

**DET HÄR ÄR
BOTKYRKA**



Uppdragsbeskrivning grupp- och servicebostad

Vård- och omsorgsnämnden 2026-07-01



RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2026:00140

2026-07-01

Kod: 3.7.0.1

Innehåll

Uppdrag - Bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS	5
Bostadens utformning	6
Tillgång till gemensamhetslokaler	6
Målgrupp	7
Krav på tjänstens utförande	8
Information till brukarna	9
Finskt förvaltningsområde	9
Lagar, förordningar och föreskrifter	9
Särskilt viktiga delar inom LSS	10
Tystnadsplikt och sekretess	10
Diskriminering	10
Ledningssystem för kvalitet	11
Organisation och styrning	13
Ansvarig chef	14
Formell kompetens och erfarenhet	14
Personal	14
Formell kompetens	15
Kompetensutveckling	15
Språkkunskaper	15
Registerutdrag	15
Bemanning	16
Personalkontinuitet	16
Introduktion	16
Ledsagare och tolk	17
Lokaler	17
Arbetskläder	17
Mutor och gåvor	17
God man, förvaltare eller annan företrädare	18
Egna medel	18
Hot och våld	18
SKR:s nationella brukarundersökning	18
Sammantaget nöjd med tjänsten	18
Självbestämmande	19
Tillgänglighet	19

RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2026:00140

2026-07-01

Kod: 3.7.0.1

Bemötande.....	20
Hälso- och sjukvård	20
Fast vårdkontakt	20
Habilitering och rehabilitering.....	21
Medicintekniska produkter	21
Journalföring och arkivering	21
Läkemedelshantering.....	22
Delegering.....	23
Egenvård.....	23
Munhälsa	23
Inkontinens.....	24
Medicinsk fotsjukvård.....	24
Vård i livets slut och omhändertagande av avlidna.....	24
Rutiner och riktlinjer	25
Skyldigheter kring uppdraget	25
Skyldighet att ta emot uppdrag	25
Förändrat behov.....	25
Inflyttning.....	26
Hemförsäkring.....	26
El-abonnemang.....	26
Nyckelhantering	26
Kontrakt och uppsägning av kontrakt.....	27
Byte av gruppboende/serviceboende.....	27
Arbetsätt	27
Utförarens ansvar i en gruppboende/serviceboende	27
Inflyttande, delaktighet och självbestämmande	27
Omvårdnaden	27
Fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter	28
Bemötande.....	29
Samarbete med anhöriga, myndigheter och andra vårdgivare	29
Smittförebyggande arbete All personal som arbetar i verksamheter enligt SoL och LSS ska ha kunskap om basal hygien, hur smitta och smittspridning förhindras samt förmågan att omsätta kunskapen i det praktiska arbetet. Där uppgifter utförs på uppdrag av hälso-och sjukvården ska alltid basal hygien tillämpas.....	29
Individens behov i centrum (IBIC).....	30
Stödperson och kontinuitet	30
Anhörigstöd.....	31
Våld i nära relationer	31

RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2026:00140

2026-07-01

Kod: 3.7.0.1

Social dokumentation och förvaring.....	31
Social journal	31
Genomförandeplan	32
Förvaring.....	33
Digitala system och välfärdsteknik	34
Användning av digitala system	34
Lifecare HSL	34
Lifecare utförare.....	34
Lifecare meddelande	34
IT-utrustning.....	35
IT-system	35
Inloggning	35
Utbildning och support	35
Informationssäkerhet	36
Hantering av personuppgifter.....	36
Förändringar	36
Välfärdsteknik	37
Trygghet och säkerhet.....	37
Identifikation	37
När brukaren inte öppnar	37
Riskbedömning	37
Skyddsåtgärder	37
Kris och beredskap	38
Mat och måltider.....	38
Livsmedelshantering	39
Tvättning och städning.....	39
Insyn, tillsyn och uppföljning	39
Uppföljning	39

Uppdrag - Bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS

Det finns två former av bostad med särskild service för vuxna samt annan särskilt anpassad bostad för vuxna enligt 9 § 9 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Den här uppdragsbeskrivningen rör bostad med särskild service - gruppboende och serviceboende.

Boende i gruppboende för vuxna är till för personer som har ett så omfattande tillsyns- och omvårdnadsbehov att mer eller mindre kontinuerlig närvaro av personal är nödvändig. Gruppboendet består av ett mindre antal lägenheter som är samlade kring gemensamma utrymmen. En fast personalgrupp ska täcka de boendes hela stödbehov inklusive fritids- och kulturella intressen. I gruppboendet ska det finnas bemanning som täcker den enskildes hela stödbehov. Antalet boende i en gruppboende får maximalt vara sex personer under förutsättning att samtliga personer som bor i gruppboendet tillförsäkras goda levnadsvillkor. De enskilda lägenheterna ska vara fullvärdiga och grupperade kring gemensamma utrymmen. Service och omvårdnad ska kunna ges alla tider på dygnet. De gemensamma utrymmena bör ligga i direkt anslutning till de enskilda lägenheterna och vara lätta att nå.

En serviceboende består av ett antal lägenheter som har tillgång till gemensam servicelokal och en fast personalgrupp. Lägenheterna är i regel anpassade efter den enskildes behov och ligger oftast i samma eller kringliggande hus. Lägenheterna ska vara fullvärdiga och dygnet-runt-stöd, utifrån den enskildes behov, ska kunna erbjudas i den egna lägenheten av en fast personalgrupp. Serviceboende är en insats som kan vara lämplig för den som inte klarar av att bo i ett ordinarie boende men som inte har ett så omfattande behov av stöd och service att ett boende i gruppboende är nödvändigt. I en serviceboende kan det bo fler personer än i en gruppboende. Antalet lägenheter bör dock vara så begränsat att serviceboendet integreras i bostadsområdet och att en institutionell boendemiljö undviks.

Brukarna bestämmer över sin egen bostad och lägenhet. Verksamheten ska möjliggöra, uppmuntra och stödja den enskildes självbestämmande i den egna bostaden.

RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2026:00140

2026-07-01

Kod: 3.7.0.1

Enligt Socialstyrelsen ska det finnas en föreståndare för verksamheten som ansvarar för det dagliga arbetet och säkerställer att verksamheten bedrivs med god kvalitet och ger god omvårdnad.

Grupp- och servicebostäder ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser upp till sjuksköterskenivå. Detta innebär insatser som utförs av sjuksköterska, dietist, arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut. Regionen ansvarar för att tillhandahålla sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare och ska avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård. Verksamheten ansvarar för att det finns en skriftlig överenskommelse eller motsvarande om läkarmedverkan.

Bostadens utformning

En bostad med särskild service är personens hem och det ställer särskilda krav på bostadsstandarden. I förarbetena till LSS uttalas att huvudregeln bör vara att de generella byggbestämmelser som gäller för bostäder i allmänhet, också ska gälla för lägenheter i en gruppbofastad. Detta inkluderar även krav för brandskydd och systematiskt brandskyddsarbete i enlighet med gällande lagar och föreskrifter samt Botkyrka kommuns brandskyddspolicy.

Både grupp- och servicebostäder bör ligga i vanliga bostadsområden. Undantag från detta bör kunna göras då det gäller gruppbofastäder för en mindre grupp personer som är i så stort sjukvårdsbehov att det är nödvändigt att medicinsk vård är lättillgänglig.

För att undvika en institutionell miljö bör en bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS inte ligga i nära anslutning till en annan sådan bostad, eller andra bostäder som inte är ordinära så som till exempel korttidshem eller särskilda boendeformer för äldre personer. Som regel bör en bostad med särskild service för vuxna inte heller samlokaliseras med lokaler för daglig verksamhet. Det anger Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2002:9) om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS.

Tillgång till gemensamhetslokaler

Bostadens utformning skiljer sig åt mellan en gruppbofastad och en servicebostad. I förarbetena till LSS anges angående gruppbofastäder att

RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2026:00140

2026-07-01

Kod: 3.7.0.1

de gemensamma utrymmena bör placeras så att de kan fungera som den samlande punkten för de boende. Ytorna bör vara dimensionerade så att alla som bor i gruppboenden kan delta samtidigt i olika aktiviteter.

Gruppboendets gemensamhetslokaler bör:

- ligga i nära eller direkt anslutning till de enskilda lägenheterna,
- vara lätta att nå,
- vara till för dem som bor i gruppboendet och tjänstgörande personal.
- endast kunna nyttjas av andra på de boendes villkor.

Det anger Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2002:9). Även servicebostäder har gemensamma utrymmen för service och gemenskap.

Den som bor i en gruppboende kan komma till gemensamma utrymmen utanför sin lägenhets dörr och delar gemensamhetsutrymmena med andra boende samt ha möjlighet att äta tillsammans med andra om så önskas. Den som bor i en serviceboende kan behöva gå en kort sträcka för att komma till gemensamhetsutrymmena. Gemensamhetslokalerna kan ses som ett komplement till de egna lägenheterna och kan erbjuda möjligheter till samvaro och aktiviteter utifrån önskemål och intressen.

Målgrupp

En person som omfattas av någon av nedan beskrivna personkretsar kan ansöka om insatser med stöd av LSS. Det är en rättighetslag som, utöver bistånd enligt SoL, vänder sig till personer med en omfattande funktionsnedsättning.

Personkrets 1

Personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd.

Personkrets 2

Personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom.

