



## Kvalitetskriterier för boende för ensamkommande flyktingbarn och -ungdomar

Dessa kriterier kan tillämpas för boenden för ensamkommande flyktingbarn och -ungdomar. Med boende avses här ett s k HVB-hem, tillståndspliktig yrkesmässigt driven verksamhet eller verksamhet i kommunal regi som inte är tillståndspliktig och ska anmälas till Socialstyrelsen.

Modellen lämpar sig även i vissa delar för verksamheter som inte är att betrakta som HVB-hem, t ex träningsboenden där anställd personal utövar tillsyn av de boende ungdomarna.

### **A. Övergripande: kommun – utförare – arbetsplats**

*Det här avsnittet anger ramarna för driften Socialstyrelsens föreskrifter 2003:20 och 2006:11 har tillämpats.*

#### **1. Avtal och organisation**

1. Aktuella tillstånd från socialstyrelsen finns tillgängliga. Alternativt – vid kommunal verksamhet eller verksamhet som drivs som totalentreprenad åt kommunen - verksamheten är anmäld till socialstyrelsen.
2. Placeringsavtal ska finnas för samtliga boende.
3. Aktuella ramavtal finns tillgängliga.
4. Verksamheten har kännedom om och har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som följer Socialstyrelsens Föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2006:11 beträffande processer och rutiner samt samverkan.
5. Verksamheten har kännedom om och bedrivs utifrån de krav som ställs i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Hem för vård eller boende (SOSFS 2003:20).
6. Verksamheten har en ändamålsenlig organisation och för uppdraget anpassat ledningssystem där ansvar och befogenheter klart framgår.

#### **2. Ekonomi**

Enhetens budget samt regelbunden resultatuppföljning redovisas. Budget bör informeras till medarbetare så att samtliga känner till hur verksamheten styrs ekonomiskt och vilka riktlinjer som ges till verksamheten.

#### **3. Lokaler, ordning och kost**

*Observera att kostkraven gäller de verksamheter som på något sätt serverar, lagar eller förvarar mat på enheten.*



1. Lokalerna är enligt SOSFS 2003:20, 3 kap 1 § väl lämpade för verksamheten, håller en god standard och utgör en trivsamt miljö. De gemensamma lokaler är rena och fräscha.
2. Lokalerna är godkända ur brandsäkerhetssynpunkt.
3. Det råder god ordning på verksamhetens expeditioner.
4. Lokala skriftliga basala hygienrutiner finns. Rutinen ska innehålla instruktioner för handhygien och användning av skyddshandskar vid vissa speciella fall till exempel vid kontakt med blod. Rutinen ska kunna visas upp.
5. Boendet ska erbjuda näringsriktig och varierad kost i tillräcklig omfattning.
6. Namngiven kostombud/ansvarig ska finnas på boendet.
7. Lokala skriftliga rutiner för livsmedelshantering ska finnas. Rutinen ska innehålla egenkontroll med tillhörande granskningslistor (temperatur, rengöring m.m). Den ska också innehålla egen lokal riskanalys över kritiska kontrollpunkter.
8. Avvikelsesrutin beträffande livsmedelshanteringen finns. Avvikelser rapporteras och korrigeras samt en årlig genomgång av kontrollprogrammets funktion genomförs av verksamhetsansvarig.

#### **4 . Arbetsmiljö och medarbetare**

1. Aktuellt kollektivavtal finns tillgängligt och ska kunna uppvisas.
2. En skyddsron ska ha genomförts inom de senaste tolv månaderna.
3. Det finns en utarbetad plan för systematiskt arbetsmiljöarbete.
4. Det finns skriftliga rutiner för anmälan av allvarliga tillbud till arbetsmiljöverket.
5. Det finns skriftliga rutiner för anmälan av personskada till försäkringskassan.
6. Arbetsplatsmöten genomförs minst 10 ggr/år.
7. Personalen kan vända sig till en bakjour och känner till hur bakjourssystemet är uppbyggt.
8. Kontinuerlig schemalagd handledning erbjuds all tillsvidareanställd vårdpersonal.
9. All tillsvidareanställd personal har haft medarbetarsamtal under det gångna året.
10. Personalen har schemalagd tid för överlämning mellan arbetspassen.



