

Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård, 2018

**Resultat för Elinsborg Vård och Omsorgsboende,
Stockholm, Spånga-Tensta**

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Rapportens innehåll

Den här rapporten visar resultatet från Socialstyrelsens *Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2018* för din enhet. Rapporten innehåller era resultat, tillsammans med uppgifterna för kommunen, länet och riket. Vi bifogar också en beskrivning av indikatorer och bakgrundsmått där bland annat syftet med indikatorerna och bakgrundsmåtten beskrivs, hur de är beräknade och vilka frågor som använts från enkäten. Sist i rapporten finns information om vilka kommuner som ingår i de olika förvaltningsområdena för minoritetsspråken.

Indikatorerna är numrerade och indelade i olika kvalitetsområden.

I undersökningen deltog 91 procent av de särskilda boendena i hela landet.

Övrig information som rör undersökningen

Socialstyrelsen publicerar också:

- Excelfiler med samtliga resultat från undersökningen.
- Dokument med övergripande resultat på nationell nivå, beskrivning av öppna jämförelser, datainsamlingen, metodbilaga samt en indikatorförteckning.
- Äldreguiden med ett urval av resultaten från Enhetsundersökningen och *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?*

Du hittar all ovanstående information på Socialstyrelsens webbplats, via *Öppna jämförelser*. Där finns också alla enkäter som använts i undersökningen och information om hur du når denna rapport.

Så genomförde vi undersökningen

Hela undersökningen består i år av två enkäter:

- En enkät till hemtjänstenheter som utför insatser till personer 65 år och äldre i ordinärt boende. Två delenkäter kunde besvaras om enheten svarade att de utförde insatser inom hemsjukvård och/eller insatser i servicehus.
- En enkät till permanenta särskilda boenden för insatser till personer 65 år och äldre.

För fjärde året kunde hemtjänstverksamheter som utför insatser på servicehus få besvara en hemtjänstenkät. Personer som bor på servicehus har beslut om särskilt boende, men kan få insatser av ett hemtjänstteam. På servicehuset finns tillgång till kommunal hälso- och sjukvård, eftersom det är en form av särskilt boende. Dessa enkäter inkluderade därför frågor om hälso- och sjukvård.

Om verksamheten utför insatser i form av hemsjukvård i ordinärt boende kunde även en sådan del besvaras med frågor om hälso- och sjukvård.

Undersökningen riktade sig till landets hemtjänstverksamheter som utför insatser enligt 4 kap. 1§ i socialtjänstlagen (2001:453) SoL, till personer 65 år och äldre i ordinärt boende, i några fall även i servicehus.

Varje kommun har utsett en eller flera kontaktpersoner för undersökningen. Inför undersökningens genomförande fick Socialstyrelsen information från dessa personer om aktuella namn på verksamheterna och uppgiftslämnare.

En elektronisk enkät skickades till uppgiftslämnare på respektive enhet i början på mars i år. Efter fem veckor stängdes enkäten och Socialstyrelsen sammanställde resultaten. Därefter fick samtliga uppgiftslämnare en återkoppling av resultaten mellan vecka 21 och 22, då fanns möjlighet att rätta eventuella fel och att besvara enkäten i sin helhet. Den 1 juni 2018 stängdes enkäten slutgiltigt.

Socialstyrelsen ansvarar för redovisningen av data. Institutet för kvalitetsindikatorer AB har genomfört datainsamlingen på uppdrag av Socialstyrelsen.

Anna Ekendahl, utredare och projektansvarig för Enhetsundersökningen om äldreomsorg och Äldreguiden

aldreundersokning@socialstyrelsen.se

Resultat för ert särskilda boende

Uppgifter om enheterna

Tre typer av inriktningar efterfrågades i undersökningen:

- allmän vård och omsorg
- gruppboende för personer med demenssjukdom
- servicehus

Tabell 1. Uppgifter om ert särskilda boende

Nr	Indikator	Er enhet	Andel enheter, procent, kommunen	Andel enheter, procent, länet	Andel enheter, procent, riket
	Regiform	Enskild			
	Enheter som drivs i offentlig regi		0	47	83
Enheten har personal som talar					
	finska	Ja	67	73	43
	meänkieli	Nej	0	4	4
	samiska	Nej	0	1	1

Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2018, Socialstyrelsen.

Sverige har fem officiella minoritetsspråk: finska, jiddisch, meänkieli, romani chib och samiska. För finska, meänkieli (tornedalsfinska) och samiska, är ett antal kommuner utsedda som särskilda förvaltningsområden, se särskilt avsnitt sist i rapporten. Enligt socialtjänstlagen ska dessa kommuner verka för att det finns tillgång till personal med kunskaper i finska, meänkieli eller samiska där detta behövs i omvårdnaden om äldre människor.

Individanpassad vård och omsorg

Vården och omsorgen ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig.

Tabell 2. Självbestämmande och integritet - boråd

Nr	Indikator	Enhet	Andel enheter, procent, kommunen	Andel enheter, procent, länet	Andel enheter, procent, riket
1	Enheter som erbjuder varje person möjlighet att delta i borådsmöten	Nej	33	80	62
1a	Hur ofta erbjuds borådsmöten	Ej aktuellt	Redovisas inte	Redovisas inte	Redovisas inte

Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2018, Socialstyrelsen.

Tabell 3. Självbestämmande och integritet - genomförandeplan

Nr	Indikator	Andel personer procent, enhet	Andel personer, procent, kommunen	Andel personer, procent, länet	Andel personer procent, riket
2	Personer med en aktuell genomförandeplan	100	80	96	91
3	Personer med dokumentation om deras delaktighet i sin genomförandeplan	38	41	89	80

Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2018, Socialstyrelsen.

Tabell 4. Självbestämmande och integritet - aktivitet och träning

Nr	Indikator	Enhet	Andel enheter, procent, kommunen	Andel enheter, procent, länet	Andel enheter, procent, riket
9a	Enhetens erbjudande om tillgång till aktiviteter	Tre till sex gånger per vecka			
9	Enheter har tillgång till träningslokal	Ja	67	67	46
9b	Enhetens erbjudande om tillgång till styrke- och balansträning	En gång i veckan eller oftare			

Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2018, Socialstyrelsen.

Tabell 5. Helhetssyn och samordning – rutiner med anhöriga

Nr	Indikator	Er enhet	Andel enheter, procent, kommunen	Andel enheter, procent, länet	Andel enheter, procent, riket
8	Aktuell rutin för hur personalen samarbetar med anhöriga till personer som får insatser vid enheten	Ja	100	69	45

Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2018, Socialstyrelsen.

Tabell 6. Självbestämmande och integritet – tillgång till utevistelse

Nr	Indikator	Er enhet	Andel enheter, procent, kommunen	Andel enheter, procent, länet	Andel enheter, procent, riket
11	Samtliga boende på enheten har tillgång till utevistelse när de så önskar	Ja	100	94	82

Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2018, Socialstyrelsen.

Tabell 7. Självbestämmande och integritet - måltider

Nr	Indikator	Er enhet	Andel enheter, procent, kommunen	Andel enheter, procent, länet	Andel enheter, procent, riket
5	Enheter har rutiner för genomförande av dygnets alla måltider, inkl. omsorgsmåltid. Rutinen inkluderar aspekterna i FAMM	Nej	67	73	42

Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2018, Socialstyrelsen.

Tabell 8. Självbestämmande och integritet - måltider

Nr	Indikator	Andel personer, er enhet	Andel personer, procent, kommunen	Andel personer, procent, länet	Andel personer, procent, riket
6	Personer med aktuell genomförandeplan som beskriver den äldres önskemål och behov i samband med måltiderna	100	80	90	82

Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2018, Socialstyrelsen.

I Socialstyrelsens rapport "Måltidsmiljö inom särskilda boenden och dagverksamheter" från 2014, beskrivs bakgrunden till valet av de olika indikatorerna som har använts i undersökningen.

Säker vård och omsorg

Vården och omsorgen ska vara säker. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet.

Tabell 9. Trygghet och säkerhet – våld i nära relation och missbruk

Nr	Indikator	Er enhet	Andel enheter, procent, kommunen	Andel enheter, procent, länet	Andel enheter, procent, riket
Enheter har rutiner för hur omsorgspersonalen ska agera					
7a	... vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde har utsatts för våld eller övergrepp av en anhörig/ närstående	Ja	100	67	48
7b	... vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde är beroende av/missbrukar läkemedel	Ja	100	58	33
7c	... vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde är beroende av/missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel (ej läkemedel)	Ja	100	57	34

Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2018, Socialstyrelsen.

Tabell 10. Trygghet och säkerhet – skyddsåtgärder

Nr	Indikator	Andel personer, procent, enhet	Andel personer, procent, kommunen	Andel personer, procent, länet	Andel personer, procent, riket
4	Dokumentation i den enskildes genomförandeplan eller vårdplan om varför den enskilde har skyddsåtgärder	100	27	92	87

Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2018, Socialstyrelsen.