Personkrets 3

Personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service

Krav på tjänstens utförande

Den enskilde ska genom de särskilda insatserna i LSS tillförsäkras goda levnadsvillkor. Goda levnadsvillkor kan ses som ett övergripande begrepp som anger kvalitet och nivå på de särskilda insatserna. I grupp- och servicebostaden ska brukaren garanteras god omsorg och tillsyn alla tider på dygnet. Brukaren ska få det stöd hen behöver för att klara sin tillvaro och känna sig trygg. Om det krävs ska grupp- och servicebostaden ha vaken personal nattetid, i annat fall sovande jour på plats. I en servicebostad ska brukaren ha tillgång till dygnet-runt-stöd, utifrån sina behov, i den egna lägenheten av en fast personalgrupp. Bostaden och stödet ska vara utformat så att brukarens förmågor och resurser tas till vara. De särskilda insatserna ska förebygga, minska följderna av och kompensera för funktionsnedsättningar. Insatserna ska vara samordnade och utformade så att de stärker den enskildes möjligheter att leva ett självständigt liv och kunna delta aktivt i samhällslivet. Brukaren ska få hjälp att behålla och utveckla sina psykiska och fysiska funktioner samt stöd att bevara och – om brukaren önskar – utöka sitt sociala och kulturella nätverk.

Oavsett innehåll ska stödet och servicen ges på sådant sätt att den stärker brukarens tilltro till sin egen förmåga och hjälper den enskilde att maximalt utnyttja sin fysiska, intellektuella, emotionella och sociala förmåga. Stödet och servicen ska anpassas efter den enskildes individuella behov och önskemål samt kontinuerligt anpassas efter rådande omständigheter så att det hela tiden svarar mot brukarens aktuella situation. Grupp- och servicebostädernas verksamhet ska genomsyras av grundtanken att brukaren själv ska få välja hur denne vill leva sitt liv.

Alla grupp- och servicebostäder ska kunna erbjuda aktiviteter som är meningsfulla för brukaren i den egna lägenheten eller vid utevistelser. Det ska även finnas en gemensam lokal som brukaren har tillgång till för aktiviteter utifrån brukarens behov och önskemål. Insatsen ska

RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2026:00140

2026-07-01

Kod: 3.7.0.1

anpassas efter den enskildes behov och kvarboendep principen¹ ska gälla. Omvårdnaden ska kontinuerligt anpassas efter rådande omständigheter så att den hela tiden svarar mot den enskildes aktuella situation. En förutsättning för en sådan utformning av omvårdnaden är att den noggrant planeras, dokumenteras och följs upp.

Information till brukarna

Verksamheten ska tillhandahålla information om verksamheten till brukaren och vid samtycke dennes anhöriga och företrädare. Informationen ska innehålla uppgifter om verksamhetens inriktning, mål, arbetssätt, uppföljning samt kontaktuppgifter till stödperson och ansvarig chef. Verksamheten ska även lämna ut information om möjligheten att lämna synpunkter och annat som bedöms nödvändigt att veta kring verksamheten. Verksamheten ska ge saklig och korrekt information om den egna verksamheten.

Finskt förvaltningsområde

Botkyrka kommun är en finsk förvaltningskommun, det betyder att kommunen bedriver ett särskilt arbete för att främja finska. Alla grupp- och servicebostäder har utifrån det som uppdrag att försöka tillgodose behovet av finskspråkiga medarbetare i största möjliga mån för de personer som önskar tala finska.

Lagar, förordningar och föreskrifter

Verksamheten ska utföras och bedrivas i enlighet med lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetslagen, offentlighets- och sekretesslagen, arbetsmiljölagen, dataskyddsförordningen och övriga, vid varje tillfälle, tillämpliga lagar. Verksamheten ska följa befintlig, och kommande lagstiftning och andra för verksamheten aktuella gällande föreskrifter och allmänna råd.

¹ Kvarboendep principen tillämpas när den enskilde beviljats särskilt boende. Det innebär att denne inte ska behöva flytta ytterligare en gång även om omsorgsbehovet förändras.

RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2026:00140

2026-07-01

Kod: 3.7.0.1

Särskilt viktiga delar inom LSS

I 5 § LSS framgår att verksamhet enligt denna lag ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som har rätt till stöd enligt denna lag. Målet ska vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra.

I 6 § LSS framgår det att verksamheten enligt denna lag ska vara av god kvalitet och bedrivas i samarbete med andra berörda samhällsorgan och myndigheter. 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. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Personer som anges i 1 § LSS har rätt till insatser i form av särskilt stöd och särskild service enligt 9 § 1--9, om de behöver sådan hjälp i sin livsföring och om deras behov inte tillgodoses på annat sätt. Personer som anges i 1 § 1 och 2 har, under samma förutsättningar, även rätt till insatser enligt 9 § 10.

Den enskilde ska genom insatserna i LSS tillförsäkras goda levnadsvillkor. Insatserna ska vara varaktiga och samordnade. De ska anpassas till mottagarens individuella behov samt utformas så att de är lätt tillgängliga för de personer som behöver dem och stärker deras förmåga att leva ett självständigt liv. Detta framgår av 9 § LSS.

Tystnadsplikt och sekretess

Alla grupp- och servicebostäder omfattas av offentlighets- och sekretesslagen och all personal har tystnadsplikt. Ansvarig chef ansvarar för att all personal har god kunskap om offentlighets- och sekretesslagen, och ska regelbundet gå igenom vad den innebär med personalen. Ansvarig chef ansvarar också för att personalen undertecknar en förbindelse om sekretess. Förbindelsen avser den tystnadsplikt som gäller enligt 26 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (OSL) för uppgift om den enskildes hälsotillstånd, personliga tillstånd eller personliga förhållanden. Sekretessförbindelsen ska undertecknas vid varje nyanställning och det är den anställande chefens ansvar att den undertecknas. Ansvarig chef ansvarar för att enhetens personal och ledning lever upp till lagsstiftningen gällande tystnadsplikt.

Diskriminering

Diskrimineringslagen (2008:567) har till ändamål att motverka diskriminering och på andra sätt främja lika rättigheter och möjligheter oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder. Verksamheten ska aktivt arbeta för att motverka diskriminering i enlighet med lagens syfte.

Ledningssystem för kvalitet

Grupp- och servicebostäder ska arbeta utifrån vård- och omsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som motsvarar kraven i SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Med stöd av ledningssystemet ska verksamheterna planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera samt förbättra verksamheten. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Ansvarig chef ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Detta säkerställer att alla arbetar på ett likartat sätt. Ansvarig chef ansvarar för utbildningsinsatser eller andra åtgärder som behöver vidtas för att säkerställa att processer och rutiner följs.

Ledningssystem för kvalitet ska innehålla nedanstående delar:

- **Samverkan**
Samverkan kan ske inom den egna verksamheten, till exempel mellan olika enheter eller andra organisatoriska delar, och mellan olika personalgrupper. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs mellan vårdgivare och andra verksamheter.
- **Synpunkter och klagomål**
Verksamheterna ska dokumentera och behandla alla inkomna synpunkter skriftligt. Alla grupp- och servicebostäder ska arbeta systematiskt med de synpunkter som inkommit från brukare och anhöriga. Återkoppling till brukare eller anhöriga ska ske inom tio dagar. Verksamheterna ska på begäran av ansvarig i kommunen när som helst kunna redovisa vilka synpunkter och klagomål som inkommit och vilka åtgärder som vidtagits med anledning av dessa.

RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2026:00140

2026-07-01

Kod: 3.7.0.1

Verksamheten ska informera om möjligheten att lämna synpunkter och klagomål samt stödja brukaren eller dennes närstående/företrädare i att framföra klagomål till den egna verksamheten eller annan vårdgivare. Om synpunkter och klagomål gäller hälso- och sjukvård kan brukaren eller dennes närstående/företrädare också få stöd av Patientnämnden.

- **Förebygga och upptäcka – lex Sarah och lex Maria**
Verksamheten ansvarar för att det finns rutiner och arbetssätt för att förebygga, upptäcka och åtgärda risker, missförhållanden och vårdskador. Det innebär att vård- och omsorgsnämndens verksamheter behöver ha ett strukturerat arbetssätt för att arbeta förebyggande och att tidigt och regelbundet uppmärksamma och motverka risker/brister i verksamheten som skulle kunna leda till missförhållanden vårdskador gentemot den enskilde.
- **Rapporteringskyldighet – lex Sarah och lex Maria**
Av processerna och rutinerna ska det framgå hur grupp- och servicebostäderna hanterar Verksamheterna ska ha god kännedom om och följa vård- och omsorgsnämndens riktlinjer om avvikelser, missförhållanden och vårdskador enligt lex Sarah och lex Maria. Alla grupp- och servicebostäder ska ha aktuella rutiner och se till att all personal är väl förtrogna med rutinerna.
- **Utreda och avhjälpa – avvikelser, missförhållanden och vårdskador enligt lex Sarah och lex Maria**
Verksamheten har även en skyldighet att skyndsamt avhjälpa, undanröja och utreda avvikelser och vårdskador/missförhållanden/risker för vårdskador/missförhållanden.
- **Sammanställning av risker, rapporter, synpunkter och klagomål**
Verksamheterna ska minst årligen sammanställa inkomna rapporter, klagomål och synpunkter för att kunna se om det finns mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Grupp- och servicebostäder ska fortlöpande utföra riskanalyser för att bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa i verksamheten som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.
- **Egenkontroll**
Grupp- och servicebostäder ska fortlöpande utöva egenkontroll, det vill säga undersöka den verksamhet som bedrivs. Egenkontrollen ska

RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2026:00140

2026-07-01

Kod: 3.7.0.1

göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att enheterna och verksamheten ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

- **Dokumentation av kvalitetsarbetet**
Grupp- och servicebostäder ska dokumentera kvalitetsarbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Kravet på dokumentation omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet, såväl ledningssystemets grundläggande uppbyggnad som det systematiska förbättringsarbetet.
- **Kvalitetsberättelse**
Grupp- och servicebostäder ska på minst verksamhetsnivå dokumentera sitt kvalitetsarbete i en årlig kvalitetsberättelse. Kvalitetsberättelsen ska omfatta hur verksamheten arbetat med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamheternas kvalitet.
- **Patientsäkerhetsberättelse**
Verksamheten ska även beskriva hur de har arbetat för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården. Verksamhetens arbete och resultat sammanställs och dokumenteras i en patientsäkerhetsberättelse på nämndnivå som ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

Organisation och styrning

Av 6 § LSS framgår bland annat att verksamhet enligt lagen ska vara av god kvalitet samt att det ska finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad ska kunna ges.

