



LILLA EDETS  
KOMMUN

## Kallelse Socialnämnden

Tid: onsdag 26 januari 2022 kl. 08:00

Plats: Östra Roten, kommunhuset i Lilla Edet

### Ärenden

### Föredragande

#### Formalia

- 1 Upprop
- 2 Val av justerare och tid för justering
- 3 Godkännande av dagordning
- 4 Anmälan av jäv

#### Ärenden

- 5 Stämmingsansökan, särskilt förordnad  
vårdnadshavare  
**Sekretess!**

Jennica Bodenfors,  
familjehemssekreterare  
Kl: 08:00

**Zara Blidevik (M)**  
Ordförande



## Kallelse Socialnämnden

Tid: onsdag 26 januari 2022 kl. 09:00

Plats: Östra Roten, kommunhuset i Lilla Edet och via Teams

### Ärenden

### Föredragande

#### Formalia

- 1 Upprop
- 2 Val av justerare och tid för justering
- 3 Godkännande av dagordning
- 4 Anmälan av jäv

#### Ärenden

- |    |   |          |   |
|----|---|----------|---|
| 5  | Patientsäkerhetsberättelse 2021   | 2021/434 | Karin Arnoldsson,<br>MAS<br>Kl: 09:00                       |
| 6  | Öppna jämförelser centrala uppgifter för<br>vård och omsorg, funktionshinder samt<br>kommunal hälso- och sjukvård | 2021/363 | Ralja Angelis,<br>verksamhetsutvecklare<br>Kl: 09:15        |
| 7  | Information om påbörjade<br>välfärdsteknikprojekt   | 2022/2   |   |
| 8  | Redovisning av externa platser<br>funktionsstöd 2022  | 2022/4   | Camilla Karlsson,<br>verksamhetschef<br>VoO/Fh<br>Kl: 10:00 |
| 9  | Redovisning av köpt extern vård för barn<br>och unga IFO 2022   | 2022/5   | Pernilla Sundemar,<br>verksamhetschef IFO<br>Kl: 10:05      |
| 10 | Information<br><br>- Covid-19   |          |   |
| 11 | Anmälan av inkomna skrivelser   |          |   |
| 12 | Redovisning av delegationsbeslut  |          |   |

**Zara Blidevik (M)**

Ordförande



## Socialnämndens arbetsutskott protokoll 2022-01-12

### § 15

#### **Patientsäkerhetsberättelse 2021**

Dnr SON 2021/434

#### **Sammanfattning**

Enligt Patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) är en vårdgivare skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Syftet med lagen är att främja en hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården genom att förebygga att patienter drabbas av vårdskador samt tydliggöra vårdgivarens ansvar. För att uppfylla kravet i lagen ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse där det framgår hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka resultat som har uppnåtts samt vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten.

#### **Beslutsunderlag**

Tjänsteskrivelse daterad 2021-12-29

Patientsäkerhetsberättelse 2022

#### **Arbetsutskottets beslutsförslag till Socialnämnden**

Socialnämnden godkänner patientsäkerhetsberättelsen för 2022.

Beslutet expedieras till

Karin Arnoldsson, MAS

Beslutet skickas för kännedom till

Camilla Karlsson, verksamhetschef

Lotte Mossudd, sektorchef



## Patientsäkerhetsberättelse 2022

Dnr SON 2021/434

### Sammanfattning

Enligt Patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) är en vårdgivare skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Syftet med lagen är att främja en hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården genom att förebygga att patienter drabbas av vårdskador samt tydliggöra vårdgivarens ansvar. För att uppfylla kravet i lagen ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse där det framgår hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka resultat som har uppnåtts samt vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten.

### Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse daterad 2021-12-29  
Patientsäkerhetsberättelse 2022

### Arbetsutskottets beslutsförslag till Socialnämnden

Socialnämnden godkänner patientsäkerhetsberättelsen för 2022

Karin Arnoldsson  
MAS  
karin.arnoldsson@lillaedet.se

Beslut expedieras till  
Karin Arnoldsson, MAS

Beslutet skickas för kännedom till  
Camilla Karlsson, verksamhetschef  
Lotte Mossudd, sektorchef



LILLA EDETS  
KOMMUN

# Patientsäkerhetsberättelse

## Lilla Edets Kommun

### 2021



2021-12-21  
Karin Arnoldsson, Medicinsk ansvarig sjuksköterska  
Dnr SON 2021/434

## Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik.

Patientsäkerhetsberättelsen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Lilla Edets kommun har börjat arbetet med att ta fram en lokal handlingsplan enligt den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

*PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §*

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

# Innehåll

SAMMANFATTNING .....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	5
Övergripande mål och strategier .....	5
Organisation och ansvar .....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	6
Informationssäkerhet .....	7
En god säkerhetskultur .....	7
Adekvat kunskap och kompetens .....	7
Patienten som medskapare .....	8
AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	9
Dygnsfasta .....	9
Palliativ vård .....	10
Avvikelsehantering .....	11
Patientsäkerhetskultur .....	12
Basala hygienrutiner .....	13
Samverkan .....	13
Läkemedelshantering.....	13
Nära vård .....	13
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	13
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	14
Säker vård här och nu .....	14
Riskhantering .....	14
Stärka analys, lärande och utveckling.....	14
Avvikelser.....	14
Klagomål och synpunkter.....	15
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	15
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	16

## SAMMANFATTNING

Under 2021 har den kommunala hälso- och sjukvården likt 2020 kraftigt påverkats av Covid-19 och dess följder. Gällande Covid-19 har verksamheterna under 2021 arbetat efter samma princip som föregående år, det vill säga genom att hela tiden följa de råd och rekommendationer ansvariga myndigheter kommunicerat, dock givetvis med kommunala förtydliganden och anpassningar för att vården ska kunna bedrivas på ett tryggt och säkert sätt. Kommunledning och sektorsledning har under året haft regelbundna möten kring Covid-19.

Under första kvartalet 2020 var det svårt att tillgodose personalen med godkänd skyddsutrustning, detta är något verksamheterna inte haft problem med under 2021 då tillgången på skyddsutrustning varit god. Under året har ett beredskapslager med skyddsutrustning byggts upp, detta för att ha beredskap för eventuell brist av skyddsutrustning hos leverantörerna men även för att stärka kommunens beredskap inför eventuella nya pandemier och kriser.

Tack vare att personalen fått mer kunskap kring hygien och andra skyddsåtgärder har verksamheterna klarat fall av covid-19 i de olika verksamheterna utan att sprida smittan vidare, tidigare års Covid-team har därför inte behövts startats upp under 2021.

Screening och smittspårning är något som krävt stora resurser från de olika verksamheterna men även detta tillhör nu det nya normala. Fram till sommaren 2021 utfördes egentester i egen regi på Ekaråsen, detta kunde efter sommaren avvecklas tack vare samverkan med en av kommunens vårdcentraler som har varit och är behjälpliga med provtagning måndag till fredag, det vill säga i samma utsträckning som när kommunen själva tog hand om provtagningen.

Den kommunala hälso- och sjukvården har prioriterat vaccination mot Covid-19 och under november månad 2021 hade alla patienter inom den kommunala hälso- och sjukvården som önskat erbjudits och fått dos 3 med vaccin mot covid-19. Även den personal som önskat fick dos 3 med vaccin mot Covid-19 under november månad. Vaccinationen kommer pågå fortlöpande månadsvis för att säkerställa att varje patient som önskar snabbt ska kunna erbjudas vaccin.

2021 har likt föregående år medfört att vissa delar av det övriga patientsäkerhetsarbetet inte genomförts som planerat. Till exempel har kostombudsträffar och hygienombudsträffar inte genomförts på samma sätt som tidigare år. Hygienombuden har i stället deltagit på ombudstäff med Vårdhygien i NU-sjukvården och kostombuden har gått en webbaserad utbildning kring kostens roll för äldre anordnat av Västra Götalandsregionen. Under 2021 har även ett helt nytt digitalt signeringssystem införts för att säkerställa att delegerade uppgifter utförs och signeras på ett patientsäkert sätt. Utöver sedvanliga patientsäkerhetsmätningar har även en ny mätning genomförts, ”HALT”, som är ett verktyg för att samla data om vårdrelaterade infektioner, förekomst av riskfaktorer hos vårdtagare och antibiotikaanvändning. 2021 har varit utmanande, men trots det medfört att alla verksamheter som arbetar med kommunal hälso- och sjukvård både blivit mer kompetenta och fått erfarenhet kring hur man arbetar patientsäkert samtidigt som en pandemi pågår och samtidigt som hela hälso- och sjukvården förändras i och med omställningen till ”Nära vård” som pågår i hela landet.

2022 kommer troligtvis likt 2021 handla mycket om Covid-19, men under kommande år behöver den kommunala hälso- och sjukvården ändra en stor del av fokus från Covid-19 med blicken mot det övriga patientsäkerhetsarbetet för att kunna arbeta mer hälsofrämjande och proaktivt.



# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada” har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

## Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



## Övergripande mål och strategier

*PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §*

Sektor socialtjänsts kvalitetsledningssystem enligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) är till största delen klart och fyllt med de rutiner som behövs för att kunna bedriva verksamheten. En ny processkartläggning pågår dock för att 2022 skapa en ännu tydligare struktur för ett systematiskt patientsäkert arbetssätt som ska implementeras i verksamheterna.

En del av patientsäkerhetsarbetet i Lilla Edets kommun är att förhindra vårdskador och onödigt lidande för patienterna. Kontinuerliga mätningar inom flera olika kvalitetsområden genomförs och analyseras årligen med hjälp av olika verktyg och arbetssätt, exempelvis genom avvikelshantering, egenkontroller, riskanalyser och klagomålshantering. Rutiner kring detta finns i kvalitetsledningssystemet som nås av alla medarbetare i kommunen. För att skapa en så transparent verksamhet som möjligt och för att ge allmänheten insyn i hur den kommunala hälso- och sjukvården bedrivs kommer även möjligheten kring hur kvalitetsledningssystemet kan vara öppet för allmänheten ses över under 2022.

## Organisation och ansvar

*PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1*

Varje medarbetare ska ges förutsättningar för att kunna utföra sitt arbete på ett sådant sätt att god och säker vård kan ges. Vårdgivaren ska enligt ”ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

## Socialnämnd

Bär det yttersta ansvaret för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Nämnden ska fastställa övergripande mål för kvalitetsarbetet och kontinuerligt följa upp verksamheten och utvärdera målen.

## Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. MAS ansvarar för att det finns ändamålsenliga och välfungerande rutiner och riktlinjer för hur patientsäkerhetsarbetet ska bedrivas och för att vården bedrivs kvalitets- och patientsäkert enligt gällande lagstiftning.

### **Verksamhetschef för hälso- och sjukvård**

Har ett samlat ansvar för planering och ledning av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet enligt nämndens direktiv och gällande lagstiftning. Verksamhetschef ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses samt följer upp och redovisar resultat.

### **Verksamhetschef/enhetschef**

Verksamhetschef/enhetschef för respektive område ansvarar för att rutiner och riktlinjer för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet följs och redovisas i verksamheterna. Verksamhetschef/enhetschef leder och utvecklar sin verksamhet och tillser att alla medarbetare är delaktiga i kvalitetsarbetet.

### **Hälso- och sjukvårdspersonal**

Har ansvar för att en hög kvalitets- och patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte rapportera händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada till enhetschef/legitimerad personal enligt gällande rutiner genom kommunens avvikelssystem Lifecare.

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

*SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3*

För att förebygga att en patient drabbas av en vårdskada, till exempel vid vårdens övergångar mellan kommunal hälso- och sjukvård och primärvård och mellan region och kommun krävs en tät samverkan. Ett redskap för samverkan och för att förebygga vårdskador är SIP-mötet (samordnad individuell plan) som den kommunala hälso- och sjukvården alltid använder sig av vid vårdens övergångar. Även närskjuksvårdsmöten som hålls fyra gånger per år bidrar till tät samverkan med målet att tillsammans ge den enskilde bästa möjliga vård, stöd och omsorg.

Mellan den kommunala hälso- och sjukvården och de två vårdcentraler som verkar i kommunen finns en god samverkan, detta genom dialogmöten i olika konstellationer och med ett öppet klimat. En svårighet för samverkan är dock kommunens geografi, det vill säga att invånare i vissa delar har närmare till, och har därför valt, vårdcentral i annan kommun så som Kungälv, Trollhättan och Ale. Detta medför att vissa av patienterna i den kommunala hälso- och sjukvården valt att lista sig på andra vårdcentraler än de som verkar i kommunen vilket ibland medfört en svårighet för sjuksköterskorna i den kommunala hälso- och sjukvården att samverka med den läkare som ansvarar för patienten. Under 2022 kommer samverkan med övriga närliggande vårdcentraler att prioriteras.

Den största utmaningen är samverkan mellan region och kommun, vilken till stor del blivit bättre 2021 på grund av den pågående pandemin. Under nästan hela 2021 har vårdssamverkansmöten mellan kommunerna i Fyrbodals och NU-sjukvården ägt rum veckovis. Dessa möten har gett utrymme för dialog kring de svårigheter och frågeställningar som fortlöpande uppkommit vilket i sin tur stärkt samverkan mellan kommun och region. Fyrbodals MAS-nätverk har också under 2021 haft täta samverkansmöten med både Smittskydd och Vårdhygien i NU-sjukvården och även dessa möten har stärkt samverkan mellan vårdgivarna. MAS-nätverket har inlett en tätare samverkan med NU-sjukvårdens sjukhusdirektör vilket förhoppningsvis även det kommer att bidra till att samverkan kan fortsätta även efter pandemin så att både region och kommun tillsammans kan arbeta mot mer patientsäkra vårdövergångar.

## Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

All personal som arbetar med kommunal hälso- och sjukvård arbetar utifrån kommunens informationssäkerhetspolicy som syftar till att säkerställa tillgänglighet, riktighet, konfidentialitet och spårbarhet.

Dokumenterade personuppgifter är åtkomliga och användbara för den som är behörig (tillgänglighet), personuppgifterna är oförvanskade (riktighet), obehöriga kan inte ta del av personuppgifterna (konfidentialitet) och åtgärder kan härledas till en användare i patienternas hälso- och sjukvårdsjournal (spårbarhet). Detta säkerställs genom loggkontroll av all personal som har tillgång till hälso- och sjukvårdsjournaler, varje enskild medarbetare granskas minst en gång per år.

## En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Detta område är något verksamheterna behöver arbeta mer med och i samband med detta göra en ny processkartläggning. För närvarande skickas en enkät ut i slutet av varje år där medarbetarna får svara på frågor kring patientsäkerhetskulturen.

Under 2022 kommer verksamheterna att arbeta mer med frågan **hur** säkerhetskulturen ska kunna genomsyra alla delar av vården och **hur** den kan främja en öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker. Under 2022 behöver därför ett nytt arbetssätt kring säkerhetskulturen tas fram för att ge verksamheterna verktyg att skapa tid för lärande och reflektion. Patientsäkerhet och arbetsmiljö hänger ihop och påverkar varandra, dessa aspekter bör därför beaktas exempelvis genom att arbeta med ”Säkerhetskulturtrappan från A till E” eller genom ”Hållbart Säkerhets Engagemang” (HSE).



## Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

För sjuksköterskor och rehabpersonal säkerställs yrkeskompetensen genom ombudsroller inom olika medicinska områden. Dessa ombud fortbildar övrig personal i hemsjukvården med nyheter inom de olika områdena. I dagsläget är det många nyanställda sjuksköterskor som dessutom är relativt nytexaminerade. Detta ställer höga krav på chef för den kommunala hälso- och sjukvården och på sjuksköterskor med mer erfarenhet i arbetsgruppen. Hemsjukvården arbetar med rekrytering av sjuksköterskor med specialistkompetens som exempelvis distriktsköterskor som kan bidra till kunskapsutveckling i gruppen.

För övrig vård- och omsorgspersonal säkerställs yrkeskompetens och kunskap om patientsäkerhet genom kompetensutveckling och fortbildning från hemsjukvårdens personal. Detta genom olika typer av utbildningar. Då det är mycket personal i omlopp samt många vikarier bland vård- och omsorgspersonal är det dock svårt att alltid ha personal med rätt delegering på plats dygnets alla timmar vilket medför



svårigheter och utmaningar för att upprätthålla en patientsäker vård. Det har därför under december månad 2021 påbörjats ett arbete kring hur en ny organisation gällande HSL-åtgärder skulle kunna se ut. I dagsläget är HSL-uppgifter som exempelvis såromläggningar, olika typer av injektioner och dialys delegerat till personal i alla olika hemtjänstområden. Verksamheterna kommer under 2022 att se över hur dessa HSL-uppdrag skulle kunna utföras av en och samma grupp undersköterskor, det vill säga en grupp undersköterskor som endast utför HSL-åtgärder. Detta för att säkerställa en god och säker vård och för att möta framtidens utmaningar inom hälso- och sjukvården där personalförsörjningen är en utmaning.

## Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad och deltar aktivt i sin vård och vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

Varje patient som är i behov av hälso- och sjukvård i hemmet erbjuds ett SIP-möte vid inskrivning i hemsjukvården. SIP är ett samverkansmöte där flera olika professioner och verksamheter deltar, bland annat sjuksköterska och rehabpersonal i hemsjukvården, sjuksköterska/läkare från vårdcentral och ibland även sjuksköterska/läkare från slutenvården. Även socialtjänsten deltar oftast vid dessa möten. SIP ger patienten möjlighet att bli mer aktiv i sin egen vård och får möjlighet att medverka i planeringen av vården. Vid inskrivning i hemsjukvården får patienten även information om hur och på vilket sätt patient och närståendes synpunkter och klagomål kan framföras.

Under 2022 kommer arbetet med patientmedverkan att utvecklas.

# AGERA FÖR SÄKER VÅRD

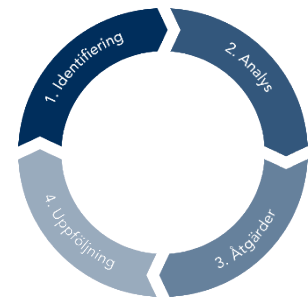
SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

## Dygnsfasta

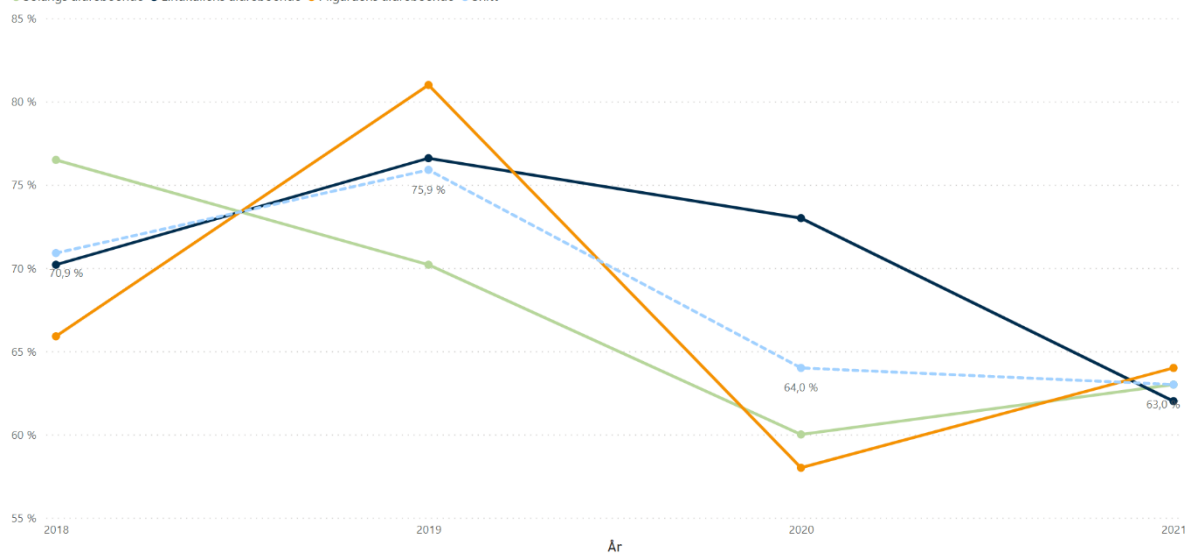
**Mål:** 75 % ska ha en dygnsfasta på högst 11 timmar.

**Resultat:** Resultatet visar att i snitt 63 % av de boende hade en dygnsfasta på högst 11 timmar vilket inte uppfyller målet om att 75 % ska ha en dygnsfasta på högst 11 timmar.



Dygnsfastemätning

● Solängs äldreboende ● Lindkullens äldreboende ● Pilgårdens äldreboende ● Snitt



**Analys av resultat:** En gång om året genomförs dygnsfastemätning på kommunens tre äldreboenden. Rätt mat och näring är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet. Ett gott näringstillstånd är nödvändigt för att förebygga sjukdom, bibehålla hälsan och för att medicinsk behandling ska ha största möjliga effekt. Det finns väl genomarbetade riktlinjer och utbildningsmaterial kring kost. Att resultaten försämrats så mycket senaste åren kan bero på att verksamheterna under Coronapandemin haft fler vikarier och högre arbetsbelastning. En djupare analys av detta behövs dock och under 2022 ska alla verksamheter arbeta med och implementera riktlinjerna.

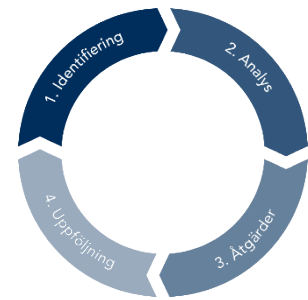
**Åtgärder:** Under början av 2022 kommer ett nytt arbetssätt kring kosten att tas fram med utgångspunkt i de rutiner och riktlinjer som redan är framtagna. Kostombuden gick under hösten 2021 en webbaserad utbildning kring kostens roll för äldre anordnat av Västra Götalandregionen. Under 2022 kommer kostombudsträffarna att innehålla mer utbildning som ombuden sedan ska sprida till all vård och omsorgspersonal.

**Uppföljning av åtgärd:** Dygnsfastemätning kommer under 2022 att göras två gånger i stället för en.

## Palliativ vård

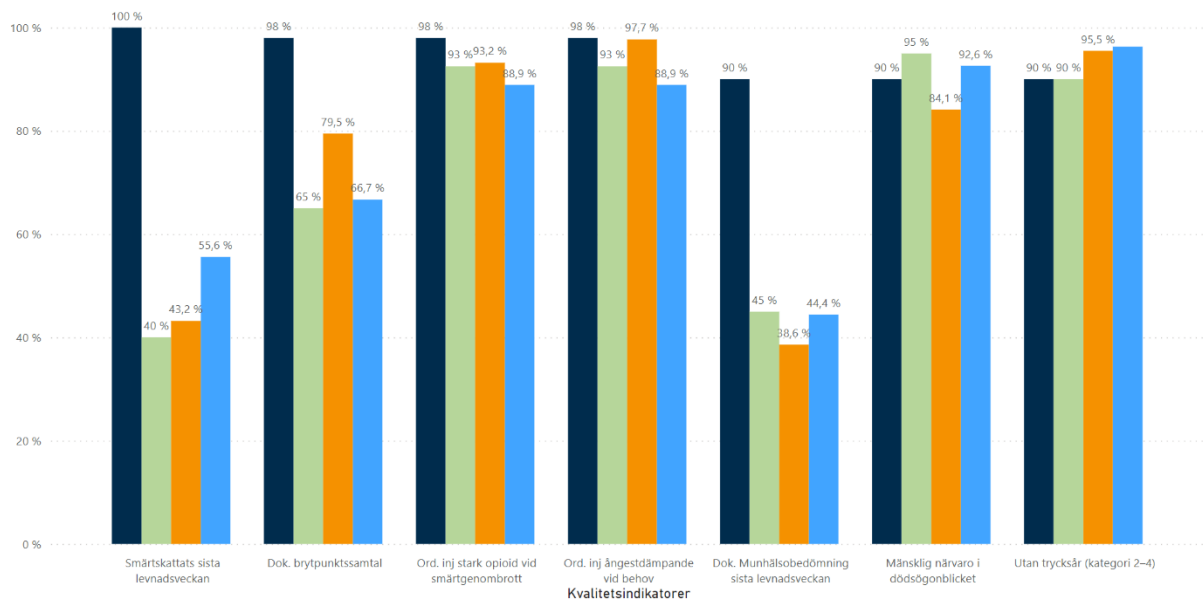
**Mål:** God kvalitet på vården i livets slutskede

**Resultat:** Resultatet visar att Lilla Edets kommun uppfyller två av Socialstyrelsens sju mål för palliativ vård i livets slutskede. De mål som uppnås är mänsklig närvaro i dödsögonblicket och utan trycksår.



Kvalitetsindikatorer gällande palliativ vård

● Nationella målnivåer för palliativ vård ● Resultat Lilla Edet 2019 ● Resultat Lilla Edet 2020 ● Resultat Lilla Edet 2021



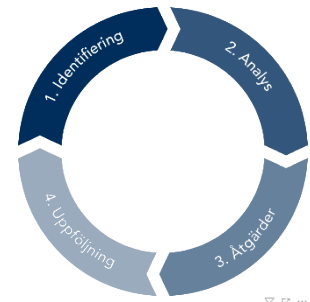
**Analys av resultat:** Under 2020 uppfylldes endast ett av målen, ”Utan trycksår”. År 2021 uppfylldes även målet om mänsklig närvaro i dödsögonblicket. Det har dock skett en förbättring från föregående år gällande fyra av sju mål. Däremot har även tre av sju mål försämrats. Att tre mål försämrats kan vara en konsekvens av hård arbetsbelastning relaterat till Covid-19.

**Åtgärder:** Implementera och fortsatt arbetet med nationellt vårdprogram för palliativ vård. Baserat på resultatet kommer palliativ vård att vara ett av kommande års mål.

**Uppföljning av åtgärd:** Via palliativregistret kvartalsvis i stället för en gång om året

## Avvikelsehantering

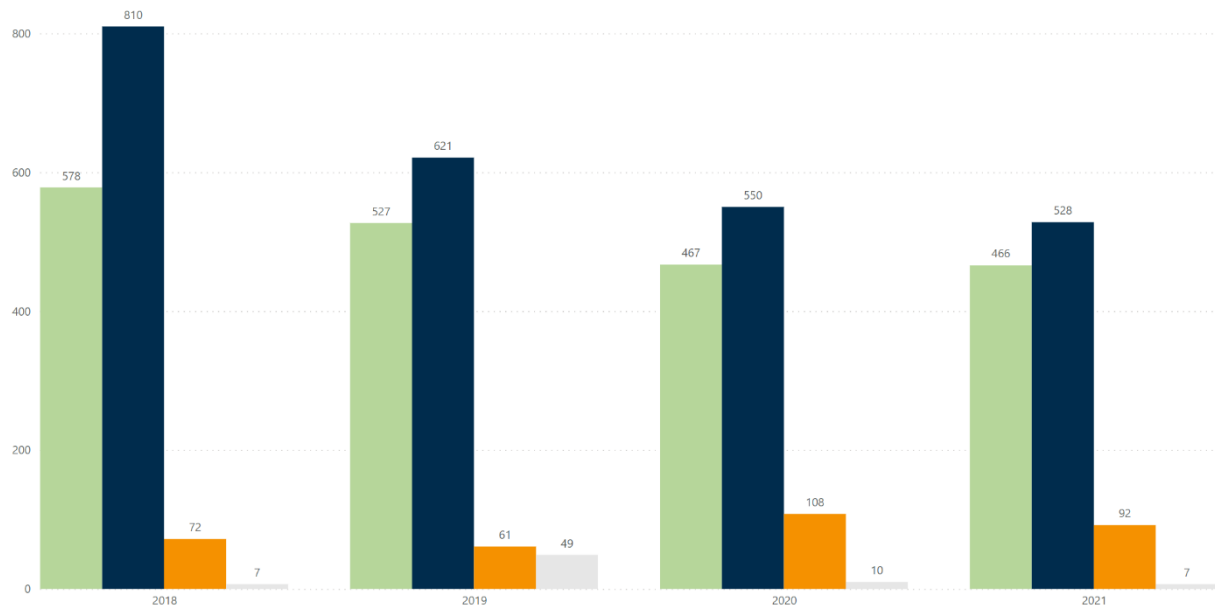
**Mål:** Öka följsamheten till rutin för avvikelser i Lifecare



**Resultat:** Antalet vårdskador har under 2021 minskat, dock marginellt.

Rapporterade avvikelser enligt HSL

● Läkemedel ● Fall ● Omvårdnad ● Rehabilitering



**Analys av resultat:** Verksamheten arbetar kontinuerligt med avvikelsehantering gällande risker för vårdskador och händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada. Antalet vårdskador har de senaste åren minskat, så även under 2021, dock inte i önskad takt.

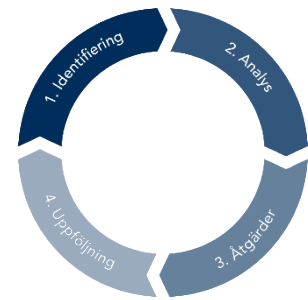
**Åtgärd:** Nytt arbetssätt har startats upp i början av december 2021, med syfte att minska antalet vårdskador. Enhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast träffas varje vecka för att analysera de avvikelser som kommit in och utifrån det planeras åtgärder och fortsatt förebyggande arbete. Baserat på resultatet kommer avvikelsehanteringen att vara ett av kommande års mål.

**Uppföljning av åtgärd:** Individuell månadsupplösning med enhetschefer och verksamhetschef kring enhetschefernas avvikelsehantering samt halvårsrapport med statistik kring den övergripande avvikelsehanteringen.

## Patientsäkerhetskultur

**Mål:** Förbättrat resultat av den upplevda patientsäkerhetskulturen

**Resultat:** Svarsfrekvensen på enkäten var 2020 37%, 2021 44% vilket är en förbättring av antalet svarande. På fyra av sju frågor är svaret över fyra i en frågeskala från ett till fem där ett är ”håller inte med” och fem är ”håller med”. Två av nio frågor har samma medelvärde som 2020. På en fråga har medelvärdet ökat från 4,14 till 4,15. På övriga sex frågor har resultatet försämrats.



### Mätning av patientsäkerhetskulturen

1. Jag vet att jag är skyldig att rapportera händelser i verksamheten som regleras i lagar och föreskrifter (vårdskada, risk för vårdskada, missförhållande och påtaglig risk för missförhållanden)



2. Jag vet i vilka lagar och föreskrifter det står om skyldighet för personal att rapportera vårdskada, risk för vårdskada, missförhållande och påtaglig risk för missförhållanden



3. Jag uppmanas av min chef att rapportera in brister i verksamheten (medelvärde)



4. Jag vet hur jag rapporterar avvikelser på min arbetsplats (medelvärde)



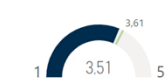
5. Jag är alltid villig att rapportera avvikelser (medelvärde)



6. Jag känner mig informerad om de avvikelser som sker på min enhet (medelvärde)



7. På min enhet har vi olika möten där vi tillsammans går igenom och lär av våra avvikelser (medelvärde)



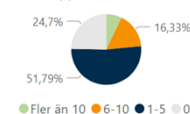
8. Brister/avvikelse har lett till att vi arbetar aktivt med att sammanbrist ej sker igen (medelvärde)



9. Chefen på min enhet tar avvikelshantering på allvar och arbetar aktivt med förbättringsarbete (medelvärde)



10. Hur många avvikelserapporter har du hittills gjort under året?



Den gröna linjen visar föregående års medelvärde

**Analys av resultat:** Fler personer har svarat på enkäten jämfört med föregående år vilket är positivt även om svarsfrekvensen fortfarande är låg. Orsaken till detta behöver analyseras ytterligare. Den upplevda patientsäkerhetskulturen är enligt enkätsvaren relativt hög och medelvärdet på fyra av sju frågor är över fyra. Dock har värdet på sex av nio frågor försämrats något jämfört med föregående år. Till exempel upplever några att det inte finns forum att prata kring avvikelser på arbetsplatsen och att chefen på enheten inte arbetar aktivt med förbättringsarbeten, frågor som naturligtvis borde ha fem eller i alla fall närmare fem som betyg.

**Åtgärder:** Arbetet med patientsäkerhetskulturen kommer under 2022 att vara i fokus med syfte att förbättra den upplevda patientsäkerhetskulturen. I takt med att arbetssättet med avvikelshantering implementeras kommer förhoppningsvis även detta resultat att bli bättre under 2022.

**Uppföljning av åtgärd:** Enkät kring patientsäkerhetskulturen som skickas ut en gång om året.



## Basala hygienrutiner

**Mål:** Bättre resultat än föregående år i mätning av basala hygienrutiner

**Resultat:** Under 2021 har det inte genomförts någon hygienmätning på grund av att vaccinationen mot Covid-19 blev tvunget att prioriteras.

**Åtgärd:** Hygienombudsträff kommer att genomföras under början av 2022, därefter kommer två mätningar att göras under året i stället för som tidigare en per år.

**Uppföljning av åtgärd:** Genom hygienmätningarna

## Samverkan

**Mål:** Intern samverkan vid registrering i olika kvalitetssystem

**Resultat:** Detta mål hade inget uppsatt målvärde eller någon mätmetod varför det inte varit möjligt att mäta.

Dock kan noteras att 2021 på grund av Covid-19 har präglats av mycket samverkan vilket är ett steg i rätt riktning jämfört med tidigare år.

## Läkemedelshantering

**Mål:** Säker läkemedelshantering

**Resultat:** Detta mål hade inget uppsatt målvärde eller någon mätmetod varför det inte varit möjligt att mäta.

Ett digitalt signeringssystem har införts i verksamheterna under 2021 med förhoppning om att både förenkla och säkra delegeringsprocessen och läkemedelshantering. Det nya systemet kommer förhoppningsvis även att bidra till att antalet läkemedelsavvikelser kommer att minska.

## Nära vård

**Mål:** Förbereda verksamheten inför omställningen Nära Vård

**Resultat:** Detta mål hade inget uppsatt målvärde eller någon mätmetod varför det inte varit möjligt att mäta.

Arbetet med "Nära vård" har dock pågått under 2021.

## Öka kunskap om inträffade vårdskador

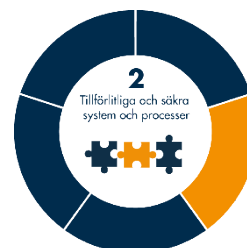
*SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §*  
Genom identifiering, utredning och mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Trots pandemi som medfört att sedvanliga förbättringsarbeten fått stå har antalet vårdskador minskat något. Dock behöver kunskapen kring analys och det fortsatta arbetet med avvikelshandlingen förbättras vilket påbörjats under 2021.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Under 2021 infördes ett digitalt signeringssystem för HSL-uppgifter. I detta system kan legitimerad personal ordinera och skapa insatser som sedan baspersonalen signerar. Detta system har förenklat och säkrat delegeringsprocessen och läkemedelshandlingen. Förhoppningen är att det även ska bidra till att antalet läkemedelsavvikelser minskar. Alla rutiner som finns i sektor socialtjänsts kvalitetsledningssystem har reviderats under 2021. En ny processkartläggning pågår dock för att skapa en tydligare struktur.

## Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på negativa förändringar i närtid. Idag har den kommunala hälso- och sjukvården en stor utmaning framför sig avseende både personal- och kompetensförsörjning men även avseende att fler svårt sjuka patienter kommer att behöva vårdas i det egna hemmet. Den kommunala hälso- och sjukvården behöver därför ställas om.