Tabell 11. Trygghet och säkerhet – stödjande utformning av inomhusmiljön

Nr	Indikator	Enhet
10a	Det går att orientera sig med stöd av ledtrådar i omgivningen avseende form, ljus eller färg? (t ex tydlig skyltning, färgkodning)	Ja
10b	Det är lätt att ta sig fram i korridorer utan att komma till en återvändsgränd (alt. om återvändsgränd finns, att den kompenseras med exempelvis en sittgrupp eller hylla med intressanta föremål att ta del av i närheten utan att blockera eventuell branddörr)?	Ja
10c	Det finns tydliga kontraster mellan exempelvis ledstänger, dörrvred och bakgrunden?	Nej

Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2018, Socialstyrelsen.

Tabell 12. Trygghet och säkerhet – stödjande utformning av inomhusmiljön

Nr	Indikator	Enhet	Andel enheter, procent, kommunen	Andel enheter, procent, länet	Andel enheter, procent, riket
10	Enheten har en inomhusmiljö som stödjer den enskilde i dennes dagliga livsföring	Nej	33	32	22

Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2018, Socialstyrelsen.

Tabell 13. Trygghet och säkerhet – vårdplanering

Nr	Indikator	Enhet	Andel enheter, procent, kommunen	Andel enheter, procent, länet	Andel enheter, procent, riket
Enheten har rutiner för hur vårdplanering					
12	... ska genomföras i samverkan med olika aktörer, där det är dokumenterat i journalen hur den enskilde deltagit.	Ja	100	74	61
Rutinen beskriver hur samverkan ska vid vårdplanering ska ske tillsammans med den enskilde och ...					
13	... ansvarig läkare och den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen samt omsorgspersonalen	Ja	100	76	57

Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2018, Socialstyrelsen.

Tabell 14. Trygghet och säkerhet - läkemedelsgenomgångar

Nr	Indikator	Enhet	Andel enheter*, procent, kommunen	Andel enheter*, procent, länet	Andel enheter*, procent, riket
Enheten har rutiner för fördjupade läkemedelsgenomgångar					
14	... där den enskildes delaktighet är dokumenterad i dennes journal	Ja, för alla	100	78	47
Rutinen beskriver hur samverkan ska vid läkemedelsgenomgångar ska ske tillsammans med den enskilde och läkare samt ...					
15	... ansvarig sjuksköterska vid äldreboendet samt omsorgspersonal	Ja, för alla	100	64	40

*Andel enheter som svarat "Ja, för samtliga personer vid enheten".

Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2018, Socialstyrelsen.

Tabell 15. Trygghet och säkerhet - blåsdysfunktion

Nr	Indikator	Andel personer procent, per enhet	Andel personer, procent, kommunen	Andel personer, procent, länet	Andel personer, procent, riket
26	Personer med aktuell (ej äldre än 12 månader) basal utredning avse- ende blåsdysfunktion	Redovisas inte på enhetsnivå	30	69	51
27	Erhållit minst en åtgärd eller behandling utöver individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel eller kateterbehandling	Redovisas inte på enhetsnivå	47	75	74

Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2018, Socialstyrelsen.

Tillgänglig vård och omsorg

Vården och omsorgen ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid och ingen ska behöva vänta oskälig tid på vård och omsorg.

Det finns ingen nationell statistik som beskriver tillgången till personal och inte heller deras utbildning relaterat till verksamhetsnivå. Detta är en uppgift som efterfrågas av allmänheten. Socialstyrelsen har i enkäten ställt frågor om den beräknade tillgången enligt schema. Det går dock inte att tolka uppgifterna utan kunskap om de behov som personalen ska tillgodose. Däremot kan uppgiften tolkas i förhållande till antalet bostäder som personalen enligt schema ska arbeta med. Eftersom sjuksköterskor ofta också arbetar i hemsjukvård, har detta uppdrag också inkluderats för att beskriva hela omfattningen av sjuksköterskans ansvar.

Tabell 15. Tillgänglighet – antal personal

Nr	Indikator	Antal personal, per bostad, per enhet	Antal personal, per bostad, kommunen	Antal personal, per bostad, länet	Antal personal, per bostad, riket
24	Antal omsorgspersonal per antalet bostäder vid enheten, vardagar	Publiceras ej	Publiceras ej	0,28	0,3
25	Antal omsorgspersonal per antalet bostäder vid enheten, helgdagar	Publiceras ej	Publiceras ej	0,26	0,25

Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2018, Socialstyrelsen.

Tabell 16. Tillgänglighet – antal sjuksköterskor

Nr	Indikator	Antal sjuksköterskor per bostad, per enhet	Antal sjuksköterskor per bostad, kommunen	Antal sjuksköterskor per bostad, länet	Antal sjuksköterskor per bostad, riket
22	Antal sjuksköterskor per antalet bostäder vid enheten plus eventuella hemsjukvårdspatienter, vardagar	0,133	0,085	0,05	0,038
23	Antal sjuksköterskor per antalet bostäder vid enheten plus eventuella hemsjukvårdspatienter, helgdagar	0,067	0,041	0,011	0,006

Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2018, Socialstyrelsen.

Kunskapsbaserad vård och omsorg

Vården och omsorgen ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet.

Tabell 17. Kunskapsbaserad verksamhet – personal och utbildning

Nr	Indikator	Andel personal, procent, er enhet	Andel personal, procent, kommunen	Andel personal, procent, länet	Andel personal, procent, riket
20	Omsorgspersonal med adekvat utbildning, vardagar.	21	52	79	81
21	Omsorgspersonal med adekvat utbildning, helgdagar.	17	49	76	78

Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2018, Socialstyrelsen.

Tabell 18. Kunskapsbaserad verksamhet – nationella kvalitetsregister

Nr	Indikator	Er enhet	Andel enheter, procent, kommunen	Andel enheter, procent, länet	Andel enheter, procent, riket
16	Registrering och användning av resultaten i Senior alert	Ja	100	76	77
17	Registrering och användning av resultaten i SveDem	Nej	0	2	3
18	Registrering och användning av resultaten i BPSD	Nej	33	55	65
19	Registrering och användning av resultaten i Palliativregistret	Ja	100	75	69

Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2018, Socialstyrelsen.

Beskrivning av indikatorer och bakgrundsmått

– Särskilda boende

Nedan beskrivs de indikatorer och bakgrundsmått som tagits fram för särskilda boenden i *Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2018*. För att underlätta läsarens orientering är varje indikator och bakgrundsmått numrerad. Samma numrering som används i tabellerna i denna rapport, används också i Excelfilerna som finns på Socialstyrelsens webbplats.

Nr 1 Boråd	
Indikatornamn	Erbjudande om boråd
Indikator/mått	Enheter som erbjuder varje person möjlighet att delta i borådsmöten.
Kvalitetsdimension	Individanpassad
Kvalitetsområde	Självbestämmande och integritet
Indikatorsområde	Boråd
Syfte	Boråd är ett forum och ett tillfälle för de boende att tillsammans med andra medboende vara delaktiga i gemensamma frågor.
Målvärde	Enheten erbjuder de boende möjlighet att delta i borådsmöten.
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 6. Erbjuder enheten varje person 65 år och äldre med verkställda beslut om permanent särskilt boende möjlighet att delta i så kallade "borådsmöten"? Svarsalternativ: Ja/nej. Definitioner: Borådsmöten kan t.ex. handla om att planera för gemensamma aktiviteter eller att bestämma matsedel för den kommande veckan. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på frågan. På enhetsnivå redovisas svar enligt svarsalternativen. Antalet enheter som svarat ja delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och riket Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom särskilt boende i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	

Nr 1a Intervall, boråd	
Bakgrundsmått	Erbjudande om boråd enligt intervall
Indikator/mått	Enheter som erbjuder varje person möjlighet att delta i borådsmöten enligt intervall
Kvalitetsdimension	Individanpassad
Kvalitetsområde	Självbestämmande och integritet

Nr 1a	Intervall, boråd
Indikatorsområde	Bakgrundsmått
Syfte	Boråd är ett forum och ett tillfälle för de boende att tillsammans med andra medboende vara delaktiga i gemensamma frågor
Målvärde	Ett bakgrundsmått har inget målvärde
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Bakgrundsmåttet bygger på följande enkätfrågor: 6. Erbjuder enheten varje person 65 år och äldre med verkställda beslut om permanent särskilt boende möjlighet att delta i så kallade "borådsmöten"? Svarsalternativ 1: Ja/nej, 6a. Om ja, hur ofta erbjuds personerna vid enheten att delta i "borådsmöte"? Svarsalternativ: En gång i veckan eller oftare, mer sällan än en gång i veckan men minst en gång i månaden mer sällan än en gång i månaden men minst en gång i halvåret mer sällan än en gång i halvåret Definitioner: Borådsmöten kan t.ex. handla om att planera för gemensamma aktiviteter eller att bestämma matsedel för den kommande veckan. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på frågan. På enhetsnivå redovisas svar enligt svarsalternativen. Redovisas ej för kommun, län och rike. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och riket Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom särskilt boende i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	