Av 3 § förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS-förordningen, framgår att för bland annat gruppboende ska det finnas en person med lämplig utbildning som förestår verksamheten.

Av 5 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2002:9) om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS, framgår att med lämplig utbildning enligt 3 § LSS-förordningen avses en högskoleutbildning

RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2026:00140

2026-07-01

Kod: 3.7.0.1

som är relevant för att en person ska kunna förestå verksamheten i en gruppbostad.

Ansvarig chef

Varje grupp- och servicebostad ska ha en utsedd chef som ansvarar för den dagliga driften. Den ansvariga chefen ska finnas i verksamheten och vara tillgänglig i sådan omfattning som krävs för uppdraget (se punkt Bemanning).

Formell kompetens och erfarenhet

Ansvarig chef ska ha:

- Ingående kunskaper om tillämpliga lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd.
- Dokumenterad relevant utbildning om minst 180 högskolepoäng. Äldre relevant högskoleutbildning, som tidigare omfattade ett lägre antal poäng, kommer också att godkännas.
- Minst 24 månaders sammanhängande praktisk erfarenhet av arbetsledning (ekonomi-, personal- och verksamhetsansvar) inom vård- och omsorgsverksamhet under heltid, eller minst 24 månaders sammanhängande praktisk erfarenhet av myndighetsutövning med någon form av arbetsledningsansvar inom funktionsnedsättningsområdet under heltid. Erfarenheten ska vara förvärvad under de senaste tio åren.
- Datorvana, det vill säga att självständigt kunna arbeta med en dator och kunna hantera information via kommunens verksamhetssystem.
- Eftersom arbetet innebär mycket dokumentation och kontakter med brukare och anhöriga ska ansvarig chef ha goda kunskaper i det svenska språket i tal och skrift.

Personal

Ansvarig chef ansvarar för att personalen kontinuerligt får nödvändig kompetensutveckling för att vid varje tillfälle vara lämpade att utföra sina arbetsuppgifter. Verksamheterna ska ha rutiner för att fortlöpande kontrollera att den bemanning som behövs för att utföra uppdraget finns och att personalen har den kompetens som krävs för att utföra uppgifterna. Kraven utgår från SOSFS 2014:2 Socialstyrelsens allmänna råd om kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning.

RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2026:00140

2026-07-01

Kod: 3.7.0.1

Formell kompetens

Minst 75 procent av personalen ska ha relevant utbildning. Relevant utbildning innebär att ha slutfört gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram eller motsvarande enligt Socialstyrelsens krav för den som ska arbeta med stöd, service eller omsorg till personer med funktionsnedsättning. Ansvarig chef svarar för att personal som saknar formell utbildning får tillräcklig, reell kompetens för sina arbetsuppgifter.

Kompetensutveckling

Ansvarig chef ska planera så att personalens kompetens utvecklas samt att utbildningsnivån generellt höjs och att personalen vid varje tillfälle är lämpade att utföra sina arbetsuppgifter. Enheten ska ha en plan för kontinuerlig kompetensutveckling av personalen som även inbegriper för uppdraget relevant vidareutbildning och möjlighet till handledning. Ansvarig chef ska aktivt följa utvecklingen inom sitt verksamhetsområde vad gäller lagstiftning och metodutveckling samt ansvara för att personalen har aktuell kunskap och en individuell kompetensutvecklingsplan.

Verksamheten ska säkerställa att personalen genomgått de utbildningar som kommunen tillhandahåller och som är obligatoriska. Vidare ska enheten delta på de möten som anordnas av central förvaltning och som vänder sig till utförare av insatsen. Enheten står för sina egna personalkostnader i samband med möten och utbildning.

Språkkunskaper

All personal ska behärska det svenska språket på ett sådant sätt att de kan ta emot instruktioner, samtala med brukarna, anhöriga och övrig personal, samt genomföra den dokumentation som krävs. Det innebär kunskaper i svenska motsvarande lägst årskurs nio eller svenska som andra språk grundläggande nivå. Grupp- och servicebostäderna ska erbjuda särskilda insatser för personal som behöver utveckla sina språkkunskaper i svenska.

Grupp- och servicebostäderna ska så långt som möjligt säkerställa att samtal kan ske på ett språk som brukaren förstår och vid behov tillhandahålla tolk. Enheterna ansvarar för att kunna erbjuda språkstöd på minoritetsspråken samt på teckenspråk utifrån de behov brukarna har.

Registerutdrag

Botkyrka kommun har beslutat att alla som anställs inom vård- och omsorgsnämndens verksamheter måste lämna ett registerutdrag från belastningsregistret och misstankeregistret. Registerutdraget får inte vara

RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2026:00140

2026-07-01

Kod: 3.7.0.1

äldre än sex månader. Utföraren ska säkerställa att personal genomgått registerkontroll. Dokumentation om att registerutdrag har visats upp ska bevaras i minst två år från det att anställningen, uppdraget eller praktiktjänstgöringen påbörjades.

Bemanning

Ansvarig chef ska säkerställa att verksamheten är bemannad årets alla dagar med sådan kompetens och sådan personalstyrka att brukarna alltid tillförsäkras en god omsorg. Grupp- och servicebostäderna ska säkerställa att det finns en tydligt utpekad verksamhetsansvarig chef tillgänglig i verksamheten 08.00-17.00, alla vardagar, samt att det är tydligt vem som har motsvarande ansvar under övrig tid. Det ska vara känt för personal, brukare och anhöriga vem denne person eller funktion är.

Bemanningen måste alltid vara sådan att brukare tillförsäkras insatser av god kvalitet utifrån individuella behov. Bemanningen måste anpassas utifrån förändringar i målgruppens behov. Detta kan innebära krav på ökad personalstyrka vid ökat omsorgsbehov, till exempel vid omsorg i livets slutskede. Enheterna ska följa Arbetsmiljöverkets gällande föreskrifter. Ansvaret för arbetsmiljön är arbetsgivarens och kan inte delegeras, enbart uppgifter kopplat till arbetsmiljöarbetet kan fördelas.

Ansvarig chef ska vidta åtgärder så att lagar och regler gällande rast, arbetspassens längd, dygnsvila och veckovila hålls. Ansvarig chef ska även informera sin personal om de lagar och avtal som reglerar de anställdas rättigheter och skyldigheter.

Personalkontinuitet

Grupp- och servicebostäderna ska arbeta aktivt med personalkontinuitet för att skapa trygghet hos brukaren. Grupp- och servicebostäderna ska minimera antalet personal per brukare och se till att brukaren får sitt stöd av ett fåtal personer som hen känner sig trygg med. Brukare ska om möjligt vara med i rekryteringsprocessen

Introduktion

Ansvarig chef ska tillse att nyanställda medarbetare får introduktion och att det finns en skriftlig rutin för introduktion av nyanställda. Ansvarig chef ska säkerställa att nyanställd personal får ett individuellt utformat introduktionsprogram samt introduktion av erfaren personal. Med nyanställd personal avses både tillsvidareanställda och tidsbegränsat anställda.

RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2026:00140

2026-07-01

Kod: 3.7.0.1

Ledsagare och tolk

Enheten ansvarar för att personal eller annan lämplig person, om brukaren behöver det, följer med vid läkar- och tandläkarbesök, besök hos frisör, och andra aktiviteter utanför verksamheten.

Vid behov ska alltid auktoriserad tolk användas. Verksamheten står för kostnaden av tolk. I samband med myndighetsutövning är det Myndighet som anlitar tolk.

Lokaler

Boendet ska vara ändamålsenligt för verksamheten och vara i gott skick samt utrustat för målgrupp och individuella behov. Bostaden ska vara utformad enligt de regler som gäller för bostad med särskild service för vuxna och fungera så hemlikt som möjligt. I verksamheter där läkemedelshantering förekommer ska det finnas ett låsbart förråd för förvaring av narkotiska läkemedel samt individuella låsbara medicinskåp i de lägenheter där de enskilda som behandlas med läkemedel bor.

Grupp- och servicebostäderna ska följa gällande bestämmelser och allmänna råd om systematiskt brandskyddsarbete.

Arbetskläder

Enheterna ska följa gällande föreskrifter från Arbetsmiljöverket och föreskrifter från Socialstyrelsen. Enheterna ska tillhandahålla arbets- och skyddskläder till personalen samt tillgodose att de tvättas och torkas på ett sådant sätt att hygienkraven uppfylls. Med arbetskläder menas kortärmad överdel och en underdel.

Mutor och gåvor

En arbetstagare eller den som utför uppdrag kan dömas för mottagande av muta om denne tar emot gåva, löfte om gåva eller begär en otillbörlig förmån för att utföra sitt arbete, detta följer av 10 kapitlet 5 § Brottsbalken. Det gäller även efter det att anställningen har upphört, exempelvis mottagande av förmån genom testamente. Inom vård- och omsorgsområdet ställs särskilt höga krav på detta och utrymmet för att ta emot gåvor är mycket litet. Undantagsvis kan gåvor såsom en enklare blomma, kakor eller choklad accepteras, i dessa fall ska den enklare gåvan gå till arbetsplatsen kollektivt och inte till enskilda anställda.

RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2026:00140

2026-07-01

Kod: 3.7.0.1

Ansvarig chef ansvarar för att all personal är informerad om förbud mot att ta emot gåva eller förmån. Ansvarig chef ansvarar även för att vidta åtgärder om personal bryter mot detta förbud.

God man, förvaltare eller annan företrädare

Personal inom bostad med särskild service får inte ha uppdrag som förvaltare, god man eller annat uppdrag för brukare som får insatser från verksamheten. Om personalen uppmärksammar att brukaren har behov av god man eller förvaltare ska detta anmälas till handläggare.