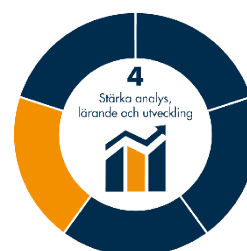
## Riskhantering

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4*

Verksamheten hanterar fortlöpande risker för vårdskador genom att avvikelser rapporteras när en negativ händelse inträffar för att sedan analyseras och följas upp så att verksamheten kan dra lärdom av den och förebygga att samma negativa händelse inträffar igen. Arbetsättet kommer delvis att förändras under 2022, se mer under avsnitt ”Avvikelser”.

## Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



## Avvikelser

*PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5*

Verksamheten arbetar kontinuerligt med avvikelshantering gällande risker för vårdskador och händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada. Antalet vårdskador har de senaste åren

minskat, så även 2021, dock inte i önskad takt. Under 2021 analyserades arbetssättet kring avvikelshanteringen på alla nivåer där resultatet visar att baspersonalen är mycket bra på att rapportera avvikelser som uppstår. Utmaningen har varit och är att analysera, följa upp och förbygga att samma sak inträffar igen. För att arbetet med avvikelshanteringen ska förbättras har ett nytt arbetssätt startats i början av december 2021, med syfte att minska antalet vårdskador. Enhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast träffas varje vecka för att analysera de avvikelser som kommit in och utifrån det planeras åtgärder och fortsatt förebyggande arbete.

## Klagomål och synpunkter

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6*

Sektor socialtjänst har en rutin för handläggning av synpunkter och klagomål. Verksamhetschef för respektive verksamhetsområde ansvarar för att rutinen är väl känd av alla medarbetare.

Alla synpunkter och klagomål diarieförs och den enskilde får inom fem arbetsdagar en skriftlig bekräftelse på att synpunkten eller klagomålet mottagits och uppgift om vem som är utredare. Alla synpunkter och klagomål utreds och besvaras skyndsamt och på ett lämpligt sätt med hänsyn till synpunktens eller klagomålets art och den enskildes förmåga att tillgodogöra sig informationen. Utsedd utredaren ansvarar för att se till att nödvändiga åtgärder vidtas då synpunkter och klagomål är en del i sektorns lärandeprocess.

Har en patient eller närstående synpunkter eller klagomål på hälso- och sjukvårdsinsatser som givits av hälso- och sjukvårdspersonal har den enskilde även möjlighet att vända sig till Patientnämnden i Västra Götalandsregionen. Under 2021 finns inga klagomål eller synpunkter registrerade i kommunens diariesystem som rör hälso- och sjukvård.

Under 2022 kommer klagomålshanteringen ses över för att säkerställa att det ska vara enkelt att framföra synpunkter så att klagomålen enkelt kan sammanställas och analyseras.

## Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens. Både under 2020 och 2021 har den kommunala hälso- och sjukvården snabbt tvingats ändra arbetssätt samtidigt som hälso- och sjukvården bedrivs under dygnets alla timmar. Kontinuitetsplanen har setts över, rutiner har ändrats och ett beredskapslager är under uppbyggnad. Arbetet 2022 behöver fokusera på kompetensutveckling och riskmedvetenhet, detta för att kunna arbeta mer hälsofrämjande och proaktivt för en patientsäker och ändamålsenlig kommunal hälso- och sjukvård i Lilla Edets kommun.



## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR 2022

### Dygnsfasta på särskilt boende för äldre

**Mål:** 80% har en dygnsfasta på högst 11 timmar.

**Strategi:** Kostombudsträffar med utbildning samt implementering av redan framtagna riktlinjer kring kost och nutrition på särskilda boenden inom vård och omsorg

**Utmaningar:** Hög sjukfrånvaro, många vikarier och förutsättningarna i bemanningen

**Egenkontroll:** Dygnsfastemätning två gånger per år

### Palliativ vård

**Mål:** Socialstyrelsens målnivåer för palliativ vård i livets slutskede ska uppfyllas

**Strategi:** Arbeta vidare med ”Nationellt vårdprogram för palliativ vård ” samt satsning på kompetensutveckling.

**Utmaningar:** Kunskapsnivå kring palliativ vård hos baspersonalen, hög arbetsbelastning hos sjuksköterskorna.

**Egenkontroll:** Palliativregistret kvartalsvis

### Avvikelser läkemedel

**Mål:** Antal läkemedelsavvikelser ska ha minskat med 30 %, d.v.s. maximalt 326 (466 2021).

**Strategi:** Arbeta efter nytt arbetssätt kring avvikelshantering

**Utmaningar:** Personalomsättning och behov av tydligt ledarskap.

**Egenkontroll:** Uppföljning tertial

### Avvikelser fall

**Mål:** Antal fallavvikelser ska ha minskat med 15%, d.v.s. maximalt 449 (528 2021).

**Strategi:** Arbeta efter nytt arbetssätt kring avvikelshantering

**Utmaningar:** Samverkan mellan olika professioner och patienten kring olämpliga läkemedel, rehabilitering och hjälpmedel.

**Egenkontroll:** Uppföljning tertial



## Socialnämndens arbetsutskott protokoll 2021-11-11

### § 362

#### Öppna jämförelser centrala uppgifter för vård och omsorg, funktionshinder samt kommunal hälso- och sjukvård

Dnr SON 2021/363

#### Sammanfattning

Socialstyrelsen sammanställer varje år resultat av öppna jämförelser där uppgifter inhämtas gällande alla socialtjänstens områden på central nivå. Dessa redovisas nedan gällande vård och omsorg om äldre, funktionshinder samt hälso- och sjukvård.

#### Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse 21-10-04

Sammanställning i excelfil av frågor och svar avseende Fyrbodal inklusive Lilla Edet PP med övergripande resultat inklusive Lilla Edets resultat

#### Ekonomiska konsekvenser

Inga ekonomiska konsekvenser

#### Arbetsutskottets beslutsförslag till Socialnämnden

Socialnämnden antecknar informationen.

Beslutet expedieras till  
Socialchef Lotte Mossudd  
Verksamhetschef Camilla Karlsson

Beslutet skickas för kännedom till  
Verksamhetsutvecklare Ralja Angelis



## Öppna jämförelser 2021, Vård och omsorg om äldre, funktionshinder samt kommunal hälso- och sjukvård

Dnr SON 2021/363

### Sammanfattning

Socialstyrelsen sammanställer varje år resultat av öppna jämförelser där uppgifter inhämtas gällande alla socialtjänstens områden på central nivå. Dessa redovisas nedan gällande vård och omsorg om äldre, funktionshinder samt hälso- och sjukvård.

### Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse 21-10-04

Sammanställning i excelfil av frågor och svar avseende Fyrbodal inklusive Lilla Edet PP med övergripande resultat inklusive Lilla Edets resultat

### Ekonomiska konsekvenser

Inga ekonomiska konsekvenser

### Arbetsutskottets beslutsförslag till Socialnämnden

Socialnämnden antecknar informationen.

Ralja Angelis  
Utvecklare/Utredare  
ralja.angelis@lillaedet.se

Beslut expedieras till  
Socialchef Lotte Mossudd  
Verksamhetschef Camilla Karlsson

Beslutet skickas för kännedom till  
Verksamhetsutvecklare Ralja Angelis



LILLA EDETS  
KOMMUN

# Öppna jämförelser 2021

Vård och omsorg om äldre

# Metod

- Webbenkäter skickades ut och besvarades centralt i kommunen mellan januari-mars 2021.
- Några resultat har hämtats från Socialtjänstens register



# Övergripande resultat för landet

- Få kommuner använder resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling inom äldreomsorgen, 7 procent i ordinärt boende och 5 procent i särskilt boende. Ännu färre genomför uppföljningar och använder resultat som är uppdelat på kvinnor och män. (LE: Nej för alla ovan)
- IBIC används av 56 procent av kommunerna vid alla utredningar för personer i ordinärt boende och 39 procent vid alla uppföljningar. För särskilt boende är motsvarande andelar 57 respektive 28 procent. (LE: Ja för utredningar och delvis för uppföljningar)
- Drygt hälften, 52 procent, av kommunerna har en aktuell rutin för att informera den enskilde om samordnad individuell plan, SIP, som ska upprättas när insatser behöver samordnas mellan socialtjänst och hälso-och sjukvård. (LE: Ja)

# Övergripande resultat för landet, forts

- Knappt hälften, 47 procent, av kommunerna har en aktuell rutin för samordning mellan äldreomsorgen och missbruksenheten. (LE: Ja)
- En femtedel av kommunerna har rutiner som visar hur handläggare ska gå tillväga vid misstanke om risk eller missbruk av alkohol eller andra beroendeframkallande medel bland äldre. (LE: Nej)
- 12 procent använder standardiserad bedömningsmetod, AUDIT, för att upptäcka riskfylld alkoholkonsumtion bland äldre. (LE: Nej)

*Källa: Socialstyrelsens rapport Vård och omsorg om äldre 2021*

# Reflektioner

## Positivt:

- Kontinuitetsplaner finns i verksamheterna
- IBIC används i högre grad i utredningar och uppföljningar
- Samordningsrutin mellan verksamhetsområdena finns
- Rutin vid indikation att en vuxen utsatts för våld

## Utvecklingsområden:

- Arbeta med systematisk uppföljning- men mycket få kommuner i fyrbodal gör det och det går att fundera på definitionen av systematisk uppföljning.
- Saknas rutin för att inte röja skyddade personuppgifter



LILLA EDETS  
KOMMUN

# Öppna jämförelser 2021

LSS, lagen om stöd och service till vissa  
funktionshindrade

# Metod

- Webbenkäter skickades ut och besvarades centralt i kommunen mellan januari-mars 2021.
- Några resultat har hämtats från Socialtjänstens register

# Övergripande resultat för landet

- Det är framför allt i utförarverksamheten inom LSS som kommuner använder enskildas uppfattning som underlag för verksamhetsutveckling, 61 procent av kommunerna uppger att de använder det i utförarverksamhet, och enbart 12 procent inom myndighetsutövningen. (LE: Nej)
- Allt fler använder arbetssättet IBIC vid utredningar och uppföljningar, men det är fortsatt väldigt få kommuner som har använt resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling, 7 procent. (LE: Nej och nej)
- Samlade kompetensplaner finns i omkring en tredjedel av kommunerna. Det är en ökning sedan 2016, men innebär att majoriteten alltså saknar sådana planer. (LE: Ja för LSS vuxen, Nej för LSS barn)
- Ett bakgrundsmått visar att andelen handläggare med socionomexamen skiljer sig över landet, på riksnivå är det 82 procent av handläggarna som är socionomer inom LSS (LE: Nej)
- Aktuella skriftliga överenskommelser om samverkan med psykiatri finns inom LSS enbart i omkring en tredjedel av kommunerna (LE: Ja)

# Reflektioner

## Positivt:

- Samordningsrutin mellan verksamhetsområdena finns
- Aktuella överenskommelser finns med öppenpsykiatri och habiliteringen, både för barn och vuxna
- Finns rutiner för indikation att barn eller vuxna utsätts för våld

## Utvecklingsområden:

- Att använda standardiserade bedömningsmetoder för att upptäcka alkohol/drogmissbruk eller våldsutsatthet
- Att arbeta mer med systematisk uppföljning och utvärdering



LILLA EDETS  
KOMMUN

# Öppna jämförelser 2021

Kommunal hälso- och sjukvård



# Metod

- Webbenkäter skickades ut och besvarades centralt i kommunen mellan januari-mars 2021.

# Övergripande resultat för landet

- 63 procent av kommunerna har regelbundna forum för systematiskt patientsäkerhetsarbete. 26 procent av dessa uppger att erfarenheter och kunskaper från patient och närstående tas till vara i arbetet. (Lilla Edet: Ja och Nej)
- 69 procent av kommunerna uppger att fallriskvärdering alltid genomförs vid inskrivning av patienter i hemsjukvård. (Lilla Edet: Ja)
- 116 vårdtillfällen för fallskada per 1 000 personår bland personer 65 år och äldre med kommunal hemsjukvård har registrerats i slutenvård. För personer boende i särskilt boende för äldre har 83 vårdtillfällen registrerats. (Lilla Edet: 93 vårdtillfällen per 1000 personår för fallskada i kommunal hemsjukvård, 99 vårdtillfällen per 1000 personår för fallskada i särskilt boende )
- Motsvarande resultat för registrering av höft- och lårfaktur för personer med kommunal hemsjukvård visar 33 vårdtillfällen per 1 000 personår och 44 vårdtillfällen för särskilt boende för äldre. (Lilla Edet: 54 vårdtillfällen per 1000 personår i kommunal hemsjukvård, 4 vårdtillfällen per 1000 personår för särskilt boende)
- 35 procent av kommunerna har övergripande kompetensutvecklingsplan för fortbildning i allmän palliativ vård till personal. Motsvarande siffra för kompetensutvecklingsplan för fortbildning i stroke är 4 procent. (Lilla Edet: Ja och Nej)

# Reflektioner

## Öppna jämförelser socialtjänst 2021 - Äldreomsorg

### Resultaten

Resultaten för indikatorer som redovisas här baseras på enkätdata från Sveriges kommuner och stadsdelarna i Stockholm. Indikatorerna belyser olika aspekter av kvalitet inom socialtjänstens olika områden.

### Årets resultat för kommuner och stadsdelar, län och riket finns på blad 2 - Resultat indikatorer

När du klickar på rubriken (på rad 3) länkas du till beskrivningen av indikatorn eller bakgrundsmåttet.

**Beskrivning av indikatorer finns på blad 3 och bakgrundsmåtten finns på blad 4.**

### Hjälp att sortera - för att underlätta jämförelser och analys

#### Bakgrundsmått

I Excelfilen redovisas bakgrundsmått som kompletterande information. De baseras på register och enkätdata.

#### Kommungrupper

Det finns stora skillnader mellan kommunerna - därför finns tre olika sätt att sortera kommuner i:

Antal kommuninvånare (1-5), SKR:s kommungruppsindelning (A1-C9) och Socioekonomisk sorteringsnyckel (1-8)

#### Färgläggning av resultat - en snabb överblick av läget

Orange = Andel kommuner/stadsdelar som uppfyllt indikatorn på **riksnivå**

Grön = Uppfylld indikator

Gul = Delvis uppfylld indikator

Röd = Inte uppfylld indikator

#### När svar saknas

**Tom cell** = kommunen/stadsdelen har inte svarat (bortfall)

**EA FÅ INDIVIDER** = kommunen/stadsdelen har inte kunnat svara på grund av att antalet personer som berörs inom kommunen/stadsdelen inte är tillräckligt många

**BORTF>20%** = Bortfall på grund av att antalet kommuner/stadsdelar som inte har svarat överstiger 20 procent inom riket, länet eller storstad Stockholm

#### Svarsfrekvens

Insamlingsperiod: jan-mars 2021.

Svarsfrekvens: 94 procent av kommuner och stadsdelar har besvarat enkätens generella del och 95 procent besvarade delenkäten om Äldreomsorg.

Insamlingen beskrivs utförligare i Metodbeskrivning 2021 öppna jämförelser - Socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård.

Dokumentet finns på Socialstyrelsens webbplats [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se) under: Öppna jämförelser Socialtjänst/Äldreomsorg

**Kontakt:** [OJ-socialtjanst@socialstyrelsen.se](mailto:OJ-socialtjanst@socialstyrelsen.se)

Öppna jämförelser socialtjänst och kommunal hälso-och sjukvård: <http://www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser>

Telefon: 075- 247 30 00

ÖPPNA JÄMFÖRELSE 2021 - ÄLDREOMSORG							Tillgänglighet utanför kontorstid	Helhetssyn och samordning			Kunskapsbaserad verksamhet										Trygghet och säkerhet			Bakgrundsmått																
Tom cell = kommunen/stadsdelen har inte svarat (bortfall) EA få individer = kommunen/stadsdelen har inte kunnat svara på grund av att antalet personer som berörs inom kommunen/stadsdelen inte är tillräckligt många BORTF>20% = Bortfall på grund av att antalet kommuner/stadsdelar som inte har svarat överstiger 20 procent inom riket, regionen eller storstad Stockholm							Intern samordning i enskilda ärenden	Handläggarnas kompetensutveckling	Handläggarnas agerande vid indikation på våld	Agera vid indikation på missbruk	Systematiskt arbetssätt vid utredning	Systematiskt arbetssätt vid uppföljning	Standardiserade bedömningsmetoder			Systematisk uppföljning för att utveckla verksamheten						Trygghetslarm	Information till enskilda	Personalens hantering vid skyddade personuppgifter	Bemanning					Trygghetslarm										
Kommunkod	Kommun/Stadsdel	Län	Befolkningsgrupp (1-5)	pps-indelning	SKR:s och 8 = hög risk	Socioekonomisk sorteringsnyckel (1= låg risk)	Socialjour med socionomer alla dagar hela dygnet	Aktuell rutin för samordning mellan Äldreomsorg och Missbruk	Aktuell rutin för samordning mellan Äldreomsorg och Socialpsykiatri	Aktuell rutin för samordning mellan Äldreomsorg och LSS	Aktuell samlad plan för handläggarnas kompetensutveckling	Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld	Aktuell rutin vid missbruk av alkohol eller andra beroendeframkallande medel	Aktuell rutin vid missbruk av läkemedel	Använt IBIC (Individens behov i centrum) vid alla utredningar för personer i ordinärt	Använt IBIC (Individens behov i centrum) vid alla utredningar för personer i särskilt	Använt IBIC (Individens behov i centrum) vid alla uppföljningar för personer i	Använt IBIC (Individens behov i centrum) vid alla uppföljningar för personer i	Använder standardiserade bedömningsmetoden FREDA-kortfrågor för att	Använder AUDIT för att upptäcka riskfylld alkoholkonsumtion	Använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem	Kommun/Stadsdel	Använt resultat från systematisk uppföljning till verksamhets-utveckling - ordinärt	Använt resultat från systematisk uppföljning till verksamhets-utveckling - särskilt	Genomfört systematisk uppföljning uppdelat på kön - ordinärt boende	Genomfört systematisk uppföljning uppdelat på kön - särskilt boende	Använt resultat från systematisk uppföljning uppdelat på kön till verksamhets-utveckling	Använt resultat från systematisk uppföljning uppdelat på kön till verksamhets-utveckling	Kommunen garanterar kontakt inom viss tid efter larm	Kommunen garanterar besök inom viss tid efter larm	Aktuell rutin för information om samordnad individuell plan (SIP)	Aktuell rutin för att inte röja skyddade personuppgifter	Antal äldre personer per handläggare	Andel handläggare med socionomexamen	Andel personer 80 år och äldre i kommunen, 31 dec 2020	Andel personer 65 år och äldre med hemtjänst i kommunen, 31 dec 2020	Andel personer 65 år och äldre i permanent särskilt boende i kommunen,	Garanterad maximaltid för kontakt efter larm	Garanterad maximaltid för besök efter larm	Kommun/Stadsdel
1460	Bengtstors	14	1	C8	7		JA	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	Bengtstors	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	JA	NEJ	NEJ	139	28.6	8.3	7.1	4.3	Nej	minuter	Bengtstors
1438	Dals-Ed	14	1	C8	5		JA	JA	JA	JA	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	Dals-Ed	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	JA	JA	NEJ	40	20.0	8.0	6.3	2.4	Nej	minuter	Dals-Ed
1439	Färgelanda	14	1	B4	6		JA	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	JA	JA	JA	JA	NEJ	NEJ	NEJ	Färgelanda	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	JA	JA	JA	107	0.0	6.5	4.3		Inom 3 min	minuter	Färgelanda	
1462	Lilla Edet	14	1	A2	3		JA	JA	JA	JA	NEJ	JA	NEJ	NEJ	JA	JA	DELVIS	DELVIS	NEJ	NEJ	NEJ	Lilla Edet	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	JA	NEJ	JA	NEJ	135	0.0	4.6	7.1	4.0	min	Nej	Lilla Edet
1484	Lysekil	14	1	B5	4		JA	NEJ	JA	JA	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	JA	JA	DELVIS	DELVIS	NEJ	NEJ	NEJ	Lysekil	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	93	17.2	8.0	4.2	3.1	Nej	Nej	Lysekil	
1461	Mellerud	14	1	C7	7		JA	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	JA	JA	DELVIS	NEJ	JA	NEJ	NEJ	Mellerud	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	JA	JA	JA	87	20.0	7.7	8.2	3.2	Inom 3 min	minuter	Mellerud	
1430	Munkedal	14	1	C7	6		JA	NEJ	NEJ	JA	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	Munkedal	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	JA	JA	NEJ	170	40.0	6.9	7.3	3.2	Inom 3 min	minuter	Munkedal	
1421	Orust	14	2	C7	3		JA	JA	JA	JA	NEJ	NEJ	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	Orust	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	JA	JA	JA	144	28.6	7.4	4.8	3.2	min	minuter	Orust	
1427	Sotenäs	14	1	C9	2		JA	JA	JA	JA	NEJ	NEJ	JA	JA	JA	JA	JA	NEJ	NEJ	JA	JA	Sotenäs	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	JA	JA	JA	NEJ	181	0.0	7.7	6.8	3.2	min	minuter	Sotenäs
1486	Strömstad	14	1	C9	8		JA	JA	JA	JA	NEJ	JA	JA	JA	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	JA	NEJ	NEJ	Strömstad	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	JA	JA	JA	123	100.0	6.0	4.8	3.6	Nej	minuter	Strömstad
1435	Tanum	14	1	C9	4		JA	JA	JA	JA	JA	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	JA	JA	JA	Tanum	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	JA	JA	JA	209	40.0	7.0	5.0	4.2	Nej	minuter	Tanum
1488	Trollhättan	14	3	B3	7		JA	JA	JA	JA	NEJ	NEJ	JA	JA	JA	JA	JA	NEJ	JA	NEJ	NEJ	Trollhättan	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	JA	NEJ	JA	NEJ	147	16.7	5.2	7.5	3.5	Inom 3 min	Nej	Trollhättan
1485	Uddevalle	14	3	B5	6		JA	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	JA	JA	JA	JA	JA	JA	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	Uddevalle	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	JA	NEJ	JA	112	16.7	6.2	7.4	4.0	Inom 3 min	Nej	Uddevalle	
1487	Vänersborg	14	3	B4	5		JA	JA	JA	JA	JA	NEJ	NEJ	JA	JA	NEJ	NEJ	JA	NEJ	NEJ	NEJ	Vänersborg	NEJ	DELVIS	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	124	27.3	6.4	6.1	3.6	Nej	Nej	Vänersborg
1492	Ämål	14	1	C8	7		JA	JA	JA	JA	NEJ	JA	NEJ	NEJ	JA	JA	DELVIS	DELVIS	NEJ	NEJ	NEJ	Ämål	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	JA	JA	JA	127	21.3	7.9	7.3	4.5	Inom 3 min	om 45 minuter	Ämål	

## Beskrivning av indikatorer - Öppna jämförelser 2021 - Äldreomsorg

**Datakälla:** Öppna jämförelser 2021. Enkät till socialtjänsten och kommunal hälso- och sjukvård, kommunundersökning. Mätdatum: 1 februari 2021

**Resultat på aggregerad nivå bygger på:**

Täljare: Antal kommuner/stadsdelar som har uppnått indikatorn.

Nämnare: Totalt antal kommuner/stadsdelar som besvarat enkätfrågan/enkätfrågorna.

Indikator	Syfte med indikator	Underlag till syfte	Enkätfrågor och svarsalternativ	Definitioner	Beräkning	Frågenumm er i enkäten	Ändringar och övrig information
<b>Socialjour med socionomer alla dagar hela dygnet</b> Kommunen har en social jourverksamhet bemannad med socionomutbildad personal all tid utanför kontorstid året runt. Jouren bedrivs i kommunens egen regi eller genom avtal med annan kommun. Hög andel eftersträvas.	För personer i akut kris bör det finnas en socialjour tillgänglig dygnet runt med socionomutbildad personal, för ett professionellt bemötande vid olika former av situationer. Jourens personal bör kunna bemöta och hantera situationer för alla enskilda oavsett deras ålder och behov.	<b>Aktuell lagstiftning</b> Att kommunernas socialnämnd bör tillhandahålla sociala tjänster genom social jour framgår i socialtjänstlagen (3 kap. 6 § SoL).	Har ni den [mätdatum] jourverksamhet med personal som har socionomexamen all tid utanför kontorstid året runt? <b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej.	Med <b>jourverksamhet</b> menas att vara beredd på kommande händelseutveckling och där man omedelbart kan nås per telefon, ge råd och stöd, göra en professionell bedömning och där man vid behov kan vara på plats exempelvis hos en familj inom högst 2 timmar. <b>Med all tid</b> avses bemanning dygnet runt vardagar, lördagar, söndagar och helgdagar.	För att uppnå indikatorn krävs svar Ja på frågan.	G1	
<b>Aktuell rutin för intern samordning mellan Äldreomsorg och - Missbruk - Socialpsykiatri - LSS</b>	Personer med behov av olika insatser inom socialtjänsten ska få sina insatser samordnade. En formaliserad och strukturerad samordning i form av gemensamma skriftliga rutiner för handläggningen i enskilda ärenden bidrar till stabilitet, förutsägbarhet och kontinuitet. Rutiner som beskriver ansvarsfördelningen och ett bestämt tillvägagångsätt kan minska risken för godtycke och utgöra ett stöd för handläggarna, till nytta för den enskilde. För att säkra att rutinerna är aktuella och stödjer insatserna till den enskilde är det viktigt att de regelbundet följs upp.	<b>Aktuell lagstiftning</b> Att det är viktigt att samordna insatserna fastställs i 3 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Ledningens ansvar för att fastställa de rutiner som behövs för att säkerställa verksamhetens kvalitet beskrivs i föreskrift (SOSFS 2011:9).	i. Har ni den [mätdatum] skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner för hur samordning i enskilda ärenden ska ske mellan nedanstående områden inom socialtjänsten? <b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej/Nej, behövs inte, samordning sker genom att verksamheten har samma personal och/eller ansvarig chef.  ii. Har ni någon gång under perioden (12 mån) följt upp dessa rutiner för samordning mellan nedanstående områden inom socialtjänsten? <b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej/Ej aktuellt då rutinen upprättades nyligen.	Med <b>ledningsnivå</b> avses den nivå inom organisationen som har mandat att besluta om gemensamma rutiner som avser flera delverksamheter/målgrupper. Med <b>rutin</b> avses ett bestämt tillvägagångsätt för hur aktiviteter ska genomföras kring enskilda som har sammansatta behov samt ange ansvarsfördelningen när verksamheten är uppdelad i olika delverksamheter/målgrupper. Rutinen ska vara känd och användas av ansvariga handläggare. Observera att organisation och benämning på områden/verksamheter skiljer sig mellan kommuner. Med <b>områden</b> avses här att <b>stöd erbjuds till berörd målgrupp</b> . Med <b>samordning i enskilda ärenden</b> avses koordination av resurser och arbetsinsatser mellan olika områden inom socialtjänsten för att få högre kvalitet och större effektivitet. Med <b>följt upp</b> avses att berörda aktörer tillsammans på ett systematiskt sätt kontrollerat att den rutin som finns för intern samordning används och fungerar på avsett sätt samt att den vid behov har reviderats. Uppföljningen ska vara dokumenterad och daterad.	För att uppnå indikatorerna krävs följande svar:  i: Ja ELLER Nej, behövs inte  ii: Ja ELLER Ej aktuellt då rutinen upprättades nyligen (senaste 12 mån)	G2_9 G2a_9 G2_13 G2a_13 G2_17 G2a_17	Ny definition för vad som avses med område inom socialtjänsten införd 2020. "Observera att organisation och benämning på områden/verksamheter skiljer sig mellan kommuner. Med område avses här att stöd erbjuds till berörd målgrupp." Därför har svarsalternativet: "Ej aktuellt, området finns inte inom vår socialtjänst" tagits bort i enkäten 2020.
Presenteras som tre olika indikatorer.							

<b>Aktuell samlad plan för handläggarnas kompetens-utveckling</b> Kommunen/stadsdelen har en aktuell, samlad plan för handläggarnas kompetensutveckling inom området äldreomsorg i socialtjänsten.	Med rätt kompetens ökar förutsättningarna för att personalen ska bidra till insatser av god kvalitet. En viktig uppgift för arbetsgivare är att skapa förutsättningar för kompetensutveckling. En samlad plan är ett sätt att säkerställa verksamhetens kompetensförsörjning utifrån verksamhetens mål, kartläggning och analys av personalens individuella kompetens. Indikatorn avser belysa om verksamheten har en samlad plan som innehåller olika former av kompetensutveckling samt att den används och fungerar på avsett sätt.	<b>Aktuell lagstiftning</b> Ledningens ansvar att fortlöpande följa upp personalens kompetens beskrivs i föreskrift (SOSFS 2011:9).  Personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser äldre personer beskrivs i föreskrift (SOSFS 2007:17).	i: Har ni en samlad plan för handläggarnas kompetensutveckling inom området äldreomsorg inom socialtjänsten? <b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej.  ii: Vilka former av kompetensutveckling innehåller den samlade planen? <b>Svarsalternativ:</b> A. Kontinuerlig handledning, B. Fortbildning, C. Vidareutbildning på högskolenivå, D. Annan form av kompetensutveckling.  iii: Har ni någon gång under perioden (12 månader) följt upp den samlade planen för handläggarnas kompetensutveckling? <b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej/Ej aktuellt då planen upprättades nyligen.	Med <b>samlad plan</b> avses en verksamhetsgemensam plan för handläggarnas kompetensutveckling som bygger på verksamhetens mål och kartläggning och analys av handläggarnas individuella kompetenser. Planen kan ha tagits fram på kommun- och/eller länsnivå. Här avses <b>handläggare</b> som inom nämndens verksamhet svarar för utredningar och/eller planering, uppföljning enligt SoL, LVU, LSS och LVM, dock ej enhetschefer/motsvarande med verksamhets-, personal- och budgetansvar. En person kan vara handläggare inom flera områden och denne kan behöva kompetensutveckling inom alla dessa områden. Med <b>kontinuerlig handledning</b> avses handledning av utbildad handledare, i grupp eller enskilt. Handledningen ska vara regelbundet återkommande under en längre tidsperiod, dvs. under vår- och höstterminen. Med <b>fortbildning</b> avses utbildning i syfte att upprätthålla och utveckla den kompetensnivå som krävs för att kunna utföra arbetsuppgifterna. Exempelvis kurs, föreläsning eller seminarier. Med <b>vidareutbildning på högskolenivå</b> avses att handläggarna genom utbildning på högskolenivå successivt och planerat fördjupar sina kunskaper om området om det finns tillgång till det inom området. Exempelvis påbyggnadsutbildning eller kurser.	För att uppnå indikatorn krävs följande svar:  i: Ja ii: Ja på A (Kontinuerlig handledning) OCH Ja på på B (Fortbildning)  iii: Ja ELLER Ej aktuellt då planen upprättades nyligen (senaste 12 mån).	G7_9 G7a_9 G7b_9	Svarsalternativet: "Ej aktuellt, området finns inte inom vår socialtjänst" tagits bort i enkäten 2020.
---	--	---	--	--	---	------------------------	--





<b>Använt IBIC (Individens behov i centrum) vid alla utredningar för personer i - ordinärt boende - särskilt boende</b> <p>Kommunen/stadsdelen använder IBIC (individens behov i centrum) vid alla utredningar.</p>	Ett systematiskt arbetssätt med stöd av ett instrument eller en modell vid utredning av individens behov av stöd, är ett sätt att säkerställa att den enskilde får sina behov beskrivna på ett likvärdigt sätt. IBIC syftar till att stärka individens egna resurser avseende genomförande av aktiviteter och delaktighet och stödjer en säker överföring och återanvändning av information. Indikatorn avser belysa om verksamheter använder arbetssättet vid utredningar, det vill säga beskriver behov och mål strukturerat utifrån ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa).	<b>Referenser</b> <p>Mer information om IBIC på Socialstyrelsens webbplats: http://www.socialstyrelsen.se/individensbehovicentrumibic</p> Individens behov i centrum – Behovsriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av individens behov utifrån ICF. Socialstyrelsen 2016.
Presenteras som två indikatorer.		

<b>Använt IBIC (Individens behov i centrum) vid alla uppföljningar för personer i - ordinärt boende - särskilt boende</b> <p>Kommunen/stadsdelen använder IBIC (individens behov i centrum) vid alla uppföljningar.</p>	Ett systematiskt arbetssätt med stöd av ett instrument eller en modell vid utredning av individens behov av stöd, är ett sätt att säkerställa att den enskilde får sina behov beskrivna på ett likvärdigt sätt. IBIC syftar till att stärka individens egna resurser avseende genomförande av aktiviteter och delaktighet och stödjer en säker överföring och återanvändning av information. Indikatorn avser belysa om verksamheter använder arbetssättet vid uppföljningar, det vill säga beskriver behov och mål strukturerat utifrån ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa).	<b>Referenser</b> <p>Mer information om IBIC på Socialstyrelsens webbplats: http://www.socialstyrelsen.se/individensbehovicentrumibic</p> Individens behov i centrum – Behovsriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av individens behov utifrån ICF. Socialstyrelsen 2016.
Presenteras som två indikatorer.		

<b>Använder standardiserade bedömningsmetoden FREDA-kortfrågor för att upptäcka våldsutsatthet hos enskilda vuxna</b> <p>Kommunen/stadsdelen använder standardiserade bedömningsmetoden FREDA-kortfrågor inom socialtjänstens verksamhetsområde [äldreomsorg] för att upptäcka utsatthet för våld i nära relationer hos enskilda vuxna.</p>	En förutsättning för att kunna erbjuda adekvat vård, stöd och hjälp till enskilda som är utsatta för våld är att våldsutsattheten upptäckts. Många våldsutsatta söker sig till socialtjänsten för att, exempelvis, ansöka om ekonomiskt bistånd eller andra stödinsatser, utan att berätta om våldet de blir utsatta för. Att ställa frågor om våld ger grundläggande förutsättningar för att kunna identifiera och hjälpa enskilda som har utsatts för våld. Att använda standardiserade bedömningsmetoder som en del av utredningen ökar förutsättningarna för en likvärdig bedömning av den enskildes behov. Kvalitetssäkrade och standardiserade metoder innebär också att bedömningen blir likartad oberoende av var den enskilde söker hjälp. Att använda systematiska bedömningsmetoder utgör en grund till att de enskilda får rätt insatser och är en utgångspunkt i det systematiska uppföljningsarbetet.	<b>Kunskapsunderlag och aktuell lagstiftning</b> <p>Våld - handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer. Socialstyrelsen 2016.</p>
		Om standardiserade bedömningsmetoder. Socialstyrelsen 2012.
		Att Socialnämnden har ett ansvar för att vid behov ge stöd och hjälp till den som utsatts för brott och dennes närstående fastställs i socialtjänstlagen (5 kap. 11 § SoL). Socialnämnden bör se till att de metoder som används för att ge stöd och hjälp har utformats med utgångspunkt i bästa tillgängliga kunskap (allmänna råd i 3 kap. SOSFS 2014:4).