Nr 2	Genomförandeplan
Indikatornamn	Aktuell genomförandeplan
Indikator/mått	Andel personer med aktuell (ej äldre än sex månader) genomförandeplan
Kvalitetsdimension	Individanpassad
Kvalitetsområde	Självbestämmande och integritet
Indikatorsområde	Genomförandeplan
Syfte	En genomförandeplan är en överenskommelse med den enskilde och ett praktiskt redskap för personalen i sitt arbete. Syftet är att skapa en tydlig struktur för det praktiska genomförandet och för uppföljningen av en beslutad insats.
Målvärde	Samtliga personer har en aktuell genomförandeplan. För att vara aktuell ska planen inte vara äldre än sex månader.
Typ av indikator	Process
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 1. Ange antal personer 65 år och äldre vid enheten med verkställda beslut om permanent särskilt boende, den 1 mars 2018. 7. Av antalet personer 65 år och äldre vid enheten med verkställda beslut om permanent särskilt boende, ange antal med en aktuell genomförandeplan, den 1 mars 2018. Svarsalternativ: Antal Definitioner: Fråga 1: Här avses personer 65 år och äldre med verkställda beslut om särskilt boende enligt 4 kap. 1 § SoL. Fråga 7: En genomförandeplan är en dokumenterad planering

Nr 2 Genomförandeplan	
	som beskriver hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras för den enskilde. Planen är aktuell om den utformats för mindre än sex månader sedan eller följts upp/uppdaterats av utföraren under de senaste sex månaderna, dvs. efter den 1 september 2017. Uppföljningen ska ha noterats i genomförandeplanen eller journalen. En person kan ha flera genomförandeplaner, räkna antal personer som har minst en aktuell genomförandeplan. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att antalet i fråga 7 är lika högt som antalet i fråga 1. Enhetsnivå: Antal personer med aktuell (ej äldre än sex månader) genomförandeplan (täljare) delat med antalet personer vid enheten (nämnare). Övriga nivåer: Täljare: aggregerat svar fråga 7. Nämnare: aggregerat svar fråga 1. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och riket Mätperiod: 1mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom särskilt boende i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS

Nr 3 Delaktighet i sin genomförandeplan	
Indikatornamn	Delaktighet i sin genomförandeplan
Indikator/mått	Andel personer med en plan som innehåller dokumentation om hur personen deltagit vid upprättande eller förändring av sin genomförandeplan.
Kvalitetsdimension	Individanpassad
Kvalitetsområde	Självbestämmande och integritet
Indikatorsområde	Genomförandeplan
Syfte	Socialtjänstens insatser ska utformas och genomföras tillsammans med den enskilde. Det är viktigt att arbetet planeras, bedrivs målriktat och följs upp tillsammans med den enskilde. En gemensam planering ökar förutsägbarheten för den enskilde. Dokumentationen om hur den enskilde deltagit vid planeringen, visar att det förekommer ett ställningstagande till hur verksamheterna säkerställer den enskildes delaktighet och planering av insatserna. Detta kan stärka den enskildes inflytande vilket jämnar ut maktbalansen mellan de aktörer som beslutar eller utför insatser och de personer som får insatserna.
Målvärde	Samtliga personer ska ha en dokumentation om dennes delaktighet i sin genomförandeplan.
Typ av indikator	Process
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 1. Ange antal personer 65 år och äldre vid enheten med verkställda beslut om särskilt boende enligt 4 kap. 1 § SoL. 7a. Av dessa, hur många har en plan med dokumentation om hur den enskilde har deltagit vid upprättande eller förändringen av planen? Svarsalternativ: Antal Definitioner: Fråga 1: Här avses personer 65 år och äldre med verkställda beslut om särskilt boende enligt 4 kap. 1 § SoL. Fråga 7a: Det ska vara dokumenterat i genomförandeplanen hur den enskilde deltagit. En person kan ha flera genomförandeplaner, personer med minst en aktuell genomförandeplan inkluderas. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att antalet i fråga 7a är lika högt som antalet i fråga 1.

Nr 3	Delaktighet i sin genomförandeplan
	Enhetsnivå: Antal personer med dokumenterad delaktighet i sin genomförandeplan (täljare) delat med antalet personer vid enheten (nämnare). Övriga nivåer: Täljare: aggregerat svar fråga 7a. Nämnare: aggregerat svar fråga 1. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och riket Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom särskilt boende i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Socialtjänstlagen (2001:453) om hur insatser ska utformas 3 kap. 5 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS Metoder för brukarinflytande och medverkan inom Socialtjänst och psykiatri. En kartläggning av forskning och praktik. Socialstyrelsen 2012.

Nr 4	Dokumentation om varför den enskilde har skyddsåtgärder
Indikatornamn	Dokumentation i den enskildes genomförandeplan eller vårdplan om varför den enskilde har skyddsåtgärder
Indikator/ mått	Enheter för en dokumentation i den enskildes genomförandeplan eller vårdplan om varför den enskilde har skyddsåtgärder.
Kvalitetsdimension	Delaktighet och inflytande
Kvalitetsområde	Självbestämmande och integritet
Indikatorsområde	Dokumentation om skyddsåtgärder
Syfte	Skyddsåtgärder är tillåtna men inte tvångs- och begränsningsåtgärder. En åtgärd kan beroende på hur den används antingen vara en otillåten eller tillåten åtgärd, exempelvis att använda ett brickbord. En åtgärd är att anse som skyddsåtgärd under följande förutsättningar: - Den enskilde ska samtycka till åtgärden. - Syftet med åtgärden ska vara att skydda, stödja, hjälpa eller aktivera den enskilde. Syftet med åtgärden får alltså inte vara att kompensera för brister i verksamheten, som till exempel brister i bemanningen, personalens kompetens eller att verksamheten bedrivs i lokaler som inte är ändamålsenliga. Även om en åtgärd bedöms vara en skyddsåtgärd och därmed tillåten betyder det inte nödvändigtvis att åtgärden är den mest lämpade. Samtliga åtgärder som vidtas inom vården och omsorgen ska vara av god kvalitet och utgå från den enskildes behov och förutsättningar. Därför kan det finnas skäl att både ifrågasätta åtgärdens lämplighet och söka efter mindre ingripande lösningar som en del i arbetet med att ge den enskilde en bra vård och omsorg.
Målvärde	Samtliga personer ska ha en dokumentation om varför de har en skyddsåtgärd i sin genomförandeplan/vårdplan
Typ av indikator	Process
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfråga: 8. Du svarade på fråga 1 att det finns (infoga svar) personer 65 år och äldre vid enheten med verkställda beslut om särskilt boende. Av dessa, hur många har skyddsåtgärder, den 1 mars 2018? Svarsalternativ: Antal 8a. Du svarade på fråga 8 att det finns (infoga svar) personer 65 år och äldre vid enheten, som har skyddsåtgärder. Av dessa, hur många har en dokumentation i sin aktuella genomförandeplan eller vårdplan om varför de har skyddsåtgärder? Svarsalternativ: Antal Definitioner:

Nr 4 Dokumentation om varför den enskilde har skyddsåtgärder	
	Fråga 8a: En genomförandeplan är en dokumenterad planering som beskriver hur en beslutad socialtjänst-insats praktiskt ska genomföras för den enskilde, vad som är planerat att den enskilde ska uppnå (mål), när planen ska följas upp och utvärderas. En person kan ha flera genomförandeplaner. Planerna ska vara aktuella. En vårdplan är en dokumentation av den enskildes vård som beskriver hur olika hälso- och sjukvårds-insatser ska genomföras, vad som är planerat att den enskilde ska uppnå (mål), när insatserna ska följas upp och utvärderas. En person kan ha flera vårdplaner. Planerna ska vara aktuella. Planen är aktuell om den utformats för mindre än sex månader sedan eller följts upp/uppdaterats av utföraren under de senaste sex månaderna. Uppföljningen ska ha noterats i genomförandeplanen eller vårdplanen. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på frågan samt följdfrågan om rutinerna är aktuella. Antalet enheter som svarat ja delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom särskilt boende i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Att förebygga tvångs- och begränsningsåtgärder genom det systematiska kvalitetsarbetet, Socialstyrelsen 2016.