Egna medel

Huvudregeln är att brukaren själv bär ansvar för sin ekonomi. Brukaren, dennes ställföreträdare med fullmakt eller god man ska därför i möjligaste mån sköta hanteringen av brukarens privata medel. Om verksamheten uppmärksammar att brukaren har svårigheter att hantera sin ekonomi på egen hand, och saknar hjälp av ställföreträdare med fullmakt eller god man, ska omedelbar kontakt tas med handläggare för att meddela behovet.

I avvaktan på att god man tillsätts får verksamheten i nödfall tillfälligt hjälpa brukaren med ekonomiska göromål för att undvika att brukaren ska hamna i en svår ekonomisk situation. Ansvaret för sådana insatser ligger på ansvarig chef som ska ha rutiner för sparade kvitton och ordnad dokumentation för insatser av denna typ. De pengar som hanteras ska i möjligaste mån begränsas och så få personer som möjligt ska ha tillgång till brukarens privata medel.

Gruppbostaden/servicebostaden ska följa vård- och omsorgsförvaltningens gällande rutiner för hantering av privata medel.

Hot och våld

Verksamheten ska ha metoder och rutiner för att förebygga och förhindra att egen personal såväl som brukaren utsätts för hot, våld och övergrepp.

SKR:s nationella brukarundersökning

Sammantaget nöjd med tjänsten

Alla personer som får stöd enligt socialtjänstlagen (SoL) eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) i Botkyrka kommun har rätt

RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2026:00140

2026-07-01

Kod: 3.7.0.1

att leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Enheterna ska möta Botkyrkabornas behov av stöd för att leva ett självständigt liv. Verksamheten och personalen ska värna och respektera brukarens rätt till privatliv och kroppslig integritet, självbestämmande och delaktighet. Personalen ska respektera brukarens privata sfär, ha ett bra bemötande, anpassa sitt arbetssätt, planering och genomförandet av insatser utifrån individens behov. Brukarens sammantagna nöjdhet mäts i SKR²:s nationella brukarundersökning för personer med funktionsnedsättning.

Självbestämmande

Grupp- och servicebostäderna ska inom ramen för uppdraget från Myndighet utforma insatserna tillsammans med brukaren i enlighet med gällande lagar och föreskrifter. Verksamheterna ska tillgodose brukarens önskemål och ge brukaren möjlighet att påverka och bestämma över sitt eget liv och sin egen tillvaro. Brukaren ska ges inflytande över insatsernas utformning och ha möjlighet att påverka tider för när insatserna ska utföras. Brukarens möjlighet till självbestämmande mäts i SKR:s nationella brukarundersökning för personer med funktionsnedsättning.

Verksamheten ska genom insatsen tillförsäkra den enskilde goda levnadsvillkor. Stöd och service i den dagliga livsföringen som erbjuds den enskilde ska vara individuellt anpassad och av god kvalitet. Insatserna ska kännetecknas av respekt för den enskildes rätt till självbestämmande, inflytande, integritet och delaktighet samt en helhetssyn, kontinuitet och tillgänglighet. Insatserna ska utföras i samråd med den enskilde eller dennes legala företrädare som i största möjliga utsträckning ska ha möjlighet att påverka insatsens utformning.

Tillgänglighet

Verksamheterna i vilka grupp- och servicebostäderna ingår ska vara nåbar via telefon och e-post för såväl brukare, anhöriga som handläggare och andra utförare under den tid verksamheten har ansvar att utföra insatser. Grupp- och servicebostäderna ska säkerställa att det är lätt för brukaren, anhöriga och legala företrädare att komma i kontakt med boendepersonal, ansvarig chef och andra nyckelpersoner i organisationen. Verksamheterna ska säkerställa att information ges på ett tydligt sätt så att brukaren, anhöriga och legala företrädare förstår. Grupp- och servicebostäderna ska säkerställa

² Sveriges Kommuner och Regioner

RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2026:00140

2026-07-01

Kod: 3.7.0.1

att brukaren eller anhöriga och legala företrädare får svar eller återkoppling på frågor så snart som möjligt, dock senast inom två vardagar. Brukaren ska ha kännedom om hur hen kan komma i kontakt med personal och chefer på boendet. Hur brukaren upplever tillgänglighet mäts i SKR:s nationella brukarundersökning för personer med funktionsnedsättning.

Bemötande

Verksamheten ska säkerställa att brukaren, anhöriga och legala företrädare bemöts med värdighet och integritet. Bemötandet ska baseras på hälsofrämjande förhållningssätt samt personcentrerat och behovsorienterat arbetssätt med individens behov i centrum. Hur brukaren upplever bemötande mäts i SKR:s nationella brukarundersökning för personer med funktionsnedsättning.

Hälso- och sjukvård

Den kommunala hälso- och sjukvården är en del av primärvården och ska svara för behovet av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Hälso- och sjukvården ska hålla god hygienisk standard, vara lättillgänglig och bygga på respekt för brukarens självbestämmande och integritet, samt främja goda kontakter mellan brukaren, anhöriga, företrädare, omvårdnadspersonal samt hälso- och sjukvårdspersonalen.

Fast vårdkontakt

En fast vårdkontakt ska utses på patientens begäran eller när det behövs för att säkerställa kontinuitet, samordning och patientsäkerhet i vården. För den kommunala primärvården omfattar det personer som bor i särskilt boende och har kontinuerliga insatser.

Den fasta vårdkontakten är en namngiven person i verksamheten som har ett särskilt ansvar för att vara en tydlig kontakt för patienten samt bidra till att patientens vård planeras, samordnas och följs upp utifrån individuella behov. Den fasta vårdkontakten kan vara en sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som bäst lämpar sig för uppdraget i det enskilda fallet.

I uppdraget ingår att samordna vårdinsatser inom den kommunala hälso- och sjukvården samt, vid behov, initiera och upprätthålla samverkan med

RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2026:00140

2026-07-01

Kod: 3.7.0.1

andra vårdgivare och professioner för att säkerställa en sammanhållen vårdprocess.

Den fasta vårdkontakten ska bidra till kontinuitet i patientens vård, säkerställa att patienten och närstående vet vem som är fast vårdkontakt samt stödja patientens delaktighet och tillgång till information om sin vård. Funktionen innebär också att uppmärksamma förändrade behov och vid behov initiera åtgärder eller samordning när patientens situation förändras. Verksamheten ska en skriftlig rutin för den fasta vårdkontaktens uppdrag.

Habilitering och rehabilitering

Habilitering och rehabilitering på primärvårdsnivå ingår i det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret. Verksamheten ska tillhandahålla rehabiliterande insatser utifrån patientens individuella behov samt daglig träning för att öka möjligheterna för brukaren att ha ett självständigt liv genom att bibehålla och/eller förbättra förmågor och funktioner. Det innebär bland annat att arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut handleder stöd/omsorgspersonalen så att brukarna erbjuds stöd till självständighet och aktivitet i sitt dagliga liv. Verksamheten ansvarar för att, i samverkan med den enskilde, upprätta en individuell plan när habilitering och rehabilitering erbjuds. Av planen ska planerade och beslutade insatser framgå.

Medicintekniska produkter

Det finns överenskommelser för medicintekniska produkter/hjälpmedel som reglerar kostnadsansvaret mellan kommunerna och Region Stockholm. Verksamheten tillhandahåller och bekostar den medicintekniska utrustningen, arbetsteknisk utrustning och de hjälpmedel och förbrukningsartiklar, inkontinensmedel och övrig utrustning som krävs för att fullgöra åtagandet, om inte ansvaret åligger Regionen. Verksamheten ansvarar även för löpande underhåll och service. Medicintekniska produkter och hjälpmedel som inte förskrivs till en namngiven person är att betrakta som grundutrustning alternativt hjälpmedel som individen köper själv.

Hantering, användning och kontroll av hjälpmedel och utrustning ska ske enligt gällande föreskrifter och verksamheten ansvarar för att all personal har kunskaper i användandet samt att instruktioner och nödvändiga tekniska data finns lätt tillgängliga. Verksamheten ansvarar för att utbildning i förflyttningsteknik hålls minst en gång per år samt vid behov för personalen.

Journalföring och arkivering

RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2026:00140

2026-07-01

Kod: 3.7.0.1

Journal ska öppnas på alla som bor på gruppboende eller servicebostad. Patientjournalen har många olika funktioner och ska spegla innehållet i de viktigaste delarna i vården, det vill säga de olika steg i vårdprocessen som sker med patienten. Detta görs utifrån perspektiven bedömning, planering, genomförande, resultat och utvärdering. Väsentliga uppgifter (personuppgifter, anhörigkontakter, läkemedel, överkänslighet osv.) ska dokumenteras redan första dagen.

Verksamheten ansvarar för datasäkerhet, informationssäkerhet och för att verksamheten upprättar rutiner kring hur journaler ska föras i den omfattning som föreskrivs i Patientdatalagen (SFS 2008:355).

Läkemedelshantering

För en säker läkemedelshantering är det viktigt att rutiner kring läkemedelshantering är kända och tillämpas. Gällande lagstiftning, författningar och föreskrifter ska utgöra grunden i rutinerna för verksamhetens läkemedelshantering. Verksamhetens rutiner ska belysa patientsäkerheten, i alla led i läkemedelshantering, från ordination till uppföljning av patientens läkemedelsbehandling.

Verksamheten ska regelbundet låta en extern aktör granska kvaliteten i verksamhetens läkemedelshantering, granskningen ska ske minst en gång per år. Granskningen beställs och bekostas av verksamheten. Eventuella brister ska åtgärdas inom tre månader.

Om ansvarig sjuksköterska efter bedömning/samtycke har tagit över ansvaret för brukarens läkemedel ska de förvaras i ett låsbart förvaringsskåp i lägenheten som endast ska innehålla läkemedel.