<b>Använder AUDIT för att upptäcka riskfylld alkoholkonsumtion - Äldreomsorg</b> <p>Kommunen/stadsdelen använder den standardiserade bedömningsmetoden AUDIT för att identifiera riskfylld eller skadlig alkoholkonsumtion hos vuxna.</p>	Indikatorn syftar till att belysa att kommunen använder standardiserade bedömningsmetoden AUDIT inom socialtjänstens olika verksamhetsområden för att upptäcka riskfylld eller skadlig alkoholkonsumtion hos vuxna. Att använda standardiserade bedömningsmetoder är ett sätt att säkerställa att den enskildes samtliga behov framkommer och att alla får rätt till en likvärdig bedömning av sina behov. Kvalitetssäkrade och standardiserade metoder innebär också att bedömningen blir likartad oberoende av var den enskilde söker hjälp. Att använda systematiska bedömningsmetoder utgör en grund till att de enskilda får rätt insatser och är en utgångspunkt i det systematiska uppföljningsarbetet. AUDIT är primärt ett screeninginstrument som möjliggör att upptäcka om problem med alkohol förekommer. Genom tidig upptäckt är det möjligt att erbjuda rätt stöd och förebygga ohälsa. Socialtjänsten bör använda AUDIT för att identifiera riskfylld eller skadlig alkoholkonsumtion	<b>Referenser</b> <p>Om standardiserade bedömningsmetoder. Socialstyrelsen 2012.</p>
		Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen 2019.
		<b>Aktuell lagstiftning</b> <p>Socialnämnden ska arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. (3 kap.7 § SoL). Socialnämnden skall aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden skall i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs. (5 kap. 9 § SoL)</p>

<b>i:</b> Har ni under perioden (3 mån) använt det systematiska arbetssättet Individens behov i centrum (IBIC) som stöd vid utredningen av den enskildes behov av insatser i sin dagliga livsföring i - ordinärt boende? - särskilt boende?	<b>Svarsalternativ:</b> Ja, för alla/Ja, men inte för alla/Nej.
<b>i:</b> Använder ni under perioden (3 mån) använt det systematiska arbetssättet Individens behov i centrum (IBIC) som stöd vid uppföljning av beslutade insatser till äldre personer i - ordinärt boende? - särskilt boende?	<b>Svarsalternativ:</b> Ja, för alla/Ja, men inte för alla/Nej.

<b>i:</b> Använder ni [mätdatum] den standardiserade metoden FREDA-kortfrågor för att upptäcka utsatthet för våld i nära relationer hos enskilda vuxna, i nedanstående område [äldreomsorg] inom socialtjänsten?	<b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej.

<b>i:</b> Använder ni [mätdatum] den standardiserade metoden FREDA-kortfrågor för att upptäcka utsatthet för våld i nära relationer hos enskilda vuxna, i nedanstående område [äldreomsorg] inom socialtjänsten?	<b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej.

<b>Med att använda</b> det systematiska arbetssättet IBIC menar vi här att information om behov och mål beskrivs strukturerat utifrån ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa).	<b>För att uppnå</b> indikatorn krävs följande svar:	Ä2_1 <p>Ä2_2</p>
	Ja=Ja för alla	
	DELVIS=Ja, men inte för alla	

<b>Med att använda</b> det systematiska arbetssättet IBIC menar vi här att information om behov och mål beskrivs strukturerat utifrån ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa).	<b>För att uppnå</b> indikatorn krävs följande svar:	Ä3_1 <p>Ä3_2</p>
<b>Med uppföljning</b> avses att handläggaren tillsammans med den enskilde följt upp om insatsen lett till uppsatta mål som den enskilde har varit med att utforma. Uppföljningen ska vara dokumenterad och daterad.	Ja=Ja, för alla	
	DELVIS=Ja, men inte för alla	

<b>Med standardiserade bedömningsmetoder</b> avses här ett formulär med i förväg fastställda frågor och svarsalternativ och en manual som beskriver hur det ska användas. Frågorna bygger på forskning och beprövad erfarenhet. Bedömningsmetoden används för att bedöma en situation, funktion och/eller behov och är vetenskapligt prövad. Med <b>våld i nära relationer</b> avses våld eller andra övergrepp av eller mot närstående. Begreppet <b>”närstående”</b> är könsneutralt och syftar på varje person som den våldsutsatta bedöms ha en nära och förtroendefull relation till. Det kan handla om såväl makar, sambor, pojk- eller flickvänner, som föräldrar, syskon, barn eller andra släktingar. Det kan även gälla andra personer som den våldsutsatta har eller har haft en nära och förtroendefull relation till. Bedömningen om vem som kan betraktas som närstående ska göras utifrån familje- och levnadsförhållanden i det enskilda fallet (prop. 2006/07:38 Socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor s. 31).	<b>För att uppnå</b> indikatorn krävs svar Ja på frågan.	G9_6	Ny definition för vad som avses med område inom socialtjänsten införd 2020. "Observera att organisation och benämning på områden/verksamheter skiljer sig mellan kommuner. Med område avses här att stöd erbjuds till berörd målgrupp."
<b>Våld eller andra övergrepp:</b> Med våld eller andra övergrepp avses primärt brotten i 3, 4 och 6 kap. brottsbalken. Våldet kan ta sig många olika uttryck. Det kan handla om fysiskt eller psykiskt våld (t.ex. slag, sparkar, hot, tvång, kränkningar) eller sexuella övergrepp men också om handlingar som enligt rådande lagstiftning inte definieras som brott, men som kan ingå i ett mönster av utsatthet: verbala sexistiska kränkningar, isolering från familj, vänner och omgivning, ekonomiskt utnyttjande eller emotionell utpressning (Våld - handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer, Socialstyrelsen 2016). Observera att organisation och benämning på områden/verksamheter skiljer sig mellan kommuner. Med område avses här att stöd erbjuds till berörd målgrupp.			

<b>Med standardiserade bedömningsmetoder</b> avses här ett formulär med i förväg fastställda frågor och svarsalternativ och en manual som beskriver hur det ska användas. Frågorna bygger på forskning och beprövad erfarenhet. Bedömningsmetoden används för att bedöma en situation, funktion och/eller behov och är vetenskapligt prövad. Exempel på standardiserade bedömningsmetoder här är AUDIT och DUDIT. Bedömningsmetoderna finns rekommenderade i Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende 2019. Med <b>AUDIT</b> (Alcohol Use Disorders Identification Test) avses ett manualbaserat frågeformulär (självskattningstest) för att identifiera riskfylld eller skadlig alkoholkonsumtion. Observera att organisation och benämning på områden/verksamheter skiljer sig mellan kommuner. Med område avses här att stöd erbjuds till berörd målgrupp. Med mätdatum avses att den standardiserade bedömningsmetoden finns tillgänglig att användas angivet datum för handläggarna.	<b>För att uppnå</b> indikatorn krävs svar: Ja, AUDIT	G12_5_1	Ny definition för vad som avses med område inom socialtjänsten införd 2020. "Observera att organisation och benämning på områden/verksamheter skiljer sig mellan kommuner. Med område avses här att stöd erbjuds till berörd målgrupp." Därför har svarsalternativet: "Ej aktuellt, området finns inte inom vår socialtjänst" tagits bort i enkäten 2020.



**Använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem - Äldreomsorg** Kommunen/stadsdelen använder den standardiserade bedömningsmetoden DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna. Indikatorn syftar till att belysa att kommunen använder standardiserade bedömningsmetoden DUDIT inom socialtjänstens olika verksamhetsområden för att identifiera konsumtionsmönster och drogrelaterade problem hos vuxna. Att använda standardiserade bedömningsmetoder är ett sätt att säkerställa att den enskildes samtliga behov framkommer och att alla får rätt till en likvärdig bedömning av sina behov.

Kvalitetssäkrade och standardiserade metoder innebär också att bedömningen blir likartad oberoende av var den enskilde söker hjälp. Att använda systematiska bedömningsmetoder utgör en grund till att de enskilda får rätt insatser och är en utgångspunkt i det systematiska uppföljningsarbetet.

DUDIT kan användas för att identifiera problem (screeninginstrument) kan också användas för att återkoppla resultatet till klienten. Genom tidig upptäckt är det möjligt att erbjuda rätt stöd och förebygga ohälsa.

Socialtjänsten bör använda DUDIT för att identifiera narkotikaproblem.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

**Använt resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling i - ordinärt boende - särskilt boende** Kommunen/stadsdelen har sammanställt resultaten av biståndsbeslutade insatser till enskilda på gruppnivå och använt resultaten från sammanställningen för att utveckla verksamheten. Indikatorn syftar till att belysa att kommunen/stadsdelen bedriver systematisk uppföljning och använder den kunskapen i utvecklingen av socialtjänstens olika verksamheter, till gagn för brukargrupperna. En central förutsättning för uppföljning av insatser är att det finns ett system för en systematisk och regelbunden uppföljning av de insatser som ges till enskilda, utifrån deras behov. För att visa på resultat av insatserna som verksamheten erbjuder och avgöra om insatserna förbättrat livssituationen för de berörda behövs dokumenterad kunskap. Det innebär att resultatet för enskilda personer behöver följas upp, dvs. undersöka om användningen av en arbetsmetod eller insats fått avsedd effekt. Med systematisk uppföljning menas att kommunen sammanställer resultat från enskilda uppföljningar på gruppnivå.

Presenteras som två indikatorer.

Systematisk uppföljning kan ge kunskap om huruvida insatserna har gett förväntade resultat för hela målgruppen eller undergrupper, kunskap om gruppernas behov och om insatserna svarar mot de behov som finns. Det bör uppmärksammas om det finns särskilda behov och insatser anpassade till olika målgrupper och undergrupper.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

**Genomfört systematisk uppföljning uppdelat på kön i - ordinärt boende - särskilt boende** Kommunen/stadsdelen har sammanställt resultaten av biståndsbeslutade insatser till enskilda på gruppnivå uppdelat på kön och använt resultaten från sammanställningen för att utveckla verksamheten. Indikatorn syftar till att belysa att kommunen/stadsdelen genomför systematisk uppföljning, uppdelat på flickor och pojkar/kvinnor och män. Uppföljningen ger underlag för att för att se hur de biståndsbeslutade insatserna fungerar på gruppnivå och om det finns omotiverade skillnader. Med systematisk uppföljning menas att kommunen sammanställer resultaten från de enskilda uppföljningarna på gruppnivå. På detta sätt kan socialtjänsten få kunskap om insatserna gett förväntade resultat, utifrån den enskildes behov, för hela målgruppen och för olika undergrupper. Ett jämställdhetsperspektiv behöver genomsyra hela socialtjänstens arbetsprocess, från bemötande till att uppmärksamma behov av insatser och följa upp insatser och deras resultat.

Presenteras som två indikatorer.

**Referenser** Om standardiserade bedömningsmetoder. Socialstyrelsen 2012.

Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen 2019.

**Aktuell lagstiftning** Socialnämnden ska arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. (3 kap. 7 § SoL).

Socialnämnden skall aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden skall i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs. (5 kap. 9 § SoL)

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

**Referenser:** Med målet i sikte - målinriktad och systematisk utvärdering av insatser för enskilda personer, Socialstyrelsen 2012. Systematisk uppföljning – beskrivning och exempel. Socialstyrelsen 2014.

**Aktuell lagstiftning** Systematisk uppföljning ökar förutsättningarna att handlägga, dokumentera och säkra verksamheters kvalitet i enlighet med Socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

**Referenser:** Med målet i sikte - målinriktad och systematisk utvärdering av insatser för enskilda personer. Socialstyrelsen 2012.

Mot en mer jämställd sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen 2008.

**Aktuell lagstiftning** Systematisk uppföljning ökar förutsättningarna att handlägga, dokumentera och säkra verksamheters kvalitet i enlighet med Socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

i. Använder ni den [mätdatum] någon av nedanstående standardiserade bedömningsmetoder för att identifiera riskfylld eller skadlig alkoholkonsumtion eller identifiera konsumtionsmönster och drogrelaterade problem hos enskilda vuxna, i nedanstående områden [äldreomsorg] inom socialtjänsten? **Svarsalternativ:** Ja, DUDIT/ Nej.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

i) Har ni någon gång under perioden (12 månader) sammanställt resultat på gruppnivå från uppföljningar av biståndsbeslutade insatser utifrån uppsatta mål för den enskilde för insatser till personer i - ordinärt boende? - särskilt boende? **Svarsalternativ:** Ja, sammanställt på gruppnivå/Nej, inte sammanställt på gruppnivå/Ej aktuellt, inte sammanställt resultatet på gruppnivå p.g.a. att individerna varit för få.

ii) Har ni använt sammanställningen av resultatet/-en på gruppnivå för att utveckla verksamheten i - ordinärt boende? - särskilt boende? **Svarsalternativ:** Ja/Nej, men vi har beslutat att göra det/Nej.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

i) Har ni någon gång under perioden (12 månader) sammanställt resultat på gruppnivå från uppföljningar av biståndsbeslutade insatser utifrån uppsatta mål för den enskilde för insatser till personer i - ordinärt boende? - särskilt boende? **Svarsalternativ:** Ja, sammanställt på gruppnivå/Nej, inte sammanställt på gruppnivå/Ej aktuellt, inte sammanställt resultatet på gruppnivå p.g.a. att individerna varit för få.

ii) Har ni sammanställt resultatet/-en på gruppnivå uppdelat på kön i - ordinärt boende? - särskilt boende? **Svarsalternativ:** Ja/Nej/Ej aktuellt, har inte sammanställt resultatet uppdelat på kön p.g.a. att individerna varit för få.

Med **standardiserade bedömningsmetoder** avses här ett formulär med i förväg fastställda frågor och svarsalternativ och en manual som beskriver hur det ska användas. Frågorna bygger på forskning och beprövad erfarenhet. Bedömningsmetoden används för att bedöma en situation, funktion och/eller behov och är vetenskapligt prövad. Exempel på standardiserade bedömningsmetoder här är AUDIT och DUDIT. Bedömningsmetoderna finns rekommenderade i Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende 2019.

Med **DUDIT** (Drug Use Disorders Identification Test) avses ett manualbaserat frågeformulär för att identifiera konsumtionsmönster och drogrelaterade problem.

Med **droger** avses Cannabis, Hallucinogener, Amfetamin, Opiater, Lösningsmedel samt GHB och övriga preparat. Även läkemedel som inte förskrivits och används enligt läkares ordination ingår. Observera att organisation och benämning på områden/verksamheter skiljer sig mellan kommuner. Med område avses här att stöd erbjuds till berörd målgrupp.

Med **mätdatum** avses att den standardiserade bedömningsmetoden finns tillgänglig att användas angivet datum för handläggarna.

Med **uppföljningar** avses att handläggare tillsammans med den enskilde följt upp om insatsen lett till uppsatta mål som den enskilde varit delaktig i att utforma. Uppföljningen ska vara dokumenterad och daterad.

Med **resultat av biståndsbeslutade insatser** avses om målet med insatsen för den enskilde har uppnåtts utifrån dennes individuella behov. Insatsen kan bedrivas i egen eller annan regi.

Med **gruppnivå** avses sammanställda uppgifter från dokumentationen i enskilda ärenden. Sammanställning av resultat kan under mätperioden ha gjorts för en eller flera insatser.

Med **utveckla verksamheten** avses att konkreta förändringar införts med syfte att leda till förbättringar i verksamheten (t.ex. ändrat rutiner, förlängt öppettider, erbjudit utbildning i standardiserade metoder, tillgodosett behov av nya insatser o.s.v.).

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Med **uppföljningar** avses att handläggare tillsammans med den enskilde följt upp om insatsen lett till uppsatta mål som den enskilde varit delaktig i att utforma. Uppföljningen ska vara dokumenterad och daterad.

Med **resultat av biståndsbeslutade insatser** avses om målet med insatsen för den enskilde har uppnåtts utifrån dennes individuella behov. Insatsen kan bedrivas i egen eller annan regi.

Med **gruppnivå** avses sammanställda uppgifter från dokumentationen i enskilda ärenden. Sammanställning av resultat kan under mätperioden ha gjorts för en eller flera insatser.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

För att uppnå indikatorn krävs svar: Ja, DUDIT.

G12\_5\_2 Ny definition för vad som avses med område inom socialtjänsten införd 2020. "Observera att organisation och benämning på områden/verksamheter skiljer sig mellan kommuner. Med område avses här att stöd erbjuds till berörd målgrupp."

Därför har svarsalternativet: "Ej aktuellt, området finns inte inom vår socialtjänst" tagits bort i enkäten 2020.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

Socialtjänsten använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna.

<p><b>Använt resultat från systematisk uppföljning uppdelat på kön till verksamhetsutveckling i - ordinärt boende - särskilt boende</b></p> <p>Kommunen/stadsdelen har sammanställt resultaten av biståndsbeslutade insatser till enskilda på gruppnivå uppdelat på kön och använt resultaten från sammanställningen för att utveckla verksamheten.</p> <p>Presenteras som två indikatorer.</p>	<p>Indikatorn syftar till att belysa att kommunen genom systematisk uppföljning, uppdelat på kvinnor och män/flickor och pojkar, tar reda på hur insatserna fungerar och undersöker om det finns omotiverade skillnader mellan grupperna. Vidare att de använder de sammanställda resultaten för att utveckla socialtjänstens olika verksamheter, till gagn för brukargrupperna.</p> <p>Med systematisk uppföljning menas att kommunen sammanställer resultaten från de enskilda uppföljningarna på gruppnivå. På detta sätt kan kommunen få kunskap om insatserna gett förväntade resultat, utifrån den enskildes behov, för hela målgruppen eller olika undergrupper. Ett jämställdhetsperspektiv behöver genomsyra hela socialtjänstens arbetsprocess, från bemötande till uppföljning av insatser och deras resultat. Det bör uppmärksammas om det finns särskilda behov och insatser anpassade till olika målgrupper.</p>	<p><b>Referenser</b></p> <p>Med målet i sikte - målinriktad och systematisk utvärdering av insatser för enskilda personer. Socialstyrelsen 2012.</p> <p>Systematisk uppföljning – beskrivning och exempel. Socialstyrelsen 2014.</p> <p>Mot en mer jämställd sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen 2008.</p> <p><b>Aktuell lagstiftning</b></p> <p>Systematisk uppföljning ökar förutsättningarna att handlägga, dokumentera och säkra verksamheters kvalitet i enlighet med Socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.</p>	<p>i) Har ni någon gång under perioden (12 månader) sammanställt resultat på gruppnivå från uppföljningar av biståndsbeslutade insatser utifrån uppsatta mål för den enskilde för insatser till personer i - ordinärt boende? - särskilt boende?</p> <p><b>Svarsalternativ:</b> Ja, sammanställt på gruppnivå/Nej, inte sammanställt på gruppnivå/Ej aktuellt, har inte sammanställt resultatet på gruppnivå p.g.a. att individerna varit för få.</p> <p>ii) Har ni sammanställt resultatet/-en på gruppnivå uppdelat på kön i - ordinärt boende? - särskilt boende?</p> <p><b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej/Ej aktuellt, har inte sammanställt resultatet uppdelat på kön p.g.a. att individerna varit för få.</p> <p>iii) Har ni använt sammanställningen av resultatet/-en på gruppnivå för att utveckla verksamheten?</p> <p><b>Svarsalternativ:</b> iii. Ja/Nej, men vi har beslutat att göra det/Nej.</p>	<p>Med <b>uppföljningar</b> avses att handläggare tillsammans med den enskilde följt upp om insatsen lett till uppsatta mål som den enskilde varit delaktig i att utforma. Uppföljningen ska vara dokumenterad och daterad.</p> <p>Med <b>resultat av biståndsbeslutade insatser</b> avses om målet med insatsen för den enskilde har uppnåtts utifrån dennes individuella behov. Insatsen kan bedrivas i egen eller annan regi.</p> <p>Med <b>gruppnivå</b> avses sammanställda uppgifter från dokumentationen i enskilda ärenden. Sammanställning av resultat kan under mätperioden ha gjorts för en eller flera insatser.</p> <p>Med <b>utveckla verksamheten</b> avses att konkreta förändringar införts med syfte att leda till förbättringar i verksamheten (t.ex. ändrat utbudet av insatser utifrån en viss målgrupps behov eller ändrat formen av en insats).</p>	<p>För att uppnå indikatorn krävs följande svar:</p> <p>i: Ja, sammanställt på gruppnivå.</p> <p>ii: Ja.</p> <p>iii: Ja.</p>	<p>Ä4_1</p> <p>Ä4a_1</p> <p>Ä4b_1</p> <p>Ä4_2</p> <p>Ä4a_2</p> <p>Ä4b_2</p>
<p><b>Kommunen garanterar kontakt inom viss tid efter larm</b></p> <p>Kommunen/stadsdelen har en beslutad garanterad maximal tid till kontakt när personer 65 år och äldre använder trygghetslarm i ordinärt boende.</p>	<p>Äldre personer utrustade med larm har ofta omfattande behov av stöd och hjälp med sin omsorg och vård. Trygghetslarm möjliggör för den enskilde att snabbt kunna komma i kontakt med och få hjälp av hemtjänst eller hemsjukvård. Trygghetslarm syftar till att öka tryggheten och säkerheten för den enskilde och möjliggöra kvarboende i det egna hemmet. Indikatorn inkluderar personer 65 år och äldre med trygghetslarm utan beviljat beslut om trygghetslarm.</p>	<p><b>Kunskapsstöd och aktuell lagstiftning</b></p> <p>Trygghetslarm i kommunerna. En kartläggning. Stockholm; Socialstyrelsen 2014.</p> <p>Trygghetslarm i kommunerna. En Kartläggning 2015. Stockholm; Socialstyrelsen 2015.</p> <p>Personer som av socialnämnden erhållit trygghetslarm utan beviljat bistånd kan finnas i stadsdelen/kommunen. För mer information se Socialstyrelsens Meddelandeblad. Trygghetslarm och befogenhetslagen (1/2014).</p> <p>I 3 kap. 6 § socialtjänstlagen anges bland annat att socialnämnden genom hemtjänst bör underlätta för den enskilde att bo hemma och ha kontakt med andra. Trygghetslarm syftar till att öka tryggheten och säkerheten för den enskilde och möjliggöra kvarboende i det egna hemmet.</p> <p><b>Kunskapsstöd och aktuell lagstiftning</b></p> <p>Trygghetslarm i kommunerna. En kartläggning. Stockholm; Socialstyrelsen 2014.</p> <p>Trygghetslarm i kommunerna. En Kartläggning 2015. Stockholm; Socialstyrelsen 2015.</p> <p>Personer som av socialnämnden erhållit trygghetslarm utan beviljat bistånd kan finnas i stadsdelen/kommunen. För mer information se Socialstyrelsens Meddelandeblad. Trygghetslarm och befogenhetslagen (1/2014).</p> <p>I 3 kap. 6 § socialtjänstlagen anges bland annat att socialnämnden genom hemtjänst bör underlätta för den enskilde att bo hemma och ha kontakt med andra. Trygghetslarm syftar till att öka tryggheten och säkerheten för den enskilde och möjliggöra kvarboende i det egna hemmet.</p> <p><b>Kunskapsunderlag och aktuell lagstiftning</b></p> <p>Frågor och svar om samordnad individuell plan, SIP på Socialstyrelsens webbplats, Socialstyrelsen.se</p> <p>Kunskapsguiden: Samordnad individuell plan (SIP) för äldre, Sveriges Kommuner och Regioner, SKR.</p> <p>Särskilda bestämmelser om samordnad individuell plan (SIP) finns i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL och 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.</p>	<p>i) Har ni den [mätdatum] en skriftlig och på ledningsnivå beslutad garanterad maximal tid inom vilken den äldre personen (65 år och äldre) i ordinärt boende ska få kontakt med personal t.ex. via telefon, när denne använder sitt trygghetslarm?</p> <p><b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej.</p>	<p>Med <b>ledningsnivå</b> avses den nivå inom organisationen som har mandat att fastställa gemensamma beslut inom äldreomsorgen. <b>Garantin om den maximala tiden</b> gäller alla tider på dygnet men under normala omständigheter. Beslutet om garantin ska vara dokumenterad. Garantin gäller för samtliga personer 65 år och äldre med trygghetslarm, även dem som har insatsen utan biståndsbeslut. Funktionen trygghetslarm kan utföras i egen eller annan regi.</p>	<p>För att uppnå indikatorn krävs svar Ja på frågan.</p>	<p>Ä7</p>
<p><b>Kommunen garanterar besök inom viss tid efter larm</b></p> <p>Kommunen/stadsdelen har en beslutad garanterad maximal inställetid när personer 65 år och äldre använder trygghetslarm i ordinärt boende.</p>	<p>Äldre personer utrustade med larm har ofta omfattande behov av stöd och hjälp med sin omsorg och vård. Trygghetslarm möjliggör för den enskilde att snabbt kunna komma i kontakt med och få hjälp av hemtjänst eller hemsjukvård. Trygghetslarm syftar till att öka tryggheten och säkerheten för den enskilde och möjliggöra kvarboende i det egna hemmet. Indikatorn inkluderar personer 65 år och äldre med trygghetslarm utan beviljat beslut om trygghetslarm.</p>	<p><b>Kunskapsstöd och aktuell lagstiftning</b></p> <p>Trygghetslarm i kommunerna. En kartläggning. Stockholm; Socialstyrelsen 2014.</p> <p>Trygghetslarm i kommunerna. En Kartläggning 2015. Stockholm; Socialstyrelsen 2015.</p> <p>Personer som av socialnämnden erhållit trygghetslarm utan beviljat bistånd kan finnas i stadsdelen/kommunen. För mer information se Socialstyrelsens Meddelandeblad. Trygghetslarm och befogenhetslagen (1/2014).</p> <p>I 3 kap. 6 § socialtjänstlagen anges bland annat att socialnämnden genom hemtjänst bör underlätta för den enskilde att bo hemma och ha kontakt med andra. Trygghetslarm syftar till att öka tryggheten och säkerheten för den enskilde och möjliggöra kvarboende i det egna hemmet.</p> <p><b>Kunskapsunderlag och aktuell lagstiftning</b></p> <p>Frågor och svar om samordnad individuell plan, SIP på Socialstyrelsens webbplats, Socialstyrelsen.se</p> <p>Kunskapsguiden: Samordnad individuell plan (SIP) för äldre, Sveriges Kommuner och Regioner, SKR.</p> <p>Särskilda bestämmelser om samordnad individuell plan (SIP) finns i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL och 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.</p>	<p>i) Har ni den [mätdatum] en skriftlig och på ledningsnivå beslutade rutiner om att den enskilde ska informeras om sina möjligheter till SIP, i nedanstående områden [äldreomsorg] inom socialtjänsten?</p> <p><b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej.</p> <p>ii: Har ni någon gång under perioden (12 mån) följt upp dessa rutiner i nedanstående områden inom socialtjänsten?</p> <p><b>Svarsalternativ:</b> ii. Ja/Nej/Ej aktuellt.</p>	<p>Med <b>ledningsnivå</b> avses den nivå inom organisationen som har mandat att fastställa gemensamma beslut inom äldreomsorgen. <b>Garantin om den maximala tiden</b> gäller alla tider på dygnet men under normala omständigheter. Beslutet om garantin ska vara dokumenterad. Garantin gäller för samtliga personer 65 år och äldre med trygghetslarm, även dem som har insatsen utan biståndsbeslut. Funktionen trygghetslarm kan utföras i egen eller annan regi.</p>	<p>För att uppnå indikatorn krävs svar Ja på frågan.</p>	<p>Ä8</p>
<p><b>Aktuell rutin för information om samordnad individuell plan (SIP)</b></p> <p>Kommunen/stadsdelen har en aktuell, skriftlig rutin om att informera enskilda om deras möjlighet att få en samordnad individuell plan (SIP).</p>	<p>Indikatorn syftar till att belysa om kommunen/stadsdelen har rutiner för att delge enskilda personer information om att de vid behov kan få en samordnad individuell plan. Det är ett sätt att säkerställa att brukarna får kännedom om den möjligheten (och socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens skyldigheter). Syftet med en samordnad individuell plan (SIP) är att säkerställa samordning av insatser när den enskilde har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Upprättande av planen ska ske med den enskildes samtycke och om möjligt tillsammans med hen. För att säkra att rutinen används och fungerar i verksamheten är det viktigt att den regelbundet följs upp.</p>	<p>Särskilda bestämmelser om samordnad individuell plan (SIP) finns i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL och 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.</p>	<p>i: Har ni någon gång under perioden (12 månader) sammanställt resultat på gruppnivå från uppföljningar av biståndsbeslutade insatser utifrån uppsatta mål för den enskilde för insatser till personer i - ordinärt boende? - särskilt boende?</p> <p><b>Svarsalternativ:</b> Ja, sammanställt på gruppnivå/Nej, inte sammanställt på gruppnivå/Ej aktuellt, har inte sammanställt resultatet på gruppnivå p.g.a. att individerna varit för få.</p> <p>ii: Har ni sammanställt resultatet/-en på gruppnivå uppdelat på kön i - ordinärt boende? - särskilt boende?</p> <p><b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej/Ej aktuellt, har inte sammanställt resultatet uppdelat på kön p.g.a. att individerna varit för få.</p> <p>iii: Har ni använt sammanställningen av resultatet/-en på gruppnivå för att utveckla verksamheten?</p> <p><b>Svarsalternativ:</b> iii. Ja/Nej, men vi har beslutat att göra det/Nej.</p>	<p>Med <b>rutin</b> avses ett bestämt tillvägagångssätt för hur aktiviteter ska genomföras samt ange ansvarsfördelningen. Rutinen ska vara känd och användas av ansvariga handläggare.</p> <p>Med <b>samordnad individuell plan (SIP)</b> avses en individuell plan som beskriver insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården utifrån den enskildes behov och önskemål och som tagits fram genom samordnad individuell planering, med den enskildes samtycke.</p> <p><b>Information</b> till den enskilde kan vara både muntligen och/eller skriftligen.</p> <p>Observera att organisation och benämning på områden/verksamheter skiljer sig mellan kommuner. Med <b>område avses här att stöd erbjuds till berörd målgrupp</b>.</p> <p>Med <b>följt upp</b> avses att ni har kontrollerat att rutinen används och fungerar på avsett sätt samt att den vid behov har reviderats. Uppföljningen ska vara dokumenterad och daterad.</p>	<p>För att uppnå indikatorn krävs följande svar:</p> <p>i: Ja</p> <p>OCH</p> <p>ii: Ja ELLER Ej aktuellt.</p>	<p>G19_8</p> <p>G19a_8</p>
						<p>Ny definition för vad som avses med område inom socialtjänsten införd 2020. "Observera att organisation och benämning på områden/ verksamheter skiljer sig mellan kommuner. Med område avses här att stöd erbjuds till berörd målgrupp." Därför har svarsalternativet: "Ej aktuellt, området finns inte inom vår socialtjänst" tagits</p>

**Aktuell rutin för att inte röja skyddade personuppgifter** Kommunen/stadsdelen har en aktuell, skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för hur ärenden med skyddade personuppgifter ska hanteras för att säkerställa att dessa inte röjs både vid handläggningen och vid genomförande av beslutade insatser i myndighetsutövningen inom socialtjänstens verksamhetsområden.

En del våldsutsatta som söker stöd hos socialtjänsten har skyddade personuppgifter. De flesta av de som har skyddade personuppgifter i form av sekretessmarkering eller kvarskrivning är kvinnor som lever under hot från en f.d. make eller sambo. Många av dessa kvinnor har barn. Det är viktigt att socialtjänsten har beredskap för hur ärenden med skyddade personuppgifter ska hanteras både vid handläggning och vid genomförande av insatser. Tydliga och kända arbetsrutiner kan medverka till att säkerställa att skyddade uppgifter inte röjs av misstag. Arbetet behöver präglas av ett säkerhetstänkande, bl.a. i hanteringen av handlingar så att exempelvis inte sekretessbelagda uppgifter kommer ut. Det kan handla om att ha checklistor för säkerhetsåtgärder, särskilda tekniska lösningar i dokumentationssystemen och att alltid motringa i kontakter med andra personer vilka berör personer med skyddade personuppgifter. Det kan även vara nödvändigt att begränsa antalet personer inom socialtjänsten som känner till de uppgifter som är skyddade. Rutinerna kan också handla om samverkan med andra myndigheter och organisationer om skyddade personuppgifter – Polismyndigheten, Skatteverket, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, hälso- och sjukvården, kvinnojourer, förskola och skola m.fl. Inom kommunen kan det vara lämpligt att ha samarbete med t.ex. kommunala hyresvärdar, kultur- och fritidsförvaltningar. Det är viktigt att den som utför insatser enligt socialtjänstlagen också har kunskap om hur de ska hantera skyddade personuppgifter. Socialnämnden behöver informera utföraren om att personen har skyddade personuppgifter och om vem/vilka som utföraren ska ha kontakt med hos beställaren/socialnämnden. Utföraren ansvarar för den praktiska hanteringen då insatserna genomförs. För att säkra att rutinerna är aktuella är det viktigt att de regelbundet följs upp.

#### Kunskapsstöd och aktuell lagstiftning

Våld - handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer. Socialstyrelsen 2016.

Socialtjänsten har enligt Socialtjänstlagen ett tydligt ansvar för att skydda barn som far illa eller riskerar att fara illa, vilket innebär att utreda, bedöma och tillgodose barnets behov av skydd och insatser på kort och lång sikt. Socialtjänsten ska även särskilt beakta att våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld kan behöva stöd och hjälp (5 kap. 11 § SoL).

i: Har ni den [mätdatum] en skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för hur ärenden med skyddade personuppgifter ska hanteras för att säkerställa att dessa inte röjs både vid handläggningen och vid genomförande av beslutade insatser i myndighetsutövningen, nedanstående områden inom socialtjänsten?

**Svarsalternativ:** Ja/Nej.

ii: Har ni någon gång under perioden (12 mån) följt upp rutinen, i nedanstående områden inom socialtjänsten?  
**Svarsalternativ:** Ja/Nej/Ej aktuellt, då rutinen upprättades nyligen.

Med **ledningsnivå** avses den nivå inom organisationen som har mandat att besluta om gemensamma rutiner.

Med **rutin** avses ett bestämt tillvägagångssätt för hur aktiviteter ska genomföras samt ange ansvarsfördelningen. Rutinen ska vara känd och användas av ansvariga handläggare.

Med **skyddade personuppgifter** avses sekretessmarkering, skyddad folkbokföring, fingerade personuppgifter och sekretess som kan aktualiseras för hotade och förföljda personer.

Med **myndighetsutövningen** avses här utredning, beslut och verkställighet.

Observera att organisation och benämning på områden/verksamheter skiljer sig mellan kommuner.

Med **område** avses här att stöd erbjuds till berörd målgrupp.

Svara "Ja" för de områden där ni har rutin. Om ni har en gemensam rutin för fler än ett område svara "Ja" för respektive område.

Med **följt upp** avses att ni har kontrollerat att rutinen används och fungerar på avsett sätt samt att den vid behov har reviderats. Uppföljningen ska vara dokumenterad och daterad.

För att uppnå indikatorn krävs följande svar:

i: Ja

OCH

ii: Ja ELLER Ej aktuellt.

G20\_8  
G20a\_8

Ny definition för vad som avses med område inom socialtjänsten införd 2020. "Observera att organisation och benämning på områden/verksamheter skiljer sig mellan kommuner. Med område avses här att stöd erbjuds till berörd målgrupp." Därför har svarsalternativet: "Ej aktuellt, området finns inte inom vår socialtjänst" tagits bort i enkäten 2020.