Nr 5 Måltider	
Indikatornamn	Rutiner för genomförande av dygnets alla måltider
Indikator/mått	Enheten har rutiner för genomförande av dygnets alla måltider, inklusive omsorgsmåltid samt aspekterna i FAMM
Kvalitetsdimension	Individanpassad
Kvalitetsområde	Självbestämmande och integritet
Indikatorsområde	Måltider
Syfte	Utformningen av måltidsmiljön och hur måltiderna serveras har betydelse för den enskildes lust att äta och att känna välbefinnande. En beskrivning av hur dygnets alla måltider ska genomföras behövs så att all personal vet vad som ska göras och hur arbetet ska fördelas. FAMM (Five Aspects of Meal Model), beskriver fem viktiga aspekter att ha fokus på för att den äldre ska kunna uppleva nöjdhet och känna sig bekväm under måltiden. Modellen ger ett underlag för utveckling av en rutin för dygnets alla måltider. Omsorgsmåltiden syftar till att understödja det sociala samspillet och ge professionellt stöd, både fysiskt, psykiskt och socialt i samband med måltiderna.
Målvärde	Enheten har aktuella rutiner för hur dygnets alla måltider ska genomföras där omsorgsmåltid inkluderas och aspekterna i FAMM har tagits i beaktning
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 14. Har enheten skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin som beskriver hur verksamheten ska genomföra de olika måltiderna under ett dygn? Personer i servicehus är exkluderade i denna fråga. Svarsalternativ: Ja/Nej 14a. Innehåller rutinen följande delar? Dygnet alla måltider.

Nr 5	Måltider
	Svarsalternativ: Ja/Nej 15. Har ni någon gång under perioden 1 mars 2017 till 1 mars 2018 följt upp rutinen? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, då rutinen upprättades nyligen dvs. efter den 1 mars 2017 Definitioner: Rutinen: Det ska framgå hur måltiderna ska genomföras, antingen den äldre väljer att äta för sig själv eller i sällskap med andra. I uttrycket genomföras ingår både planering, genomförande och efterarbete av måltiderna. Vem som ansvarar för vad under dygnets alla måltider ska vara beskrivet. Rutinen ska även inkludera aspekterna i FAMM. FAMM (Five Aspects of Meal Model), enligt Gustafsson 2006, är en modell som beskriver fem viktiga aspekter att ha fokus på för att den äldre ska kunna uppleva nöjdhet och känna sig bekväm under måltiden: 1. Rummet=var individen vill äta sin måltid och hur individen vill att det ser ut runt sin måltid i form av dukning, tillgänglighet i rummet och anpassad funktion på möbler som används. 2. Mat och dryck=vad och när den enskilde vill äta och dricka. 3. Mötet=hur individen vill bli serverad och vilket stöd individen behöver och vill ha under måltiden (individuellt anpassat måltidsstöd). Det inkluderar också med vilka individen vill äta sin måltid. 4. Styr/ledningssystem=förutsättningar finns i form av rutiner och personella resurser för att individens behov och önskemål ska bli tillgodosedda. 5. Tillsammans skapar detta måltidsmiljön eller atmosfären i samband med måltiderna. Individuellt anpassat måltidsstöd: den äldres behov av fysiskt, psykiskt och socialt stöd och hjälp under måltiden har identifierats och vid behov erbjuds sådant stöd av personalen. Den äldres kulturella och religiösa önskemål beaktas också. Aktuella: Rutinen har upprättats eller reviderats under de senaste 12 månaderna, dvs. efter den 1 mars 2017 Ledningsnivå: Den nivå inom organisationen som har mandat att besluta om rutiner. Dygnets alla måltider: Frukost, lunch, middag, kvällsmål och mellanmål samt nattmål som ges vid önskemål, omsorgsmåltid. En omsorgsmåltid innebär att personalen deltar i måltiderna vid matbordet tillsammans med de äldre personerna för att ge individuellt anpassat måltidsstöd. Omsorgsmåltiden syftar inte till att personalen ska äta sin lunch eller middag. Att symboliskt dela måltid genom att lägga en mindre mängd mat på tallriken syftar främst till att personalen ska fungera som så kallad "role model" (levande modell) men också för att kunna ikläda sig rollen som värd eller värdinna vid bordet. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på fråga 14 och 15. Antalet enheter som svarat ja delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom särskilt boende i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Måltidsmiljö inom särskilda boenden och dagverksamheter – Förslag till indikatorer, Socialstyrelsen 2014. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

Nr 6 Måltider, genomförandeplan	
Indikatornamn	Personer med aktuell genomförandeplan med information om den äldres önskemål och behov i samband med måltiderna.
Indikator/mått	Andel personer med aktuell genomförandeplan som innehåller information om den äldres önskemål och behov i samband med måltiderna.
Kvalitetsdimension	Individanpassad
Kvalitetsområde	Självbestämmande och integritet
Indikatorsområde	Måltider
Syfte	Genomförandeplanen är ett redskap för att dokumentera individens specifika behov och önskemål i samband med måltiderna. Den ger underlag för ett strukturerat arbetssätt och möjliggör kontinuitet för den enskilde.
Målvärde	Alla personer vid enheten ska ha en genomförandeplan som beskriver den äldres önskemål och behov i samband med måltiderna.
Typ av indikator	Process
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 1. Ange antal personer 65 år och äldre vid enheten med verkställda beslut om permanent särskilt boende, den 1 mars 2018. 16. Ange antal personer 65 år och äldre vid enheten (fråga 1) med en aktuell genomförandeplan som innehåller en beskrivning av önskemål och behov i samband med måltiderna, den 1 mars 2018. Svarsalternativ: Antal Definitioner: Genomförandeplanen ska inkludera när och vad den enskilde vill äta och hur och var den enskilde vill ha sin mat serverad. Studier indikerar att det är viktigt att personalen ges redskap för att systematiskt inkludera individernas önsksningar runt måltidsmiljön och att planera för hur dessa ska genomföras. Eventuellt behov av individuellt anpassat måltidsstöd finns beskrivet. En genomförandeplan är aktuell om den utformats eller följs upp/uppdaterats för mindre än sex månader sedan, dvs. efter den 1 oktober 2017. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att antalet i fråga 16 är lika högt som antalet i fråga 1. Enhetsnivå: Antal personer med aktuell (ej äldre än sex månader) genomförandeplan (täljare) delat med antalet personer vid enheten (nämnare). Övriga nivåer: Täljare: aggregerat svar fråga 16. Nämnare: aggregerat svar fråga 1. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och riket Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom särskilt boende i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Måltidsmiljö inom särskilda boenden och dagverksamheter – Förslag till indikatorer, Socialstyrelsen 2014.

Nr 7a-c Rutiner för att förebygga ohälsa	
Indikatornamn	Rutiner för hur omsorgspersonalen ska agera: a) vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde har utsatts för våld eller övergrepp av en anhörig/närstående b) vid misstanke eller upptäckt av att den enskilde är beroende av/ missbrukar läkemedel c) vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde är beroende av/missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande

Nr 7a-c Rutiner för att förebygga ohälsa	
	medel (ej läkemedel)
Indikator/ mått	Enheten har aktuella rutiner för hur omsorgspersonalen ska agera: a) vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde har utsatts för våld eller övergrepp av en anhörig/närstående) b) vid misstanke eller upptäckt av att den enskilde är beroende av/ missbrukar läkemedel c) vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde är beroende av/missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel (ej läkemedel)
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Rutiner för att förebygga ohälsa
Syfte	Genom tidig upptäckt av ett behov hos den enskilde och därefter åtgärd, är det möjligt att förebygga ohälsa. Skriftliga rutiner för hur personalen ska fråga och agera vid indikation på ohälsa kan vara ett stöd för personalen att agera, helst innan de som berörs har tagit allvarlig skada. Omsorgspersonalen har en viktig roll i detta sammanhang och är ofta den personalgrupp som först kan observera tecken på att allt inte står rätt till och agera riskförebyggande.
Målvärde	Enheten har rutiner enligt indikator 9a-c
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 17. Har enheten den 1 mars 2018 skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner som beskriver hur omsorgspersonalen ska agera; a) Vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde har utsatts för våld eller övergrepp av en anhörig/närstående b) Vid misstanke eller upptäckt av att den enskilde är beroende av/ missbrukar läkemedel c) Vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde är beroende av/missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel (ej läkemedel) Svarsalternativ: Ja/Nej Definitioner: Rutiner innebär att personalen vet vem eller vilka personer som kontaktas när det finns behov av eller stöd för ställningstagande till lämplig åtgärd. Det kan handla om kontakt med enhetschefen, ansvarig biståndshandläggare eller sjuksköterska. Rutinerna beskriver ett i förväg bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska genomföras. Här avses egna lokala skriftliga rutiner eller gemensamma skriftliga rutiner som kommunen har tagit fram för sina verksamheter. Rutinen ska vara aktuell dvs. har antingen upprättats, följts upp och vid behov reviderats efter den 1 mars 2017. Ledningsnivå avser den nivå inom organisationen som har mandat att besluta om rutiner. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på de olika frågorna samt frågan om rutinerna är aktuella (fråga 16). Antalet enheter som svarat ja delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom särskilt boende i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Nr 8	Rutiner för samarbete med anhöriga
------	------------------------------------