Skåpet ska hållas låst och endast personal som har delegering på att överlämna läkemedel ska ha åtkomst. Skåpen bör om möjligt vara av sådan karaktär att det går att spåra vilka som har överlämnat läkemedel till brukaren, dvs skåp med "nyckeltag"

Verksamheten ska säkerställa att det finns tydliga rutiner utifrån nyckelhantering, hantering av batteribyen om skåpen har kodlås, byte av kod, signeringslistor vid hämtning och återlämning av nyckeltag. Det ska även finnas rutiner för rengöring av läkemedelskåpen.

RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2026:00140

2026-07-01

Kod: 3.7.0.1

Läkemedel som är förskrivna på recept eller dosrecept för dosdispensering betalas av den enskilde och omfattas av högkostnadsskyddet.

Delegering

Verksamheten ska bedöma patientsäkerheten när det gäller hur delegeringsprocessen ska se ut till exempel kring vad som kan delegeras, krav på erfarenhet och kunskaper. Verksamheten ska utifrån denna bedömning, samt utifrån gällande författningar och regler, upprätta lokala rutiner för beslut om delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Medicinskt ansvarig sköterska (MAS) ska vid begäran få tillgång till underlag och sammanställningar av genomförda delegeringsbeslut. I underlaget ska det utöver själva delegeringsmaterialet finnas med uppgifter om varje anställds erfarenhet och utbildning samt genomförda/dokumenterade kontroller av lämplighet, kunskaper och färdigheter. Det senare innebär kontroll av både teoretiska kunskaper och praktiska färdigheter. Vid återkallelse av delegering ska MAS informeras.

Egenvård

Vid egenvård gör legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, inom sitt ansvarsområde, en bedömning om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård eller egenvård med hjälp. Egenvårdsbedömningen i sig är att betrakta som hälso- och sjukvård, medan en arbetsuppgift som utförs som egenvård inte är att betrakta som hälso- och sjukvård. Verksamheten ansvarar för att upprätta rutiner för att säkerställa patientsäkerheten i samband med egenvård. Åtgärder som kräver behörig personal, viss sjukvårdsutbildning eller mer omfattande instruktion eller handledd träning betraktas som sjukvård. I detta fall ligger ansvaret kvar hos hälso- och sjukvården.

Munhälsa

Verksamheten ska se till att den enskilde får hjälp med daglig munvård och ansvarar för att upprätta rutiner för att säkerställa en god och säker munhälsa.

Personer med ett omfattande och varaktigt omvårdnadsbehov och personer som omfattas av lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) omfattas av uppsökande verksamhet för munhälsa. Personerna som omfattas har rätt till avgiftsfri munhälsobedömning i hemmet, samt

RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2026:00140

2026-07-01

Kod: 3.7.0.1

nödvändig tandvård, till samma avgift som öppen hälso- och sjukvård. Kostnaden ingår i högkostnadsskyddet. Det är regionen som ansvarar för den uppsökande verksamheten som utförs av tandvårdsföretag som de har avtal med.

Verksamheten är ansvarig för att identifiera personer som omfattas av uppsökande verksamhet och utfärda tandvårdsstödsintyg. Verksamheten ansvarar också för att den som är berättigad till uppsökande verksamhet erbjuds munhälsobedömning en gång per år av regionens anvisade tandvårdsföretag. Verksamheten ska säkerställa att den berättigade ges daglig munvård enligt tandvårdsutförarens rekommendationer. Uppsökande verksamhet innefattar även utbildning och handledning till omvårdnadspersonal. Verksamheten ansvarar för att munhälsoutbildning utförs årligen.

Inkontinens

Vid risk för blåsdysfunktion ska alltid en basal utredning utföras. Material från nikola.nu kan med fördel användas.

Arbetet med utredning, behandling, ordination, dokumentation och utvärdering av inkontinens ska ha medicinska grunder samt följa gällande författningar. Alla utredningar ska involvera såväl patient, närstående som det professionella teamet. Verksamheten ska tillhandahålla förbrukningsartiklar som fortlöpande behövs på grund av allvarlig sjukdom eller efter behandling för sådan sjukdom vid urininkontinens, urinretention eller tarminkontinens.

Medicinsk fotsjukvård

Verksamheten ansvarar för att brukare får medicinsk fotsjukvård i de fall en brukare fått en remiss för detta. Verksamheten ansvarar för att upprätta rutiner för att säkerställa en god och säker fotsjukvård.

Fotvård som syftar till att ge fötterna daglig omsorg, pedikyr eller behandling som inte syftar till att behandla sjukdom eller symtom på sjukdom i foten är att betrakta som individens eget ansvar eller något som stöd/omsorgspersonalen kan utföra. I viss mån kan sådan skötsel även omfatta handvård och nagelvård.

Vård i livets slut och omhändertagande av avlidna

Verksamheten ska följa nationella riktlinjer för palliativ vård samt följa de validerade kunskapsstöd som finns. Vården ska ges i samverkan med

RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2026:00140

2026-07-01

Kod: 3.7.0.1

närstående och så mycket som möjligt utifrån deras önskemål. De närstående måste känna att de får information och att deras närvaro och medverkan är betydelsefull.

Omhändertagande av patienter som avlidit ska ske med stor respekt för den avlidne och med hänsyn till den avlidnes efterlevande. Omhändertagandet ska ske i enlighet med gällande författningar.

Verksamheten är skyldig att ansvara för transport och omhändertagande av avlidna. Den avlidne ska omhändertas och iordningställas inför transport till bårhuset i enlighet med "Handbok för omhändertagande av avlidna inom Region Stockholm".

Verksamheten ansvarar för att upprätta rutiner för vård i livets slut samt för ett korrekt och värdigt omhändertagande i samband med dödsfall.

Rutiner och riktlinjer

Förutom de områden som nämns i uppdragsbeskrivningen ska verksamheten alltid följa de riktlinjer och rutiner som verksamhetens medicinskt ansvariga sjuksköterska beslutat om.

Det är verksamheten som, i samarbete med ansvarig hälso- och sjukvårdsorganisation, upprättar, implementerar och följer upp rutiner gällande hälso- och sjukvård. Rutinerna ska vara kända, lättillgängliga, ändamålsenliga och ska tillämpas i det praktiska arbetet. Det är verksamhetens ansvar att se till att de lokala rutinerna uppdateras utifrån gällande lagstiftning, samverkansöverenskommelser i Stockholms län, gällande riktlinjer, tillgänglig evidensbaserad kunskap etcetera.

Skyldigheter kring uppdraget

Skyldighet att ta emot uppdrag

Verksamheten får inte tacka nej till nya beställningar/uppdrag utan särskilda skäl. Om utföraren av någon anledning inte kan utföra uppdraget så som det var beställt, ska detta skyndsamt och skriftligt rapporteras till ansvarig handläggare.

Förändrat behov

RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2026:00140

2026-07-01

Kod: 3.7.0.1

Enheten får inte tacka nej till befintliga brukare som får ett utökat eller minskat stödbehov.

Inflyttning

Brukaren ska inom angiven tid från det att hen erbjudits bostad tacka ja eller nej. I samband med att brukaren tackat ja upprättar ansvarig chef hyreskontrakt med brukaren och brukaren ansvarar därefter för hyran som betalas i förskott. Brukaren och dennes närstående ansvarar för att bohag och personliga tillhörigheter kommer till bostaden och personal kan vara brukaren behjälplig att få allt på plats i lägenheten.

Gruppboenden/serviceboenden ska ge brukare och deras anhöriga eller företrädare skriftlig information om verksamhetens mål enligt lagen om stöd och service (LSS). Informationen ska ges till brukaren och till dennes närstående och/eller legala företrädare vid visning av lägenheten. Brukaren ska även informeras om sina rättigheter och få upplysningar om vem som är hans stödperson samt ges information om rätten att byta stödperson om så önskas. Stödpersonen ska ha en kontinuerlig dialog med brukaren, och om denne så önskar, med hans närstående/företrädare för framtagande av en första preliminär genomförandeplan.

Hemförsäkring

I hyresavtalet framgår det att en hemförsäkring ska vara tecknad. Verksamheten säkerställer att detta är gjort innan inflyttning. Verksamheten ansvarar för att informera den enskilde eller dennes företrädare om att hemförsäkringen ska täcka skador som brukaren själv orsakar i sin bostad och som inte täcks av kommunens ansvarsförsäkring. Den enskilde tecknar och betalar egen hemförsäkring.

El-abonnemang

Den enskilde tecknar och betalar eget el-abonnemang när sådant krävs.

Nyckelhantering

Verksamheten ska ha säkra rutiner för hantering av enhetens och brukares nycklar eller digitala låssystem. Det ska finnas tydliga rutiner för utlämning och återlämning av nycklar och/eller digitala nycklar (exempelvis tags eller behörighetskort). I verksamheter som har fysiska nycklar ska nycklarna till brukarna förvaras på enheten i låst nyckelskåp.

Enheter som har digitala lås såsom tags eller behörighetskort behöver säkerställa att dessa förses med kod för att komma in på enheten om samma

RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2026:00140

2026-07-01

Kod: 3.7.0.1

nyckel går till läkemedelsskåp och/eller brukarnas lägenheter. Alternativt behövs en unik kod till varje brukares lägenhet samt till läkemedelsskåp. Koderna får inte förvaras synligt i anslutning till den digitala nyckeln. Om det digitala låset inte kan föras med kod behöver enheterna säkerställa att nycklar till enheten inte går till brukares lägenheter eller till läkemedelsskåp och att dessa nycklar i stället förvaras på enheten i låst nyckelskåp.

Verksamheten måste ha rutiner för hur enheten ska gå till väga vid förlust av nycklar, såväl fysiska som digitala. Vid förlust av nycklar i verksamheten ska detta omedelbart redovisas till brukaren eller dennes företrädare och åtgärder för att byta lås eller spärra digitala nycklar ska vidtas skyndsamt. Eventuella kostnader för lås och nycklar som drabbar brukaren på grund av försumlighet hos personal bekostas av verksamheten.