## Beskrivning av bakgrundsmått - Öppna jämförelser 2021 - Äldreomsorg

Bakgrundsmått	Syfte med bakgrundsmått	Underlag till bakgrundsmått	Enkätfrågor och svarsalternativ	Definitioner	Beräkning	Frågenummer i enkäten	Datakällor
<b>Antal äldre personer per handläggare - Äldreomsorg</b>			<p><b>Enkät:</b> Ange antal handläggare, omräknat till årsarbetare, som är anställda inom äldreomsorgen [mätdatum].</p> <p><b>Svarsalternativ</b></p> <p>Antal handläggare omräknat till årsarbetare (ange med två decimaler)</p> <p>ELLER</p> <p>Kan inte lämna uppgifter.</p>	<p>Med <b>handläggare</b> avses här den personal som har delegation att fatta beslut om bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL.</p>	<p><b>Beräkning av antal årsarbetare [enkäten]</b></p> <p>Antalet årsarbetare räknas fram med hjälp av den faktiska sysselsättningsgraden för månadsavlönade och arbetade timmar för timavlönade.</p> <p><b>Månadsavlönade</b></p> <p>En månadsavlönad som arbetar heltid har en sysselsättningsgrad på 100 procent och utgör 1,00 årsarbetare. En månadsavlönad som arbetar halvtid har en sysselsättningsgrad på 50 procent och utgör 0,50 årsarbetare</p> <p><b>Timavlönade</b></p> <p>För timavlönade beräknas årsarbetersiffran utifrån antal arbetade timmar under januari månad dividerad med 165, som är en schablon för heltidssysselsättning för en månad. För en timavlönad som arbetar 120 timmar under januari månad blir årsarbetstiden 120/165=0,73.</p>	Ä1	<p>Datakällor</p> <p>Öppna jämförelser 2021. Enkät till socialtjänsten och kommunal hälso- och sjukvård, kommunundersökning. Mätdatum: 1 februari 2021</p>
<b>Andel handläggare inom området äldreomsorg som har socionomexamen</b>	<p>Bakgrundsmåttet syftar till att belysa en strävan att socialt arbete utförs med bästa möjliga kvalitet av handläggare med adekvat utbildning som möjligt. Med rätt kompetens ökar förutsättningarna för att handläggarna i myndighetsutövningen ska bidra till utredningar, bedömningar och uppföljningar av god kvalitet. Socionomexamen är här att betrakta som en lämplig utbildning.</p>	<b>Aktuell lagstiftning</b>	<p>i. Ange antal handläggare, omräknat till årsarbetare, som är anställda inom äldreomsorgen [mätdatum].</p> <p><b>Svarsalternativ</b></p> <p>Antal handläggare omräknat till årsarbetare (ange med två decimaler)</p> <p>ELLER</p> <p>Kan inte lämna uppgifter.</p>	<p>Med <b>handläggare</b> avses här den personal som har delegation att fatta beslut om bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL.</p>	<p><b>Beräkning bakgrundsmått [enkäten + register]</b></p> <p>Täljare=Antal personer 65 år och äldre med biståndsbeslutade insatser av socialtjänsten [mätdatum] Socialtjänstens register. Nämnare: Antal årsarbetande handläggare [mätdatum] Enkäten.</p>	Ä1a	<p>Datakälla: Öppna jämförelser 2021. Enkät till socialtjänsten och kommunal hälso- och sjukvård, kommunundersökning. Mätdatum: 1 februari 2021.</p>
<b>Andel personer 80 år och äldre i kommunen</b>	<p>Personer som är 80 år och äldre har i stor uträkning någon form av insats av kommunens äldreomsorg. Om kommunen har en stor andel personer som är 80 år och äldre i förhållande till övriga befolkningen förväntas också ett stort behov av kommunens äldreomsorg</p>		<p>ii. Ange antal handläggare, omräknat till årsarbetare, som är anställda inom äldreomsorgen [mätdatum] och har socionomexamen.</p> <p><b>Svarsalternativ</b></p> <p>Antal handläggare med socionomexamen omräknat till årsarbetare (ange med två decimaler)</p> <p>ELLER</p> <p>Kan inte lämna uppgifter.</p>	<p>Med <b>handläggare</b> avses här den personal som har delegation att fatta beslut om bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL.</p> <p>Handläggare som är anställd men har ersatts med vikarie, t.ex. föräldralediga eller långtidssjuka, ska inte räknas med, utan då räknas vikarien. Handläggare som är anställd men har ersatts med vikarie, t.ex. föräldralediga eller långtidssjuka, ska inte räknas med, utan då räknas vikarien. Räkna ej med enhetschefer eller motsvarande med verksamhets-, personal- och budgetansvar. Vikarier ska räknas in, däremot inte personal som varit helt ledig minst 30 dagar under januari och februari eller är tjänstlediga.</p>	<p>Andel personer 80 år och äldre i kommunen, 31 december [år].</p> <p>Täljare: Antal invånare 80 år och äldre 31 december [år].</p> <p>Nämnare: Totalt antal invånare 31 december [år].</p>		<p>Datakälla: SCB:s befolkningsstatistik.</p>
<b>Andel personer 65 år och äldre med hemtjänst i kommunen</b>	<p>En hög andel äldre med hemtjänstinsatser i ordinarie boende kan visa att invånarnas behov är högre än i riket i stort. En hög andel kan även tyda på att kommunen har en lägre tröskel i biståndsbedömningen när det gäller hemtjänstinsatser i ordinarie boende.</p>				<p>Andel personer 65 år och äldre med hemtjänst i kommunen, 31 dec [år].</p> <p>Täljare: Antal personer 65 år och äldre med beslut om hemtjänst enligt socialtjänstlagen 31 december [år].</p> <p>Nämnare: Antal invånare 65 år och äldre i kommunen 31 december [år].</p>		<p>Datakällor</p> <p>SCB:s befolkningsstatistik.</p>
							<p>Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning.</p>



## Öppna jämförelser socialtjänst 2021 - Stöd till personer med funktionsnedsättning LSS

### Resultaten

Resultaten för indikatorer som redovisas här baseras på enkätdata från Sveriges kommuner och stadsdelarna i Stockholm. Indikatorerna belyser olika aspekter av kvalitet inom socialtjänstens olika områden.

### Årets resultat för kommuner och stadsdelar, län och riket finns på blad 2 - Resultat indikatorer

När du klickar på rubriken (på rad 3) länkas du till beskrivningen av indikatorn eller bakgrundsmåttet.

**Beskrivning av indikatorer finns på blad 3 och bakgrundsmåtten på blad 4.**

### Hjälp att sortera - för att underlätta jämförelser och analys

#### Bakgrundsmått

I Excelfilen redovisas bakgrundsmått som kompletterande information. De baseras på enkätdata.

#### Kommungrupper

Det finns stora skillnader mellan kommunerna - därför finns tre olika sätt att sortera kommuner i:

Antal kommuninvånare (1-5), SKR:s kommungruppsindelning (A1-C9) och Socioekonomisk sorteringsnyckel (1-8)

#### Färgläggning av resultat - en snabb överblick av läget

Orange = Andel kommuner/stadsdelar som uppfyllt indikatorn på **riksnivå**

Grön = Uppfylld indikator

Gul = Delvis uppfylld indikator

Röd = Inte uppfylld indikator

#### När svar saknas

**Tom cell** = kommunen/stadsdelen har inte svarat (bortfall)

**EA FÅ INDIVIDER** = kommunen/stadsdelen har inte kunnat svara på grund av att antalet personer som berörs inom kommunen/stadsdelen inte är tillräckligt många

#### Svarsfrekvens

Insamlingsperiod: jan-mars 2021.

Svarsfrekvens: 94 procent av kommuner och stadsdelar har besvarat enkätens generella del och 95 procent besvarade delenkäten om Stöd till personer med funktionsnedsättning LSS

Insamlingen beskrivs i Metodbeskrivning 2021 öppna jämförelser - Socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård.

Dokumentet finns på Socialstyrelsens webbplats [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se) under: Öppna jämförelser Socialtjänst/Stöd till personer med funktionsnedsättning LSS

**Kontakt:** [OJ-socialtjanst@socialstyrelsen.se](mailto:OJ-socialtjanst@socialstyrelsen.se)

Öppna jämförelser socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård: <http://www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser>

Telefon: 075- 247 30 00





# Beskrivning av indikatorer - Öppna jämförelser 2021 - Stöd till personer med funktionsnedsättning

**Datakälla:** Öppna jämförelser 2021. Enkät till socialtjänsten och kommunal hälso- och sjukvård, kommunundersökning.

**Mätdatum:** 1 februari 2021

**Resultat på aggregerad nivå bygger på:**

Täljare: Antal kommuner som har uppnått indikatorn.

Nämnare: Totalt antal kommuner som besvarat enkätfrågan/enkätfrågorna.

Indikator	Syfte med indikatorn	Underlag till syfte	Enkätfrågor och svarsalternativ	Definitioner	Beräkning	Frågenummer i enkäten	Ändringar och övrig information
<p><b>Socialjour med socionomer alla dagar hela dygnet</b></p> <p>Kommunen har en social jourverksamhet bemannad med socionomutbildad personal all tid utanför kontorstid året runt.</p>	<p>För personer i akut kris bör det finnas en socialjour tillgänglig dygnet runt med socionomutbildad personal, för ett professionellt bemötande vid olika former av situationer. Jourens personal bör kunna bemöta och hantera situationer för alla enskilda oavsett deras ålder och behov.</p>	<p><b>Aktuell lagstiftning:</b> Att kommunernas socialnämnd bör tillhandahålla sociala tjänster genom social jour framgår i socialtjänstlagen 3 kap. 6 § (2001:453), SoL.</p>	<p>i. Har ni den [mätdatum] jourverksamhet med personal som har socionomexamen all tid utanför kontorstid året runt? Svarsalternativ: Ja/Nej</p>	<p>Med <b>jourverksamhet</b> menas att vara beredd på kommande händelseutveckling och där man omedelbart kan nås per telefon, ge råd och stöd, göra en professionell bedömning och där man vid behov kan vara på plats exempelvis hos en familj inom högst 2 timmar. Med <b>all tid</b> avses bemanning dygnet runt vardagar, lördagar, söndagar och helgdagar.</p>	<p>För att uppnå indikatorn krävs ja på fråga i.</p>	G1	
<p><b>Aktuell rutin för intern samordning mellan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ekonomiskt bistånd och LSS</li> <li>- Missbruk och LSS</li> <li>- Socialpsykiatri och LSS</li> <li>- Barn och unga och LSS</li> <li>- Äldreomsorg och LSS</li> </ul> <p>Kommunen/stadsdelen har en aktuell, skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för intern samordning i enskilda ärenden mellan olika verksamhetsområden inom socialtjänsten.</p> <p>Presenteras som fem olika indikatorer i excelfilen</p>	<p>Personer med behov av olika insatser inom socialtjänsten ska få sina insatser samordnade. En formaliserad och strukturerad samordning i form av gemensamma skriftliga rutiner för handläggningen i enskilda ärenden bidrar till stabilitet, förutsägbarhet och kontinuitet. Rutiner som beskriver ansvarsfördelningen och ett bestämt tillvägagångssätt kan minska risken för godtycke och utgöra ett stöd för handläggarna, till nytta för den enskilde. För att säkra att rutinerna är aktuella och stödjer insatserna till den enskilde är det viktigt att de regelbundet följs upp. Indikatorn avser belysa om det finns rutiner för samordning som är aktuella och används i verksamheten.</p>	<p><b>Aktuell lagstiftning:</b> Att det är viktigt att samordna insatserna fastställs i 3 kap 5 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL</p> <p>Ledningens ansvar för att fastställa de rutiner som behövs för att säkerställa verksamhetens kvalitet beskrivs i föreskrift (SOSFS 2011:9)</p>	<p>i. Har ni den (mätdatum) skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner för hur samordning i enskilda ärenden ska ske mellan nedanstående områden inom socialtjänsten? Svarsalternativ: Ja/Nej/Nej, behövs inte, samordning sker genom att verksamheten har samma personal och/eller ansvarig chef</p> <p>ii. Har ni någon gång under perioden (12 mån) följt upp dessa rutiner för samordning mellan nedanstående områden inom socialtjänsten? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt då rutinen upprättades nyligen</p>	<p>Med <b>ledningsnivå</b> avses den nivå inom organisationen som har mandat att besluta om gemensamma rutiner som avser flera delverksamheter/målgrupper. Med <b>rutin</b> avses ett bestämt tillvägagångssätt för hur aktiviteter ska genomföras kring enskilda som har sammansatta behov samt ange ansvarsfördelningen när verksamheten är uppdelad i olika delverksamheter/målgrupper. Rutinen ska vara känd och användas av ansvariga handläggare. Observera att organisation och benämning på områden/verksamheter skiljer sig mellan kommuner. Med <b>områden</b> avses här att stöd erbjuds till berörd målgrupp. Med <b>samordning i enskilda ärenden</b> avses koordination av resurser och arbetsinsatser mellan olika områden inom socialtjänsten för att få högre kvalitet och större effektivitet. Med <b>följt upp</b> avses att berörda aktörer tillsammans på ett systematiskt sätt kontrollerat att den rutin som finns för intern samordning används och fungerar på avsett sätt samt att den vid behov har reviderats. Uppföljningen ska vara dokumenterad och daterad.</p>	<p>För att uppnå indikatorn på kommunnivå krävs: "Ja" eller "Nej, behövs inte" på fråga i och "Ja" eller "Ej aktuellt" på fråga ii.</p>	G2+G2a	<p>Ny definition för vad som avses med område inom socialtjänsten inför 2020. "Observera att organisation och benämning på områden/verksamheter skiljer sig mellan kommuner. Med område avses här att stöd erbjuds till berörd målgrupp." Närför har</p>



<p><b>Aktuell överenskommelse om samverkan mellan:</b>  - Arbetsförmedlingen och LSS  - Försäkringskassan och LSS  - Barn- och ungdomspsykiatri och LSS  - Barn- och ungdomsmedicin och LSS  - Barn- och ungdomshabilitering och LSS  - Vuxenpsykiatri och LSS  - Vuxenhabilitering och LSS</p>	<p>Enskilda med insatser från socialtjänsten kan ha behov av insatser från flera myndigheter, verksamheter och organisationer. En formaliserad och strukturerad överenskommelse för hur samverkan ska ske i enskilda ärenden, är ett sätt att stärka stabilitet, förutsägbarhet och kontinuitet mellan aktörer. Överenskommelser som beskriver ansvarsfördelningen och ett bestämt tillvägagångssätt ökar förutsättningarna för en gemensam planering och ett samfällt agerande mellan aktörerna till gagn för den enskilde.</p> <p>För att säkra att överenskommelsen är aktuell och stödjer insatserna till den enskilde är det viktigt att de regelbundet följs upp.</p>	<p><b>Referenser:</b> Samverkan i re/habilitering. En vägledning. Socialstyrelsen 2008.</p> <p><b>Aktuell lagstiftning:</b> Ledningens ansvar för att fastställa de rutiner som behövs för att säkerställa verksamhetens kvalitet beskrivs i föreskrift (SOSFS 2011:9)</p>	<p>i. Har ni den (mätdatum) skriftliga och på ledningsnivå beslutade överenskommelser för hur samverkan i enskilda ärenden ska ske mellan nedanstående område inom socialtjänsten och externa aktörer?  Svarsalternativ: Ja/Nej</p> <p>ii. Har ni någon gång under perioden (12 mån) följt upp dessa överenskommelser för samverkan mellan nedanstående område inom socialtjänsten och externa aktörer?  Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt då överenskommelsen upprättades nyligen</p>	<p>Med <b>ledningsnivå</b> avses den nivå inom organisationen som har mandat att besluta om överenskommelser med externa aktörer. <b>Överenskommelsen</b> ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur samverkan ska genomföras och dels ange ansvarsfördelningen.</p> <p>Med <b>samverkan i enskilda ärenden</b> avses övergripande gemensamt handlande på organisatoriskt plan för visst syfte. Någon eller några tillför sina specifika resurser, kompetenser och/eller kunskaper till en uppgift som man gemensamt har att genomföra för den enskilde individen.</p> <p>Om ni har en regional överenskommelse räknas denna. Observera att organisation och benämning på områden/verksamheter skiljer sig mellan kommuner. Med <b>områden</b> avses här att stöd erbjuds till berörd målgrupp. Med <b>följt upp</b> avses att berörda aktörer tillsammans på ett systematiskt sätt kontrollerat att den överenskommelse som finns för extern samverkan används och fungerar på avsett sätt samt att den vid behov har reviderats. Uppföljningen ska vara dokumenterad och daterad.</p>	<p>För att uppnå indikatorn på kommunnivå krävs: ”Ja” på fråga i och ”Ja” eller ”Ej aktuellt” på fråga ii.</p>	<p>L2 + L2a</p> <p>Ny definition för vad som avses med område inom socialtjänsten inför 2020. "Observera att organisation och benämning på områden/ verksamheter skiljer sig mellan kommuner. Med område avses här att stöd erbjuds till berörd målgrupp." Därför har svarsalternativet: "Ej aktuellt"</p>
<p>Kommunen/stadsdelen har en aktuell, skriftlig och på ledningsnivå beslutad överenskommelse om samverkan i enskilda ärenden mellan olika verksamhetsområden inom socialtjänsten och externa aktörer.</p>						
<p>Presenteras som sju olika indikatorer i excel-filen</p>						
<p><b>Aktuell samlad plan för handläggarnas kompetensutveckling - LSS barn - LSS vuxen</b></p> <p>Kommunen/stadsdelen har en aktuell, samlad plan för handläggarnas kompetensutveckling</p>	<p>Med rätt kompetens ökar förutsättningarna för att personalen ska bidra till insatser av god kvalitet. En viktig uppgift för arbetsgivare är att skapa förutsättningar för kompetensutveckling. En samlad plan är ett sätt att säkerställa verksamhetens kompetensförsörjning utifrån verksamhetens mål, kartläggning och analys av personalens individuella kompetens.</p> <p>Indikatorn avser belysa om verksamheten har en samlad plan som innehåller olika former av kompetensutveckling samt att den används och fungerar på avsett sätt.</p>	<p><b>Aktuell lagstiftning:</b> Ledningens ansvar att fortlöpande följa upp personalens kompetens beskrivs i föreskrift (SOSFS 2011:9).</p> <p>Krav på personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser personer med funktionshinder behandlas i föreskrift (SOSFS 2008:32).</p>	<p>i: Har ni en samlad plan för handläggarnas kompetensutveckling i området LSS-barn/LSS-vuxen inom socialtjänsten?  Svarsalternativ: Ja/Nej</p> <p>ii: Vilka former av kompetensutveckling innehåller den samlade planen, i området LSS-barn/LSS-vuxen inom socialtjänsten?  Svarsalternativ: A. Kontinuerlig handledning, B. Fortbildning, C. Vidareutbildning på högskolenivå, D. Annan form av kompetensutveckling</p>	<p>Med <b>samlad plan</b> avses en verksamhetsgemensam plan för handläggarnas kompetensutveckling som bygger på verksamhetens mål och kartläggning och analys av handläggarnas individuella kompetenser. Planen kan ha tagits fram på kommun- och/eller länsnivå.</p> <p>Här avses <b>handläggare</b> som inom nämndens verksamhet svarar för utredningar och/eller planering, uppföljning enligt SoL, LVU, LSS och LVM, dock ej enhetschefer/motsvarande med verksamhets-, personal- och budgetansvar. En person kan vara handläggare inom flera områden och denne kan behöva kompetensutveckling inom alla dessa områden.</p> <p>Med <b>område</b> avses här verksamhet som kräver specifik kompetens och kompetensutveckling. Ett område kan omfatta flera arbetsgrupper.</p> <p><b>Med kontinuerlig handledning</b> avses handledning av utbildad handledare, i grupp eller enskilt. Handledningen ska vara regelbundet återkommande under en längre tidsperiod, dvs. under vår- och höstterminen.</p> <p>Med <b>fortbildning</b> avses utbildning i syfte att upprätthålla och utveckla den kompetensnivå som krävs för att kunna utföra arbetsuppgifterna. Exempelvis kurs, föreläsning eller seminarier.</p> <p>Med <b>vidareutbildning på högskolenivå</b> avses att handläggarna genom utbildning på högskolenivå successivt och planerat fördjupar sina kunskaper om området om det finns tillgång till det inom området. Exempelvis påbyggnadsutbildning eller kurser.</p> <p>Med vidareutbildning på högskolenivå avses att handläggarna genom utbildning på högskolenivå successivt och planerat fördjupar sina kunskaper om området om det finns tillgång till det inom området. Exempelvis påbyggnadsutbildning eller kurser.</p> <p>Med <b>följt upp</b> avses att ni har kontrollerat att den samlade planen för handläggarnas kompetensutveckling används och fungerar på avsett sätt samt att den vid behov har reviderats. Uppföljningen ska vara dokumenterad och daterad.</p>	<p>För att uppnå indikatorn krävs följande svar:  i: Ja  ii: Ja på A (Kontinuerlig handledning) och Ja på B (Fortbildning)  iii: Ja ELLER Ej aktuellt då planen upprättades nyligen</p>	<p>G 6  G 6a  G 6b</p> <p>Svarsalternativet: "Ej aktuellt, området finns inte inom vår socialtjänst" har tagits bort i enkäten 2020.</p>
<p>Presenteras som två olika indikatorer i excel-filen</p>						

<p><b>Aktuellt rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld</b></p> <p>- <b>LSS barn</b></p> <p>- <b>LSS vuxen</b></p> <p>Kommunen/stadsdelen har en aktuell, skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin inom socialtjänstens verksamhetsområden för hur handläggare ska gå tillväga vid indikation på att en vuxen person utsatts för våld.</p>	<p>Att ställa frågor om våld till enskilda som söker stöd hos socialtjänsten är en grundläggande förutsättning för att kunna identifiera och hjälpa våldsutsatta.</p> <p>När frågor om våld ställs är det betydelsefullt hur och under vilka omständigheter det sker. Några viktiga förutsättningar för att en verksamhet ska kunna ställa frågor om våld är att:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• verksamheten har en rutin för hur frågeproceduren går till</li> <li>• personalen har utbildning i hur man frågar om våld</li> <li>• personalen ställer frågan i en för patienten/klienten trygg miljö</li> <li>• personalen inger förtroende</li> <li>• verksamheten har rutiner för vart patienten/klienten kan hänvisas inom organisationen eller till annan verksamhet.</li> </ul>	<p><b>Referenser:</b></p> <p>Vålds handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer. Socialstyrelsen 2016.</p> <p>Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines. Genève: Världshälsoorganisationen, WHO; 2013.</p> <p>Se Kunskapsguiden.se - en webbaserad interaktiv introduktionskurs om mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer som ger en grundkunskap om ämnet.</p>	<p>i. Har ni den (mätdatum) skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner för hur handläggare ska gå tillväga vid indikation på att en vuxen person utsatts för våld eller andra övergrepp av närstående, i området LSS-barn/LSS-vuxen inom socialtjänsten?</p> <p>Svarsalternativ: Ja/Nej</p> <p>ii. Har ni under perioden(12 mån) följt upp rutinerna, i området LSS-barn/LSS-vuxen inom socialtjänsten?</p> <p>Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej</p> <p>Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt då planen upprättades nyligen</p>	<p>Med <b>ledningsnivå</b> avses den nivå inom organisationen som har mandat att fastställa gemensamma rutiner.</p> <p><b>Rutinen</b> ska beskriva ett i förväg bestämt tillvägagångssätt för dels hur handläggaren ska fråga den enskilde om utsatthet för våld, dels hur handläggaren ska gå tillväga om det framkommer att personen utsatts för våld.</p> <p>Här avses <b>handläggare</b> som inom nämndens verksamhet svarar för utredningar och/eller planering, uppföljning enligt SoL, LVU, LSS och LVM, dock ej enhetschefer/motsvarande med verksamhets-, personal- och budgetansvar.</p> <p>Med <b>indikation</b> avses någon form av tecken på att en person utsatts för våld eller andra övergrepp.</p> <p>Med <b>våld i nära relationer</b> avses våld eller andra övergrepp av eller mot närstående. Begreppet ”närstående” är könsneutralt och syftar på varje person som den våldsutsatta bedöms ha en nära och förtroendefull relation till. Det kan handla om såväl makar, sambor, pojk- eller flickvänner, som föräldrar, syskon, barn eller andra släktingar. Det kan även gälla andra personer som den våldsutsatta har eller har haft en nära och förtroendefull relation till. Bedömningen om vem som kan betraktas som närstående ska göras utifrån familje- och levnadsförhållanden i det enskilda fallet.</p> <p>Med <b>våld eller andra övergrepp</b> avses primärt brotten i 3, 4 och 6 kap. brottsbalken. Våldet kan ta sig många olika uttryck. Det kan handla om fysiskt eller psykiskt våld eller sexuella övergrepp men också om handlingar som enligt rådande lagstiftning inte definieras som brott, men som kan ingå i ett mönster av utsatthet: verbala sexistiska kränkningar, isolering från familj, vänner och omgivning, ekonomiskt utnyttjande eller emotionell utpressning.</p> <p>Observera att organisation och benämning på områden/verksamheter skiljer sig mellan kommuner. Med <b>område</b> avses här att <b>stöd erbjuds till berörd målgrupp</b>.</p> <p>Med <b>följt upp</b> avses att ni har kontrollerat att rutinen används och fungerar på avsett sätt samt att den vid behov har reviderats. Uppföljningen ska vara dokumenterad och daterad</p>	<p>För att uppnå indikatorn krävs följande svar:</p> <p>i: Ja</p> <p>OCH</p> <p>iii: Ja ELLER Ej aktuellt då planen upprättades nyligen</p>	<p>G 7</p> <p>G 7a</p> <p>Ny definition för vad som avses med område inom socialtjänsten inför 2020. "Observera att organisation och benämning på områden/ verksamheter skiljer sig mellan kommuner. Med område avses här att stöd erbjuds till berörd målgrupp." Därför har svarsalternativet: "Ej aktuellt, området finns inte inom vår socialtjänst" tagits bort i enkäten 2020.</p>
<p><b>Använder IBIC (Individens behov i centrum) vid alla utredningar inom LSS</b></p> <p>Kommunen/stadsdelen använder IBIC (individens behov i centrum) vid alla utredningar</p>	<p>Ett systematiskt arbetssätt med stöd av ett instrument eller en modell vid utredning av individens behov av stöd, är ett sätt att säkerställa att den enskilde får sina behov beskrivna på ett likvärdigt sätt. IBIC syftar till att stärka individens egna resurser avseende genomförande av aktiviteter och delaktighet och stödjer en säker överföring och återanvändning av information. Indikatorn avser belysa om verksamheter använder arbetssättet vid utredningar, det vill säga beskriver behov och mål strukturerat utifrån ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa).</p>	<p><b>Referenser:</b> Mer information om IBIC på Socialstyrelsens webbplats: <a href="http://www.socialstyrelsen.se/individensbehovicentrumibic">http://www.socialstyrelsen.se/individensbehovicentrumibic</a></p> <p>Individens behov i centrum – Behovsriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av individens behov utifrån ICF. Socialstyrelsen 2016</p>	<p>i. Har ni under perioden (3 mån) använt det systematiska arbetssättet Individens behov i centrum (IBIC) som stöd vid utredning av den enskilde vuxnas beslutade insats enligt LSS?</p> <p>Svarsalternativ: Ja, för alla/Ja, men inte för alla/ Nej</p>	<p>Med att <b>använda</b> det systematiska arbetssättet IBIC menar vi här att information om behov och mål beskrivs strukturerat utifrån ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa).</p>	<p>För att uppnå indikatorn krävs: Ja för alla på fråga i</p> <p>För att uppnå delvis krävs: Ja men inte för alla på fråga i</p>	<p>L3</p>
<p><b>Använder IBIC (Individens behov i centrum) vid alla uppföljningar inom LSS</b></p> <p>Kommunen/stadsdelen använder IBIC (individens behov i centrum) vid alla uppföljningar.</p>	<p>Ett systematiskt arbetssätt med stöd av ett instrument eller en modell vid utredning av individens behov av stöd, är ett sätt att säkerställa att den enskilde får sina behov beskrivna på ett likvärdigt sätt. IBIC syftar till att stärka individens egna resurser avseende genomförande av aktiviteter och delaktighet och stödjer en säker överföring och återanvändning av information. Indikatorn avser belysa om verksamheter använder arbetssättet vid uppföljningar, det vill säga beskriver resultat strukturerat utifrån ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa).</p>	<p><b>Referenser:</b> Mer information om IBIC på Socialstyrelsens webbplats: <a href="http://www.socialstyrelsen.se/individensbehovicentrumibic">http://www.socialstyrelsen.se/individensbehovicentrumibic</a></p> <p>Individens behov i centrum – Behovsriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av individens behov utifrån ICF. Socialstyrelsen 2016</p>	<p>i. Har ni under perioden (3 mån) använt det systematiska arbetssättet Individens behov i centrum (IBIC) som stöd vid uppföljning av den enskilde vuxnas beslutade insats enligt LSS?</p> <p>Svarsalternativ: Ja, för alla/Ja, men inte för alla/ Nej</p>	<p>Med att <b>använda</b> det systematiska arbetssättet IBIC menar vi här att information om resultat beskrivs strukturerat utifrån ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa).</p> <p>Med <b>uppföljning</b> avses att handläggaren tillsammans med den enskilde följt upp om insatsen lett till uppsatta mål som den enskilde har varit med att utforma. Uppföljningen ska vara dokumenterad och daterad.</p>	<p>För att uppnå indikatorn krävs: Ja för alla på fråga i</p> <p>För att uppnå delvis krävs: Ja men inte för alla på fråga i</p>	<p>L4</p>

<p><b>Använder standardiserade bedömningsmetoden FREDA-kortfrågor för att upptäcka våldsutsatthet hos enskilda vuxna - LSS vuxen</b></p> <p>Kommunen/stadsdelen använder standardiserade bedömningsmetoden FREDA-kortfrågor inom socialtjänstens verksamhetsområden för att upptäcka utsatthet för våld i nära relationer hos enskilda vuxna.</p>	<p>En förutsättning för att kunna erbjuda adekvat vård, stöd och hjälp till enskilda som är utsatta för våld är att våldsutsattheten upptäcks.</p> <p>Många våldsutsatta söker sig till socialtjänsten för att, exempelvis, an-söka om ekonomiskt bistånd eller andra stödinsatser, utan att berätta om våldet de blir utsatta för. Att ställa frågor om våld ger grundläggande förutsättningar för att kunna identifiera och hjälpa enskilda som har utsatts för våld.</p> <p>Att använda standardiserade bedömningsmetoder som en del av utredningen ökar förutsättningarna för en likvärdig bedömning av den enskildes behov.</p> <p>Kvalitetssäkrade och standardiserade metoder inne-bär också att bedömningen blir likartad oberoende av var den en-skilde söker hjälp. Att använda systematiska bedömningsmetoder utgör en grund till att de enskilda får rätt insatser och är en utgångspunkt i det systematiska uppföljningsarbetet.</p>	<p><b>Referenser:</b> Våld - handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer. Socialstyrelsen 2016.</p> <p>Om standardiserade bedömningsmetoder. Socialstyrelsen 2012.</p> <p><b>Aktuell lagstiftning:</b> Att Socialnämnden har ett ansvar för att vid behov ge stöd och hjälp till den som utsatts för brott och dennes närstående fastställs i socialtjänstlagen (5 kap. 11 § SoL). Socialnämnden bör se till att de metoder som används för att ge stöd och hjälp har utformats med utgångspunkt i bästa tillgängliga kunskap (allmänna råd i 3 kap. SOSFS 2014:4).</p>	<p>i. Använder ni den (mätdatum) den standardiserade metoden FREDA-kortfrågor för att upptäcka utsatthet för våld i nära relationer hos enskilda vuxna, i nedanstående områden inom socialtjänsten?</p>	<p>Med <b>standardiserade bedömningsmetoder</b> avses här ett formulär med i förväg fastställda frågor och svarsalternativ och en manual som beskriver hur det ska användas. Frågorna bygger på forskning och beprövad erfarenhet. Bedömningsmetoden används för att bedöma en situation, funktion och/eller behov och är vetenskapligt prövad.</p> <p>Med <b>våld i nära relationer</b> avses våld eller andra övergrepp av eller mot närstående.</p> <p>Begreppet <b>”närstående”</b> är könsneutralt och syftar på varje person som den våldsutsatta bedöms ha en nära och förtroendefull relation till. Det kan handla om såväl makar, sambor, pojk- eller flickvänner, som föräldrar, syskon, barn eller andra släktingar. Det kan även gälla andra personer som den våldsutsatta har eller har haft en nära och förtroendefull relation till. Bedömningen om vem som kan betraktas som närstående ska göras utifrån familje- och levnadsförhållanden i det enskilda fallet (prop. 2006/07:38 Socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor s. 31).</p> <p>Våld eller andra övergrepp: Med våld eller andra övergrepp avses primärt brotten i 3, 4 och 6 kap. brottsbalken. Våldet kan ta sig många olika uttryck. Det kan handla om fysiskt eller psykiskt våld (t.ex. slag, sparkar, hot, tvång, kränkningar) eller sexuella övergrepp men också om handlingar som enligt rådande lagstiftning inte definieras som brott, men som kan ingå i ett mönster av utsatthet: verbala sexistiska kränkningar, isolering från familj, vänner och omgivning, ekonomiskt utnyttjande eller emotionell utpressning.</p> <p>Observera att organisation och benämning på områden/verksamheter skiljer sig mellan kommuner. Med område avses här att stöd erbjuds till berörd målgrupp. Med mätdatum avses här att den standardiserade bedömningsmetoden finns tillgänglig att användas vid detta datum.</p>	<p>För att uppnå indikatorn krävs: Ja på frågan i.</p>	<p>G8</p> <p>Ny definition för vad som avses med område inom socialtjänsten inför 2020. "Observera att organisation och benämning på områden/ verksamheter skiljer sig mellan kommuner. Med område avses här att stöd erbjuds till berörd målgrupp."</p>
<p><b>Använder AUDIT för att upptäcka riskfylld alkoholkonsumtion - LSS vuxen</b></p> <p>Kommunen/stadsdelen använder den standardiserade bedömnings-metoden AUDIT för att identifiera riskfylld eller skadlig alkoholkonsumtion hos vuxna</p>	<p>Indikatorn syftar till att belysa att kommunen använder standardiserade bedömningsmetoden AUDIT inom socialtjänstens olika verksamhetsområden för att upptäcka riskfylld eller skadlig alkoholkonsumtion hos vuxna. Att använda standardiserade bedömningsmetoder är ett sätt att säkerställa att den enskildes samtliga behov framkommer och att alla får rätt till en likvärdig bedömning av sina behov. Kvalitetssäkrade och standardiserade metoder innebär också att bedömningen blir likartad oberoende av var den enskilde söker hjälp. Att använda systematiska bedömningsmetoder utgör en grund till att de enskilda får rätt insatser och är en utgångspunkt i det systematiska uppföljningsarbetet.</p>	<p><b>Referenser:</b> Om standardiserade bedömningsmetoder. Socialstyrelsen 2012.</p> <p>Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen 2019.</p> <p><b>Aktuell lagstiftning:</b> Socialnämnden ska arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. (3 kap 7 § SoL). Socialnämnden skall aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden skall i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs. (5 kap 9 § SoL)</p>	<p>i. Använder ni den (mätdatum) någon av nedanstående standardiserade bedömningsmetoder för att identifiera riskfylld eller skadlig alkoholkonsumtion eller identifiera konsumtionsmönster och drogrelaterade problem hos enskilda vuxna, i nedanstående områden inom socialtjänsten? Svarsalternativ: Ja, AUDIT/ Nej</p>	<p>Med <b>standardiserade bedömningsmetoder</b> avses här ett formulär med i förväg fastställda frågor och svarsalternativ och en manual som beskriver hur det ska användas. Frågorna bygger på forskning och beprövad erfarenhet. Bedömningsmetoden används för att bedöma en situation, funktion och/eller behov och är veten-skapligt prövad. Exempel på standardiserade bedömningsmetoder här är AUDIT och DUDIT. Bedömningsmetoderna finns rekommenderade i Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende 2019.</p> <p>Med <b>AUDIT</b> (Alcohol Use Disorders Identification Test) avses ett manualbaserat frågeformulär (självskattningstest) för att identifiera riskfylld eller skadlig alkoholkonsumtion. Observera att organisation och benämning på områden/verksamheter skiljer sig mellan kommuner. Med <b>område</b> avses här att stöd erbjuds till berörd målgrupp. Med mätdatum avses att den standardiserade bedömningsmetoden finns tillgänglig att användas angivet datum för handläggarna.</p>	<p>För att uppnå indikatorn krävs: Ja AUDIT på fråga i</p>	<p>G12</p> <p>Ny definition för vad som avses med område inom socialtjänsten inför 2020. "Observera att organisation och benämning på områden/ verksamheter skiljer sig mellan kommuner. Med område avses här att stöd erbjuds till berörd målgrupp." Därför har</p>