Nr 8 Rutiner för samarbete med anhöriga	
Indikatornamn	Aktuell rutin för hur personalen samarbetar med anhöriga till personer som får insatser vid enheten
Indikator/ mått	Enheten har aktuella rutiner för hur omsorgspersonalen ska samarbeta anhöriga till personer som får insatser vid enheten
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Helhetssyn och samordning
Indikatorsområde	Rutiner för samarbete med anhöriga
Syfte	Anhöriga spelar i regel en mycket viktig roll för den enskilde och kan bidra med viktigt information om den enskildes olika behov av vård och omsorg. Anhöriga är i många fall en viktig samarbetspartner för personalen, vilket kan underlätta deras möjlighet att göra ett bra arbete för att tillgodose den enskildes behov.
Målvärde	Enheten har rutiner enligt indikator 10
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfråga: 19. Har ni den 1 mars 2018 en skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för hur personalen kan samarbeta med anhöriga till personer som får insatser vid enheten? Svarsalternativ: Ja/Nej 19a. Har ni någon gång under perioden 1 mars 2017 till den 1 mars 2018 följt upp rutinen? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, då rutinen upprättades nyligen, dvs. efter den 1 mars 2017 Definitioner: Rutinerna beskriver ett i förväg bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska genomföras. Här avses egna lokala skriftliga rutiner eller gemensamma skriftliga rutiner som kommunen har tagit fram för sina verksamheter. Rutinen ska vara aktuell dvs. har antingen upprättats, följts upp och vid behov reviderats efter den 1 mars 2017. Ledningsnivå avser den nivå inom organisationen som har mandat att besluta om rutiner. Här används begreppen anhörig och närstående på samma sätt som i regeringens proposition Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående (Prop. 2008/09:82 s. 11 och 12). Enligt propositionen avses med närstående den person som tar emot omsorg, vård och stöd. Den som ger omsorg, stöd eller vård benämns anhörig eller annan person. Annan person är i det här sammanhanget någon utanför familjekretsen, till exempel en vän eller granne. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på fråga 19 och 19a. Antalet enheter som svarat ja delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom särskilt boende i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Socialstyrelsens vägledning "Stöd till anhöriga – vägledning till kommunerna för tillämpning av 5 kap. 10 § socialtjänstlagen", s. 11

Nr 9 Träningslokal	
Indikatornamn	Tillgång till träningslokal
Indikator/mått	Andel enheter med tillgång till träningslokal
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet

Nr 9	Träningslokal
Indikatorsområde	Aktivitet och träning
Syfte	Tillgång till en träningslokal förbättrar förutsättningarna för den äldres träning.
Målvärde	Att det finns ett särskilt utrymme för träning
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 10. Har personer 65 år och äldre med verkställda beslut om permanent särskilt boende, tillgång till en träningslokal som ligger nära och som lätt kan nås (utgå från hur det var under januari, februari 2018)? Svarsalternativ: Ja/nej Definitioner: I träningslokalen ska det till exempel vara möjligt att träna kondition, styrka och balans. Träningslokalen behöver inte vara en separat byggnad eller rum men en tydligt avgränsad yta som är tillgänglig för just träning. Med lätt att nå menas att lokalen är lättillgänglig även för personer med funktionsnedsättning och med behov av t.ex. gånghjälpmedel eller rullstol. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på frågan. Antalet enheter som svarat ja på frågan delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: januari, februari 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom särskilt boende i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	

Nr 9a	Aktiviteter
Bakgrundsmått	Tillgång till aktiviteter
Mått	Andelen enheter som erbjuder tillgång till aktiviteter
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Bakgrundsmått
Syfte	Syftet med aktiviteten är att bidra till en aktiv och meningsfull tillvaro.
Målvärde	Finns inget målvärde för bakgrundsmått
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Bakgrundsmåttet bygger på följande enkätfrågor: 9. Hur ofta erbjuder enheten personer 65 år och äldre med verkställda beslut om permanent särskilt boende tillgång till olika aktiviteter (utgå från hur det var under januari, februari 2018)? Svarsalternativ: sju gånger i veckan eller oftare, tre till sex gånger per vecka en till två gånger per vecka minst en gång i månaden mer sällan än en gång i månaden eller inte alls Definitioner: Aktivitetserna sker tillsammans med andra personer i boendet under ledning av anställd personal eller av andra externt engagerade personer till exempel musiker eller frivilligarbetare. Exempel på gruppaktivitet: bingo, utflykter, matlagning, biblioteksbesök eller gruppgymnastik.

Nr 9a	Aktiviteter
	Beräkning: Enheter: Redovisas antalet gånger som enheten erbjuder aktiviteter Övriga redovisningsnivåer: Redovisningsnivå: Enheter Mätperiod: mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom särskilt boende i landets kommuner..
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	

Nr 9b	Styrke- och balansträning
Bakgrundsmått	Enheter erbjuder styrke- och balansträning
Indikator/mått	Hur ofta personer med beslut om särskilt boende på enheten har tillgång till styrke- och balansträning
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Bakgrundsmått
Syfte	Fysisk aktivitet är en del av ett riskförebyggande arbete. Träning ger hälsovinster för äldre på i stort sett samma sätt som för yngre personer.
Målvärde	Finns inget målvärde för bakgrundsmått
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Bakgrundsmåttet bygger på följande enkätfrågor: 11. Hur ofta har personer 65 år och äldre med verkställda beslut om permanent särskilt boende, tillgång till regelbunden styrke- och balansträning som leds av personal (utgå från hur det var under januari, februari 2018)? Svarsalternativ: en gång i veckan eller oftare minst en gång i månaden mer sällan än en gång i månaden eller inte alls Beräkning: På enhetsnivå redovisas antal gånger som enheten kan erbjuda tillgång till fysisk aktivitet. Redovisningsnivå: Enheter. Mätperiod: mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom särskilt boende i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	

Nr 10 (abc)	Stödjande utformning av inommiljön
Indikatornamn	Stödjande utformning av inommiljön
Indikator/mått	Enheter har en inommiljö som stödjer den enskilde i dennes dagliga livsföring
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Stödjande utformning av inommiljön

Nr 10 (abc) Stödjande utformning av inomhusmiljön	
Syfte	Många äldre tillbringar en stor del av sin tillvaro inom äldreboendet och utformningen av inomhusmiljön är därför central för de som bor där. En väl genomtänkt miljö som är tydlig, lätt att tolka och förstå kan underlätta för personer med kognitiva och sensoriska funktionsnedsättningar, och har betydelse för deras välbefinnande.
Målvärde	Enhetens inomhusmiljö är utformat på ett sätt som stödjer den enskilde i dennes delaktighet och välbefinnande i vardagen
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 12. Är enhetens inomhusmiljö utformad så att den stödjer den enskilde genom: a) att det går att orientera sig med stöd av ledtrådar i omgivningen avseende form, ljus eller färg? (t ex tydlig skyltning, färgkodning) b) att det är lätt att ta sig fram i korridorer utan att komma till en återvändsgränd (alt. om återvändsgränd finns, att den kompenseras med exempelvis en sittgrupp eller hylla med intressanta föremål att ta del av i närheten, dock utan att blockera eventuell branddörr)? c) att det finns tydliga kontraster mellan exempelvis ledstänger, dörrvred och bakgrunden? Definitioner: Med inomhusmiljö menas de gemensamma utrymmena. De boendes egna lägenheter ska inte räknas med. Med orientera sig menas att hitta eller känna igen sig i miljön. Med återvändsgränd menas att korridoren slutar med exempelvis en vägg, en stängd dörr eller ett fönster. Korridoren leder inte vidare utan personen behöver vända och gå tillbaka samma väg. Om lokalerna har återvändsgränd kompenseras detta med exempelvis en sittgrupp eller hylla med intressanta föremål att ta del av i närheten, dock utan att blockera eventuell branddörr. Med kontraster menas en tydlig skillnad mellan exempelvis färger eller material. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på fråga 12. Antalet enheter som svarat ja delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: Januari/februari 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom särskilt boende i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Nordin, S., & Wijk, H. (2018) Vårdmiljöns betydelse <i>Social medicinsk Tidskrift</i>, 94 (2), 156-166 Nordin, S., Elf, M., McKee, K. & Wijk, H. (2015). Assessing the physical environment of older people's residential care facilities: the development of the Swedish version of Sheffield Care Environment Assessment Matrix (S-SCEAM). <i>BMC Geriatrics</i>, 15(3). Nordin, S., McKee, K., Wijk, H. & Elf M. (2018). The association between the physical environment and the well-being of older people in residential care facilities: A multilevel analysis. <i>Journal of Advanced Nursing</i>

Nr 11 Tillgång till utevistelse	
Indikatornamn	Tillgång till utevistelse
Indikator/mått	Samtliga boende på enheten har tillgång till utevistelse
Kvalitetsdimension	Individanpassad
Kvalitetsområde	Självbestämmande och integritet