11. Utdrag från polisens belastningsregister har gjorts på samtliga anställda det senaste året. Gäller alla anställningsformer.

12. Sekretess- och tystnadsplikten är påskriven av samtliga medarbetare.

13. IT-policyn är påskriven av samtliga medarbetare.

14. Rutin med checklista för introduktion av nya medarbetare finns.

15. Erforderlig ersättarplanering finns med namngiven ersättare.

16. Handlingsplan för systematiskt brandskyddsarbete finns upprättad och all personal har genomgått brandutbildning under de senaste två åren. Utbildningen ska kunna verifieras, men kan innehålla olika utbildningsmoment.

17. Den person som förestår verksamheten uppfyller kraven enligt SOSFS 2003:20 2kap 1§. Utbildningsbevis och CV ska kunna visas upp.

18. Övrig personal har, i enlighet med SOSFS 2003:20 2 kap 2§, adekvat utbildningsnivå och den erfarenhet och personliga lämplighet som krävs för att utföra arbetet enligt de metoder som används samt behärskar det svenska språket i tal och skrift.

## **B. KVALITET**

Avsnitten följer resultaten i Socialstyrelsens och Länsstyrelsens kvalitetsgranskning av HVB för barn och unga - tillsynsrapporterna finns att hitta på [www.socialstyrelsen.se/hvb](http://www.socialstyrelsen.se/hvb).

## **1. Säkerhet**

Under denna rubrik har vi samlat avsnitt som handlar om olika säkerhetsfaktorer, såväl generella för hela verksamheten som specifika för de placerade barnen.

### **1. Nyckel- och Larmhantering**

1. Skriftliga rutiner för nyckelhantering ska finnas. Rutinen ska innehålla riktlinjer för hur det går till när nycklar kvitteras och återlämnas till klienter och medarbetare. Var nycklarna förvaras, vem som är ansvarig och när nycklar till klienternas lägenheter/rum får användas.
2. Det finns låsbart skåp där nycklarna förvaras och inte är identifierbara.
3. Vid användning av larm – tydliga larminstruktioner finns och regelbundna larmkontroller dokumenteras.



## 2. Rutinpärm – bör finnas på varje enhet

1. De senaste versionerna av rutiner, riktlinjer och policydokument ska finnas i pärmen som har förankrats hos personalen under de senaste 12 månaderna. Följande dokument ska finnas samlade i pappersform:
  - a. Arbetsmiljöpolicy
  - b. Diskrimineringslagarna
  - c. Etikpolicy
  - d. Alkohol-och drogpolicy
  - e. Rutinen/direktivet kring sekretess- och tystnadsplikt
  - f. Kris-och beredskapsplan
  - g. Information om enhetens kvalitetssystem
  - h. Riskanalys – generell och individuell
2. Skriftliga rutiner för klagomålshantering skall finnas och verksamhetschef skall kunna redogöra för hur dessa tillämpas. Ansvarig för att klagomålsblanketten når den boende och god man/särskild förordnad vårdnadshavare ska framgå av rutinen.
3. Skriftliga rutiner för händelsehantering ska finnas och vara kända av personalen.
4. Lista med viktiga telefonnummer finns upprättad och tillgänglig. Telefonnummer, både interna och externa, som ofta behövs samt telefonnummer som kan behövas i en akut situation ska finnas samlade på en lista som finns lätt tillgänglig för alla.
5. Verksamhetsberättelse för föregående år och verksamhetsplan för gällande år ska finnas och kunna visas upp.
6. Verksamhetens mål finns tillgängliga för alla medarbetare.
7. En plan för hur barnets bästa inom vården beaktas finns samt rutiner och arbetssätt för att tillgodose barns säkerhet finns. Dessa är kända bland personalen.
8. Interna kvalitetsmål är beskrivna.
9. Rutin för Lex Sarah anmälan finns och är känd bland personalen.