<p><b>Använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem - LSS vuxen</b></p> <p>Kommunen/stadsdelen använder den standardiserade bedömningsmetoden DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem hos vuxna</p>	<p>AUDIT är primärt ett screeninginstrument som möjliggör att upptäcka om problem med alkohol förekommer. Genom tidig upptäckt är det möjligt att erbjuda rätt stöd och förebygga ohälsa.</p>	<p><b>Referenser:</b> Om standardiserade bedömningsmetoder. Socialstyrelsen 2012. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen 2019. <b>Aktuell lagstiftning:</b> Socialnämnden ska arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. (3 kap 7 § SoL).</p> <p>Socialnämnden skall aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden skall i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs. (5 kap 9 § SoL)</p>	<p>i. Använder ni den (mätdatum) någon av nedanstående standardiserade bedömningsmetoder för att identifiera riskfylld eller skadlig alkoholkonsumtion eller identifiera konsumtionsmönster och drogrelaterade problem hos enskilda vuxna, i nedanstående områden inom socialtjänsten? Svartalternativ: Ja DUDIT/ Nej</p>	<p>Med <b>standardiserade bedömningsmetoder</b> avses här ett formulär med i förväg fastställda frågor och svartalternativ och en manual som beskriver hur det ska användas. Frågorna bygger på forskning och beprövad erfarenhet. Bedömningsmetoden används för att bedöma en situation, funktion och/eller behov och är veten-skapligt prövad. Exempel på standardiserade bedömningsmetoder här är AUDIT och DUDIT. Bedömningsmetoderna finns rekommenderade i Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende 2019. Med <b>DUDIT</b> (Drug Use Disorders Identification Test) avses ett manualbaserat frågeformulär för att identifiera konsumtionsmönster och drogrelaterade problem. Med <b>droger</b> avses Cannabis, Hallucinogener, Amfetamin, Opiater, Lösningsmedel samt GHB och övriga preparat. Även läkemedel som inte förskrivits och används enligt läkares ordination ingår. Observera att organisation och benämning på områden/verksamheter skiljer sig mellan kommuner. Med <b>område</b> avses här att stöd erbjuds till berörd målgrupp. Med mätdatum avses att den standardiserade bedömningsmetoden finns tillgänglig att användas angivet datum för handläggarna.</p>	<p>För att uppnå indikatorn krävs: Ja DUDIT på fråga i</p>	<p>G12</p> <p>Ny definition för vad som avses med område inom socialtjänsten inför 2020. "Observera att organisation och benämning på områden/ verksamheter skiljer sig mellan kommuner. Med område avses här att stöd erbjuds till berörd målgrupp." Därför har svartalternativet: "Ej aktuellt, området finns inte inom vår socialtjänst" tagits bort i enkäten 2020.</p>
<p><b>Använt resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling</b></p> <p>Kommunen/stadsdelen har sammanställt resultaten av biståndsbeslutade insatser till enskilda på gruppnivå och använt resultaten från sammanställningen för att utveckla verksamheten</p>	<p>Socialtjänsten bör använda AUDIT för att identifiera riskfylld eller skadlig alkoholkonsumtion</p>	<p><b>Referenser:</b> Med målet i sikte - målinriktad och systematisk utvärdering av insatser för enskilda personer, Socialstyrelsen 2012</p> <p>Systematisk uppföljning – beskrivning och exempel. Socialstyrelsen 2014</p> <p><b>Aktuell lagstiftning:</b> Systematisk uppföljning ökar förutsättningarna att handlägga, dokumentera och säkra verksamheters kvalitet i enlighet med Socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.</p>	<p>i. Har ni någon gång under perioden (12 mån) sammanställt resultat på gruppnivå från uppföljningar av biståndsbeslutade insatser enligt LSS utifrån uppsatta mål för den enskilde? Svartalternativ: Ja, har sammanställt på gruppnivå/Nej, har inte sammanställt på gruppnivå/ Ej aktuellt, har inte sammanställt resultatet på gruppnivå p.g.a. att individerna varit för få</p> <p>ii. Har ni använt sammanställningen av resultatet/-en på gruppnivå för att utveckla verksamheten? Svartalternativ: Ja/Nej, men vi har beslutat att göra det/Nej</p>	<p>Med <b>uppföljningar</b> avses att handläggare tillsammans med den enskilde följt upp om insatsen lett till uppsatta mål som den enskilde varit delaktig i att utforma. Uppföljningen ska vara dokumenterad och daterad. Med <b>resultat av biståndsbeslutade insatser</b> avses om målet med insatsen för den enskilde har uppnåtts utifrån dennes individuella behov. Insatsen kan bedrivas i egen eller annan regi. Med <b>gruppnivå</b> avses sammanställda uppgifter från dokumentationen i enskilda ärenden. Sammanställning av resultat kan under mätperioden ha gjorts för en eller flera insatser. Med <b>utveckla verksamheten</b> avses att konkreta förändringar införts med syfte att leda till förbättringar i verksamheten (t.ex. ändrat utbudet av insatser utifrån en viss målgrupps behov eller ändrat formen av en insats).</p>	<p>För att uppnå indikatorn (Ja) krävs: Ja, sammanställt på gruppnivå, på fråga i Ja, på fråga ii.</p>	<p>L5 + L5b</p>

<p><b>Genomfört systematisk uppföljning uppdelat på kön</b></p> <p>Kommunen/stadsdelen har genomfört systematisk uppföljning, d.v.s. sammanställt resultaten av biståndsbeslutade insatser till enskilda på gruppnivå, uppdelat på kön i verksamheten.</p>	<p>Indikatorns syftar till att belysa att kommunen/stadsdelen genomför systematisk uppföljning, uppdelat på flickor och pojkar/kvinnor och män. Uppföljningen ger underlag för att för att se hur de biståndsbeslutade insatserna fungerar på gruppnivå och om det finns omotiverade skillnader.</p> <p>Med systematisk uppföljning menas att kommunen sammanställer resultaten från de enskilda uppföljningarna på gruppnivå. På detta sätt kan socialtjänsten få kunskap om insatserna gett förväntade resultat, utifrån den enskildes behov, för hela målgruppen och för olika undergrupper.</p> <p>Ett jämställdhetsperspektiv behöver genomsyra hela socialtjänstens arbetsprocess, från bemötande till att uppmärksamma behov av insatser och följa upp insatser och deras resultat.</p>	<p><b>Referenser:</b> Med målet i sikte - målinriktad och systematisk utvärdering av insatser för enskilda personer. Socialstyrelsen 2012</p> <p>Mot en mer jämställd sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen 2008</p> <p><b>Aktuell lagstiftning:</b> Systematisk uppföljning ökar förutsättningarna att handlägga, dokumentera och säkra verksamhetens kvalitet i enlighet med Socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.</p>	<p>Indikatorn beräknas utifrån svar på följande enkätfrågor:</p> <p>i) Har ni någon gång under perioden (12 månader) sammanställt resultat på gruppnivå från uppföljningar av biståndsbeslutade insatser utifrån uppsatta mål för den enskilde? Svarsalternativ: Ja, sammanställt på gruppnivå/ Nej, inte sammanställt på gruppnivå/ Ej aktuellt, har inte sammanställt resultatet på gruppnivå p.g.a. att individerna varit för få</p> <p>ii) Har ni sammanställt resultatet/-en på gruppnivå uppdelat på kön? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, har inte sammanställt resultatet uppdelat på kön p.g.a. att individerna varit för få</p>	<p>Med <b>uppföljningar</b> avses att handläggare tillsammans med den enskilde följt upp om insatsen lett till uppsatta mål som den enskilde varit delaktig i att utforma. Uppföljningen ska vara dokumenterad och daterad.</p> <p>Med <b>resultat av biståndsbeslutade insatser</b> avses om målet med insatsen för den enskilde har uppnåtts utifrån dennes individuella behov. Insatsen kan bedrivas i egen eller annan regi.</p> <p>Med <b>gruppnivå</b> avses sammanställda uppgifter från dokumentationen i enskilda ärenden. Sammanställning av resultat kan under mätperioden ha gjorts för en eller flera insatser.</p>	<p>För att uppnå indikatorn krävs: Ja, sammanställt på gruppnivå, på fråga i Ja på fråga ii.</p>	<p>L5 + L5a</p>
<p><b>Använt resultat från systematisk uppföljning uppdelat på kön till verksamhetsutveckling</b></p> <p>Kommunen/stadsdelen har sammanställt resultaten av biståndsbeslutade insatser till enskilda på gruppnivå uppdelat på kön och använt resultaten från sammanställningen för att utveckla verksamheten.</p>	<p>Indikatorn syftar till att belysa att kommunen genom systematisk uppföljning, uppdelat på kvinnor och män/flickor och pojkar, tar reda på hur insatserna fungerar och undersöker om det finns omotiverade skillnader mellan grupperna. Vidare att de använder de sammanställda resultaten för att utveckla socialtjänstens olika verksamheter, till gagn för brukargrupperna.</p> <p>Med systematisk uppföljning menas att kommunen sammanställer resultaten från de enskilda uppföljningarna på gruppnivå. På detta sätt kan kommunen få kunskap om insatserna gett förväntade resultat, utifrån den enskildes behov, för hela målgruppen eller olika undergrupper.</p> <p>Ett jämställdhetsperspektiv behöver genomsyra hela socialtjänstens arbetsprocess, från bemötande till uppföljning av insatser och deras resultat.</p> <p>Det bör uppmärksammas om det finns särskilda behov och insatser anpassade till olika målgrupper.</p>	<p><b>Referenser:</b> Med målet i sikte - målinriktad och systematisk utvärdering av insatser för enskilda personer. Socialstyrelsen 2012</p> <p>Systematisk uppföljning – beskrivning och exempel. Socialstyrelsen 2014</p> <p>Mot en mer jämställd sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen 2008</p> <p><b>Aktuell lagstiftning:</b> Systematisk uppföljning ökar förutsättningarna att handlägga, dokumentera och säkra verksamhetens kvalitet i enlighet med Socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.</p>	<p>För aggregerad nivå, se täljare och nämnare.</p> <p>Indikatorn beräknas utifrån svar på följande enkätfrågor:</p> <p>i) Har ni någon gång under perioden (12 månader) sammanställt resultat på gruppnivå från uppföljningar av biståndsbeslutade insatser utifrån uppsatta mål för den enskilde? Svarsalternativ: Ja, sammanställt på gruppnivå/Nej, inte sammanställt på gruppnivå/ Ej aktuellt, har inte sammanställt resultatet på gruppnivå p.g.a. att individerna varit för få</p> <p>ii) Har ni sammanställt resultatet/-en på gruppnivå uppdelat på kön? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, har inte sammanställt resultatet uppdelat på kön p.g.a. att individerna varit för få.</p> <p>iii) Har ni använt sammanställningen av resultatet/-en på gruppnivå för att utveckla verksamheten?</p>	<p>Med <b>uppföljningar</b> avses att handläggare tillsammans med den enskilde följt upp om insatsen lett till uppsatta mål som den enskilde varit delaktig i att utforma. Uppföljningen ska vara dokumenterad och daterad.</p> <p>Med <b>resultat av biståndsbeslutade insatser</b> avses om målet med insatsen för den enskilde har uppnåtts utifrån dennes individuella behov. Insatsen kan bedrivas i egen eller annan regi.</p> <p>Med <b>gruppnivå</b> avses sammanställda uppgifter från dokumentationen i enskilda ärenden. Sammanställning av resultat kan under mätperioden ha gjorts för en eller flera insatser.</p> <p>Med <b>utveckla verksamheten</b> avses att konkreta förändringar införts med syfte att leda till förbättringar i verksamheten (t.ex. ändrat utbudet av insatser utifrån en viss målgrupps behov eller ändrat formen av en insats).</p>	<p>För att uppnå indikatorn (Ja) krävs: Ja, sammanställt på gruppnivå, på fråga i Ja, på fråga ii Ja, på fråga iii</p>	<p>L5 + L5a + L5b</p>
		<p>Svarsalternativ : Ja/Nej, men vi har beslutat att göra det/Nej</p>				

<p><b>Enskildas uppfattning används till att utveckla verksamheten inom LSS - Myndighetsutövning - Utförare</b></p> <p>Kommunen/stadsdelen har genomfört en undersökning om enskildas uppfattning av verksamhetens kvalitet och använt resultaten för att utveckla verksamheten</p>	<p>En kunskapsbaserad socialtjänst utgår bland annat från brukarnas kunskap och erfarenhet. Uppföljning av enskildas uppfattning om verksamheten är ett led i det systematiska kvalitetsarbetet. Syftet med indikatorn är att belysa om enskildas uppfattning om till exempel bemötande och de insatser som ges sammanställs och används som stöd för verksamhetsutveckling. Verksamheten kan genom det få bättre underlag för att skapa god kvalitet och det kan också bidra till att enskilda blir mer delaktiga och får inflytande över det stöd som ges</p>	<p><b>Referenser:</b> Att ge ordet och lämna plats - vägledning inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård. Socialstyrelsen 2013</p> <p>Systematisk uppföljning. Beskrivning och exempel. Socialstyrelsen 2014</p> <p><b>Aktuell lagstiftning:</b> Systematiskt förbättringsarbete genom egenkontroll beskrivs i 5 kap. 2 § i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).</p>	<p>Har ni, under perioden (24 mån), gjort en undersökning om enskildas uppfattning om LSS-verksamhetens kvalitet i kommunen/stadsdelen? Svartalternativ: Ja/Nej inom myndighetsutövningen</p> <p>Ja hos utförare/Nej hos utförare</p> <p>ii: Har ni använt resultaten från undersökningen av enskildas uppfattning för att utveckla verksamheten? Svartalternativ: Ja inom myndighetsutövningen/Nej inom myndighetsutövningen</p> <p>Ja hos utförare/Nej hos utförare</p>	<p>Med <b>undersökning</b> avses här enkäter eller strukturerade intervjuer riktade till enskilda där resultaten sammanställs på gruppnivå. Undersökningen genomförs systematiskt vilket t.ex. innebär att den genomförs med viss regelbundenhet, under en bestämd tidsperiod och riktar sig till ett bestämt urval (ex samtliga i en viss kategori eller ett representativt urval). Det behöver säkerställas att mottagare kan ta del av undersökningen utifrån individuella förutsättningar. Om någon annan har gjort en brukarundersökning på uppdrag av kommunen ska denna räknas. Däremot avses inte klagomålshandling, uppföljning av insatser eller genomförandeplaner.</p> <p>Undersökning om <b>verksamhetens kvalitet</b> inkluderar t.ex. frågeområden såsom information, bemötande, tillgänglighet och inflytande.</p> <p>Med <b>enskilda</b> avses personer som under mätperioden har haft kontakt med myndighetsutövningen alternativt har ett verkställt beslut om insats.</p> <p>Med <b>myndighetsutövning</b> menas här utredning, planering och uppföljning av beslutade insatser.</p> <p>Med <b>utförare</b> menas här den verksamhet som utför insatser på uppdrag av nämnden oavsett regiform.</p> <p>Med <b>utveckla verksamhet</b> avses att konkreta förändringar införts med syfte att leda till förbättringar i verksamheten för brukaren (t.ex. ändrat rutiner, förlängt öppettider, erbjudit utbildning/handledning till personal).</p>	<p>För att uppnå indikatorn krävs: Ja på fråga i och Ja på fråga ii</p>	<p>L6 + L6a</p>
<p>Presenteras som två olika indikatorer i excel-filen</p>						

<p><b>Aktuell rutin att pröva möjlighet till arbete eller praktikplats</b></p> <p>Kommunen/stadsdelen har en aktuell skriftlig rutin för att minst årligen pröva möjlighet till arbete eller praktikplats för personer som deltar i daglig verksamhet.</p>	<p>Arbete och sysselsättning har stor betydelse för människors livskvalitet och delaktighet i samhällslivet. De flesta som beviljas insatsen daglig verksamhet har en funktionsnedsättning som gör att de inte kan stå till arbetsmarknadens förfogande. Det kan dock finnas personer med daglig verksamhet som i någon form både kan och vill delta på arbetsmarknaden. Den dagliga verksamheten bör därför generellt sett ha som mål att utveckla den enskildes möjlighet till förvärvsarbete för de, som på kort eller lång sikt, kan delta i arbetslivet. En rutin om att minst årligen pröva möjlighet till arbete eller praktik är ett sätt att säkerställa att den enskildes möjlighet till förvärvsarbete uppmärksammas. För att säkra att rutinen är aktuell och fungerar på avsett sätt är det viktigt att den regelbundet följs upp.</p>	<p><b>Referenser:</b> På tröskeln: daglig verksamhet med inriktning på arbete. Socialstyrelsen 2010</p> <p>Från sysselsättning till arbete. Kunskapssammanställning om stöd till arbete för personer med funktionsnedsättning. Institutionen för socialt arbete, Umeå Universitet 2014</p> <p>Att det är angeläget att regelbundet pröva den enskildes möjlighet till arbete på den reguljära arbetsmarknaden eller inom Samhall beskrivs i förarbeten till LSS (Prop. 1992/93:159 s. 91).</p>	<p>i. Har ni den (mätdatum) en skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin om att minst årligen pröva möjligheten till arbete eller praktikplats för personer som deltar i daglig verksamhet? Svartalternativ: Ja/Nej</p> <p>ii: Har ni någon gång under perioden (12 mån) följt upp rutinen? Svartalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, då rutinen upprättades nyligen</p>	<p>Med <b>ledningsnivå</b> avses den nivå inom organisationen som har mandat att fastställa gemensamma rutiner.</p> <p>Med <b>rutin</b> avses ett bestämt tillvägagångssätt för hur aktiviteter ska genomföras samt ange ansvarsfördelningen. Rutinen ska vara känd och användas av ansvarig personal.</p> <p>Den dagliga verksamheten kan bedrivas i egen eller annan regi.</p> <p>Med <b>följt upp</b> avses att ni har kontrollerat att rutinen används och fungerar på avsett sätt samt att den vid behov har reviderats. Uppföljningen ska vara dokumenterad och</p>	<p>För att uppnå indikatorn krävs: Ja på fråga i, och Ja eller Ej aktuellt på fråga ii.</p>	<p>L7 + L7a</p>
--	---	--	--	---	---	-----------------

<p><b>Habiliteringsersättning till personer som deltar i daglig verksamhet</b></p> <p>Kommunen eller stadsdelen betalar ut habiliteringsersättning till personer med funktionsnedsättning som deltar i daglig verksamhet</p>	<p>Syftet med habiliteringsersättning är att stimulera den enskilde att delta i verksamheten. Förutom den symboliska likheten med lön finns det ytterligare skäl som talar för att betala ut ersättning. Personer i daglig verksamhet har som regel kostnader för sitt deltagande, t.ex. för arbetsresor och lunch. Det finns beskrivet i förarbeten till LSS att den enskilde som deltar i daglig verksamhet bör få ersättning och man har sett vid kartläggningar att ersättningen upplevs som meningsfull och är viktig för självkänslan.</p>	<p><b>Referenser:</b> Daglig verksamhet enligt LSS. En kartläggning. Socialstyrelsen 2008.</p> <p>Förfaranden till LSS (Prop. 1992/93:159 s. 90).</p>	<p>i. Betalar ni den (mätdatum) habiliteringsersättning till personer med funktionsnedsättning som deltar i daglig verksamhet enligt LSS?</p> <p>Svarsalternativ: Ja/Nej</p>	<p>Det här gäller person i personkrets 1 och 2 inom LSS. Med angivet mätdatum avses här att ni vid detta datum har som regel att betala habiliteringsersättning</p>	<p>För att uppnå indikatorn krävs: Ja på fråga i.</p>	<p>L10</p>
<p><b>Ersättning för ledsagares omkostnader</b></p> <p>Kommunen/stadsdelen ersätter ledsagares omkostnader</p>	<p>Ledsagning är en betydelsefull, ofta avgörande insats för att öka delaktigheten i samhället för enskilda personer med funktionsnedsättning. Insatsen syftar till att bryta den enskildes isolering, underlätta för personer med omfattande funktionsnedsättningar att komma ut och att delta i samhällslivet, t.ex. besöka vänner, delta i fritidsaktiviteter eller kulturlivet. Kommunerna bör erbjuda individuellt utformad ledsagning av god kvalitet. Ett sätt att underlätta för personer med omfattande funktionsnedsättning att delta i samhällslivet är att betala för ledsagares omkostnader.</p>	<p><b>Referenser:</b> I förarbetena till LSS uttalades att en viktig handikappolitisk princip är att människor inte ska ha merkostnader på grund av funktionshinder (Prop. 1992/93:159 s. 99).</p>	<p>i. Ersätter ni den (mätdatum) för ledsagares omkostnader som syftar till att underlätta för personer med omfattande funktionsnedsättningar att delta i samhällslivet?</p>	<p>Med <b>ledsagning</b> avses insats enligt 9 § LSS i form av följeslagare (ledsagare) ute i samhället för personer med funktionsnedsättning. LSS-insatsen syftar till att underlätta för personer med omfattande funktionsnedsättningar att komma ut och delta i samhällslivet, t.ex. besöka vänner, delta i fritidsaktiviteter eller kulturlivet. Att ersätta för ledsagares omkostnader innebär att kommunen helt eller delvis står för omkostnaderna, d.v.s. att kommunen ersätter ledsagares faktiska omkostnader eller att ersättning till exempel ges enligt ett schablonbelopp eller ledsagarkort som kommunen betalar. Ledsagares omkostnader kan ersättas med stöd av 4 kap. 1-2 §§ SoL. Med angivet mätdatum avses här att ni vid detta datum har som regel att betala för ledsagares omkostnad.</p>	<p>För att uppnå indikatorn krävs: Ja på fråga i.</p>	<p>L11</p>
<p><b>Aktuell rutin för information om samordnad individuell plan (SIP)</b></p> <p>- LSS barn</p> <p>- LSS vuxen</p> <p>Kommunen eller stadsdelen har en aktuell, skriftlig rutin om att informera enskilda om deras möjlighet att få en samordnad individuell plan (SIP)</p> <p>Presenteras som två olika indikatorer i excelfilen</p>	<p>Indikatorn syftar till att belysa om kommunen/stadsdelen har rutiner för att delge enskilda personer information om att de vid behov kan få en samordnad individuell plan. Det är ett sätt att säkerställa att brukarna får kännedom om den möjligheten (och socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens skyldigheter). Syftet med en samordnad individuell plan (SIP) är att säkerställa samordning av insatser när den enskilde har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Upprättande av planen ska ske med den enskildes samtycke och om möjligt tillsammans med hen. För att säkra att rutinen används och fungerar i verksamheten är det viktigt att den regelbundet följs upp.</p>	<p><b>Aktuell lagstiftning:</b> Särskilda bestämmelser om samordnad individuell plan (SIP) finns i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL och 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL</p>	<p>i. Har ni den (mätdatum) skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner om att den enskilde ska informeras om sina möjligheter till SIP, i nedanstående områden inom socialtjänsten?</p> <p>Svarsalternativ: Ja/Nej</p> <p>ii. Har ni under perioden (12 mån) följt upp rutinerna, i nedanstående områden inom socialtjänsten?</p> <p>Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, då rutinen upprättades nyligen</p>	<p>Med <b>rutin</b> avses ett bestämt tillvägagångssätt för hur aktiviteter ska genomföras samt ange ansvarsfördelningen. Rutinen ska vara känd och användas av ansvariga handläggare. Med <b>samordnad individuell plan (SIP)</b> avses en individuell plan som beskriver insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården utifrån den enskildes behov och önskemål och som tagits fram genom samordnad individuell planering, med den enskildes samtycke. När det gäller informationen till barn lämnas denna till vårdnadshavaren i första hand, men kan lämnas till barnet beroende på ålder och mognad. Information till den enskilde kan vara både muntligen och/eller skriftligen. Observera att organisation och benämning på områden/verksamheter skiljer sig mellan kommuner. Med område avses här att stöd erbjuds till berörd målgrupp. Svara "Ja" för de områden där ni har rutin. Om ni har en gemensam rutin för fler än ett område svara "Ja" för respektive område. Med <b>följt upp</b> avses att ni har kontrollerat att rutinen används och fungerar på avsett sätt samt att den vid behov har reviderats. Uppföljningen ska vara dokumenterad och daterad</p>	<p>För att uppnå indikatorn krävs: Ja på frågan i och Ja eller Ej aktuellt på fråga ii.</p>	<p>G19 + G19a</p>

<p><b>Aktuell rutin för att inte röja skyddade personuppgifter</b> - LSS barn - LSS vuxen</p>	<p>En del våldsutsatta som söker stöd hos socialtjänsten och vård hos hälso- och sjukvården har skyddade personuppgifter. De flesta av de som har skyddade personuppgifter i form av sekretessmarkering eller kvarskrivning är kvinnor som lever under hot från en f.d. make eller sambo. Många av dessa kvinnor har barn. Det är viktigt att socialtjänsten har beredskap för hur ärenden med skyddade personuppgifter ska hanteras både vid handläggning och vid genomförande av insatser. Tydliga och kända arbetsrutiner kan medverka till att säkerställa att skyddade uppgifter inte röjs av misstag. Arbetet behöver präglas av ett säkerhetstänkande, bl.a. i hanteringen av handlingar så att exempelvis inte sekretessbelagda uppgifter kommer ut. Det kan handla om att ha checklistor för säkerhetsåtgärder, särskilda tekniska lösningar i dokumentationssystemen och att alltid motringa i kontakter med andra personer vilka berör personer med skyddade personuppgifter. Det kan även vara nödvändigt att begränsa antalet personer inom socialtjänsten som känner till de uppgifter som är skyddade. Rutinerna kan också handla om samverkan med andra myndigheter och organisationer om skyddade personuppgifter – Polismyndigheten, Skatteverket, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, hälso- och sjukvården, kvinnojourer, förskola och skola m.fl. Inom kommunen kan det vara lämpligt att ha samarbete med t.ex. kommunala hyresvärdar, kultur- och fritidsförvaltningar.</p> <p>Det är viktigt att den som utför insatser enligt socialtjänstlagen också har kunskap om hur de ska hantera skyddade personuppgifter. Socialnämnden behöver informera utföraren om att personen har skyddade personuppgifter och om vem/vilka som utföraren ska ha kontakt med hos beställaren/socialnämnden. Utföraren ansvarar för den praktiska hanteringen då insatserna genomförs.</p>	<p><b>Referenser:</b> Våld - handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer. Socialstyrelsen 2016.</p> <p><b>Aktuell lagstiftning:</b> Socialtjänsten har enligt Socialtjänstlagen ett tydligt ansvar för att skydda barn som far illa eller riskerar att fara illa, vilket innebär att utreda, bedöma och tillgodose barnets behov av skydd och insatser på kort och lång sikt. Socialtjänsten ska även särskilt beakta att våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld kan behöva stöd och hjälp (5 kap. 11 § SoL).</p>	<p>i. Har ni den (mät datum) en skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för hur ärenden med skyddade personuppgifter ska hanteras för att säkerställa att dessa inte röjs både vid handläggningen och vid genomförande av beslutade insatser i myndighetsutövningen, i nedanstående områden inom socialtjänsten? Svarsalternativ: Ja/Nej</p> <p>ii. Har ni någon gång under perioden (12 mån) följt upp rutinen, i nedanstående områden inom socialtjänsten? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, då rutinen upprättades nyligen,</p>	<p>Med <b>ledningsnivå</b> avses den nivå inom organisationen som har mandat att besluta om gemensamma rutiner.</p> <p>Med <b>rutin</b> avses ett bestämt tillvägagångssätt för hur aktiviteter ska genomföras samt ange ansvarsfördelningen. Rutinen ska vara känd och användas av ansvariga handläggare.</p> <p>Med <b>skyddade personuppgifter</b> avses sekretessmarkering, skyddad folkbokföring, fingerade personuppgifter och sekretess som kan aktualiseras för hotade och förföljda personer.</p> <p>Med <b>myndighetsutövningen</b> avses här utredning, beslut och verkställighet.</p> <p>Observera att organisation och benämning på områden/verksamheter skiljer sig mellan kommuner. Med <b>område</b> avses här att stöd erbjuds till berörd målgrupp.</p> <p>Svara "Ja" för de områden där ni har rutin. Om ni har en gemensam rutin för fler än ett område svara "Ja" för respektive område.</p> <p>Med <b>följt upp</b> avses att ni har kontrollerat att rutinen används och fungerar på avsett sätt samt att den vid behov har reviderats. Uppföljningen ska vara dokumenterad och daterad.</p>	<p>För att uppnå indikatorn krävs: Ja på frågan i och Ja eller Ej aktuellt på fråga ii.</p>	<p>G20 + G20a</p>
---	---	---	--	---	---	-------------------





## Öppna jämförelser 2021 - Kommunal hälso- och sjukvård

### Resultaten

Resultaten för indikatorer och bakgrundsmått som redovisas här baseras på enkätdata från Sveriges kommuner och stadsdelarna i Stockholm. Indikatorerna belyser olika aspekter av kvalitet inom den kommunala hälso- och sjukvården.

### Årets resultat för kommuner och stadsdelar, län och riket finns på blad 2 - Resultat indikatorer

När du

**Beskrivning av indikatorer och bakgrundsmått finns på blad 3.**

### Hjälp att sortera - för att underlätta jämförelser och analys

#### Bakgrundsmått

I Excel-filen redovisas bakgrundsmått som kompletterande information till resultaten för indikatorerna. De baseras på enkätdata eller officiell registerdata.

#### Kommungrupper

Det finns stora skillnader mellan kommunerna - därför finns olika sätt att sortera kommunerna i kommuner i:

#### Färgläggning av resultat - en snabb överblick av läget

Orange = Andelen kommuner/stadsdelar som uppfyllt indikatorn på riksnivå

Grön =  
Uppfylld  
indikator  
Gul =  
Delvis  
uppfylld  
indikator  
Röd =  
Inte  
uppfylld  
indikator

**När svar saknas**

**Tom cell**

**EA =**

**Svarsfrekvens**

Insamling  
speriod:

Insamlingen beskrivs utförligare i Metodbeskrivning 2021 öppna jämförelser - Socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård.  
Dokumentet finns på Socialstyrelsens webbplats, [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se) under: Öppna jämförelser Kommunal hälso- och sjukvård

**Kontakt:** [OJ-socialtjanst@socialstyrelsen.se](mailto:OJ-socialtjanst@socialstyrelsen.se)

Öppna jämförelser socialtjänst och kommunal hälso-och sjukvård: <http://www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser>

Telefon: 075- 247 30 00

## Beskrivning av indikatorer och bakgrundsmått - Öppna jämförelser 2021 - Kommunal hälso- och sjukvård

**Datakälla:** Öppna jämförelser 2021. Enkät till kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänsten, kommunundersökning.

Mätdatum: 1 februari 2021

**Resultat på aggregerad nivå bygger på:**

Täljare: Antal kommuner som har uppnått indikatorn.

Nämnare: Totalt antal kommuner som besvarat enkätfrågan/enkätfrågorna.