Nr 11 Tillgång till utevistelse	
Indikatorsområde	Utemiljö
Syfte	Möjligheter till utemiljö är ofta beroende av tillgänglighet till en lämplig utemiljö och känslan av trygghet. Utevistelser kan ha flera positiva hälsoeffekter och kan spela en viktig roll i den förebyggande verksamheten, till exempel för att förebygga fallskador och depression. De kan även bidra till ökat välbefinnande och förbättrad sömnkvalitet.
Målvärde	Samtliga boende på enheten har tillgång till utevistelse
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 13. Har alla boende på enheten tillgång till utevistelse när de så önskar genom en trädgård eller park som kan nås utan hinder? Definitioner: Med när de så önskar menas att de kan när de vill få tillgång till en utemiljö oberoende av tillgång till personal, tider eller årstider. Med utevistelse menas en miljö som är utomhus där luften, solljuset och temperatur är annorlunda. Miljön skiljer sig genom naturinslag, årstidsväxlingar och klimat. Enbart tillgång till balkong räknas ej. Med utan hinder menas att det inte finns psykologiska hinder så som att utemiljön känns osäker eller är oattraktiv. Fysiska hinder så som att det är stora avstånd till utemiljön eller att det är svårt att sig fram på grund av exempelvis höjdskillnader. Organisatoriska hinder som att det inte finns tillräckligt med resurser/personal. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på fråga 13. Antalet enheter som svarat ja delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: Januari/februari 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom särskilt boende i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Utemiljöns betydelse för äldre och funktionshindrade, Statens folkhälsoinstitut; 2003. Bengtsson, A. (2015) <i>From experiences of the outdoors to the design of healthcare environments: a phenomenological case study at nursing homes</i>. Dissertation from Department of Work Science, Business Economics and Environmental Psychology, Swedish University of Agricultural Sciences, Alnarp, Lund.

Nr 12 Rutiner för delaktighet vid vårdplanering	
Indikatornamn	Rutiner för hur vårdplanering ska genomföras i samverkan med olika aktörer, där det är dokumenterat i journalen hur den enskilde deltagit.
Indikator/mått	Aktuella rutiner finns för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med olika aktörer. Det är dokumenterat i journal hur den enskilde deltagit.
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Rutiner för säker vård och omsorg
Syfte	En vårdplan upprättas för planering och genomförande av den äldres vård. Syftet är att skapa en tydlig struktur för det praktiska genomförandet och för uppföljningen av de olika insatserna. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Dokumentation om hur den enskilde deltagit vid planeringen, visar att det förekommer ett ställningstagande till hur verksamheterna säkerställer den enskildes delaktighet och planering av insatserna.

Nr 12 Rutiner för delaktighet vid vårdplanering	
Målvärde	Enheten har rutiner
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 22. Har ni den 1 mars 2018 en skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med olika aktörer? 22a. Innehåller rutinen att det ska vara dokumenterat i den enskildes journal hur den enskilde varit delaktig vid vårdplaneringen? Svarsalternativ: Ja/Nej 22d. Har ni under perioden 1 mars 2017 till den 1 mars 2018 följt upp rutinen? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, rutinen upprättades nyligen dvs. efter den 1 mars 2017 Definitioner: Vårdplaneringen dokumenteras i en plan för den enskildes vård som beskriver hur olika insatser ska genomföras, när de ska följas upp och utvärderas. Här inkluderas även den plan som beskrivs i SOSFS 2007:10 om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering. Rutinen avser beskriva hur samverkan ska ske i ett övergripande gemensamt handlande på ett organisatoriskt plan för ett visst syfte. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på fråga 22 och 22a samt att den är uppföljd eller upprättad inom det senare året. Antalet enheter som svarat ja delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom särskilt boende i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2007:10). 3 kap 5 § socialtjänstlagen (2001:453)

Nr 13 Rutiner för samverkan vid vårdplanering	
Indikatornamn	Rutiner för hur samverkan vid vårdplanering ska ske tillsammans med den enskilde, ansvarig läkare och kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen samt enhetens omsorgspersonal
Indikator/mått	Aktuella rutiner finns för hur samverkan vid vårdplanering ska ske tillsammans med den enskilde, ansvarig läkare och kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen samt enhetens omsorgspersonal
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Rutiner för säker vård och omsorg
Syfte	En vårdplan upprättas för planering och genomförande av den äldres vård. Syftet är att skapa en tydlig struktur för det praktiska genomförandet och för uppföljningen av de olika insatserna. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Dokumentationen om hur den enskilde deltagit vid planeringen, visar att det förekommer ett ställningstagande till hur verksamheterna säkerställer den enskildes delaktighet och planering av insatserna.
Målvärde	Enheten har rutiner
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 22. Har ni den 1 mars 2018 en skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vård-

Nr 13 Rutiner för samverkan vid vårdplanering	
	planering) ska genomföras i samverkan med olika aktörer? 22b. beskriver rutinen hur samverkan vid vårdplanering ska ske tillsammans med den enskilde, ansvarig läkare och den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen samt enhetens omsorgspersonal? Svarsalternativ: Ja/Nej 22d. Har ni under perioden 1 mars 2017 till den 1 mars 2018 följt upp rutinen? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, rutinen upprättades nyligen dvs. efter den 1 mars 2017 Definitioner: Vårdplaneringen dokumenteras i en plan för den enskildes vård som beskriver hur olika insatser ska genomföras, när de ska följas upp och utvärderas. Här inkluderas även den plan som beskrivs i SOSFS 2007:10 om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering. Rutinen avser beskriva hur samverkan ska ske i ett övergripande gemensamt handlande på ett organisatoriskt plan för ett visst syfte. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på fråga 22 och 22b samt att den är uppföljd eller upprättad inom det senare året. Antalet enheter som svarat ja delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom särskilt boende i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2007:10). 3 kap 5 § socialtjänstlagen (2001:453)

Nr 14 Rutiner för delaktighet vid läkemedelsgenomgång	
Indikatornamn	Rutiner för fördjupade läkemedelsgenomgångar där den enskildes delaktighet är dokumenterad
Indikator/mått	Enheter har aktuella rutiner för fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med olika aktörer, där den enskildes delaktighet är dokumenterad i journalen
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Läkemedelsgenomgångar
Syfte	Målet för en läkemedelsgenomgång är en kvalitetssäkrad läkemedelsbehandling, för att uppnå en ändamålsenlig och säker läkemedelsbehandling och lösa läkemedelsrelaterade problem. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Den enskildes deltagande är viktigt eftersom det kan minska förekomsten av läkemedelsrelaterade problem hos den enskilde.
Målvärde	Enheter har rutiner
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 23. Har ni den 1 mars 2018, tillgång till skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med olika aktörer? 24a. Innehåller rutinen att det ska dokumenteras i den enskildes journal hur den enskilde varit delaktig vid läkemedelsgenomgången? 24d. Har ni någon gång under perioden 1 mars 2017 till den 1 mars

Nr 14	Rutiner för delaktighet vid läkemedelsgenomgång
	2018 följt upp rutinen? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, rutinen upprättades nyligen dvs. efter den 1 mars 2017. Definitioner: Fördjupad läkemedelsgenomgång ska erbjudas till personer som efter en enkel läkemedelsgenomgång har kvarstående läkemedelsrelaterade problem eller där misstankar om förekomst av sådana problem finns. Läkaren ansvarar för att följa upp, uppdatera och ompröva målen för behandlingen som läkemedelsgenomgången resulterade i. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på fråga 23 och 24a samt att den är uppföljd eller upprättad inom det senaste året. Antalet enheter som svarat att rutiner finna alla personer vid enheten delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom särskilt boende i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2012:9). Vägledning för läkemedelsgenomgångar för äldre ordinerade fem eller fler läkemedel, Socialstyrelsen, 2013. SBU. Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras? En systematisk litteraturöversikt. SBU-rapport 193. Statens beredning för medicinsk utvärdering. 2009. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Socialstyrelsen 2015

Nr 15	Rutiner för samverkan vid läkemedelsgenomgång
Indikatornamn	Rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med ansvarig sjuksköterska samt omsorgspersonal
Indikator/mått	Enheten har aktuella rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med olika aktörer. Den beskriver hur samverkan vid läkemedelsgenomgångar ska ske tillsammans med den enskilde och läkaren, ansvarig sjuksköterska vid äldreboendet samt boendets omsorgspersonal.
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Läkemedelsgenomgångar
Syfte	Målet för en läkemedelsgenomgång är en kvalitetssäkrad läkemedelsbehandling, för att uppnå en ändamålsenlig och säker läkemedelsbehandling och lösa läkemedelsrelaterade problem. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Den enskildes deltagande är viktigt eftersom det kan minska förekomsten av läkemedelsrelaterade problem hos den enskilde.
Målvärde	Enheten har rutiner
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 23. Har ni den 1 mars 2018, tillgång till skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med olika aktörer? 24c. Innehåller rutinen en beskrivning av hur samverkan vid läkemedelsgenomgångar ska ske tillsammans med den enskilde och läkaren samt sjuksköterskan som ansvarar för äldreboendet och omsorgspersonalen? 24d. Har ni någon gång under perioden 1 mars 2017 till den 1 mars