Kontrakt och uppsägning av kontrakt

Kontraktet är ett andrahandskontrakt. Om den boende vill flytta ska hen meddela handläggare och ansvarig chef på boendet. Uppsägningstiden är en månad.

Byte av gruppboende/serviceboende

Brukaren kan byta lägenhet inom gruppboendet/serviceboendet eller flytta till ett annat gruppboende/serviceboende om hen önskar, förutsatt att det finns en lägenhet tillgänglig. Brukaren ska då kontakta myndighet.

Arbetssätt

Utförarens ansvar i en gruppboende/serviceboende

Inflytande, delaktighet och självbestämmande

Brukaren ska kunna vara delaktig i det liv och i den gemenskap som tillkommer alla människor. Gruppboenden/serviceboenden ansvarar för att ge brukaren information om verksamheten och på vilket sätt hen kan utöva inflytande och vara delaktig. Brukaren ska ges största möjliga inflytande och medbestämmande över det stöd som ges och insatserna skall präglas av en hög grad av individualisering. Att ha inflytande innebär dels att kunna bestämma själv i olika vardagssituationer, dels att kunna påverka beslut på olika nivåer. Alla beslut som rör brukaren ska hen själv vara delaktig i. Brukaren har alltid rätt att ta del av dokumentation som rör hen.

Omvårdnaden

RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2026:00140

2026-07-01

Kod: 3.7.0.1

I omvårdnaden ingår att stödja och hjälpa brukaren med dagliga personliga behov som de kan ha svårt att klara själva. Det är en nödvändig del av insatsen för att tillförsäkra den enskilde goda levnadsvillkor. Det finns inte någon allmänt vedertagen definition av omvårdnad enligt LSS och begreppet är sparsamt beskrivet i lagens förarbeten. Omvårdnad kan dock i detta sammanhang ses som ett samlingsbegrepp för allt som en person behöver hjälp med i sin dagliga livsföring. Det innebär att omvårdnad innehåller både stöd och service, och tanken är att den ska tillgodose de enskilda personernas individuella, psykiska, fysiska och sociala behov.

Omvårdnaden kan bestå av praktisk hjälp eller vara av mer vägledande natur – allt utifrån den enskildes behov och förutsättningar. Genom omvårdnaden kan hinder i den dagliga livsföringen undanröjas eller minskas. Omvårdnad ska ges med respekt för den enskildes självbestämmande och integritet och den ska vara flexibel utifrån den enskildes behov och önskemål över tid. Omvårdnad syftar till att underlätta för den enskilde att leva som andra. Oavsett innehåll ska omvårdnaden ges på ett sådant sätt att den stärker den enskildes tilltro till sin egen förmåga.

Omvårdnad kan innebära hjälp med att äta, dricka, förflytta sig, sköta personlig hygien, klä sig, sköta hemmet, tillreda måltider eller att göra ärenden och inköp. I begreppet ligger också aspekter som hjälp med att kommunicera, upprätthålla sociala kontakter, bryta isolering, göra tillvaron begriplig, förutsägbar, och trygg. Det ingår också hjälp att planera framåt, att tillgängliggöra hälso- och sjukvård, habilitering, rehabilitering och tandvård samt att se till att misstankar om övergrepp och andra brott mot den enskilde polisanmäls. Omvårdnaden ska noggrant planeras, dokumenteras och kontinuerligt anpassas efter rådande omständigheter så att den hela tiden svarar mot den enskildes aktuella situation.

Fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter

Grupp- och servicebostäderna ska erbjuda brukaren kultur- och fritidsaktiviteter som är intressanta och passande för hen. Brukaren ska också få stöd att ta del av det kultur- och fritidsutbud som erbjuds i kommunen och i länet i övrigt. Aktiviteterna kan ske enskilt eller i grupp.

Att verka för tillgänglighet kan innebära att se till att det finns god och väl anpassad information om utbudet av olika evenemang och aktiviteter. Det kan också innebära att verka för tillgänglighet i fysisk bemärkelse – dels till själva aktiviteterna, dels till kommunikationer till och från dessa. Syftet är att i största möjliga utsträckning ge människor med omfattande

RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2026:00140

2026-07-01

Kod: 3.7.0.1

funktionsnedsättning möjlighet att leva som andra, det vill säga att de kan ta del av det allmänna fritids- och kulturutbudet utifrån egna förutsättningar både som åskådare till olika evenemang och som aktiva utövare.

Fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter behöver inte alltid ske ute i samhället. Stöd kan även behövas för att få tillgång till musik, film, böcker och nyheter i hemmet. Personalens uppgift kan då vara att förmedla lättlästa böcker och tidningar eller litteratur intalad på band eller i form av punktskrift. Genom lästunder med högläsning kan de som inte själva kan eller orkar läsa få tillgång till böcker, tidningar och samhällsinformation.

Bemötande

Grupp- och servicebostäderna ska ta hänsyn till brukarens samlade livssituation och unika behov, och alltid ha medborgarens fokus. Grupp- och servicebostäderna ska ha ett salutogent synsätt – det vill säga fokusera på de faktorer som främjar hälsa och meningsfullt liv. Verksamheterna ska möta brukaren på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes förmåga, och stärka hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv.

Samarbete med anhöriga, myndigheter och andra vårdgivare

Grupp- och servicebostäderna ska samarbeta med brukarens närstående och företrädare, daglig verksamhet och andra personer som är viktiga för brukaren. Grupp- och servicebostäderna ska även samarbeta med vårdgivare/tjänstepersoner (till exempel primärvården, regionen, handläggare eller andra tjänstepersoner i kommunen) och intresse- och frivilligorganisationer som är viktiga för brukaren.

Smittförebyggande arbete

All personal som arbetar i verksamheter enligt SoL och LSS ska ha kunskap om basal hygien, hur smitta och smittspridning förhindras samt förmågan att omsätta kunskapen i det praktiska arbetet. Där uppgifter utförs på uppdrag av hälso- och sjukvården ska alltid basal hygien tillämpas.

För att säkerställa hög kvalitet i insatserna är det avgörande att aktivt arbeta med att förebygga och förhindra smitta och smittspridning. Det räcker inte att enbart följa de grundläggande hygienkraven i SOSFS 2015:10 samt (AFS 2023:10) utan det krävs också att riskerna hanteras på flera nivåer. Detta inkluderar att ha tydliga rutiner för smittförebyggande arbete och att erbjuda personalen utbildning i hur smitta och smittspridning kan förebyggas och hanteras inom verksamheten.

RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2026:00140

2026-07-01

Kod: 3.7.0.1

Verksamheten har enligt HSLF-FS 2022:44 ansvar för att ta fram tydliga rutiner för att förebygga och förhindra smitta. Dessa ska omfatta ansvarsområden, samverkan med vården, uppföljning av åtgärder, personalinformation, samt information till brukare och deras närstående om arbetet mot smittspridning. Risker för smitta ska analyseras löpande, och åtgärder ska planeras för att minimera dessa. Detta är en del av det systematiska kvalitetsarbetet enligt Socialstyrelsens föreskrifter. Personal ska få utbildning om smittförebyggande åtgärder, basala hygienrutiner, smittvägar och hur dessa bryts. Utbildningen ska vara praktisk och anpassad till verksamhetens förutsättningar, exempelvis arbete i enskilda hem. För att bibehålla och uppdatera kunskaper ska personalen vid behov erbjudas fortbildning, särskilt vid nya rutiner eller förändrad kunskap om smitta.

Individens behov i centrum (IBIC)

Botkyrka kommun arbetar utifrån IBIC (individens behov i centrum) vilket ska prägla arbetet i grupp- och servicebostäderna. Ett individuellt och behovsinriktat arbetssätt ska ligga till grund för bemötande av brukaren och planering av verksamheten. Att arbeta behovsinriktat innebär att insatser utförs med fokus på individens behov, med viss flexibilitet och med en lyhördhet inför andra behov som behöver uppmärksammas och tillgodoses.

I enlighet med IBIC ska personal inom verksamheten dokumentera utifrån ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) ett internationellt fackspråk utvecklat av WHO (World Health Organization). Grupp- och servicebostäderna ska arbeta med individuella mål för varje brukare enligt IBIC. Dessa mål ska framgå av genomförandeplan och utgå från beställningen.

Stödperson och kontinuitet

Stödperson är den av enhetens medarbetare som har ett extra ansvar för samordning av brukarens stöd och hjälp. Grupp- och servicebostäderna ska säkerställa att varje brukare har en stödperson och, vid behov, har möjlighet att byta stödperson. Stödpersonen ska personligen presenteras för brukaren i samband med att insatsen verkställs. Grupp- och servicebostäderna ska säkerställa att samtliga brukare får information om vem som är deras stödperson. En skriftlig rutin för stödpersonens uppdrag ska finnas.

Grupp- och servicebostäderna ansvarar för att:

- Så få personer som möjligt är inblandade i omsorgen så att brukaren får insatser utförda av personal som hen känner igen.

RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2026:00140

2026-07-01

Kod: 3.7.0.1

- Insatserna planeras så att de utförs efter brukarens behov, vanor och rutiner oberoende av vem som utför dem och när de utförs.
- Informera brukaren om den planerade tiden förändras eller om det kommer någon annan personal än vad som planerats.
- Brukaren får en utsedd stödperson och har rätt att byta stödperson när önskemål finns.
- Ha rutin för hur brukaren kan byta stödperson.
- Ha rutin för hur information till brukaren vid byte av tid och/eller personal ska gå till.

Anhörigstöd

Anhöriga är en viktig resurs i all omsorg och de ska känna att de vid behov kan få stöd. Grupp- och servicebostäderna ska arbeta för att ha en nära samverkan med anhöriga. Anhöriga ska bemötas med respekt och känna delaktighet. För anhörigas trygghet är det viktigt att de känner förtroende för boendepersonalen, ledningen och verksamheten.