### Indikatorer och bakgrundsmått

	Syfte	Underlag till syfte	Enkätfrågor och svarsalternativ	Definitioner	Beräkning	Frågenummer	Övrigt
<b>Forum för systematiskt patientsäkerhetsarbete</b>	Kompetens, kapacitet och organisation för aggregering, analys och värdering av data med relevans för patientsäkerhetsarbetet måste finnas på flera organisatoriska nivåer. Huvudmannens systemövergripande lägesbeskrivning och underlag för beslut gällande kommunens/stadsdelens fortsatta patientsäkerhetsarbete sker tillsammans med aktörer från olika delar av huvudmannens hälso- och sjukvårdsverksamhet. Mätning och datainsamling för analys och lärande i hälso- och sjukvårdssystemet kan leda till forskning, utveckling och vara en viktig grund för prioriteringar och beslut om åtgärder som förbättrar patientsäkerheten.	<b>Referens</b> Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024. Fokusområde 4. Socialstyrelsen.	i) Har ni under perioden 1 februari 2020 – 31 januari 2021 (12 mån) haft regelbundna forum för systematiskt patientsäkerhetsarbete i syfte att erhålla systemövergripande lägesbeskrivning och underlag för beslut gällande kommunens/stadsdelens systematiska patientsäkerhetsarbete? <b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej ”Om Ja på fråga K1” ii) Är samtliga av följande aktörer representerade i kommunens/stadsdelens forum för systematiskt patientsäkerhetsarbete: ledningsansvarig för huvudmannens hälso- och sjukvårdsverksamhet, vårdgivare och vårdutförare i egen och enskild regi, MAS och, om sådana finns, MAR och SAS? <b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej	<ul style="list-style-type: none"> <li>Med patientsäkerhet avses skydd mot vårdskada.</li> <li>Med regelbundna forum avses att representanter träffas minst en gång per år för att gemensamt analysera resultat från egenkontroll, risk- och avvikelshantering och andra relevanta informationskällor.</li> <li>Med systematiskt patientsäkerhetsarbete avses att vårdgivare vidtar åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.</li> <li>Rapportering och redovisning av årlig patientsäkerhetsberättelse i berörd nämnd ingår inte i denna definition.</li> <li>Med enskild regi avses ideell eller privat regi.</li> <li>Med SAS avses socialt ansvarig samordnare eller motsvarande funktion.</li> </ul>	Ja på fråga i) och ii). Delvis: Ja på fråga i) och Nej på fråga ii).	K1 och K1a	Insamling av data är förändrad från föregående år (2020). Beräkning av indikatorn är förändrad.
<b>Patientmedverkan i kommunens systematiska patientsäkerhetsarbete</b>	Syftet att involvera patienter och närstående i kommunens/stadsdelens strategiska patientsäkerhetsarbete genom att systematiskt tillvarata erfarenheter är att stärka analys, lärande och utveckling för att förebygga vårdskador.	<b>Referens</b> Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024. Fokusområde 4. Socialstyrelsen.	i) Har ni under (mätperioden) haft dialog för kunskapsinhämtning från patienter eller närstående till kommunens/stadsdelens systematiska patientsäkerhetsarbete? <b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej	<ul style="list-style-type: none"> <li>Med patientsäkerhet avses skydd mot vårdskada.</li> <li>Med dialog för kunskapsinhämtning avses att erfarenheter tillvaratas systematiskt i patientsäkerhetsarbetet. Exempel på detta kan vara någon typ av råd för dialog och kunskapsinhämtning med representation av patient eller närstående i syfte att stödja ledning och styrning av det strategiska patientsäkerhetsarbetet.</li> <li>Patientmedverkan som sker vid den individuella vården ingår inte i denna definition.</li> <li>Med systematiskt patientsäkerhetsarbete avses att vårdgivare vidtar åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.</li> </ul>	Ja på fråga i.	K2	

<b>Information om patientens möjligheter till samordnad individuell plan (SIP)</b>	Genom att muntlig eller skriftlig informera patient eller vid behov närstående om möjligheter till SIP kan patientens upplevelse av delaktighet, kontinuitet och trygghet säkras.	<b>Referens</b> Hälso- och sjukvårdslagstiftning (2017:30, 2017:612 och 2014:821) och socialtjänstlag (2001:453).	i) Har ni den (mätdatum) styrdokument, antagna i ansvarig nämnd (eller på delegation), att patienter och vid behov närstående informeras om möjligheten till SIP? <b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej	<ul style="list-style-type: none"> <li>Med styrdokument avses t.ex. regionala eller lokala riktlinjer för hälso- och sjukvården och som innehåller målsättningar för vården och närliggande omsorg till personer som erhåller vård och behandling. Styrdokument avser dokument beslutad av politisk organisation eller på delegation av dessa, har legitimitet i hela verksamheten och ingår i ledningssystem för kvalitet.</li> <li>Med samordnad individuell plan (SIP) avses en individuell plan som beskriver insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten utifrån den enskildes behov och önskemål och som tagits fram genom samordnad individuell planering (16 kap. 4 § 2017:30 och 2 kap. 7 § andra och tredje styckena 2001:453). Skyldigheten att genomföra och upprätta en SIP inträder när kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda men kräver den enskildes samtycke (prop. 2008/09:193 s.30). För personer som skrivs ut från sjukhus med fortsatta behov av insatser från både kommun och landsting, är det patientens fasta vårdkontakt i den regionfinansierade öppna vården som tar initiativ till en samordnad individuell plan (4 kap. 1 och 3 §§ 2017:612).</li> <li>Information till den enskilde kan vara både muntlig eller skriftlig.</li> </ul>	Ja på fråga i. K3	
<b>Överenskommelser för samverkan om verksamhetsförlagd utbildning (VFU)</b>	För att säkerställa framtida kompetensförsörjning när vården förflyttas från sjukhus till primärvård och den nära vården kan överenskommelser mellan kommunal huvudman och universitet/högskola skapa förutsättningar för samtliga vårdgivare att medverka i forskning och utbildning. Utbildning och forskning är en central del i utvecklingen av hälso- och sjukvården och behöver säkras.	<b>Referens</b> God och nära vård. En primärvårdsreform. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. SOU 2018:39.	i). Har ni den 1 februari 2021 skriftlig överenskommelse för samverkan med universitet eller högskola om verksamhetsförlagd utbildning (VFU) till studenter inom något hälso- och sjukvårdsprogram? <b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej ii) ”Om Ja på K4” Innehåller den skriftliga överenskommelsen samtliga av följande delar: parternas åtagande, ersättningsprinciper och tillgång till utbildningsplatser per år inom den kommunala hälso- och sjukvården? <b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej iii) ”Om Ja på K4a” Vilka utförare inom huvudmannens hälso- och sjukvårdsverksamhet omfattas av den skriftliga överenskommelsen? <b>Svarsalternativ:</b> Utförare i egen regi/Utförare i enskild regi/Utförare i egen regi <u>finns ej</u> i kommunen/stadsdelen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Med verksamhetsförlagd utbildning (VFU) avses delar i ett utbildningsprogram när studenten vistas på arbetsplatser med relevans för kommande profession med syfte att integrera teoretiska kunskaper och praktiska färdigheter under handledning av yrkesverksam legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.</li> <li>Skriftlig överenskommelse för samverkan om verksamhetsförlagd utbildning (VFU) kan vara länsövergripande med flera kommuner eller universitet/högskolor. Överenskommelsen är beslutad av politisk organisation <u>eller på delegation av dessa</u>.</li> <li>För Stockholm och Göteborg som är indelade i stadsdelar: Om stadsdelen omfattas av en kommunövergripande överenskommelse räknas denna.</li> <li>Med åtagande avses t.ex. ansvarsfördelning mellan parter, övergripande chefsansvar för organisation och planering av handledning på utbildningsställe, kvalitetskriterier för utveckling av studenternas professionella kompetens, handledarutbildning.</li> <li>Med utförare inom huvudmannens hälso- och sjukvårdsverksamhet kan avses både vårdgivare/vårdutförare i egen regi och enskild regi inom huvudmannens hälso- och sjukvårdsverksamhet.</li> <li>Med enskild regi avses ideell eller privat regi.</li> </ul>	Ja på fråga i) och ii) <b>samt svarsalternativ</b> Utförare i egen regi <u>och</u> Utförare i enskild regi <b>eller</b> Utförare i egen regi <u>och</u> Utförare i enskild regi <u>finns ej</u> i kommunen/stadsdelen på fråga iii). Delvis: Ja på fråga i) och ii) <b>samt svarsalternativ</b> Utförare i egen regi <b>eller</b> Utförare i enskild regi på fråga iii)	K4, K4a, K4b Insamling av data är förändrad från föregående år (2020). Inget resultat presenterades på grund av låg validitet år 2020.
<b>Tilldelas verksamhetsförlagda utbildningsplatser för sjuksköterskeprogram på grundnivå</b>	För att säkerställa framtida kompetensförsörjning när vården förflyttas från sjukhus till primärvård och den nära vården kan överenskommelser mellan kommunal huvudman och universitet/högskola skapa förutsättningar för samtliga vårdgivare att medverka i forskning och utbildning. Utbildning och forskning är en central del i utvecklingen av hälso- och sjukvården och behöver säkras.	<b>Referens</b> God och nära vård. En primärvårdsreform. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. SOU 2018:39.	<b>Om Ja på K4 och K4a</b> i) Har ni den 1 februari 2021 skriftlig överenskommelse för samverkan med universitet eller högskola om verksamhetsförlagd utbildning (VFU) till studenter inom något hälso- och sjukvårdsprogram? ii) Innehåller den skriftliga överenskommelsen samtliga av följande delar: parternas åtagande, ersättningsprinciper och tillgång till utbildningsplatser per år inom den kommunala hälso- och sjukvården? iii) Vilka utbildningsprogram på grundnivå tilldelas verksamhetsförlagda utbildningsplatser i enlighet med den skriftliga överenskommelsen inom den kommunala hälso- och sjukvården i er kommun/stadsdel? Sjuksköterskeprogram <b>Svarsalternativ:</b> i) Ja/Nej och ii) Ja/Nej och iii) Tilldelas VFU-platser/Tilldelas <u>inte</u> VFU-platser	Ja på fråga i) och ii) och tilldelad VFU-platser på iii)	K4c_1 Bakgrundsmått. Insamling av data är förändrad från föregående år (2020). Inget resultat presenterades på grund av låg validitet år 2020.	

**Tilldelas verksamhetsförlagda utbildningsplatser för arbetsterapeutprogram på grundnivå** För att säkerställa framtida kompetensförsörjning när vården förflyttas från sjukhus till primärvård och den nära vården kan överenskommelser mellan kommunal huvudman och universitet/högskola skapa förutsättningar för samtliga vårdgivare att medverka i forskning och utbildning. Utbildning och forskning är en central del i utvecklingen av hälso- och sjukvården och behöver säkras.

**Referens**  
God och nära vård. En primärvårdsreform. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. SOU 2018:39.

#### Om Ja på K4 och K4a

i) Har ni den 1 februari 2021 skriftlig överenskommelse för samverkan med universitet eller högskola om verksamhetsförlagd utbildning (VFU) till studenter inom något hälso- och sjukvårdsprogram?  
ii) Innehåller den skriftliga överenskommelsen samtliga av följande delar: parternas åtagande, ersättningsprinciper och tillgång till utbildningsplatser per år inom den kommunala hälso- och sjukvården?  
iii) Vilka utbildningsprogram på grundnivå tilldelas verksamhetsförlagda utbildningsplatser i enlighet med den skriftliga överenskommelsen inom den kommunala hälso- och sjukvården i er kommun/stadsdel?  
Arbetssterapeutprogram  
**Svarsalternativ:** i) Ja/Nej och ii) Ja/Nej och  
iii) Tilldelas VFU-platser/Tilldelas inte VFU-platser

**Tilldelas verksamhetsförlagda utbildningsplatser för fysioterapeutprogram på grundnivå** För att säkerställa framtida kompetensförsörjning när vården förflyttas från sjukhus till primärvård och den nära vården kan överenskommelser mellan kommunal huvudman och universitet/högskola skapa förutsättningar för samtliga vårdgivare att medverka i forskning och utbildning. Utbildning och forskning är en central del i utvecklingen av hälso- och sjukvården och behöver säkras.

**Referens**  
God och nära vård. En primärvårdsreform. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. SOU 2018:39.

#### Om Ja på K4 och K4a

i) Har ni den 1 februari 2021 skriftlig överenskommelse för samverkan med universitet eller högskola om verksamhetsförlagd utbildning (VFU) till studenter inom något hälso- och sjukvårdsprogram?  
ii) Innehåller den skriftliga överenskommelsen samtliga av följande delar: parternas åtagande, ersättningsprinciper och tillgång till utbildningsplatser per år inom den kommunala hälso- och sjukvården?  
iii) Vilka utbildningsprogram på grundnivå tilldelas verksamhetsförlagda utbildningsplatser i enlighet med den skriftliga överenskommelsen inom den kommunala hälso- och sjukvården i er kommun/stadsdel?  
Fysioterapeutprogram  
**Svarsalternativ:** i) Ja/Nej och ii) Ja/Nej och  
iii) Tilldelas VFU-platser/Tilldelas inte VFU-platser

**Tilldelas verksamhetsförlagda utbildningsplatser för dietistprogram på grundnivå** För att säkerställa framtida kompetensförsörjning när vården förflyttas från sjukhus till primärvård och den nära vården kan överenskommelser mellan kommunal huvudman och universitet/högskola skapa förutsättningar för samtliga vårdgivare att medverka i forskning och utbildning. Utbildning och forskning är en central del i utvecklingen av hälso- och sjukvården och behöver säkras.

**Referens**  
God och nära vård. En primärvårdsreform. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. SOU 2018:39.

#### Om Ja på K4 och K4a

K4 i) Har ni den 1 februari 2021 skriftlig överenskommelse för samverkan med universitet eller högskola om verksamhetsförlagd utbildning (VFU) till studenter inom något hälso- och sjukvårdsprogram?  
K4a ii) Innehåller den skriftliga överenskommelsen samtliga av följande delar: parternas åtagande, ersättningsprinciper och tillgång till utbildningsplatser per år inom den kommunala hälso- och sjukvården?  
iii) Vilka utbildningsprogram på grundnivå tilldelas verksamhetsförlagda utbildningsplatser i enlighet med den skriftliga överenskommelsen inom den kommunala hälso- och sjukvården i er kommun/stadsdel?  
Dietistprogram  
**Svarsalternativ:** i) Ja/Nej och ii) Ja/Nej och  
iii) Tilldelas VFU-platser/Tilldelas inte VFU-platser

Ja på fråga i) och ii) och tilldelad VFU-platser på iii)

K4c\_2

Bakgrundsmått. Insamling av data är förändrad från föregående år (2020). Inget resultat presenterades på grund av låg validitet år 2020.

Ja på fråga i) och ii) och tilldelad VFU-platser på iii)

K4c\_3

Bakgrundsmått. Insamling av data är förändrad från föregående år (2020). Inget resultat presenterades på grund av låg validitet år 2020.

Ja på fråga i) och ii) och tilldelad VFU-platser på iii)

K4c\_4

Bakgrundsmått. Insamling av data är förändrad från föregående år (2020). Inget resultat presenterades på grund av låg validitet år 2020.

**Huvudhandledare/adjungera d klinisk adjunkt (AKA) som stöd inom något hälso- och sjukvårdsprogram**

Genom överenskommelser för samverkan mellan kommunal huvudman och universitet/högskola om verksamhetsförlagd utbildning (VFU) skapas förutsättning till huvudhandledare eller AKA med magisterexamen, alternativt pågående magisterstudier, för att ge stöd till studenter och handledare. I uppdraget ingår såväl stöd till studenter och handledare som samarbetspartner till lärosätets adjunkter och lektorer.

**Referens**  
God och nära vård. En primärvårdsreform. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. SOU 2018:39.

**Om Ja på fråga K4 och K4a**  
K4 i) Har ni den 1 februari 2021 skriftlig överenskommelse för samverkan med universitet eller högskola om verksamhetsförlagd utbildning (VFU) till studenter inom något hälso- och sjukvårdsprogram?  
K4a ii) Innehåller den skriftliga överenskommelsen samtliga av följande delar: parternas åtagande, ersättningsprinciper och tillgång till utbildningsplatser per år inom den kommunala hälso- och sjukvården?  
K4d i) Har ni den 1 februari 2021 huvudhandledare/AKA som stöd till studenter och handledare under den verksamhetsförlagda utbildningen (VFU)?  
**Svarsalternativ:** i) Ja/Nej och ii) Ja/Nej samt svarsalternativ K4d i) Ja, vi har huvudhandledare/AKA med magister/masterexamen alt. pågående magister/masterstudier / Nej, vi har inte huvudhandledare/AKA med magister/masterexamen alt. pågående magister/masterstudier.

- Med huvudhandledare/AKA avses legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med dokumenterad yrkeserfarenhet, handledarutbildning och magister/masterexamen, alternativt pågående magister/masterstudier. I uppdraget ingår att vara samarbetspartner till lärosätets adjunkter och lektorer. Stödet genomförs med kunskap om kurs- och utbildningsplan, lärandemål och studiehandledning för VFU. Befattningen huvudhandledare/AKA kan vara länsövergripande med ett uppdrag som fördelas mellan flera kommuner.
- Med handledare avses här legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med dokumenterad yrkeserfarenhet och handledarutbildning som stödjer studenter att uppnå målen under VFU.
- Med verksamhetsförlagd utbildning (VFU) avses delar i ett utbildningsprogram när studenten vistas på arbetsplatser med relevans för kommande profession med syfte att integrera teoretiska kunskaper och praktiska färdigheter under handledning av yrkesverksam legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Ja på fråga K4 i) och K4b i) och svarsalternativ K4d i) Ja, vi har huvudhandledare/AKA med magister/masterexamen alt. pågående magister/masterstudier. K4d Insamling av data är förändrad från föregående år (2020). Inget resultat presenterades på grund av låg validitet år 2020.

**Huvudhandledare/adjungera d klinisk adjunkt (AKA) som stöd inom sjuksköterskeprogram på grundnivå**

Genom överenskommelser för samverkan mellan kommunal huvudman och universitet/högskola om verksamhetsförlagd utbildning (VFU) skapas förutsättning till huvudhandledare eller AKA med magisterexamen, alternativt pågående magisterstudier, för att ge stöd till studenter och handledare. I uppdraget ingår såväl stöd till studenter och handledare som samarbetspartner till lärosätets adjunkter och lektorer.

**Referens**  
God och nära vård. En primärvårdsreform. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. SOU 2018:39.

**Om Ja på fråga K4 i) och K4a ii) och K4d i)**  
i) Inom vilket utbildningsprogram på grundnivå finns huvudhandledare/AKA som stöd för studenter och handledare under VFU?  
**Svarsalternativ:** Sjuksköterskeprogram

Ja på fråga K4 i) och K4b i) och svarsalternativ K4d i) Ja, vi har huvudhandledare/AKA med magister/masterexamen alt. pågående magister/masterstudier samt sjuksköterskeprogram . K4e\_1 Bakgrundsmått. Insamling av data är förändrad från föregående år (2020). Inget resultat presenterades på grund av låg validitet år 2020.

**Huvudhandledare/adjungera d klinisk adjunkt (AKA) som stöd inom arbetsterapeutprogram på grundnivå**

Genom överenskommelser för samverkan mellan kommunal huvudman och universitet/högskola om verksamhetsförlagd utbildning (VFU) skapas förutsättning till huvudhandledare eller AKA med magisterexamen, alternativt pågående magisterstudier, för att ge stöd till studenter och handledare. I uppdraget ingår såväl stöd till studenter och handledare som samarbetspartner till lärosätets adjunkter och lektorer.

**Referens**  
God och nära vård. En primärvårdsreform. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. SOU 2018:39.

**Om Ja på fråga K4 i) och K4a ii) och K4d i)**  
i) Inom vilket utbildningsprogram på grundnivå finns huvudhandledare/AKA som stöd för studenter och handledare under VFU?  
**Svarsalternativ:** Arbetsterapeutprogram

Ja på fråga K4 i) och K4b i) och svarsalternativ K4d i) Ja, vi har huvudhandledare/AKA med magister/masterexamen alt. pågående magister/masterstudier samt arbetsterapeutprogram . K4e\_2 Bakgrundsmått. Insamling av data är förändrad från föregående år (2020). Inget resultat presenterades på grund av låg validitet år 2020.

**Huvudhandledare/adjungera d klinisk adjunkt (AKA) som stöd inom fysioterapeutprogram på grundnivå**

Genom överenskommelser för samverkan mellan kommunal huvudman och universitet/högskola om verksamhetsförlagd utbildning (VFU) skapas förutsättning till huvudhandledare eller AKA med magisterexamen, alternativt pågående magisterstudier, för att ge stöd till studenter och handledare. I uppdraget ingår såväl stöd till studenter och handledare som samarbetspartner till lärosätets adjunkter och lektorer.

**Referens**  
God och nära vård. En primärvårdsreform. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. SOU 2018:39.

**Om Ja på fråga K4 i) och K4a ii) och K4d i)**  
i) Inom vilket utbildningsprogram på grundnivå finns huvudhandledare/AKA som stöd för studenter och handledare under VFU?  
**Svarsalternativ:** Fysioterapeutprogram

Ja på fråga K4 i) och K4b i) och svarsalternativ K4d i) Ja, vi har huvudhandledare/AKA med magister/masterexamen alt. pågående magister/masterstudier samt fysioterapeutprogram . K4e\_3 Bakgrundsmått. Insamling av data är förändrad från föregående år (2020). Inget resultat presenterades på grund av låg validitet år 2020.

<b>Huvudhandledare/adjungerad klinisk adjunkt (AKA) som stöd inom dietistprogram på grundnivå</b>	Genom överenskommelser för samverkan mellan kommunal huvudman och universitet/högskola om verksamhetsförlagd utbildning (VFU) skapas förutsättning till huvudhandledare eller AKA med magisterexamen, alternativt pågående magisterstudier, för att ge stöd till studenter och handledare. I uppdraget ingår såväl stöd till studenter och handledare som samarbetspartner till lärosätets adjunkter och lektorer.	<b>Referens</b> God och nära vård. En primärvårdsreform. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. SOU 2018:39.	<b>Om Ja på fråga K4 i) och K4a ii) och K4d i)</b> i) Inom vilket utbildningsprogram på grundnivå finns huvudhandledare/AKA som stöd för studenter och handledare under VFU? <b>Svarsalternativ:</b> Dietistprogram	Ja på fråga K4 i) och K4b i) Ja, vi har huvudhandledare/AKA med magister/masterexamen alt. pågående magister/masterstudier samt dietistprogram .	K4e_4	Bakgrundsmått. Insamling av data är förändrad från föregående år (2020). Inget resultat presenterades på grund av låg validitet år 2020.
<b>Styrande dokument för vård och omsorg vid demenssjukdom</b>	Syftet med lokala och regionala styrdokument inom kommun eller län är att stärka möjligheten till likvärdig hälso- och sjukvård och närliggande omsorg för personer med behov av insatser, oavsett vårdgivare i egen eller privat regi inom den kommunala hälso- och sjukvården. Lokala eller regionala riktlinjer för hälso- och sjukvården har sin utgångspunkt i exempelvis nationella riktlinjer, lagstiftning, vetenskap och beprövad erfarenhet, lokala eller regionala överenskommelser. Riktlinjer beslutas av politisk organisation eller på delegation av dessa och ingår i ledningssystem för kvalitet.	<b>Referens</b> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.	i) Har ni den (mätdatum) styrdokument, antagna i ansvarig nämnd (eller på delegation), om sammanhållen vård och omsorg till personer med demenssjukdom? <b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej	<ul style="list-style-type: none"> <li>Med styrdokument avses t.ex. regionala eller lokala riktlinjer för hälso- och sjukvården och som innehåller målsättningar för vården och närliggande omsorg till personer som erhåller vård och behandling. Styrdokument avser dokument beslutad av politisk organisation eller på delegation av dessa, har legitimitet i hela verksamheten och ingår i ledningssystem för kvalitet.</li> <li>Med sammanhållen vård och omsorg avses Socialstyrelsens stöd för samverkan mellan olika vårdnivåer och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten, se Stöd för samverkan (Kunskapsguiden).</li> </ul>	Ja på fråga i. K5	
<b>Erbjuder vård och omsorg med multiprofessionellt demensteam inom någon av alla boendeformer</b>	Multiprofessionellt teambaserat arbete med kompetenser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten syftar till att skapa kontinuitet i vården och omsorgen för personer med demenssjukdom och att underlätta bedömningar som kräver flera perspektiv för att tillgodose vård och omsorg ur ett helhetsperspektiv. Vilka som ska delta i det teambaserade arbetet kan variera över tid. Viktigt är att det finns en samordnande funktion för hela teamet.	<b>Referens</b> Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom	i) Erbjuder ni den (mätdatum) vård och omsorg inom ramen för ett multiprofessionellt demensteam till personer med demenssjukdom inom a) särskilt boende för äldre, permanent boende b) särskilt boende för äldre, korttidsplats c) bostad med särskild service (5 kap. 7 § SoL) d) bostad med särskild service till vuxna (LSS) e) ordinärt boende? <b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej på respektive delfråga	<ul style="list-style-type: none"> <li>Med multiprofessionella demensteam avses teamsamverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten där olika professioner och kompetenser samarbetar kring den enskilde. Teamet har särskilda uppgifter kopplat till demenssjukdomar som t.ex. utbildning, samordning och individuella stödinsatser. Olika kompetenser kan ingå i det multiprofessionella teamet beroende på demenssjukdomens fas och den enskildes behov. För samordning av det multiprofessionella teamsamarbetet finns utsedd samordnare för teamet. Ett multiprofessionellt demensteam inom vård och omsorg kan bedrivas i offentlig eller enskild regi.</li> <li>Med multiprofessionella demensteam avses inte de team som finns inom enskilda hemtjänstverksamheter och vars uppdrag enbart är att ge insatser inom den egna verksamheten.</li> <li>Med mätdatum den 1 februari 2020 avses att ett multiprofessionellt demensteam finns tillgängligt att erbjudas till personer med demenssjukdom i olika boendeformer och verksamheter detta datum.</li> </ul>	Ja på minst en av delfrågorna i i).	K6_1--K6_5 För kommuner i Stockholms län, exklusive Norrtälje kommun, ingår inte ordinärt boende i beräkning av indikatorn.
<b>Erbjuder vård och omsorg med multiprofessionellt demensteam i särskilt boende för äldre</b>	Multiprofessionellt teambaserat arbete med kompetenser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten syftar till att skapa kontinuitet i vården och omsorgen för personer med demenssjukdom och att underlätta bedömningar som kräver flera perspektiv för att tillgodose vård och omsorg ur ett helhetsperspektiv. Vilka som ska delta i det teambaserade arbetet kan variera över tid. Viktigt är att det finns en samordnande funktion för hela teamet.	<b>Referens</b> Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom	i) Erbjuder ni den (mätdatum) vård och omsorg inom ramen för ett multiprofessionellt demensteam till personer med demenssjukdom inom a) särskilt boende för äldre, permanent boende <b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej	Ja på fråga i.	K6_1	Bakgrundsmått



<b>Erbjuder vård och omsorg med multiprofessionellt demensteam på korttidsplats</b>	Multiprofessionellt teambaserat arbete med kompetenser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten syftar till att skapa kontinuitet i vården och omsorgen för personer med demenssjukdom och att underlätta bedömningar som kräver flera perspektiv för att tillgodose vård och omsorg ur ett helhetsperspektiv. Vilka som ska delta i det teambaserade arbetet kan variera över tid. Viktigt är att det finns en samordnande funktion för hela teamet.	<b>Referens</b> Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom	i) Erbjuder ni den (mätdatum) vård och omsorg inom ramen för ett multiprofessionellt demensteam till personer med demenssjukdom inom b) särskilt boende för äldre, korttidsplats <b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej	Ja på fråga i.	K6_2	Bakgrundsmått
<b>Erbjuder vård och omsorg med multiprofessionellt demensteam i bostad med särskilt service (SoL)</b>	Multiprofessionellt teambaserat arbete med kompetenser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten syftar till att skapa kontinuitet i vården och omsorgen för personer med demenssjukdom och att underlätta bedömningar som kräver flera perspektiv för att tillgodose vård och omsorg ur ett helhetsperspektiv. Vilka som ska delta i det teambaserade arbetet kan variera över tid. Viktigt är att det finns en samordnande funktion för hela teamet.	<b>Referens</b> Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom	i) Erbjuder ni den (mätdatum) vård och omsorg inom ramen för ett multiprofessionellt demensteam till personer med demenssjukdom inom c) bostad med särskild service (5 kap. 7 § SoL) <b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej	Ja på fråga i.	K6_3	Bakgrundsmått
<b>Erbjuder vård och omsorg med multiprofessionellt demensteam i bostad med stöd och service till vuxna (LSS)</b>	Multiprofessionellt teambaserat arbete med kompetenser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten syftar till att skapa kontinuitet i vården och omsorgen för personer med demenssjukdom och att underlätta bedömningar som kräver flera perspektiv för att tillgodose vård och omsorg ur ett helhetsperspektiv. Vilka som ska delta i det teambaserade arbetet kan variera över tid. Viktigt är att det finns en samordnande funktion för hela teamet.	<b>Referens</b> Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom	i) Erbjuder ni den (mätdatum) vård och omsorg inom ramen för ett multiprofessionellt demensteam till personer med demenssjukdom inom d) bostad med särskild service till vuxna (LSS) <b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej	Ja på fråga i.	K6_4	Bakgrundsmått
<b>Erbjuder vård och omsorg med multiprofessionellt demensteam i ordinärt boende</b>	Multiprofessionellt teambaserat arbete med kompetenser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten syftar till att skapa kontinuitet i vården och omsorgen för personer med demenssjukdom och att underlätta bedömningar som kräver flera perspektiv för att tillgodose vård och omsorg ur ett helhetsperspektiv. Vilka som ska delta i det teambaserade arbetet kan variera över tid. Viktigt är att det finns en samordnande funktion för hela teamet.	<b>Referens</b> Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom	i) Erbjuder ni den (mätdatum) vård och omsorg inom ramen för ett multiprofessionellt demensteam till personer med demenssjukdom inom e) ordinärt boende? <b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej	Ja på fråga i.	K6_5	Bakgrundsmått. För kommuner i Stockholms län, exklusive Norrtälje kommun, ingår inte svarsalternativet ordinärt boende.
<b>Styrande dokument för vård och omsorg vid diabetes</b>	Syftet med lokala och regionala styrdokument inom kommun eller län är att stärka möjligheten till likvärdig hälso- och sjukvård och närliggande omsorg för personer med behov av insatser, oavsett vårdgivare i egen eller privat regi inom den kommunala hälso- och sjukvården. Lokala eller regionala riktlinjer för hälso- och sjukvården har sin utgångspunkt i exempelvis nationella riktlinjer, lagstiftning, vetenskap och beprövad erfarenhet, lokala eller regionala överenskommelser. Riktlinjer beslutas av politisk organisation eller på delegation av dessa och ingår i ledningssystem för kvalitet.	<b>Referens</b> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.	i) Har ni den (mätdatum) styrdokument, antagna i ansvarig nämnd (eller på delegation), om sammanhållen vård och omsorg till personer med diabetes? <b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej	Ja på fråga i.	K7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Med styrdokument avses t.ex. riktlinjer för hälso- och sjukvården och som innehåller målsättningar för vården och närliggande omsorg till personer som erhåller vård och behandling. Styrdokument avser dokument beslutad av politisk organisation eller på delegation av dessa, har legitimitet i hela verksamheten och ingår i ledningssystem för kvalitet.</li> <li>• Med sammanhållen vård och omsorg avses Socialstyrelsens stöd för samverkan mellan olika vårdnivåer och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten, se Stöd för samverkan (Kunskapsguiden).</li> </ul>

<b>Erbjuder enkel fotundersökning för att förebygga allvarliga fotproblem inom alla boendeformer</b>	Personer med diabetes bör få sina fötter kontrollerade regelbundet. Det är viktigt att tidigt upptäcka fotdeformiteter, känselnedsättning och försämrad cirkulation för att i tid kunna sätta in preventiv fotvård och behandling.	<b>Referens</b> Målnivåer för diabetesvård. Uppföljning och översyn. Stockholm; Socialstyrelsen: 2017. Fotundersökning vid diabetes. Nationellt vårdprogram för prevention av fotkomplikationer vid diabetes. Stockholm; Sveriges kommuner och landsting (SKL): 2018. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.	i) Erbjuder ni den (mätdatum) enkel fotundersökning till personer som har diabetes typ-1 eller typ-2 för att förebygga allvarliga fotproblem inom a) särskilt boende för äldre, permanent boende b) särskilt boende för äldre, korttidsplats c) bostad med särskild service (5 kap. 7 § SoL) d) bostad med särskild service till vuxna (LSS) e) ordinärt boende <b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej	• Med enkel fotundersökning avses ett test av känseln, palpation av pulsar, en inspektion av foten och en undersökning för att finna felställningar i foten. Test av känsel kan ske på olika sätt. Här förekommer till exempel monofilamenttest eller stämgaaffelprov. Här avses inte medicinsk fotvård eller medicinsk fotsjukvård då kontroll av känsel och cirkulation inte ingår i denna typ av åtgärd. Fotundersökning leder till bedömning och riskkategorisering enligt riskkategori 1-4. Den enkla fotundersökningen utförs av personal med lämplig utbildning för uppgiften, se Fotundersökning vid diabetes Nationellt vårdprogram för prevention av fotkomplikationer vid diabetes (SKR). Personalen kan vara anställd av verksamhet som drivs i offentlig regi (kommun eller landsting) eller i enskild regi. Om kommunen har avtal/överenskommelse med landstinget om utförandet av enkel förbyggande undersökning räknas detta som en möjlighet att kunna få erbjudande.	Ja/Nej på respektive delfråga	K8_1--K8_5	Ja-svar för samtliga boendeformer (a-e), på fråga i). För kommuner i Stockholms län, exklusive Norrtälje kommun, ingår inte ordinärt boende i beräkning av indikatorn. Bakgrundsmått
<b>Erbjuder enkel fotundersökning för att förebygga allvarliga fotproblem i särskilt boende</b>	Personer med diabetes bör få sina fötter kontrollerade regelbundet. Det är viktigt att tidigt upptäcka fotdeformiteter, känselnedsättning och försämrad cirkulation för att i tid kunna sätta in preventiv fotvård och behandling.	<b>Referens</b> Målnivåer för diabetesvård. Uppföljning och översyn. Stockholm; Socialstyrelsen: 2017. Fotundersökning vid diabetes. Nationellt vårdprogram för prevention av fotkomplikationer vid diabetes. Stockholm; Sveriges kommuner och landsting (SKL): 2018. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.	i) Erbjuder ni den (mätdatum) enkel fotundersökning till personer som har diabetes typ-1 eller typ-2 för att förebygga allvarliga fotproblem inom a) särskilt boende för äldre, permanent boende <b>Svarsalternativ:</b> Ja/nej		Ja på fråga i.	K8_1	Bakgrundsmått
<b>Erbjuder enkel fotundersökning för att förebygga allvarliga fotproblem på korttidsplats</b>	Personer med diabetes bör få sina fötter kontrollerade regelbundet. Det är viktigt att tidigt upptäcka fotdeformiteter, känselnedsättning och försämrad cirkulation för att i tid kunna sätta in preventiv fotvård och behandling.	<b>Referens</b> Målnivåer för diabetesvård. Uppföljning och översyn. Stockholm; Socialstyrelsen: 2017. Fotundersökning vid diabetes. Nationellt vårdprogram för prevention av fotkomplikationer vid diabetes. Stockholm; Sveriges kommuner och landsting (SKL): 2018. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.	i) Erbjuder ni den (mätdatum) enkel fotundersökning till personer som har diabetes typ-1 eller typ-2 för att förebygga allvarliga fotproblem inom b) särskilt boende för äldre, korttidsplats <b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej		Ja på fråga i.	K8_2	Bakgrundsmått
<b>Erbjuder enkel fotundersökning för att förebygga allvarliga fotproblem i bostad med särskilt service (SoL)</b>	Personer med diabetes bör få sina fötter kontrollerade regelbundet. Det är viktigt att tidigt upptäcka fotdeformiteter, känselnedsättning och försämrad cirkulation för att i tid kunna sätta in preventiv fotvård och behandling.	<b>Referens</b> Målnivåer för diabetesvård. Uppföljning och översyn. Stockholm; Socialstyrelsen: 2017. Fotundersökning vid diabetes. Nationellt vårdprogram för prevention av fotkomplikationer vid diabetes. Stockholm; Sveriges kommuner och landsting (SKL): 2018. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.	i) Erbjuder ni den (mätdatum) enkel fotundersökning till personer som har diabetes typ-1 eller typ-2 för att förebygga allvarliga fotproblem inom c) bostad med särskild service (5 kap. 7 § SoL) <b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej		Ja på fråga i.	K8_3	Bakgrundsmått