Nr 15 Rutiner för samverkan vid läkemedelsgenomgång	
	2018 följt upp rutinen? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, rutinen upprättades nyligen dvs. efter den 1 mars 2017. Definitioner: Fördjupad läkemedelsgenomgång ska erbjudas till personer som efter en enkel läkemedelsgenomgång har kvarstående läkemedelsrelaterade problem eller där misstankar om förekomst av sådana problem finns. Läkaren ansvarar för att följa upp, uppdatera och ompröva målen för behandlingen som läkemedelsgenomgången resulterade i. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja fråga 23 och 24c samt att den är uppföljd eller upprättad inom det senaste året. Antalet enheter som svarat att rutiner finna alla personer vid enheten delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom särskilt boende i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2012:9). Vägledning för läkemedelsgenomgångar för äldre ordinerade fem eller fler läkemedel, Socialstyrelsen, 2013. SBU. Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras? En systematisk litteraturöversikt. SBU-rapport 193. Statens beredning för medicinsk utvärdering. 2009. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Socialstyrelsen 2015

Nr 16,17,18,19 Nationella kvalitetsregister	
Indikatornamn	Registrering och användning av resultaten från nationella kvalitetsregister
Indikator/mått	Enheten registrerar och använder resultaten från de nationella kvalitetsregistren: Senior alert, SveDem, BPSD, Palliativregistret
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad verksamhet
Indikatorsområde	Nationella kvalitetsregister
Syfte	En verksamhet som systematisk följer upp hur väl verksamheten tillgodoser enskildas och grupperns behov har bättre förutsättningar för att bedriva en vård och omsorg av god kvalitet. Det finns olika sätt att bedriva systematisk uppföljning där registrering och användning av resultaten från nationella kvalitetsregister är ett sådant sätt.
Målvärde	Enheten använder resultaten i sin verksamhetsutveckling
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 28. Har ni under det senaste året registrerat insatser på enhetsnivå i följande kvalitetsregister? a. Senior alert b. SveDem c. BPSD d. Palliativregistret Svarsalternativ: Ja/Nej 29. Har ni tagit del av och använt sammanställningen av resultaten för att utveckla verksamheten på enhetsnivå som beskrivs genom följande kvalitetsregister? a. Senior alert b. SveDem

Nr 16,17,18,19 Nationella kvalitetsregister	
	c. BPSD d. Palliativregistret Definitioner: Med att utveckla verksamheten avses att konkreta förändringar införts med syfte att leda till förbättringar i verksamheten för den enskilde (t.ex. ändrat rutiner, erbjudit personalhandledning i uppföljning, erbjudit fler enskilda basala utredningar vid blåsdysfunktion, tillgodosett behov av nya insatser osv). Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat Ja fråga 28 och 29. Antalet enheter som svarat Ja delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom särskilt boende i landets kommuner
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	För information om de olika nationella kvalitetsregistren, se Socialstyrelsens hemsida: http://www.socialstyrelsen.se/register/register-service/nationellakvalitetsregister För goda exempel på hur kvalitetsregister kan förbättra vården och omsorgen: http://kvalitetsregister.se/forbattravarden/godaexempel.2249.html

Nr 20-21 Personalens utbildning	
Indikatornamn	Omsorgspersonal med adekvat utbildning
Indikator/mått	20) Andel omsorgspersonal med adekvat utbildning, vardagar 21) Andel omsorgspersonal med adekvat utbildning, helgdagar
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad verksamhet
Indikatorsområde	Omsorgspersonalens utbildning
Syfte	I syfte att tillgodose de enskildas behov i enlighet med lag, vetenskap och beprövad erfarenhet måste det finnas tillgång till personal med adekvat utbildning.
Målvärde	Samtlig omsorgspersonal har adekvat utbildning
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 21. Ange antal omsorgspersonal vid enheten, enligt schema kl. 9.00 under de två första veckorna i mars månad 2018. Svarsalternativ: Antal omsorgspersonal med adekvat utbildning, vardagar och helger Antal omsorgspersonal utan adekvat utbildning, vardagar och helger Definitioner: Med omsorgspersonal avses all den personal som utför vård- och omsorgsuppgifter inom socialtjänstens äldreomsorg, inklusive delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter t.ex. undersköterskor, vårdbiträden, äldrepedagoger eller silviasystrar. Inkludera även personal med högskoleutbildning inom vård- eller omsorgsområdet som tjänstgör som omsorgspersonal. Adekvat utbildning: är den utbildning som beskrivs i referensen nedan. Inkludera även vissa specialistkompetenser som t.ex. äldrepedagog, silviasystrar eller personal med högskoleutbildning inom vård- eller omsorgsområdet som tjänstgör som omsorgspersonal. Beräkning: 20) Andel omsorgspersonal med adekvat utbildning, vardagar. Täljare: antal omsorgspersonal med adekvatutbildning vardagar. Nämnare: totalt antalet omsorgspersonal vardagar, 21) Andel omsorgspersonal med adekvat utbildning, helgdagar. Täljare: antal omsorgspersonal med adekvat utbildning i snitt helgdagar. Nämnare: totalt antalet omsorgspersonal i snitt helgdagar. Redovisningsnivå: Enheter, kommun, län och riket

Nr 20-21 Personalens utbildning	
	Mätperiod: de två första veckorna i mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom särskilt boende i landets kommuner
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	För information om poängberäkning av de olika utbildningarna, se Socialstyrelsens hemsida: http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/omvardnadslyftet-anvisningar-for-redovisning-2013.pdf . Socialstyrelsens allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar med omsorg om äldre (SOSF 2011:2) och Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS 2012:3).

Nr 22-23 Tillgång till sjuksköterskor	
Bakgrundsmått	Tillgång till sjuksköterskor
Indikator/mått	22) Sjuksköterskor per antalet bostäder, vardagar 23) Sjuksköterskor per antalet bostäder, helgdagar
Kvalitetsdimension	Tillgänglig
Kvalitetsområde	Tillgänglighet
Indikatorsområde	Bakgrundsmått
Syfte	Det behövs vård- och omsorgspersonal för att tillgodose olika behov av vård och omsorg bland personerna i särskilt boende. Antalet relateras till antalet bostäder, vilket ger ett mått på vård- och omsorgsgivarens planering för personaltäthet.
Målvärde	Relateras till behoven. Här är de beskrivna i form av antalet bostäder vid enheten och i förekommande fall också antalet personer i ordinärt boende i behov av insatser.
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Bakgrundsmåttet bygger på följande enkätfrågor: 20. Ange tillgången till antal sjuksköterskor vid enheten, vardagar och helgdagar, enligt schema kl. 9.00, första veckan i mars 2018. Definitioner: Den planerade tillgången anges enligt schema kl. 09.00 vardagar och helgdagar. Sjuksköterskan behöver inte ha varit tillgänglig på plats. För sjuksköterskor anges det totala ansvarsområdet, dvs. även i förekommande fall ansvaret för personer med hemsjukvård i ordinärt boende med aktuella vårdplaner. Här inkluderas även de som sällan har insatser, då detta är personer som kan komma att behöva sjuksköterskans bedömning och åtgärder. Beräkning: Antal sjuksköterskor per antalet bostäder och i förekommande fall också antalet personer i ordinärt boende i behov av insatser. Totalt antal i medeltal per dag, svar fråga 20. Redovisningsnivå: Enhet, kommun, län och riket. Mätperiod: första veckan i mars 2018.
Datakällor	Enkät till enheter inom särskilt boende i landets kommuner
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	2e § HSL och 3 kap 3a § SoL och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:12) om ansvaret för personer med demenssjukdom och bemanning i särskilda boenden. För information om poängberäkning av de olika utbildningarna, se Socialstyrelsens hemsida: http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/omvardnadslyftet-anvisningar-for-redovisning-2013.pdf . Socialstyrelsens allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar med omsorg om äldre (SOSF 2011:2) och Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS

Nr 22-23	Tillgång till sjuksköterskor
	2012:3).