Grupp- och servicebostäderna ansvarar för att:

- Den anhörige känner sig välkommen att vara delaktig i omsorgen om brukaren samtycker till det.
- Informera om och förmedla kontakt med Botkyrka kommuns anhörigstöd vid behov.
- Möjliggöra att stödperson regelbundet kontaktar anhörig även om inga särskilda händelser har inträffat, om brukaren samtycker till det.

Våld i nära relationer

Grupp- och servicebostäderna ska vara uppmärksam på om brukaren kan vara utsatt för hot och/eller våld. Personalen ska ha kunskap om bemötande och förhållningssätt för dessa situationer samt kännedom om vilket stöd och skydd som finns att tillgå. Verksamheterna ska följa gällande riktlinjer och ha en skriftlig rutin för att uppmärksamma hot och våld i nära relationer.

Social dokumentation och förvaring

Social journal

Grupp- och servicebostäderna ska följa vård- och omsorgsnämndens riktlinjer för social dokumentation. Grupp- och servicebostäderna ansvarar för att dess personal har kunskaper om, och att dokumentation ska ske i

RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2026:00140

2026-07-01

Kod: 3.7.0.1

enlighet med, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

All omsorgspersonal ska föra anteckningar i journal, så att det är möjligt att gå tillbaka i dokumentationen för att kunna följa händelser av vikt och avvikelser i förhållande till genomförandeplanen. I de fall inga avvikelser eller händelser av betydelse har skett under en månads tid görs en månadsanteckning för att förtydliga att allt har genomförts enligt genomförandeplanen och att brukaren mår bra. All dokumentation ska ske utifrån IBIC.

Syftet med all dokumentation är att göra insatserna tydliga för brukaren eller dennes ställföreträdare, att vara ett arbetsredskap för personalen samt att kunna följa upp att brukaren får de insatser som hen har rätt till. Vidare ska dokumentationen vara ett arbetsredskap för att möjliggöra systematisk uppföljning.

Grupp- och servicebostäderna ska dokumentera i enlighet med gällande lagkrav. Verksamheten ska dokumentera hur den insats enligt LSS som den enskilde beviljats verkställs samt den hälso- och sjukvård som ges. Dokumentation ska finnas tillgänglig för berörd personal.

Det ska finnas fungerande rutiner för informationsöverföring mellan arbetspass. I ansvaret för dokumentation ligger bland annat att se till att personalen har kunskap om och följer de regler som gäller och att det finns tid avsatt för dokumentation. Verksamheten ska fortlöpande dokumentera hur arbetet med genomförandet av den enskildes beviljade insatser går och följa upp att arbetet med den enskilde bedrivs på rätt sätt enligt genomförandeplanen.

Grupp- och servicebostäderna ska vidare informera handläggaren om avvikelser från beställning, förändringar i brukarens omsorgsbehov eller andra viktiga förändringar i dennes situation, som kan föranleda behov av åtgärder från handläggaren.

Genomförandeplan

Gruppboenden/serviceboendet ska alltid upprätta en genomförandeplan tillsammans med brukaren utifrån uppdrag/beställning. Om brukaren önskar ska närstående/företrädare vara med vid upprättandet. I genomförandeplanen ska det framgå vilket stöd brukaren har behov av, samt hur hen har utövat inflytande vid planeringen och vilka andra personer som

RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2026:00140

2026-07-01

Kod: 3.7.0.1

deltagit. Om brukaren av olika skäl inte kan eller vill delta i upprättandet är det viktigt att detta framgår både i planen och i journalen. Om den enskilde har hälso- och sjukvårdsinsatser bör samverkan ske med legitimerad personal både internt och externt så att genomförandeplanen upprättas med hänsyn till dessa insatser. Uppföljning av genomförandeplanen ska ske vid förändrade förhållanden, dock minst en gång om året. Genomförandeplanen ska även användas vid uppföljning tillsammans med handläggare på Myndighet.

Grupp- och servicebostäderna ska ha rutiner för hur genomförandeplaner upprättas och hålls aktuella. Grupp- och servicebostäderna ansvarar för att:

- Tillsammans med brukaren omsätta uppdragen i en genomförandeplan.
- Genomförandeplanen ska vara upprättad inom en månad från det att insatsen verkställts.
- Tillsammans med brukaren och/eller dennes företrädare planera för utförandet av insatser.
- I samråd med brukaren revidera genomförandeplanen vid förändrade insatser, önskemål och behov.
- Tillsammans med brukaren följa upp genomförandeplanen vid behov, men som minst en gång per år.
- Upprätta en ny genomförandeplan vid förändringar som är mer bestående än 14 dagar (större som mindre).
- Det i genomförandeplanen framgår hur brukaren har utövat inflytande vid planeringen och vilka andra personer som deltagit.
- Brukaren ska få ett exemplar av genomförandeplanen.

Brukarens individualitet ska synas i genomförandeplan, utförande och uppföljning samt i den löpande dokumentationen. Brukaren ska ha rätt att ta del av innehållet i dokumentationen som gäller denne.

Förvaring

Dokumentation om brukare ska förvaras och gallras i enlighet med gällande lagstiftning och intentioner i arkivlagen och dataskyddslagstiftning.

All dokumentation som rör brukaren ska förvaras på ett betryggande sätt så att obehöriga inte får tillgång till den. Originalhandlingar ska skyddas mot förstörelse, skada och tillgrepp. Verksamheten ska, i samband med att insats ska inledas, inhämta samtycke från brukaren att grupp- eller servicebostaden kan lämna över original eller kopior av dokumentationen som rör brukaren

RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2026:00140

2026-07-01

Kod: 3.7.0.1

till vård- och omsorgsförvaltningens myndighet i samband med individuppföljning eller när Myndighet begär det.

När ett ärende har avslutats i verksamheten och slutanteckning gjorts ska den sociala journalen och den senaste genomförandeplanen skrivas ut och tillföras brukarens utförarakten. Utförarakten får sparas hos enheten i högst två månader och ska därefter överföras till personakten som finns hos Myndighet. Utförarakten ska rensas. Det är av stor vikt att enheterna skickar avslutade utförarakter i tid och rutinemässigt till Myndighet. Detta för att säkerställa att all social dokumentation sammanförs i samma akt.

Digitala system och välfärdsteknik

Användning av digitala system

Grupp- och servicebostäderna ska använda sig av kommunens verksamhetssystem. Verksamheternas uppdrag ges via verksamhetssystemen, och det är också där grupp- och servicebostäderna dokumenterar sitt uppdrag. I sitt uppdrag ska verksamheten använda sig av nedanstående systemmoduler:

Lifecare HSL

Lifecare HSL är ett systemstöd för hälso- och sjukvårdspersonal i deras arbete med patientjournal, journalföring och hantering av delegeringar av hälso- och sjukvårdsinsatser.

Ansvariga chefer lägger upp sina medarbetare i delegeringsmodulen och medarbetaren signerar sitt delegeringsbeslut som kommer från legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Lifecare utförare

Lifecare utförare är ett systemstöd för att verkställa insats, skapa genomförandeplan, läsa och skriva social journal, frånvarorapportera, administrera baspersonal, månadsrapportera samt signera delegeringar. I systemet används även aktivitetsplanering för att kunna planera brukar- och enhetsrelaterade aktiviteter.

Lifecare meddelande

RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2026:00140

2026-07-01

Kod: 3.7.0.1

Lifecare meddelande är ett systemstöd för säker kommunikation mellan grupp- och servicebostäderna och andra verksamheter inom vård- och omsorgsförvaltningen i Botkyrka kommun.

IT-utrustning

Verksamheten ansvarar för datorer och mobiltelefoner som tillhandahålls av förvaltningen.

Om datorer eller mobiltelefoner inte hanteras aktsamt bekostas nyinköp av respektive verksamhet. Förvaltningens IT-funktion tillhandahåller och ansvarar för datorutrustning, nätverk, mobiltelefoner, programvaror och relevant kringutrustning.

Verksamheten ansvarar för samtliga abonnemangs- och trafik kostnader samt kostnader för mobiltelefoner. Verksamheten kommer att informeras om förändrade villkor.

IT-system

För att förvaltningen ska kunna ge support installeras kommunens Mobile Device Management (MDM-verktyg) på verksamhetens mobiltelefoner för administration av kommunens applikationer. Förvaltningens IT-funktion ansvarar för att verksamheten får tillgång till kommunens IT-system och applikationer som är relevanta för utförandet av insatsen.

Inloggning

För åtkomst till kommunens IT-system ansvarar anställande chef för beställning av behörigheter enligt gällande rutiner. Anställande chef ansvarar för att säkerställa att medarbetare kan logga in i kommunens IT-system och använder dessa enligt gällande rutiner.

Utbildning och support

Förvaltningens IT-funktion ansvarar för att tillhandahålla och uppdatera lathundar, rutiner och utbildningsmaterial till samtliga medarbetare. Anställande chef ska ombesörja att medarbetare har kunskap i och kan använda kommunens IT-system och applikationer. Detta genom att följa upp att alla medarbetare genomför utbildningarna.

Förvaltningens IT-funktion ansvarar för andra linjens support när det gäller förvaltningsspecifika IT-system.

Verksamheten ansvarar för att:

RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2026:00140

2026-07-01

Kod: 3.7.0.1

- Beställa nya, ändra och avsluta behörigheter för tillgång till kommunens IT-system och applikationer för alla medarbetare i sin organisation enligt förvaltningens rutiner.
- Beställa ny, ändring och avslut av användare till mobiltelefoner och abonnemang.
- Säkerställa att endast behöriga användare har tillgång till systemen.
- Ha uppdaterad inventarieförteckning över datorer, mobiltelefoner och annan IT-utrustning enligt kommunens rutiner.
- Följa förvaltningens rutiner för support och felanmälan.
- Utbilda användare inom den egna organisationen.
- Delta i informationsmöten som anordnas av förvaltningens IT-funktion och sprida vidare informationen/kunskap/rutiner till den egna organisationen.