## 3. Hälso-och sjukvård

1. Läkemedel förvaras betryggande i ett låsbart skåp och är uppdelad på respektive boende.
2. Rutin för förvaring av medicin och ett skriftligt godkännande från god man/särskild förordnad vårdnadshavare avseende egen medicinering finns.
3. Delegationer från medicinskt ansvarig sjuksköterska har inhämtats när ett sådant behov finns. Delegationerna skall vara skriftliga, personliga, aktuella och kunna visas upp.

4. Rutin för hur man tar kontakt med läkare/jourläkare och sjuksköterska ska finnas lättillgänglig.
5. Rutin för hur man kontaktar godman/särskilt förordnad vårdnadshavare inför hälsosamtal och/eller läkarbesök finns.

## 2. Barnens delaktighet

1. Husmöten – möten där barnen får komma med egna förslag och synpunkter på utformning av regler/verksamhet – ska ingå som en naturlig del av verksamheten och dessa är dokumenterade.
2. Barnen är alltid med på utformning och revidering av genomförandeplaner, t ex i samband med ett övervägande.
3. Varje barn har en utsedd kontaktperson. Den/dessa håller regelbundna, strukturerade kontaktmannasamtal som vid behov förs med tolk.

## 3. Metodik

1. Boendets uttalade, dokumenterade arbetsmodell ska kunna visas upp.
2. Genomförandeplanen följer denna modell.
3. Resultaten dokumenteras och metoder för uppföljning finns. Aktuell uppföljningsmodell t ex checklistor eller hjälpmedel i journalprogram ska kunna visas upp.
4. Aktuell broschyr om verksamheten som är översatt till de vanligaste förekommande språken finns.

## 4. Dokumentation

*Använd checklistan (bilaga).*

*För att kunna göra journalgranskning i verksamhet med annan huvudman ska ett tilläggsavtal finnas mellan placerande nämnd och utföraren där man överenskommer om att den placerande nämnden har möjlighet att kvalitetsgranska journalföringen hos utföraren utan hinder av sekretess.*

1. Dokumentationen sköts enligt gällande förordningar, allmänna råd och lagstiftning, inklusive SOSFS 2003:20 kap 4 och 5
2. Dokumentationen förvaras betryggande i ett låsbart skåp.



3. Lokala skriftliga rutiner för bevarande och gallring av dokumentation finns.
4. Den senaste versionen av socialtjänstlagen finns tillgänglig på enheten i bok- eller pappersform.

## 5. Integritet

1. Varje barn har ett eget rum. (relevant för asyl- och PUT boenden).
2. Barnet har möjlighet att låsa om sig eller har i vart fall tillgång till ett låst utrymme att förvara sina saker i.
3. En skriftlig rutin ska finnas för inhämtning av tillstånd från godman/sfv om inskränkningar i integriteten bedöms som nödvändiga (t ex genomsökning av ett rum vid misstänkt förvaring av narkotiska medel eller vapen).

## 6. Samverkan

1. Fungerande samverkan med gode män/sfv, socialtjänst samt skola, t ex genom återkommande samverkansträffar finns.
2. De länsövergripande riktlinjerna för socialtjänsten och checklistan för gode män är kända bland personalen.
3. Lokala rutiner för skriftlig och muntlig samverkan med de olika aktörerna finns. Medarbetarna känner till hur informationsöverföringen görs.
4. Verksamheten har en väl fungerande samverkan med uppdragsgivaren (socialförvaltningen).
5. Regelbunden samverkan med sjukvården finns. Personal skall vid behov ha delegation på att ge läkemedel. Protokoll eller minnesanteckning på att möte med ansvarig sjuksköterska ägt rum ska kunna visas upp. Möten ska ske minst 1 gång/år.
6. Genomförandeplanen tydliggör ansvarsfördelningen mellan de olika aktörerna i det enskilda barnets ärende.