Nr 24-25	Tillgång till vård – och omsorgspersonal
Indikatornamn	Tillgång till omsorgspersonal
Indikator/mått	24) Omsorgspersonal per antalet bostäder, vardagar. 25) Omsorgspersonal per antalet bostäder, helgdagar.
Kvalitetsdimension	Tillgänglig
Kvalitetsområde	Tillgänglighet
Indikatorsområde	Tillgång till vård- och omsorgspersonal
Syfte	Det behövs vård- och omsorgspersonal för att tillgodose olika behov av vård och omsorg bland personerna i särskilt boende. Antalet relateras till antalet bostäder, vilket ger ett mått på vård- och omsorgsgivarens planering för personaltäthet.
Målvärde	Relateras till behoven. Här är de beskrivna i form av antalet bostäder vid enheten och i förekommande fall också antalet personer i ordinärt boende i behov av insatser.
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Bakgrundsmåttet bygger på följande enkätfrågor: 21. Ange antal omsorgspersonal, med och utan adekvat utbildning vid enheten, vardagar och helgdagar enligt schema kl. 9.00 under de två första veckorna i mars månad 2018. Definitioner: Omsorgspersonal är den personal som utför vård- och omsorgsuppgifter inom socialtjänstens äldreomsorg, inklusive delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter t.ex. undersköterskor, vårdbiträden, äldrepedagoger eller silviasysstrar. Inkludera även personal med högskoleutbildning inom vård- eller omsorgsområdet som tjänstgör som omsorgspersonal. Adekvat utbildning: är den utbildning som beskrivs enligt angiven referens nedan. Beräkning: Antal omsorgspersonal per antalet bostäder vid enheten, vardagar och helgdagar. Totalt antal i medeltal per dag, svar fråga 21. Redovisningsnivå: Enhet, kommun, län och riket. Mätperiod: de två första veckorna i mars månad 2018.
Datakällor	Enkät till enheter inom särskilt boende i landets kommuner
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	2e § HSL och 3 kap 3a § SoL och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:12) om ansvaret för personer med demenssjukdom och bemanning i särskilda boenden. För information om poängberäkning av de olika utbildningarna, se Socialstyrelsens hemsida: http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/omvardnadslyftet-anvisningar-for-redovisning-2013.pdf . Socialstyrelsens allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar med omsorg om äldre (SOSF 2011:2) och Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS 2012:3).

Nr 26	Basal utredning om blåsdysfunktion
Indikatornamn	Basal utredning avseende blåsdysfunktion
Mått	Andel personer i permanent särskilt boende med aktuell (ej äldre än 12 månader) basal utredning avseende blåsdysfunktion
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet

Nr 26	Basal utredning om blåsdysfunktion
Indikatorsområde	Blåsdysfunktion
Syfte	Utredning av blåsdysfunktionen är grunden för en effektiv behandling.
Målvärde	Samtliga personer med blåsdysfunktion har en aktuell basal utredning
Typ av indikator	Process
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 25. Av antalet personer 65 år och äldre i permanent särskilt boende (fråga 1), ange antal personer med blåsdysfunktion, den 1 mars 2018. 26. Av antalet personer som bedömts ha blåsdysfunktion (fråga 25), ange antal med en aktuell basal utredning avseende blåsdysfunktion. Svarsalternativ: Antal Definitioner: Med några enkla frågor är det möjligt att ta reda på om en person har en blåsdysfunktion. Angelägna frågor är om personen: • läcker urin • använder inkontinenshjälpmedel • har färre än fyra eller fler än åtta blåstömningar per dygn • har flera nattliga blåstömningar (nokturi) • har ett eller flera av följande symtom: svårt att komma igång med blåstömningen, svag stråle, behöver krysta för att tömma blåsan, upplever att blåsan inte blir riktigt tömd, urinen kommer i flera omgångar • efterdropp efter avslutad tömning. I en basal utredning ingår vanligen anamnes, status, urinmätning, läckagemätning, dryckesmätning, mätning av residualurin samt en kartläggning av den äldre personens blåstömningens mönster. Alla moment behöver eller kan inte alltid ingå. Utredningens omfattning avgörs av den enskilde personen tillsammans med ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal. Det ingår också att utesluta att blåsdysfunktion är orsakat av en medicinsk orsak som kan kräva konsultation av läkare. Aktuell basal utredning: för att vara aktuell ska utredningen eller uppföljningen inte vara äldre än 12 månader, dvs. vara genomförd efter den 1 mars 2017. En utredning kan ersättas av en uppföljning, förutsatt att en basal utredning ligger till grund för tidigare åtgärder. En årlig uppföljning innebär att förskrivaren kontrollerar att symtomen inte har förändrats sedan föregående utredning och att hjälpmedlet fortfarande fungerar tillfredsställande. Beräkning: Kommun, län och rike: Andel personer i permanent särskilt boende med aktuell (ej äldre än 12 månader) basal utredning avseende blåsdysfunktion den 1 mars 2018. Täljare: svar fråga 26. Nämnare: svar fråga 25. Län och rike: Andel personer i permanent särskilt boende i länet/riket med aktuell (ej äldre än 12 månader) basal utredning avseende blåsdysfunktion den 1 mars 2018. Täljare: aggregerat svar fråga 26. Nämnare: aggregerat svar fråga 24. Redovisningsnivå: Kommun, län och riket Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom särskilt boende i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre, SBU 2013 Kunskapsunderlag om urininkontinens: http://www.socialstyrelsen.se/oppnajakforelser/aldreomsorg. Blåsdysfunktion hos äldre personer – Indikatorer vid urininkontinens och andra symtom vid vård av äldre personer i särskilt boende eller hemsjukvård, Socialstyrelsen 2016.

Nr 27 Åtgärd vid blåsdysfunktion	
Indikatornamn	Erhållit minst en åtgärd eller behandling utöver individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel eller kateterbehandling
Mått	Andel personer i permanent särskilt boende som erhållit minst en åtgärd eller behandling utöver individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel eller kateterbehandling
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Blåsdysfunktion
Syfte	Alla personer med blåsdysfunktion kan få hjälp med sin ohälsa eller besvär från de nedre urinvägarna. Ofta handlar det om relativt små och enkla åtgärder som är lätta att genomföra och kan minska onödigt lidande hos den enskilde.
Målvärde	Samtliga personer med behov har fått minst en åtgärd eller behandling utöver individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel eller kateterbehandling
Typ av indikator	Resultat
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 26. Av antalet personer som bedömts ha blåsdysfunktion (fråga 25), ange antal med en aktuell basal utredning avseende blåsdysfunktion. 27. Du svarade på fråga 26 att det finns (infoga svar) personer 65 år och äldre med aktuell basal utredning avseende blåsdysfunktion. Av dessa, hur många har erhållit minst en åtgärd eller behandling utöver individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel eller kateterbehandling, den 1 mars 2018? Svarsalternativ: Antal. Definitioner: Exempel på åtgärd eller behandling är regelbundna toalettbesök, anpassning av toalett-miljön, lokal östrogenbehandling, blåstråning, toalettassistans. Målet är att samtliga personer med blåsdysfunktion ska ha fått minst en åtgärd eller behandling initierad, utöver individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel. Räkna ej med kateterbehandling eller individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel i detta sammanhang. Beräkning: Kommun, län och rike: Andel personer i permanent särskilt boende med individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel den 1 mars 2018. Täljare: svar fråga 27. Nämnare: svar fråga 26. Län och rike: Andel personer i permanent särskilt boende i länet/riket med individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel den 1 mars 2018. Täljare: aggregerat svar fråga 27. Nämnare: aggregerat svar fråga 26 Redovisningsnivå: Kommun, län och riket Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom särskilt boende i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre, SBU 2013 Kunskapsunderlag om urininkontinens: http://www.socialstyrelsen.se/oppnajakamforelser/aldreomsorg. Blåsdysfunktion hos äldre personer – Indikatorer vid urininkontinens och andra symtom vid vård av äldre personer i särskilt boende eller hemsjukvård, Socialstyrelsen 2016.

Förvaltningsområden

Sverige har fem officiella minoritetsspråk: finska, jiddisch, meänkieli, romani chib och samiska. För finska, meänkieli (tornedalsfinska) och samiska finns ett antal kommuner utsedda som särskilda förvaltningsområden, enligt 6 och 18 §§ lag (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk. Förvaltningsområdena presenteras nedan, och där har enskilda utökad rätt till exempelvis vård och omsorg på det egna språket.

Samiska förvaltningsområden	Förvaltningsområden för meänkieli	Finska förvaltningsområden	
Arjeplog	Gällivare	Botkyrka	Oxelösund
Arvidsjaur	Haparanda	Borlänge	Pajala
Berg	Kalix	Borås	Sandviken
Dorotea	Kiruna	Degerfors	Sigtuna
Gällivare	Pajala	Enköping	Skinnskatteberg
Härjedalen	Övertorneå	Eskilstuna	Smedjebacken
Jokkmokk		Fagersta	Skövde
Kiruna		Finspång	Solna
Krokom		Gällivare	Stockholm
Lycksele		Gävle	Sundbyberg
Malå		Göteborg	Sundsvall
Sorsele		Hallsthammar	Surahammar
Storuman		Haninge	Södertälje
Strömsund		Haparanda	Tierp
Umeå		Huddinge	Trelleborg
Vilhelmina		Hofors	Trollhättan
Åre		Håbo	Trosa
Älvdalen		Hällefors	Uddevalla
Östersund		Kalix	Umeå
		Karlskoga	Upplands Väsby
		Kiruna	Upplands-Bro
		Köping	Uppsala
		Lindesberg	Västerås
		Ludvika	Älvkarleby
		Luleå	Örebro
		Malmö	Österåker
		Mariestad	Östhammar
		Motala	Övertorneå
		Norrköping	
		Norrtälje	
		Nykvarn	

Källa: <http://minoritet.se/>