Informationssäkerhet

Verksamheterna ansvarar för att säkerställa att personalen använder kommunens IT-system och applikationer enligt Botkyrka kommuns styrdokument. Anställande chef ska kontinuerligt följa upp och kontrollera behörigheter och användaraktiviteter i kommunens IT-system.

Logguppföljning ska ske regelbundet för att följa upp att endast behörig tar del av brukarinformation. IT-funktionen bistår med loggrapport enligt fastställd rutin.

Mobiltelefonen ska förvaras på ett säkert sätt som skyddar mot stöld och skyddas med pinkod. Om mobiltelefonen blir stulen eller borttappad ska den spärras hos mobiloperatören och en polisanmälan ska upprättas samt mobiltelefonen avregistreras i kommunens IT-system.

Hantering av personuppgifter

Botkyrka kommuns vård- och omsorgsnämnd är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som utförs inom nämndens verksamheter. För den praktiska hanteringen är varje chef för sig ansvarig för den personuppgiftsbehandling som utförs inom respektive enhet.

Förändringar

Verksamheten ska vara medveten om att förändringar inom IT sker löpande. Botkyrka kommun ansvarar för att löpande informera om förändringar. Verksamheterna ska skyndsamt anpassa sig till nya arbetssätt och digitala

RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2026:00140

2026-07-01

Kod: 3.7.0.1

verktyg. Verksamheten ska i god tid meddela organisationsförändringar eftersom detta kan komma att påverka kommunens IT-system.

Välfärdsteknik

Varje grupp- och servicebostad ska säkerställa att kompetens inom välfärdsteknik finns i verksamheten i syfte att skapa ett stöd som bidrar till ökad trygghet, delaktighet och självständighet hos brukaren. Om Botkyrka kommun inför och tillhandahåller välfärdsteknik ansvarar varje verksamhet för att använda den.

Trygghet och säkerhet

Identifikation

Verksamheten ansvarar för att anställda alltid bär identifikation på ett sådant sätt att de vid begäran kan visa upp det för brukaren. Identifikationen ska innehålla foto och namn på den anställde.

När brukaren inte öppnar

Verksamheten ansvarar för att det finns rutiner för när en brukare inte öppnar dörren vid överenskommen tid samt att rutinerna är väl förankrade hos all berörd personal.

Riskbedömning

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

Risikanalys ska göras som en del av verksamhetens kvalitetsarbete men även på individuell nivå för varje brukare. En individuell riskbedömning ska även alltid göras i samband med att en ny brukare flyttar in på grupp- eller servicebostaden.

Skyddsåtgärder

RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2026:00140

2026-07-01

Kod: 3.7.0.1

En åtgärd är en skyddsåtgärd under följande förutsättningar: brukaren samtycker till åtgärden, syftet med åtgärden är att skydda, stödja, hjälpa eller aktivera brukaren. Syftet med åtgärden får inte vara att kompensera för personal eller brister i verksamheten.

Skyddsåtgärder ska in i det längsta undvikas men måste ibland få förekomma. Grupp- och servicebostäderna ska arbeta aktivt med att förebygga och undvika de situationer som kan leda till att skyddsåtgärder används. En skyddsåtgärd kan endast genomföras om brukaren samtycker och förstår dess syfte. Grupp- och servicebostäderna ansvarar för att upprätta rutiner för hur dokumentation och beslutsprocessen kring skyddsåtgärder hanteras. Verksamheterna åtar sig att följa Socialstyrelsens meddelandeblad och gällande lagstiftning.

Kris och beredskap

Botkyrka kommun ansvarar för att tillgodose brukarnas behov även under höjd beredskap, krig, katastrof, kris/samhällsstörning eller annan extraordinär händelse. Detta ansvar framgår av vård- och omsorgsnämndens krisplan. Grupp- och servicebostäderna ska i händelse av höjd beredskap eller annan allvarlig händelse i fredstid inordna verksamheterna under kommunens krisledning.

Mat och måltider

I möjligaste mån ska den enskilde delta vid tillagningen av maten. Brukaren har rätt till stöd och hjälp med inköp och tillagning av mat så att denne får näringsriktiga måltider utifrån sina egna behov och önskemål. Måltider ska omfatta frukost, lunch, mellanmål och middag i de fall den enskilde inte deltar i annan verksamhet där aktuellt mål serveras. Så långt det är möjligt ska hänsyn tas till individens önskemål. Den som är i behov av specialkost, ska få stöd och hjälp med detta. Enheten ska sträva efter att ge varje brukare med behov av måltidsstöd positiva matupplevelser.

Gemensamma måltider ska erbjudas till självkostnadspris. Brukaren ska ha möjlighet att inta måltider gemensamt eller enskilt. Personalen behöver ha ett professionellt förhållningssätt till mat och måltider. Det innebär att de råd som ges av personal ska utgå från de officiella kostråden eller individanpassade råd från dietist. Personal kan ge stöd genom att vara förebilder, inspirera och visa på bra alternativ i vardagen. Stöd till

RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2026:00140

2026-07-01

Kod: 3.7.0.1

hälsosamma vanor måste dock alltid ges med största respekt för individens rätt till självbestämmande.

Skriftlig rutin ska finnas för hur personalen ska agera vid exempelvis aptitlöshet, ofrivillig viktförändring hos brukare eller om brukaren inte verkar tillgodogöra sig tillräckligt med näring. Rutinen ska bland annat innehålla hur kontakt tas med brukarens vårdgivare eller primärvård för vidare utredning samt hur utföraren förebygger undernäring.

Livsmedelshantering

All livsmedelshantering ska följa gällande livsmedelslagar och förordningar. Verksamheterna ska även ha dokumenterade rutiner för livsmedelshantering. Personalen ska ha grundläggande matlagningskunskaper samt adekvata kunskaper och dokumenterad utbildning i livsmedelshygien och näringslära. Inom varje enhet ska det finnas utsedd personal som har matfrågor som sitt ansvarsområde.

Tvättning och städning

I omvårdnaden i en bostad med särskild service ingår att stödja den enskilde med att sköta hemmet och planera framåt. I omvårdnad kan även ingå hjälp med tvättning och städning, men inte mot den enskildes vilja. Om det finns risk för att det uppstår en sanitär olägenhet i bostaden så är det viktigt att arbeta pedagogiskt för att försöka förmå den enskilde att ta emot hjälp med städningen.³

Insyn, tillsyn och uppföljning

Uppföljning

Vård- och omsorgsnämnden har det övergripande ansvaret för att följa upp alla verksamheter som utför insatser i Botkyrka kommun. Förvaltningen genomför därför olika typer av uppföljningar och kontroller såsom

³ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2018-6-12.pdf>

RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2026:00140

2026-07-01

Kod: 3.7.0.1

uppföljningar på individnivå, brukarundersökningar, administrativa och ekonomiska uppföljningar, kvalitetsuppföljningar samt uppföljningar av avvikelser, synpunkter och klagomål.

Enheterna ska medverka i nämndens uppföljningar av grupp- och servicebostäder. Företrädare för kommunen som ansvarar för uppföljning har rätt att göra oanmälda och anmälda besök. De har också rätt att ta del av den dokumentation och de underlag som krävs för att kunna följa upp att uppdraget efterlevs och att brukarna får den hjälp de har beviljats. Vid föranmälda uppföljningsbesök ska ansvarig chef, eller dess ersättare, samt minst en representant ur personalen finnas på plats för att svara på uppföljningsansvarigs frågor. För de verksamheter där det finns ett kommunalt hälso- och sjukvårdsansvar ska även en medarbetare från Sjuksköterskeenheten och en medarbetare från Rehabenheten medverka.

Enheten kommer få ta del av sitt resultat efter genomförd uppföljning. Om en avvikelse eller brist upptäcks ska den analyseras och åtgärdas skyndsamt eller inom given tidsram, beroende på dess omfattning. Ansvarig chef ansvarar för att ta fram en åtgärdsplan som beskriver hur bristerna ska rättas till, som översänds till uppföljningsansvarig inom angiven tidsram.

Ansvarig uppföljare bedömer om åtgärdsplanen är tillräcklig och kan begära komplettering om så inte är fallet. Därefter kvalitetsgranskas åtgärdsplanen och godkänns av ansvarig verksamhetschef.

Nedan beskrivs värdering, åtgärd och sanktionsmöjligheter kopplat till kommunens uppföljning.

Värdering	Åtgärd	Sanktion
1. Finns/uppnås	Ingen åtgärd krävs.	Ej aktuellt.

RAPPORT



Vård- och omsorgsnämnden

Dnr: VON/2026:00140

2026-07-01

Kod: 3.7.0.1

Kraven uppnås. Systematik i utförandet och rutiner finns samt används.		
<i>2. Finns delvis/uppnås delvis</i> Kraven uppnås bara delvis. Bra kvalitet men systematik i utförandet och rutiner saknas.	1. En åtgärdsplan tas fram 2. Åtgärder genomförs inom given tidsplan 3. Anmärkningarna kan följas upp vid nästa uppföljning	Ej aktuellt.
<i>3. Finns ej/uppnås ej</i> Kraven uppnås ej. Fel och brister i större omfattning, avsaknad av fungerande arbetssätt och systematik.	1. En åtgärdsplan tas fram 2. Åtgärder genomförs omgående 3. Anmärkningarna följs upp vid nästa uppföljning.	
<i>4. Om kraven ej uppnås vid nästkommande uppföljning</i> Ett flertal stora brister kvarstår och/eller allvarlig kritik från kommunens uppföljare och/eller verksamhetens tillsynsmyndighet.	1. Dialog 2. Omedelbar åtgärd vidtas för att avvikelserna inte ska upprepas. 3. Återrapportering av vidtagna åtgärder till vård- och omsorgsnämnden. 4. En rapport över brister återrapporteras till nämnden som får besluta om påföljder.	Vid upphandling av hemtjänst enligt LOU: 1. Varning om hävning av avtal. 2. Hävning av avtal.