle
- ficklampa, pannlampa
- batterier
- kontanter i mindre valörer
- husapotek och extra mediciner
- våtservetter handsprit
- blöjor och mensskydd
- utskrifter på papper av exempelvis försäkringsbrev, bank- uppgifter, registreringsbevis
- drivmedel i tanken.

## Mat

Det är viktigt att ha extra mat hemma som ger tillräckligt med energi. Använd hållbar mat som kan tillagas snabbt, kräver liten mängd vatten eller som kan ätas utan tillagning.

- potatis, kål, morötter, ägg
- bröd med lång hållbarhet, till exempel tortilla, hårt bröd, kex, skorpor
- mjukost, messmör och andra pålägg på tub
- havredryck, sojadryck, torr- mjölkspulver
- matolja, hårdost
- snabbpasta, ris, gryn, potatis- mospulver
- färdigkokta linser, bönor, grönsaker, hummus på burk
- krossade tomater att till exempel koka pasta i
- konserver med köttfärssås, makrill, sardiner, ravioli, kokt kött, soppor
- fruktkräm, sylt, marmelad
- färdig blåbärs- och nyponsoppa, juice eller annan dryck som håller i rumstemperatur
- kaffe, te, choklad, energibars, honung, mandlar, nötter, frön.

## Vatten

Rent dricksvatten är livsnödvändigt. Räkna med minst tre liter per vuxen och dygn. Om du är osäker på kvaliteten behöver du kunna koka vattnet. Om toaletten inte fungerar kan du ta kraftiga plastpåsar eller plastsäckar och placera i toalettstolen. En god handhygien är viktig för att undvika smittor.

- Flaskor
- hinkar med lock
- PET-flaskor att frysa vatten i (fyll inte ända upp, då spricker flaskan)
- Mineralvatten
- dunkar, gärna med tappkran, att hämta vatten i. Du kan också ha ett par rena dunkar fyllda med vatten i.

## Värme

Om elen försvinner under en kall årstid kommer bostaden snabbt att bli utkyld. Samlas i ett rum, häng filter för fönstren, täck golvet med mattor och bygg en koja under ett bord för att hålla värmen. Tänk på brandfaran. Släck alla ljus och alternativa värmare innan ni somnar. Vädra regelbundet för att få in syre.

- Ullplagg
- varma och oömma ytterkläder
- mössor, vantar, halsdukar
- Filter
- liggunderlag
- Sövsäckar
- Stearinljus
- Värmeljus
- tändstickor eller braständare
- alternativ värmekälla, till exempel gasolvärmare, fotogendrivna element.