<p><b>Erbjuder enkel fotundersökning för att förebygga allvarliga fotproblem i bostad med stöd och service till vuxna (LSS)</b></p>	<p>Personer med diabetes bör få sina fötter kontrollerade regelbundet. Det är viktigt att tidigt upptäcka fotdeformiteter, känselnedsättning och försämrad cirkulation för att i tid kunna sätta in preventiv fotvård och behandling.</p>	<p><b>Referens</b> Målnivåer för diabetesvård. Uppföljning och översyn. Stockholm; Socialstyrelsen: 2017. Fotundersökning vid diabetes. Nationellt vårdprogram för prevention av fotkomplikationer vid diabetes. Stockholm; Sveriges kommuner och landsting (SKL): 2018. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.</p>	<p>i) Erbjuder ni den (mätdatum) enkel fotundersökning till personer som har diabetes typ-1 eller typ-2 för att förebygga allvarliga fotproblem inom d) bostad med särskild service till vuxna (LSS) <b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej</p>		<p>Ja på fråga i.</p>	<p>K8_4</p>	<p>Bakgrundsmått</p>
<p><b>Erbjuder enkel fotundersökning för att förebygga allvarliga fotproblem i ordinärt boende</b></p>	<p>Personer med diabetes bör få sina fötter kontrollerade regelbundet. Det är viktigt att tidigt upptäcka fotdeformiteter, känselnedsättning och försämrad cirkulation för att i tid kunna sätta in preventiv fotvård och behandling.</p>	<p><b>Referens</b> Målnivåer för diabetesvård. Uppföljning och översyn. Stockholm; Socialstyrelsen: 2017. Fotundersökning vid diabetes. Nationellt vårdprogram för prevention av fotkomplikationer vid diabetes. Stockholm; Sveriges kommuner och landsting (SKL): 2018. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.</p>	<p>i) Erbjuder ni den (mätdatum) enkel fotundersökning till personer som har diabetes typ-1 eller typ-2 för att förebygga allvarliga fotproblem inom e) ordinärt boende <b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej</p>		<p>Ja på fråga i.</p>	<p>K8_5</p>	<p>Bakgrundsmått. För kommuner i Stockholms län, exklusive Norrtälje kommun, ingår inte svarsalternativet ordinärt boende.</p>
<p><b>Övergripande kompetensutvecklingsplan för fortbildning i stroke</b></p>	<p>Personer som insjuknar i stroke har ofta långvariga behov av vård, rehabilitering och stöd till följd av funktionsnedsättning. Patienter i behov av rehabilitering efter stroke behöver tillgång till kompetent vård-, rehabiliterings- och omsorgspersonal i hela vårdkedjan. Att ha kunskap om olika diagnoser och vad dessa innebär för såväl personens funktionsnedsättning som dess livskvalitet är nödvändigt för att kunna ge vård och omsorg med hög kvalitet. Inom ramen för såväl de grundläggande kraven i hälso- och sjukvården som huvudmannens kravspecifikationer för sin verksamhet bör nödvändiga kompetenser tillhandahållas som krävs utifrån patienternas behov.</p>	<p><b>Referens</b> Utvärdering av vård vid stroke. Huvudrapport med förbättringsområden. Stockholm; Socialstyrelsen: 2018. SOU 2019:29 God och nära vård. Vård i samverkan. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.</p>	<p>Har ni den (mätdatum) styrdokument, antagna i ansvarig nämnd (eller på delegation), om en övergripande kompetensutvecklingsplan för fortbildning i stroke i) till vårdpersonal? ii) till omsorgspersonal? <b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Med styrdokument avses t.ex. regionala eller lokala riktlinjer för hälso- och sjukvården och som innehåller målsättningar för vården och närliggande omsorg till personer som erhåller vård och behandling. Styrdokument avser dokument beslutad av politisk organisation eller på delegation av dessa, har legitimitet i hela verksamheten och ingår i ledningssystem för kvalitet.</li> <li>• Med övergripande kompetensutvecklingsplan avses en kommunövergripande plan för personalens kompetensutveckling inom den kommunala hälso- och sjukvården som bygger på verksamhetens mål och kartläggning och analys av befintliga kompetenser. Planen är beslutad av politisk organisation på lokal eller regional nivå eller på delegation av dessa och har legitimitet i hela verksamheten.</li> <li>• Med fortbildning avses utbildning i syfte att upprätthålla och utveckla den kompetensnivå som krävs för att kunna utföra arbetsuppgifterna. Exempelvis kurs, föreläsning eller seminarier.</li> <li>• Med vårdpersonal avses hälso- och sjukvårdspersonal med legitimation för yrket eller yrkesexamen på högskolenivå eller vårdpersonal som har reell hälso- och sjukvårdskompetens som förvärvats genom praktisk yrkesverksamhet eller fortbildning.</li> <li>• Med omsorgspersonal avses omsorgspersonal som arbetar inom socialtjänsten eller verksamhet för stöd och service till vissa funktionshindrade.</li> </ul>	<p>Ja på fråga i och ii. Delvis: Ja på fråga i) eller ii). Nej: Nej på fråga i) och ii)</p>	<p>K9_1 + K9_2</p>	

<b>Strukturerad uppföljning med vård- och omsorgspersonal med särskild kunskap om stroke inom samtliga boendeformer</b>	<p>Strukturerad uppföljning genomförs viss tid efter patientens insjuknande inom öppenvården: 3 till 6 månader vid stroke och 1 till 3 månader vid TIA. Patienterna har ofta långvariga behov av vård, rehabilitering och stöd till följd av funktionsnedsättning och ytterligare uppföljningstillfällen anpassas efter aktuellt behov. Strukturerad uppföljning för patienter i öppenvård leder till minskad risk för återinsjuknade, ökad livskvalitet, ökat fysiskt och psykiskt välmående.</p> <p>Förutom en etablerad infrastruktur för temabaserad uppföljning till patienter i öppenvård med kommunala insatser behöver vård- och omsorgspersonal särskild kunskap om stroke. Kunskap om diagnos och vad det innebär för personens funktionsnedsättning och livskvalitet är nödvändig för att kunna ge vård och omsorg med hög kvalitet. Strukturerad uppföljning med hjälp av olika professioner och kunskaper ökar förutsättningen för individuell rehabilitering.</p>	<p><b>Referens</b>          Nationella riktlinjer för vård vid stroke          Stöd för styrning och ledning, Socialstyrelsen.          Utvärdering av vård vid stroke.          Huvudrapport med förbättringsområdeden. Stockholm;          Socialstyrelsen: 2018. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.</p>	<p>i) Har vård- och omsorgspersonal med särskild kunskap om stroke, under (mätperioden), deltagit i strukturerade uppföljningar till personer med stroke eller TIA inom</p> <p>a) särskilt boende för äldre, permanent boende b) särskilt boende för äldre, korttidsplats c) bostad med särskild service (5 kap. 7 § SoL) d) bostad med särskild service till vuxna (LSS) e) ordinärt boende?</p> <p><b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej på respektive delfråga</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Med strokeinriktad strukturerad uppföljning avses uppföljning i enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer. Uppföljning kan t.ex. ske utifrån strukturerad checklista, Post-Stroke Checklista (PSC), svensk version.</li> <li>• Med särskild kunskap om stroke avses någon typ av utbildning eller fortbildning, till exempel utbildning som leder till STROKE-riksförbundets kompetensbevis som t.ex. WebbStrokeKompetensUtbildning (Webb-SKU) eller individuell påbyggnadsutbildning på universitets- eller högskolenivå.</li> <li>• Med TIA avses transitorisk ischemisk attack som är en övergående störning av hjärnans blodcirkulation och beror på en liten blodpropp som snabbt löses upp. Symtomen är av samma typ som vid stroke, men vid TIA går symtomen över inom några minuter till ett dygn. TIA innebär kraftigt ökad risk för ny eller större blodpropp de närmaste dygnet eller veckorna.</li> </ul>	<p>Ja-svar för samtliga boendeformer (a-e), på fråga i).</p> <p>Delvis: Ja-svar för permanent särskilt boende för äldre OCH korttidsplats OCH hemsjukvård (ordinärt boende).</p> <p>Obs - för kommuner i Stockholms län, exklusive Norrtälje kommun, ingår inte ordinärt boende i beräkning av indikatorn.</p>	K10_1--K10_5
---	---	---	--	---	--	--------------

<b>Strukturerad uppföljning med vård- och omsorgspersonal med särskild kunskap om stroke i särskilt boende</b>	<p>Strukturerad uppföljning genomförs viss tid efter patientens insjuknande inom öppenvården: 3 till 6 månader vid stroke och 1 till 3 månader vid TIA. Patienterna har ofta långvariga behov av vård, rehabilitering och stöd till följd av funktionsnedsättning och ytterligare uppföljningstillfällen anpassas efter aktuellt behov. Strukturerad uppföljning för patienter i öppenvård leder till minskad risk för återinsjuknade, ökad livskvalitet, ökat fysiskt och psykiskt välmående.</p> <p>Förutom en etablerad infrastruktur för temabaserad uppföljning till patienter i öppenvård med kommunala insatser behöver vård- och omsorgspersonal särskild kunskap om stroke. Kunskap om diagnos och vad det innebär för personens funktionsnedsättning och livskvalitet är nödvändig för att kunna ge vård och omsorg med hög kvalitet. Strukturerad uppföljning med hjälp av olika professioner och kunskaper ökar förutsättningen för individuell rehabilitering.</p>	<p><b>Referens</b>          Nationella riktlinjer för vård vid stroke          Stöd för styrning och ledning, Socialstyrelsen.          Utvärdering av vård vid stroke.          Huvudrapport med förbättringsområdeden. Stockholm;          Socialstyrelsen: 2018. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.</p>	<p>i) Har vård- och omsorgspersonal med särskild kunskap om stroke, under (mätperioden), deltagit i strukturerade uppföljningar till personer med stroke eller TIA inom</p> <p>a) särskilt boende för äldre, permanent boende</p> <p><b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej</p>		Ja på fråga i.	K10_1	Bakgrundsmått
--	---	---	---	--	----------------	-------	---------------

<b>Strukturerad uppföljning med vård- och omsorgspersonal med särskild kunskap om stroke på korttidsplats</b>	<p>Strukturerad uppföljning genomförs viss tid efter patientens insjuknande inom öppenvården: 3 till 6 månader vid stroke och 1 till 3 månader vid TIA. Patienterna har ofta långvariga behov av vård, rehabilitering och stöd till följd av funktionsnedsättning och ytterligare uppföljningstillfällen anpassas efter aktuellt behov. Strukturerad uppföljning för patienter i öppenvård leder till minskad risk för återinsjuknade, ökad livskvalitet, ökat fysiskt och psykiskt välmående.</p> <p>Förutom en etablerad infrastruktur för temabaserad uppföljning till patienter i öppenvård med kommunala insatser behöver vård- och omsorgspersonal särskild kunskap om stroke. Kunskap om diagnos och vad det innebär för personens funktionsnedsättning och livskvalitet är nödvändig för att kunna ge vård och omsorg med hög kvalitet. Strukturerad uppföljning med hjälp av olika professioner och kunskaper ökar förutsättningen för individuell rehabilitering.</p>	<p><b>Referens</b></p> <p>Nationella riktlinjer för vård vid stroke</p> <p>Stöd för styrning och ledning, Socialstyrelsen.</p> <p>Utvärdering av vård vid stroke.</p> <p>Huvudrapport med förbättringsområdeden. Stockholm; Socialstyrelsen: 2018. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.</p>	<p>i) Har vård- och omsorgspersonal med särskild kunskap om stroke, under (mätperioden), deltagit i strukturerade uppföljningar till personer med stroke eller TIA inom</p> <p>b) särskilt boende för äldre, korttidsplats</p> <p><b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej</p>	Ja på fråga i.	K10_2	Bakgrundsmått
---	---	--	--	----------------	-------	---------------

<b>Strukturerad uppföljning med vård- och omsorgspersonal med särskild kunskap om stroke i bostad med särskild service (SoL)</b>	<p>Strukturerad uppföljning genomförs viss tid efter patientens insjuknande inom öppenvården: 3 till 6 månader vid stroke och 1 till 3 månader vid TIA. Patienterna har ofta långvariga behov av vård, rehabilitering och stöd till följd av funktionsnedsättning och ytterligare uppföljningstillfällen anpassas efter aktuellt behov. Strukturerad uppföljning för patienter i öppenvård leder till minskad risk för återinsjuknade, ökad livskvalitet, ökat fysiskt och psykiskt välmående.</p> <p>Förutom en etablerad infrastruktur för temabaserad uppföljning till patienter i öppenvård med kommunala insatser behöver vård- och omsorgspersonal särskild kunskap om stroke. Kunskap om diagnos och vad det innebär för personens funktionsnedsättning och livskvalitet är nödvändig för att kunna ge vård och omsorg med hög kvalitet. Strukturerad uppföljning med hjälp av olika professioner och kunskaper ökar förutsättningen för individuell rehabilitering.</p>	<p><b>Referens</b></p> <p>Nationella riktlinjer för vård vid stroke</p> <p>Stöd för styrning och ledning, Socialstyrelsen.</p> <p>Utvärdering av vård vid stroke.</p> <p>Huvudrapport med förbättringsområdeden. Stockholm; Socialstyrelsen: 2018. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.</p>	<p>i) Har vård- och omsorgspersonal med särskild kunskap om stroke, under (mätperioden), deltagit i strukturerade uppföljningar till personer med stroke eller TIA inom</p> <p>c) bostad med särskild service (5 kap. 7 § SoL)</p> <p><b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej</p>	Ja på fråga i.	K10_3	Bakgrundsmått
--	---	--	--	----------------	-------	---------------

<p><b>Strukturerad uppföljning med vård- och omsorgspersonal med särskild kunskap om stroke i bostad med särskild service (LSS)</b></p>	<p>Strukturerad uppföljning genomförs viss tid efter patientens insjuknande inom öppenvården: 3 till 6 månader vid stroke och 1 till 3 månader vid TIA. Patienterna har ofta långvariga behov av vård, rehabilitering och stöd till följd av funktionsnedsättning och ytterligare uppföljningstillfällen anpassas efter aktuellt behov. Strukturerad uppföljning för patienter i öppenvård leder till minskad risk för återinsjuknade, ökad livskvalitet, ökat fysiskt och psykiskt välmående. Förutom en etablerad infrastruktur för temabaserad uppföljning till patienter i öppenvård med kommunala insatser behöver vård- och omsorgspersonal särskild kunskap om stroke. Kunskap om diagnos och vad det innebär för personens funktionsnedsättning och livskvalitet är nödvändig för att kunna ge vård och omsorg med hög kvalitet. Strukturerad uppföljning med hjälp av olika professioner och kunskaper ökar förutsättningen för individuell rehabilitering.</p>	<p><b>Referens</b>  Nationella riktlinjer för vård vid stroke  Stöd för styrning och ledning, Socialstyrelsen.  Utvärdering av vård vid stroke.  Huvudrapport med förbättringsområden. Stockholm; Socialstyrelsen: 2018. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.</p>	<p>i) Har vård- och omsorgspersonal med särskild kunskap om stroke, under (mätperioden), deltagit i strukturerade uppföljningar till personer med stroke eller TIA inom  d) bostad med särskild service till vuxna (LSS)  <b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej</p>	<p>Ja på fråga i.</p>	<p>K10_4</p>	<p>Bakgrundsmått</p>
---	--	--	--	-----------------------	--------------	----------------------

<p><b>Strukturerad uppföljning med vård- och omsorgspersonal med särskild kunskap om stroke i ordinärt boende</b></p>	<p>Strukturerad uppföljning genomförs viss tid efter patientens insjuknande inom öppenvården: 3 till 6 månader vid stroke och 1 till 3 månader vid TIA. Patienterna har ofta långvariga behov av vård, rehabilitering och stöd till följd av funktionsnedsättning och ytterligare uppföljningstillfällen anpassas efter aktuellt behov. Strukturerad uppföljning för patienter i öppenvård leder till minskad risk för återinsjuknade, ökad livskvalitet, ökat fysiskt och psykiskt välmående. Förutom en etablerad infrastruktur för temabaserad uppföljning till patienter i öppenvård med kommunala insatser behöver vård- och omsorgspersonal särskild kunskap om stroke. Kunskap om diagnos och vad det innebär för personens funktionsnedsättning och livskvalitet är nödvändig för att kunna ge vård och omsorg med hög kvalitet. Strukturerad uppföljning med hjälp av olika professioner och kunskaper ökar förutsättningen för individuell rehabilitering.</p>	<p><b>Referens</b>  Nationella riktlinjer för vård vid stroke  Stöd för styrning och ledning, Socialstyrelsen.  Utvärdering av vård vid stroke.  Huvudrapport med förbättringsområden. Stockholm; Socialstyrelsen: 2018. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.</p>	<p>i) Har vård- och omsorgspersonal med särskild kunskap om stroke, under (mätperioden), deltagit i strukturerade uppföljningar till personer med stroke eller TIA inom  e) ordinärt boende  <b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej</p>	<p>Ja på fråga i.</p>	<p>K10_5</p>	<p>Bakgrundsmått. För kommuner i Stockholms län, exklusive Norrtälje kommun, ingår inte svarsalternativet ordinärt boende.</p>
---	--	--	---	-----------------------	--------------	--

<b>Styrande dokument för vård och omsorg vid blåsdysfunktion</b>	Syftet med lokala och regionala styrdokument inom kommun eller län är att stärka möjligheten till likvärdig hälso- och sjukvård och närliggande omsorg för personer med behov av insatser, oavsett vårdgivare i egen eller privat regi inom den kommunala hälso- och sjukvården. Lokala eller regionala riktlinjer för hälso- och sjukvården har sin utgångspunkt i exempelvis nationella riktlinjer, lagstiftning, vetenskap och beprövad erfarenhet, lokala eller regionala överenskommelser. Riktlinjer beslutas av politisk organisation eller på delegation av dessa och ingår i ledningssystem för kvalitet.	<b>Referens</b> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.	i) Har ni den (mätdatum) styrdokument, antagna i ansvarig nämnd (eller på delegation), om sammanhållen vård och omsorg till personer med blåsdysfunktion? <b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej	<ul style="list-style-type: none"> <li>Med styrdokument avses t.ex. regionala eller lokala riktlinjer för hälso- och sjukvården och som innehåller målsättningar för vården och närliggande omsorg till personer som erhåller vård och behandling. Styrdokument avser dokument beslutad av politisk organisation eller på delegation av dessa, har legitimitet i hela verksamheten och ingår i ledningssystem för kvalitet.</li> <li>Med sammanhållen vård och omsorg avses Socialstyrelsens stöd för samverkan mellan olika vårdnivåer och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten, se Stöd för samverkan (Kunskapsguiden).</li> </ul>	Ja på fråga i.	K11	
<b>Erbjuder basal utredning avseende blåsdysfunktion för individuellt anpassad behandling</b>	Basal utredning avseende blåsdysfunktion identifierar bakomliggande orsaker, utesluter medicinska skäl och utgör grunden för en individuell anpassad behandling i syfte att förbättra den enskildes hälsa och besvär. En sammanhållen vård och omsorg stärker möjligheten till likvärdig hälso- och sjukvård och att äldre personer med bedömd risk för blåsdysfunktion i särskilt boende och hemsjukvård erbjuds basal utredning, oavsett vårdgivare i egen eller privat regi.	<b>Referens</b> Blåsdysfunktion hos äldre personer. Indikatorer vid urininkontinens och andra symtom vid vård av äldre personer i särskilt boende eller hemsjukvård. Socialstyrelsen. Kvalitetsprogram – ett redskap för god vård. Vuxen blåsa. Nätverket Nikola. <a href="https://nikola.nu/kvalitetsprogram/vuxen-blasa/utreda-vuxen-blasa">https://nikola.nu/kvalitetsprogram/vuxen-blasa/utreda-vuxen-blasa</a> Kunskapsunderlag för adekvat omhändertagande vid blåsdysfunktion. Föreningen Nikola nätverk i samverkan med Svensk sjuksköterskeförening. Stockholm: 2019. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.	i) Erbjuder ni den (mätdatum) basal utredning avseende blåsdysfunktion till äldre personer med bedömd risk för blåsdysfunktion i särskilt boende och i ordinärt boende med hemsjukvård? <b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej	<ul style="list-style-type: none"> <li>Med basal utredning avseende blåsdysfunktion avses att vården identifierar bakomliggande orsaker och utesluter medicinska skäl. Basal utredning avseende blåsdysfunktion utgör grunden för en individuell anpassad behandling i syfte att förbättra den enskildes hälsa och besvär.</li> </ul>	Ja på fråga i.	K12	Kommuner i Stockholms län, exklusive Norrtälje kommun, omfattas inte av kommunalt finansierad hemsjukvård i ordinärt boende.
<b>Fallriskvärdering vid inskrivning i hemsjukvården</b>	I ett teambaserat fallpreventivt arbetssätt är fallriskvärdering den initiala bedömningen som syftar till att avgöra om en person har allmän eller förhöjd fallrisk. Om allmän eller förhöjd fallrisk föreligger genomförs en strukturerad fallriskutredning med syfte att identifiera aktuella riskfaktorer som sedan ligger till grund för de åtgärder som behöver vidtas för att minska risken för fall. Värdering av fallrisken genomförs kontinuerligt.	<b>Referens</b> Socialstyrelsen utbildning Ett fall för teamet - en utbildning om att förebygga fallolyckor. Socialstyrelsen - Samlat stöd för patientsäkerhet. Minska risken för fallskador. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsledningsarbete. Patientsäkerhetslag 2010:659	i) Har ni den (mätdatum) styrdokument, antagna i ansvarig nämnd (eller på delegation), att fallriskvärdering ska genomföras vid inskrivning i hemsjukvården? <b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej	<ul style="list-style-type: none"> <li>Med styrdokument avses t.ex. regionala eller lokala riktlinjer för hälso- och sjukvården och som innehåller målsättningar för vården och närliggande omsorg till personer som erhåller vård och behandling. Styrdokument avser dokument beslutad av politisk organisation eller på delegation av dessa, har legitimitet i hela verksamheten och ingår i ledningssystem för kvalitet.</li> <li>Med fall avses en fallhändelse då någon oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om en skada inträffar eller inte. Målet med fallprevention är att förebygga fall.</li> <li>Med fallriskvärdering avses en initial bedömning som syftar till att avgöra om patienten har allmän eller förhöjd fallrisk. Om allmän eller förhöjd fallrisk föreligger genomförs en strukturerad utredning med syfte att identifiera aktuella riskfaktorer som sedan ligger till grund för de åtgärder som behöver vidtas för att minska risken för fall.</li> <li>Med inskriven i hemsjukvård avses kommunens och regionens överenskommelse om vilka som är inskrivna i hemsjukvården.</li> </ul>	Ja på fråga i.	K13	Kommuner i Stockholms län, exklusive Norrtälje kommun, omfattas inte av frågan.







**Indikator.** Fall är en av de vanligaste orsakerna till att äldre personer skadar sig. Fallskador kan få allvarliga konsekvenser för individen i form av framförallt lidande och försämrad livskvalitet. Flertalet personer som vårdas för fallskada i slutenvård är personer i särskilt boende för äldre, med eller utan kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser. Orsakerna till fallolyckan kan vara många och kan spegla det förbyggande arbetet inom en mängd olika verksamheter.

Kapacitet och organisation för aggregering, analys och värdering av data med relevans för det fallförebyggande patientsäkerhetsarbetet måste finnas på flera organisatoriska nivåer. Information om antal personer i särskilt boende för äldre som årligen vårdas i slutenvård på grund av fallskada utgör underlag för styrning och ledning av kvaliteten inom huvudmannens hälso- och sjukvårdsansvar.

Måttet avser personer i särskilt boende för äldre som vårdas inom slutenvård på grund av fall, dvs. som blivit inskrivna på sjukhuset. Det betyder att måttet inte mäter alla fallolyckor inom kommunens särskilda boenden för äldre. Fallolyckor som leder till vård inom primärvården, specialiserad öppenvård eller sker på sjukhusets akutmottagning ingår inte i måttet.

**Referens**  
Socialstyrelsen - Samlat stöd för patientsäkerhet. Minska risken för fallskador.

Socialstyrelsen utbildning Ett fall för teamet - en utbildning om att förebygga fallolyckor.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsledningsarbete.  
Patientsäkerhetslag 2010:659.

Beräkningen av indikatorn görs som vårdtillfällen för fallskador per personår där månadsperioderna har aggregerats till år. Redovisningen görs sedan som fall per 1000 personår.

**Täljare:**

Antal vårdtillfällen med yttre orsakskod för fallskada i slutenvård för personer och persontider i nämnaren.

Yttre orsakskoder enligt ICD 10SE: W00-W19.

**Nämnare:**

Sammanlagd persontid i år för personer i registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning [SoL-registret] (ramppopulationen) enligt följande kriterier:

- Personer 65 år eller äldre med verkställda beslut om särskilt boende för äldre.
- Personer boende i särskilt boende för äldre, med eller utan kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser
- Personer med verkställda beslut om särskilt boende för äldre. Kriterier för urval av månader för dessa personer: en markering om verkställt beslut i aktuell månad. Dessutom krävs uppgift om verkställt beslut om särskilt boende månaden före. Endast personmånader som har en markering månaden före ingår därmed i nämnaren. Boendeform mäts genom variabel boform=2 (särskilt boende).
- Personer 65 år och äldre med LSS-boende under året utesluts.

För att inte talen ska bli för små bör resultaten på kommunnivå aggregeras till tre år.

Kommunen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt personer som bor i särskilt boende för äldre, bostad med särskild service för personer med funktionsnedsättning och motsvarande boendeformer som bedrivs i enskild verksamhet samt dagverksamhet (12 kap. 1 § HSL, 3 kap 6 §, 5 kap 5 och 7 §§ och 7 kap 1 § punkt 2 SoL).

Detsamma gäller bostad med särskild service för vuxna, barn och ungdomar och daglig verksamhet som är reglerade i LSS (prop. 1992/93:159 s.182). Kommunen ska också erbjuda god hälso- och sjukvård i ordinärt boende och biståndsbedömt trygghetsboende om skyldigheten har övertagits från regionen (14 kap. 1 § HSL).

**Datakälla:**  
Patientregistret (PAR) och registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning (socialtjänstregistret) och registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Ny indikator.

**Bakgrundsmått.**  
**Antal fallskador i särskilt boende för äldre (personår).**  
**Årsgenomsnitt 2017-2019.**  
Täljare och nämnare (i parentes) för indikatorn  
Fallskador per 1000 personår i särskilt boende för äldre.

Fall är en av de vanligaste orsakerna till att äldre personer skadar sig. Fallskador kan få allvarliga konsekvenser för individen i form av framförallt lidande och försämrad livskvalitet. Flertalet personer som vårdas för fallskada i slutenvård är personer i särskilt boende för äldre, med eller utan kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser. Orsakerna till fallolyckan kan vara många och kan spegla det förbyggande arbetet inom en mängd olika verksamheter.

Kapacitet och organisation för aggregering, analys och värdering av data med relevans för det fallförebyggande patientsäkerhetsarbetet måste finnas på flera organisatoriska nivåer. Information om antal personer i särskilt boende för äldre som årligen vårdas i slutenvård på grund av fallskada utgör underlag för styrning och ledning av kvalitet inom huvudmannens hälso- och sjukvårdsansvar.

Måttet avser personer i särskilt boende för äldre som vårdas inom slutenvård på grund av fall, dvs. som blivit inskrivna på sjukhuset. Det betyder att måttet inte mäter alla fallolyckor inom kommunens särskilda boenden för äldre. Fallolyckor som leder till vård inom primärvården, specialiserad öppenvård eller sker på sjukhusets akutmottagning ingår inte i måttet.

**Referens**  
Socialstyrelsen - Samlat stöd för patientsäkerhet. Minska risken för fallskador.

Socialstyrelsen utbildning Ett fall för teamet - en utbildning om att förebygga fallolyckor.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsledningsarbete.

Patientsäkerhetslag 2010:659.

Redovisning av täljare och nämnare som ett årligt genomsnitt.

**Täljare:**  
Antal vårdtillfällen med yttre orsakskod för fallskada i slutenvård för personer och persontider i nämnaren.

Yttre orsakskoder enligt ICD 10SE: W00-W19.

**Nämnare:**  
Sammanlagd persontid i år för personer i SoL-register (rampopulationen) enligt följande kriterier:

- Personer 65 år eller äldre med verkställda beslut om särskilt boende för äldre.
  - Personer boende i särskilt boende för äldre, med eller utan kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser
  - Personer med verkställda beslut om särskilt boende för äldre. Kriterier för urval av månader för dessa personer: en markering om verkställt beslut i aktuell månad. Dessutom krävs uppgift om verkställt beslut om särskilt boende månaden före. Endast personmånader som har en markering månaden före ingår därmed i nämnaren. Boendeform mäts genom variabel boform=2 (särskilt boende).
  - Personer 65 år och äldre med LSS-boende under året utesluts.
- För att inte talen ska bli för små bör resultaten på kommunnivå aggregeras till tre år.

Kommunen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt personer som bor i särskilt boende för äldre, bostad med särskild service för personer med funktionsnedsättning och motsvarande boendeformer som bedrivs i enskild verksamhet samt dagverksamhet (12 kap. 1 § HSL, 3 kap 6 §, 5 kap 5 och 7 §§ och 7 kap 1 § punkt 2 SoL).  
Detsamma gäller bostad med särskild service för vuxna, barn och ungdomar och daglig verksamhet som är reglerade i LSS (prop. 1992/93:159 s.182). Kommunen ska också erbjuda god hälso- och sjukvård i ordinärt boende och biståndsbedömt trygghetsboende om skyldigheten har övertagits från regionen (14 kap. 1 § HSL).

**Datakälla:**  
Patientregistret (PAR) och registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning (socialtjänstregistret) och registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Nytt  
bakgrundsmått.

**Indikator.****Höft- och lårfraktur per 1000 personår i särskilt boende för äldre.**

Antal vårdtillfällen för höft- eller lårfraktur i slutenvård per 1000 personår bland personer 65 år och äldre i särskilt boende för äldre. Genomsnitt för åren 2017-2019.

Fall är en vanlig orsak till att äldre personer skadas sig.

Konsekvenser av fallskador är ofta allvarliga där höftfraktur är en vanlig skada till följd av fallolycka. En höft- eller lårfraktur leder till exempel till många vårddygn och kan medföra en lång och besvärlig rehabilitering och påverkar en persons livskvalitet.

Kapacitet och organisation för aggregering, analys och värdering av data med relevans för det fallförebyggande patientsäkerhetsarbetet måste finnas på flera organisatoriska nivåer. Information om antal personer i särskilt boende för äldre, med eller utan kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser, som årligen vårdas i slutenvård på grund av höft- eller lårfraktur utgör underlag för styrning och ledning av kvalitet inom huvudmannens hälso- och sjukvårdsansvar.

Måttet avser personer i särskilt boende för äldre som vårdas inom slutenvård på grund av höft- eller lårfraktur, dvs. som blivit inskrivna på sjukhuset. I måttet ingår inte höft- eller lårfraktur som leder till vård inom primärvården, specialiserad öppenvård eller sker på sjukhusets akutmottagning.

**Referens**

Socialstyrelsen - Samlat stöd för patientsäkerhet. Minska risken för fallskador.

Socialstyrelsen utbildning Ett fall för teamet - en utbildning om att förebygga fallolyckor.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsledningsarbete.

Patientsäkerhetslag 2010:659.

Beräkningen av indikatorn görs som vårdtillfällen för höft- och lårfraktur per personår där månadsperioderna har aggregerats till år. Redovisningen görs sedan som höft- och lårfraktur per 1 000 personår.

**Täljare:**

Antal vårdtillfällen med huvuddiagnos för höft- eller lårfraktur i slutenvård för personer och persontider i nämnaren.

Huvuddiagnos enligt ICD 10SE: S72

**Nämnare:**

Sammanlagd persontid i år för personer i Sol-register (rampopulationen) enligt följande kriterier:

- Personer 65 år eller äldre med verkställda beslut om särskilt boende för äldre.
- Personer boende i särskilt boende för äldre, med eller utan kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser
- Personer med verkställda beslut om särskilt boende för äldre. Kriterier för urval av månader för dessa personer: en markering om verkställt beslut i aktuell månad. Dessutom krävs uppgift om verkställt beslut om särskilt boende månaden före. Endast personmånader som har en markering månaden före ingår därmed i nämnaren. Boendeform mäts genom variabel boform=2 (särskilt boende).
- Personer 65 år och äldre med LSS-boende under året utesluts. För att inte talen ska bli för små bör resultaten på kommunnivå aggregeras till tre år.

Kommunen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt personer som bor i särskilt boende för äldre, bostad med särskild service för personer med funktionsnedsättning och motsvarande boendeformer som bedrivs i enskild verksamhet samt dagverksamhet (12 kap. 1 § HSL, 3 kap 6 §, 5 kap 5 och 7 §§ och 7 kap 1 § punkt 2 SoL).

Detsamma gäller bostad med särskild service för vuxna, barn och ungdomar och daglig verksamhet som är reglerade i LSS (prop. 1992/93:159 s.182). Kommunen ska också erbjuda god hälso- och sjukvård i ordinärt boende och biståndsbedömt trygghetsboende om skyldigheten har övertagits från regionen (14 kap. 1 § HSL).

**Datakälla:**

Patientregistret (PAR) och registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning (socialtjänstregistret) och registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Ny indikator.

**Bakgrundsmått.**  
**Antal höft- och lårfraktur i särskilt boende för äldre (personår). Årsgenomsnitt 2017-2019.**  
Täljare och nämnare (i parentes) för indikatorn  
Höft- och lårfraktur per 1000 personår i särskilt boende för äldre.

Fall är en vanlig orsak till att äldre personer skadar sig. Konsekvenser av fallskador är ofta allvarliga där höftfraktur är en vanlig skada till följd av fallolycka. En höft- eller lårfraktur leder till exempel till många vårddygn och kan medföra en lång och besvärlig rehabilitering och påverkar en persons livskvalitet.

Kapacitet och organisation för aggregering, analys och värdering av data med relevans för det fallförebyggande patientsäkerhetsarbetet måste finnas på flera organisatoriska nivåer. Information om antal personer i särskilt boende för äldre, med eller utan kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser, som årligen vårdas i sluten vård på grund av höft- eller lårfraktur utgör underlag för styrning och ledning av kvalitet inom huvudmannens hälso- och sjukvårdsansvar.

Måttet avser personer i särskilt boende för äldre som vårdas inom sluten vård på grund av höft- eller lårfraktur, dvs. som blivit inskrivna på sjukhuset. I måttet ingår inte höft- eller lårfraktur som leder till vård inom primärvården, specialiserad öppenvård eller sker på sjukhusets akutmottagning.

**Referens**  
Socialstyrelsen - Samlat stöd för patientsäkerhet. Minska risken för fallskador.  
Socialstyrelsen utbildning Ett fall för teamet - en utbildning om att förebygga fallolyckor.  
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsledningsarbete.  
Patientsäkerhetslag 2010:659.

Redovisning av täljare och nämnare som ett årligt genomsnitt.

**Täljare:**  
Antal vårdtillfällen med huvuddiagnos för höft- eller lårfraktur i sluten vård för personer och persontider i nämnaren.

Huvuddiagnos enligt ICD 10SE: S72

**Nämnare:**  
Sammanlagd persontid i år för personer i SoL-register (rampopulationen) enligt följande kriterier:

- Personer 65 år eller äldre med verkställda beslut om särskilt boende för äldre.
  - Personer boende i särskilt boende för äldre, med eller utan kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser
  - Personer med verkställda beslut om särskilt boende för äldre. Kriterier för urval av månader för dessa personer: en markering om verkställt beslut i aktuell månad. Dessutom krävs uppgift om verkställt beslut om särskilt boende månaden före. Endast personmånader som har en markering månaden före ingår därmed i nämnaren. Boendeform mäts genom variabel boform=2 (särskilt boende).
  - Personer 65 år och äldre med LSS-boende under året utesluts.
- För att inte talen ska bli för små bör resultaten på kommunnivå aggregeras till tre år.

Kommunen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt personer som bor i särskilt boende för äldre, bostad med särskild service för personer med funktionsnedsättning och motsvarande boendeformer som bedrivs i enskild verksamhet samt dagverksamhet (12 kap. 1 § HSL, 3 kap 6 §, 5 kap 5 och 7 §§ och 7 kap 1 § punkt 2 SoL). Detsamma gäller bostad med särskild service för vuxna, barn och ungdomar och daglig verksamhet som är reglerade i LSS (prop. 1992/93:159 s.182). Kommunen ska också erbjuda god hälso- och sjukvård i ordinärt boende och biståndsbedömt trygghetsboende om skyldigheten har övertagits från regionen (14 kap. 1 § HSL).

**Datakälla:**  
Patientregistret (PAR) och registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning (socialtjänstregistret) och registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Nytt bakgrundsmått.

**Tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med fördjupad kompetens i att förebygga och behandla undernäring**  
Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med fördjupade kunskaper beträffande näringslära, näringsbehov och livsmedelsval i kontexten av hälsa och sjukdom kan bidra till vården av patienter vid prevention och behandling av nutritionsrelaterade tillstånd.  
Att förebygga och behandla undernäring eller risk för undernäring fullgörs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

**Referens**  
Att förebygga och behandla undernäring.  
Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst.

i) Har ni den (mätperiod) tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med fördjupad kompetens i att förebygga och behandla undernäring?  
**Svarsalternativ:** Ja/Nej

- Med tillgång till avses kontakt med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med fördjupad kompetens inom ramen för nutritionsvårdsprocessen. Tillgång till legitimerad personal med fördjupad kompetens i att förebygga och behandla undernäring möjliggörs också genom t.ex. överenskommelser om samverkan mellan huvudmän eller kommuner. .
- Med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal avses hälso- och sjukvårdspersonal med legitimation för yrket eller yrkesexamen på högskolenivå.
- Med fördjupad kompetens i att förebygga och behandla undernäring avses legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som är kvalificerad att bidra till vården av patienten vid prevention och behandling av nutritionsrelaterade tillstånd och som har en syntes av kunskap beträffande klinisk nutrition så som näringslära, näringsbehov och livsmedelsval i kontexten av både hälsa och sjukdom.
- Med mätdatum den 1 februari 2020 avses att till legitimerad personal med fördjupad kompetens finns tillgänglig detta datum.

Ja på fråga i.

K14

<b>Styrande dokument för vård och omsorg vid palliativ vård</b>	Syftet med lokala och regionala styrdokument inom kommun eller län är att stärka möjligheten till likvärdig hälso- och sjukvård och närliggande omsorg för personer med behov av insatser, oavsett vårdgivare i egen eller privat regi inom den kommunala hälso- och sjukvården. Lokala eller regionala riktlinjer för hälso- och sjukvården har sin utgångspunkt i exempelvis nationella riktlinjer, lagstiftning, vetenskap och beprövad erfarenhet, lokala eller regionala överenskommelser. Riktlinjer beslutas av politisk organisation eller på delegation av dessa och ingår i ledningssystem för kvalitet.	<b>Referen:</b> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.	i) Har ni den (mätdatum) styrdokument, antagna i ansvarig nämnd (eller på delegation), om sammanhållen vård och omsorg vid vård i livets slutskede för personer i behov av palliativ vård? <b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej	<ul style="list-style-type: none"> <li>Med palliativ vård avses ett begrepp som innehåller flera perspektiv. Det är en vårdform (specialiserad eller allmän palliativ vård), ett förhållningssätt (med ett helhetsperspektiv som beaktar fysiska, psykologiska, sociala och existentiella behov) och ett kompetensområde med syfte att möta behov hos patient och närstående när livet går mot sitt slut. Palliativ vård utgår från fyra hörnstenar: symtomlindring, samarbete, kommunikation och relation samt stöd till närstående.</li> <li>Med styrdokument avses t.ex. regionala eller lokala riktlinjer för hälso- och sjukvården och som innehåller målsättningar för vården och närliggande omsorg till personer som erhåller vård och behandling. Styrdokument avser dokument beslutad av politisk organisation eller på delegation av dessa, har legitimitet i hela verksamheten och ingår i ledningssystem för kvalitet.</li> <li>Med sammanhållen vård och omsorg avses Socialstyrelsens stöd för samverkan mellan olika vårdnivåer och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten, se Stöd för samverkan (Kunskapsguiden).</li> </ul>	Ja på fråga i.	K15
---	--	--	--	---	----------------	-----

<b>Övergripande kompetensutvecklingsplan för fortbildning i allmän palliativ vård</b>	En av förutsättningarna för att personalen ska kunna ge en god palliativ vård är fortbildning av personal. Det är viktigt att vård- och omsorgspersonal har goda kunskaper i palliativ vård för att kunna möta patienters olika behov av stöd och symtomlindring och för att främja livskvalitet. Patienter som vårdas i livets slutskede finns i olika vårdformer inom regionen och kommunerna och det palliativa vårdbehovet tillgodoses med hjälp av allmän eller specialiserad palliativ vård. Allmän palliativ vård ges till patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kunskaper och kompetens i palliativ vård. Inom ramen för såväl de grundläggande kraven i hälso- och sjukvården som huvudmannens kravspecifikationer för sin verksamhet bör nödvändiga kompetenser tillhandahållas som krävs utifrån patienternas behov.	<b>Referens</b> Nationella riktlinjer - Utvärdering 2016. Palliativ vård i livets slutskede. Sammanfattningar med förbättringsområden, Socialstyrelsen. SOU 2019:29 God och nära vård. Vård i samverkan. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.	Har ni den (mätdatum) styrdokument, antagna i ansvarig nämnd (eller på delegation), om en övergripande kompetensutvecklingsplan för fortbildning i allmän palliativ vård i) till vårdpersonal? ii) till omsorgspersonal? <b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej	<ul style="list-style-type: none"> <li>Med styrdokument avses t.ex. regionala eller lokala riktlinjer för hälso- och sjukvården och som innehåller målsättningar för vården och närliggande omsorg till personer som erhåller vård och behandling. Styrdokument avser dokument beslutad av politisk organisation eller på delegation av dessa, har legitimitet i hela verksamheten och ingår i ledningssystem för kvalitet.</li> <li>Med övergripande kompetensutvecklingsplan avses en kommunövergripande plan för personalens kompetensutveckling inom den kommunala hälso- och sjukvården som bygger på verksamhetens mål och kartläggning och analys av befintliga kompetenser. Planen är beslutad av politisk organisation på lokal eller regional nivå eller på delegation av dessa och har legitimitet i hela verksamheten.</li> <li>Med fortbildning avses utbildning i syfte att upprätthålla och utveckla den kompetensnivå som krävs för att kunna utföra arbetsuppgifterna. Exempelvis kurs, föreläsning eller seminarier.</li> <li>Med allmän palliativ vård avses palliativ vård som ges till patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård.</li> <li>Med vårdpersonal avses hälso- och sjukvårdspersonal med legitimation för yrket eller yrkesexamen på högskolenivå eller vårdpersonal som har reell hälso- och sjukvårdskompetens som förvärvats genom praktisk yrkesverksamhet eller fortbildning.</li> <li>Med omsorgspersonal avses omsorgspersonal som arbetar inom socialtjänsten eller verksamhet för stöd och service till vissa funktionshindrade..</li> </ul>	Ja på fråga i och ii. Delvis: Ja-svar på fråga i) eller ii). Nej: Nej-svar på fråga i) och ii)	K16_1 + K16_2
---	--	--	--	--	--	---------------

<b>Standardiserad bedömningsmetod för symtomskattning vid läkemedelsbehandling i särskilt boende</b>	Syftet med standardiserad bedömningsmetod för att identifiera symtom som kan ha samband med patientens läkemedelsbehandling eller hälsotillstånd är en ändamålsenlig läkemedelsbehandling för äldre baserad på korrekta indikationer.	<b>Referens</b> Diagnostisk checklista för förbättrad läkemedelsanvändning hos äldre, Socialstyrelsens förslag (2018). Symtomskatta med PHASE-20 Region Uppsala. <a href="http://www.regionuppsala.se/Phase-20">www.regionuppsala.se/Phase-20</a> . Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.	i) Använder ni den (mätdatum) någon av nedanstående standardiserade bedömningsmetoder för att identifiera symtom som kan ha samband med patientens läkemedelsbehandling eller hälsotillstånd inom särskilt boende för äldre, permanent boende? <b>Svarsalternativ:</b> PHASE-20/PHASE-Proxy/Diagnostisk Checklista (Socialstyrelsen)/Annat bedömningsinstrument/Nej, inget bedömningsinstrument används	<ul style="list-style-type: none"> <li>Med standardiserade bedömningsmetoder avses här ett bedömningsinstrument och en manual som beskriver hur instrumentet ska användas. Instrumentet är baserat på forskning och beprövad erfarenhet. Exempel på standardiserade bedömningsinstrument som kan användas vid bla. läkemedelsgenomgång eller vid misstänkt eller konstaterade läkemedelsrelaterade problem är PHASE-20, PHASE-Proxy, Diagnostisk checklista för förbättrad läkemedelsanvändning hos äldre (Socialstyrelsen).</li> <li>Med patienter avses här personer 65 år och äldre i behov av stöd med läkemedelsbehandling av legitimerad sjuksköterska inom den kommunala hälso- och sjukvården.</li> <li>Med mätdatum den 1 februari 2020 avses att standardiserat bedömningsinstrument för att identifiera symtom som kan ha samband med patientens läkemedelsbehandling eller hälsotillstånd finns tillgängligt att användas detta datum.</li> <li>Flera svarsalternativ per boendeform kan markeras.</li> </ul>	Någon av bedömningsmetoderna	K17_1
--	---	--	--	---	------------------------------	-------

<b>Standardiserad bedömningsmetod för symtomskattning vid läkemedelsbehandling på korttidsplats</b>	Syftet med standardiserad bedömningsmetod för att identifiera symtom som kan ha samband med patientens läkemedelsbehandling eller hälsotillstånd är en ändamålsenlig läkemedelsbehandling för äldre baserad på korrekta indikationer.	<b>Referens</b> Diagnostisk checklista för förbättrad läkemedelsanvändning hos äldre, Socialstyrelsens förslag (2018). Symtomskatta med PHASE-20 Region Uppsala. <a href="http://www.regionuppsala.se/Phase-20">www.regionuppsala.se/Phase-20</a> . Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om lednings-system för systematiskt kvalitetsarbete.	i) Använder ni den (mätdatum) någon av nedanstående standardiserade bedömningsmetoder för att identifiera symtom som kan ha samband med patientens läkemedelsbehandling eller hälsotillstånd inom särskilt boende för äldre, korttidsplats? <b>Svarsalternativ:</b> PHASE-20/PHASE-Proxy/Diagnostisk Checklista (Socialstyrelsen)/Annat bedömningsinstrument/Nej, inget bedömningsinstrument används	<ul style="list-style-type: none"> <li>Med standardiserade bedömningsmetoder avses här ett bedömningsinstrument och en manual som beskriver hur instrumentet ska användas. Instrumentet är baserat på forskning och beprövad erfarenhet. Exempel på standardiserade bedömningsinstrument som kan användas vid bla. läkemedelsgenomgång eller vid misstänkt eller konstaterade läkemedelsrelaterade problem är PHASE-20, PHASE-Proxy, Diagnostisk checklista för förbättrad läkemedelsanvändning hos äldre (Socialstyrelsen).</li> <li>Med patienter avses här personer 65 år och äldre i behov av stöd med läkemedelsbehandling av legitimerad sjuksköterska inom den kommunala hälso- och sjukvården.</li> <li>Med mätdatum den 1 februari 2020 avses att standardiserat bedömningsinstrument för att identifiera symtom som kan ha samband med patientens läkemedelsbehandling eller hälsotillstånd finns tillgängligt att användas detta datum.</li> <li>Flera svarsalternativ per boendeform kan markeras.</li> </ul>	Någon av bedömningsinsmetoderna	K17_2
---	---	---	---	---	---------------------------------	-------

<b>Standardiserad bedömningsmetod för symtomskattning vid läkemedelsbehandling i bostad med särskild service (SoL)</b>	Syftet med standardiserad bedömningsmetod för att identifiera symtom som kan ha samband med patientens läkemedelsbehandling eller hälsotillstånd är en ändamålsenlig läkemedelsbehandling för äldre baserad på korrekta indikationer.	<b>Referens</b> Diagnostisk checklista för förbättrad läkemedelsanvändning hos äldre, Socialstyrelsens förslag (2018). Symtomskatta med PHASE-20 Region Uppsala. <a href="http://www.regionuppsala.se/Phase-20">www.regionuppsala.se/Phase-20</a> . Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om lednings-system för systematiskt kvalitetsarbete.	i) Använder ni den (mätdatum) någon av nedanstående standardiserade bedömningsmetoder för att identifiera symtom som kan ha samband med patientens läkemedelsbehandling eller hälsotillstånd inom bostad med särskild service för vuxna (SoL)? <b>Svarsalternativ:</b> PHASE-20/PHASE-Proxy/Diagnostisk Checklista (Socialstyrelsen)/Annat bedömningsinstrument/Nej, inget bedömningsinstrument används	<ul style="list-style-type: none"> <li>Med standardiserade bedömningsmetoder avses här ett bedömningsinstrument och en manual som beskriver hur instrumentet ska användas. Instrumentet är baserat på forskning och beprövad erfarenhet. Exempel på standardiserade bedömningsinstrument som kan användas vid bla. läkemedelsgenomgång eller vid misstänkt eller konstaterade läkemedelsrelaterade problem är PHASE-20, PHASE-Proxy, Diagnostisk checklista för förbättrad läkemedelsanvändning hos äldre (Socialstyrelsen).</li> <li>Med patienter avses här personer 65 år och äldre i behov av stöd med läkemedelsbehandling av legitimerad sjuksköterska inom den kommunala hälso- och sjukvården.</li> <li>Med mätdatum den 1 februari 2020 avses att standardiserat bedömningsinstrument för att identifiera symtom som kan ha samband med patientens läkemedelsbehandling eller hälsotillstånd finns tillgängligt att användas detta datum.</li> <li>Flera svarsalternativ per boendeform kan markeras.</li> </ul>	Någon av bedömningsmetoderna	K17_3
--	---	---	--	---	------------------------------	-------

<b>Standardiserad bedömningsmetod för symtomskattning vid läkemedelsbehandling i bostad med särskild service (LSS)</b>	Syftet med standardiserad bedömningsmetod för att identifiera symtom som kan ha samband med patientens läkemedelsbehandling eller hälsotillstånd är en ändamålsenlig läkemedelsbehandling för äldre baserad på korrekta indikationer.	<b>Referens</b> Diagnostisk checklista för förbättrad läkemedelsanvändning hos äldre, Socialstyrelsens förslag (2018). Symtomskatta med PHASE-20 Region Uppsala. <a href="http://www.regionuppsala.se/Phase-20">www.regionuppsala.se/Phase-20</a> . Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om lednings-system för systematiskt kvalitetsarbete.	i) Använder ni den (mätdatum) någon av nedanstående standardiserade bedömningsmetoder för att identifiera symtom som kan ha samband med patientens läkemedelsbehandling eller hälsotillstånd inom bostad med särskild service för vuxna (LSS)? <b>Svarsalternativ:</b> PHASE-20/PHASE-Proxy/Diagnostisk Checklista (Socialstyrelsen)/Annat bedömningsinstrument/Nej, inget bedömningsinstrument används	<ul style="list-style-type: none"> <li>Med standardiserade bedömningsmetoder avses här ett bedömningsinstrument och en manual som beskriver hur instrumentet ska användas. Instrumentet är baserat på forskning och beprövad erfarenhet. Exempel på standardiserade bedömningsinstrument som kan användas vid bla. läkemedelsgenomgång eller vid misstänkt eller konstaterade läkemedelsrelaterade problem är PHASE-20, PHASE-Proxy, Diagnostisk checklista för förbättrad läkemedelsanvändning hos äldre (Socialstyrelsen).</li> <li>Med patienter avses här personer 65 år och äldre i behov av stöd med läkemedelsbehandling av legitimerad sjuksköterska inom den kommunala hälso- och sjukvården.</li> <li>Med mätdatum den 1 februari 2020 avses att standardiserat bedömningsinstrument för att identifiera symtom som kan ha samband med patientens läkemedelsbehandling eller hälsotillstånd finns tillgängligt att användas detta datum.</li> <li>Flera svarsalternativ per boendeform kan markeras.</li> </ul>	Någon av bedömningsinsmetoderna	K17_4
--	---	---	--	---	---------------------------------	-------

**Standardiserad bedömningsmetod för symtomskattning vid läkemedelsbehandling i ordinärt boende**

Syftet med standardiserad bedömningsmetod för att identifiera symtom som kan ha samband med patientens läkemedelsbehandling eller hälsotillstånd är en ändamålsenlig läkemedelsbehandling för äldre baserad på korrekta indikationer.

**Referens**

Diagnostisk checklista för förbättrad läkemedelsanvändning hos äldre, Socialstyrelsens förslag (2018). Symtomskatta med PHASE-20 Region Uppsala. [www.regionuppsala.se/Phase-20](http://www.regionuppsala.se/Phase-20). Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om lednings-system för systematiskt kvalitetsarbete.

i) Använder ni den (mätdatum) någon av nedanstående standardiserade bedömningsmetoder för att identifiera symtom som kan ha samband med patientens läkemedelsbehandling eller hälsotillstånd inom ordinärt boende?  
**Svarsalternativ:** PHASE-20/PHASE-Proxy/Diagnostisk Checklista (Socialstyrelsen)/Annat bedömningsinstrument/Nej, inget bedömningsinstrument används

- Med standardiserade bedömningsmetoder avses här ett bedömningsinstrument och en manual som beskriver hur instrumentet ska användas. Instrumentet är baserat på forskning och beprövad erfarenhet. Exempel på standardiserade bedömningsinstrument som kan användas vid bla. läkemedelsgenomgång eller vid misstänkt eller konstaterade läkemedelsrelaterade problem är PHASE-20, PHASE-Proxy, Diagnostisk checklista för förbättrad läkemedelsanvändning hos äldre (Socialstyrelsen).
- Med patienter avses här personer 65 år och äldre i behov av stöd med läkemedelsbehandling av legitimerad sjuksköterska inom den kommunala hälso- och sjukvården.
- Med mätdatum den 1 februari 2020 avses att standardiserat bedömningsinstrument för att identifiera symtom som kan ha samband med patientens läkemedelsbehandling eller hälsotillstånd finns tillgängligt att användas detta datum.
- Flera svarsalternativ per boendeform kan markeras.

Någon av bedömningsmetoderna

K17\_5

Kommuner i Stockholms län, exklusive Norrtälje kommun, omfattas inte av frågan.





## Socialnämndens arbetsutskott protokoll 2022-01-12

### § 16

#### Information om påbörjade välfärdsteknikprojekt

Dnr SON 2022/2

##### Sammanfattning

Inom vård och omsorg samt funktionsstöd har det under hösten 2021 påbörjats två välfärdsteknikprojekt.

Inom funktionsstöd har deltagare och medarbetare inom Daglig verksamhet påbörjat ett test av en app, som ger mer förutsägbarhet och struktur i de dagliga sysslorna för deltagarna. Det är tre deltagare på vardera Praktikteamet och på Tvätteriet som testar appen. Målet är att appen ska bidra till ökad självständighet för deltagarna.

Detta test görs inom ramen för AllAgeHub, en samverkansplattform som byggs upp tillsammans med akademi, civilsamhälle, näringsliv och offentlig sektor och där GR (Göteborgsregionen) är projektägare. Målet är att utveckla en testbädd för att stimulera användning av välfärdsteknik som möter användarnas behov.

Inom vård och omsorg har VR-kameror, som införskaffades under 2020, nu börjat testas på Lindkullen. Tanken är att även Soläng och Pilgården ska få testa VR-kamera under våren 2022. Målet är i första hand att ge de boende mer livskvalitet genom nya upplevelser.

Projekten kommer att fortgå under första kvartalet 2022 för att sedan utvärderas. Om projekten visar sig ge goda resultat, kommer produkterna att bli en del av verksamheten framöver.

##### Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse daterad 2022-01-03

##### Ekonomiska konsekvenser

Vissa ekonomiska konsekvenser förväntas, men de är svåra att bedöma i dagsläget. Det finns en kostnad för appen som används inom Daglig verksamhet på ca 7000 kr/månad, samt för mobiler till deltagarna. Skulle projektet inbegripa fler deltagare kommer kostnaderna öka. Å andra sidan är målet att deltagarna blir mer självständiga och kan ha hela eller delar av sin dagliga verksamhet på extern plats med stöd av appen, och i bästa fall ett lönearbete.

Vad gäller VR-kamera finns ett redan befintligt abonnemang som inte belastar verksamheten under detta år, däremot har en av medarbetarna lagt 25% av sin arbetstid på att göra en projektplan samt introducera och visa både medarbetare och boende hur VR-kameran fungerar. Om alla särskilda boenden ska få möjlighet till detta kommer denna kostnad att kvarstå under del av 2022 också.



LILLA EDETS  
KOMMUN

## **Socialnämndens arbetsutskott protokoll 2022-01-12**

### **Arbetsutskottets beslutsförslag till Socialnämnden**

Socialnämnden antecknar informationen.

Beslutet expedieras till

Lotte Mossudd, sektorschef Sektor Socialtjänst

Camilla Karlsson, verksamhetschef Vård och omsorg samt funktionsstöd

Rajja Angelis, verksamhetsutvecklare



## Information om påbörjade välfärdsteknikprojekt

Dnr SON 2022/2

### Sammanfattning

Inom vård och omsorg samt funktionsstöd har det under hösten 2021 påbörjats två välfärdsteknikprojekt.

Inom funktionsstöd har deltagare och medarbetare inom Daglig verksamhet påbörjat ett test av en app, som ger mer förutsägbarhet och struktur i de dagliga sysslorna för deltagarna. Det är tre deltagare på vardera Praktikteamet och på Tvätteriet som testar appen. Målet är att appen ska bidra till ökad självständighet för deltagarna.

Detta test görs inom ramen för AllAgeHub, en samverkansplattform som byggs upp tillsammans med akademi, civilsamhälle, näringsliv och offentlig sektor och där GR (Göteborgsregionen) är projektägare. Målet är att utveckla en testbädd för att stimulera användning av välfärdsteknik som möter användarnas behov.

Inom vård och omsorg har VR-kameror, som införskaffades under 2020, nu börjat testas på Lindkullen. Tanken är att även Soläng och Pilgården ska få testa VR-kamera under våren 2022. Målet är i första hand att ge de boende mer livskvalitet genom nya upplevelser.

Projektet kommer att fortgå under första kvartalet 2022 för att sedan utvärderas. Om projektet visar sig ge goda resultat, kommer produkterna att bli en del av verksamheten framöver.

### Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse daterad 2022-01-03

### Ekonomiska konsekvenser

Vissa ekonomiska konsekvenser förväntas, men de är svåra att bedöma i dagsläget. Det finns en kostnad för appen som används inom Daglig verksamhet på ca 7000 kr/månad, samt för mobiler till deltagarna. Skulle projektet inbegripa fler deltagare kommer kostnaderna öka. Å andra sidan är målet att deltagarna blir mer självständiga och kan ha hela eller delar av sin dagliga verksamhet på extern plats med stöd av appen, och i bästa fall ett lönearbete.

Vad gäller VR-kamera finns ett redan befintligt abonnemang som inte belastar verksamheten under detta år, däremot har en av medarbetarna lagt 25% av sin arbetstid på att göra en projektplan samt introducera och visa både medarbetare och boende hur

VR-kameran fungerar. Om alla särskilda boenden ska få möjlighet till detta kommer denna kostnad att kvarstå under del av 2022 också.

**Arbetsutskottets beslutsförslag till Socialnämnden**

Socialnämnden antecknar informationen.

Ralja Angelis  
Utvecklare/Utredare  
ralja.angelis@lillaedet.se

Beslut expedieras till  
Lotte Mossudd, sektorschef Sektor Socialtjänst  
Camilla Karlsson, verksamhetschef Vård och omsorg samt funktionsstöd  
Ralja Angelis, verksamhetsutvecklare



## Socialnämndens arbetsutskott protokoll 2022-01-12

### § 17

#### Redovisning av externa platser funktionsstöd 2022

Dnr SON 2022/4

#### Sammanfattning

Funktionshinderverksamheten verkställer insatser enligt LSS. I vissa fall har kommunen inte möjlighet att verkställa besluten på hemmaplan. Det kan vara på grund av att den enskilde har specifika behov som inte kan tillgodoses i de verksamheterna som finns i kommunen, eller att det helt enkelt inte finns några platser i de egna verksamheterna. I redovisningen av de externa platserna framgår typ av insats och vilken kostnad den genererar per dygn, månad eller termin.

#### Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse daterad 2022-01-03

Redogörelse för externa placeringar dec 2021

#### Ekonomiska konsekvenser

Bedömning görs att kostnaderna för placeringar inom LSS kommer att överstiga budget med drygt 2, 7 mkr för år 2021. Detta på grund av förlängning av två boendebeslut som ej var budgeterade för, samt ett nytt beslut om boende som verkställts och som är kostnadsdrivande.

#### Arbetsutskottets beslutsförslag till Socialnämnden

Socialnämnden antecknar informationen.

#### Beslutet expedieras till

Lotte Mossudd, sektorchef

Camilla Karlsson, verksamhetschef, vård och omsorg samt funktionsstöd

Donya Daneshmand, enhetschef externa platser

Rajja Angelis, verksamhetsutvecklare



## Externa platser funktionshinder dec 2021

Dnr SON 2022/4

### Sammanfattning

Funktionshinderverksamheten verkställer insatser enligt LSS. I vissa fall har kommunen inte möjlighet att verkställa besluten på hemmaplan. Det kan vara på grund av att den enskilde har specifika behov som inte kan tillgodoses i de verksamheterna som finns i kommunen, eller att det helt enkelt inte finns några platser i de egna verksamheterna. I redovisningen av de externa platserna framgår typ av insats och vilken kostnad den genererar per dygn, månad eller termin.

### Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse daterad 2022-01-03  
Redogörelse för externa placeringar dec 2021

### Ekonomiska konsekvenser

Bedömning görs att kostnaderna för placeringar inom LSS kommer att överstiga budget med drygt 2,7 mkr för år 2021. Detta på grund av förlängning av två boendebeslut som ej var budgeterade för, samt ett nytt beslut om boende som verkställts och som är kostnadsdrivande.

### Arbetsutskottets beslutsförslag till Socialnämnden

Socialnämnden antecknar informationen.

Ralja Angelis  
Utvecklare/Utredare  
ralja.angelis@lillaedet.se

### Beslut expedieras till

Lotte Mossudd, sektorchef, Sektor Socialtjänst  
Camilla Karlsson, verksamhetschef, vård och omsorg samt funktionsstöd  
Donya Daneshmand, enhetschef externa platser  
Ralja Angelis, verksamhetsutvecklare

**SAMMANSTÄLLNING EXTERNA PLACERINGAR LSS 2021 till SON**

Senaste uppdatering 2022-01-03

Insats	Dygnskostnad	Månadskostnad	Årskostnad 2021	Övriga kommentarer
Boende vuxen	5 109 kr		1 864 785 kr	
Boende vuxen	4 001 kr		1 460 365 kr	
Boende vuxen	6 500 kr		2 372 500 kr	
Boende vuxen	4 721 kr		1 723 165 kr	
Boende vuxen	5 700 kr		2 080 500 kr	
Boende vuxen	4 263 kr		1 555 995 kr	
Boende vuxen	4 263 kr		1 555 995 kr	
Boende vuxen	6 600 kr		607 200 kr	Nytt beslut verkställt from oktober 21 avser kostnad 2021
Boende barn o unga			390 800 kr	Elevhem ungdomen har flyttat till annan kommun. Ingen kostnad för höstterminen
Boende barn o unga	5 216 kr		1 903 840 kr	
Boende barn o unga	7 000 kr		2 555 000 kr	Beslutet löper ut i maj och är endast budgeterat juni ut.
Boende barn o unga			576 000	Elevhem
Boende barn o unga			250 900 kr	Elevhem avslutad 10 juni
Boende barn o unga			112 110 kr	Elevhem
Dagverksamhet	1 326 kr		337 830 kr	
Dagverksamhet	1 299 kr		320 853 kr	
Dagverksamhet	1 729 kr		512 197 kr	
Dagverksamhet	1 500 kr		383 266 kr	
Dagverksamhet	2 000 kr		357 972 kr	Nytt ärende from 1/6
Korttidsvistelse	4 830 kr		270 480 kr	56 dygn/år Personen avslutat sina insatser from 14 september
Korttidsvistelse	6 156 kr		175 314 kr	29 dygn/år
Korttidsvistelse	4 700 kr		70 500 kr	15 dygn/år verkställs juni-augusti
Korttidstillsyn			92.000	Fritidsverksamhet, särskilda behov Vänerskolan (specialpedagogiska skolmyndigheten)
Stödfamilj		3 572 kr	42 865 kr	Elevhemsärende som kommer bli BoU plats- ej färdigt med plats än.
Stödfamilj		1 998 kr	23 979 kr	
Stödfamilj		18 588 kr	223 056 kr	
Stödfamilj		2 006 kr	24 072 kr	
Stödfamilj		1 474 kr	17 691 kr	
Stödfamilj		4 966 kr	49 658 kr	
<b>Summa</b>			<b>21 818 888 kr</b>	

Ej verkställda beslut	Prel dygnskostnad	Månadskostnad	Prel kostnad 2020	Insatser i väntan på/Status
Boende vuxen	ingen uppgift			Har hemtjänstinsatser i väntan på, har tackat nej till två erbjudanden
Dagverksamhet	ingen uppgift			Personen erbjuden men tackat nej hittills men förväntas starta 2022 ca 2000kr/arbetsdag
Stödfamilj	ingen uppgift			
Stödfamilj	ingen uppgift			

#### På gång

Barn och ungdomsboende		Elevhemsärende övergår till gruppboende för BoU preliminärt 6-7000 kr/dygn
Stödfamilj	ingen uppgift	Överflytt från IFO (diagnos)
Korttidsvistelse	ingen uppgift	Kan ej verkställas i egen regi pga omständigheter

Ändrat pris sedan förra SON

Nytt ärende sedan förra SON

Ändrade omständigheter sedan förra SON





## Socialnämndens arbetsutskott protokoll 2022-01-12

### § 18

#### Redovisning av köpt extern vård för barn och unga IFO 2022

Dnr SON 2022/5

##### Sammanfattning

Externa placeringar av barn och ungdomar följs upp och redovisas till Socialnämnden vid varje sammanträde. I placeringsfilen framgår, förutom beslutad tidsperiod och kostnad, också vilka placeringar som tillkommit, avslutats eller fortgår från föregående månad. Under december månad var kostnaden 1,7 mkr.

##### Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse daterad 2022-01-04

Redovisning placeringar barn och unga 2022-01-04

##### Ekonomiska konsekvenser

Bedömning görs att kostnaderna för placeringar av barn kommer överskrida budget med 5 mnkr 2021.

##### Arbetsutskottets beslutsförslag till Socialnämnden

Socialnämnden antecknar informationen



## Redovisning av köpt vård för barn och unga IFO dec 21

Dnr SON 2022/5

### Sammanfattning

Externa placeringar av barn och ungdomar följs upp och redovisas till Socialnämnden vid varje sammanträde. I placeringsfilen framgår, förutom beslutad tidsperiod och kostnad, också vilka placeringar som tillkommit, avslutats eller fortgår från föregående månad. Under december månad var kostnaden 1,7 mkr.

### Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse daterad 2022-01-04

Redovisning placeringar barn och unga 2022-01-04

### Ekonomiska konsekvenser

Bedömning görs att kostnaderna för placeringar av barn kommer överskrida budget med 5 mnkr 2021.

### Arbetsutskottets beslutsförslag till Socialnämnden

Socialnämnden antecknar informationen

Pernilla Sundemar  
Verksamhetschef  
pernilla.sundemar@lillaedet.se

Avslutad under 2021
Avslutad under månaden
Tror vi kommer att avslutas före nästa månad
Nytt ärende under månaden
Ändrat pris sedan förra nämnden
Ej aktuellt - eget familjehem eller nätverkshem

## December

ENSAMKOMMANDE	Namn ev. HVB	Nuvarande bedömning av behov och beslut	från	beslut till	Är köpt placering upphandlad?	dygns-kostnad	månads-kostnad	Planering framöver
					Ja/Nej			
Ungdom 1	SOL		2018-09-18	tv (under 18 år)	Nej	383	11885	Bor i nätverk
Ungdom 2	SOL		2020-01-21	tv (under 18 år)	Nej	383	11885	Bor i nätverk, toraldrarna har kommit till Sverige utifrån familjeåterförening, process för att återfå vårdnad pågår

23 770

HVB barn och unga	Namn HVB	Nuvarande bedömning av behov och beslut	från	beslut till	Är köpt placering upphandlad?	dygns-kostnad	månads-kostnad	Kommentar/Planering framöver
					Ja/Nej			
Barn 1	LVU	HVB A.R.T	Flyttat från familjehem pga sammanbrott	2020-02-19	2021-08-05	Ja	5350	0 FLYTTAT TILL FAM HEM
Barn 2, 3 och 4 + föräldrar	SOL		Brister i omsorg, psykisk ohälsa	2020-11-16	2021-01-10	Ja	13362	0 Utredningsplacering
Barn 5	LVU	Aminagården	missbruk, självskadebeteende	2020-12-17	tv (under 18 år)	ja	5350	165850 Omplacerade 21-09-20 utifrån förändrade behov, lägre kostnad
Barn 6	LVU	Skyddad	bevittnat våld, psykiskt våld	2020-12-18	2021-06-23	Ja	6795	0 LVU i hemmet från 23 juni
Barn 7 och 8 + förälder	LVU	Fyrbodal	missbruk, självskadebeteende	2021-02-17	2021-03-25	Ja	10280	0 Utredningplacering med mamma, till nätverksplacering
Barn 9 + förälder	LVU	Fyrbodal	Trauma, utåtagerande	2021-04-30	2021-06-29	Ja	7910	0 Flyttat hem med mamma efter utredningsplacering
Barn 10 (Barn 1 konsulent)	SOL	Hagen, Gryning	Utifrån omständigheter, ingen förälder att flytta hem till	2014-03-07	tv (under 18 år)	Ja	6855	212505 Väntar på familjehem,
Barn 11	SOL	Caremore Skogsbyrnet	omsorgssvikt, eget beteende	2021-09-16	2021-12-16	Ja	6968	111488 Väntar på familjehem, inkl skolkostnader, sammanbrott - mellanlandar i hemmet
Barn 12	SoL	Stödboende, Gryning	våldsutsatt i hemmet	2021-10-13	2022-04-12	Ja	2200	68200 Till utsluss till eget boende, över 18 år
Barn 13	LVU	Nenya	Eget beteende och förälders brister	2021-10-20	2021-11-10	Ja	5800	58000 Avviken, avslutad placering men fortsatt LVU
Barn 14, 15 + förälder	LVU	Trollbacken	omfattandebrister + missbruk hos föräldrar	2021-12-01	2022-02-15	Ja	9560	286800 utredningsplacering, syskon anslöt 16/12-21
Barn 16	LVU	Caremore Skog	Psykisk ohälsa	2021-12-08	tv (under 18 år)	Ja	4318	103632 Utredning pågår parallellt
Barn 17	LVU	Lilla Torp	Missbruk	2021-12-28	2021-12-29	Ja		0 Utredning pågår parallellt, placerar stadigvarande 2022-01-05

**Konsulentstödda  
familjehem barn och  
unga**

	Namn konsulentbolog	Nuvarande bedömning av behov och beslut	från	beslut till	Är köpt placering upphandlad? Ja/Nej	dygns-kostnad	månads-kostnad	Planering framöver	
Barn 1	SOL	Familjepoolen	Utifrån omständigheter, ingen förälder att flytta hem till	2014-03-07	2021-08-31	Ja	1415	0	Omplacerad till HVB utifrån förändrade omständigheter i familjehemmet
Barn 2	LVU	Familjehemsguiden	omfattande förändringsarbete med förälder + kontakt BUP	2018-03-12	2021-09-30	Ja	1645	0	Samma familjehem men övergått till arvoderat (ej omplacering)
Barn 3	SOL	Brizard	föräldraförmåga, behöver stöd in i vuxenlivet	2019-01-19	2021-05-20	Ja	2600	0	Eget boende från 11/3
Barn 4	LVU	Skyddad	Omfatt omsorgsbrist, våld, missbruk	2020-11-02	2021-08-01	Ja	2395	0	Flyttat hem till förälder
Barn 5	LVU	Gryning	Missbruk hos förälder, bevittna våld i nära	2021-08-03	2021-09-30	Ja	2500	0	Till arvoderat
Barn 6	LVU	Familjevårdsstiftelsen	Övergreppsproblematik	2021-09-01	tv (under 18 år)	Ja	2550	79050	tillkommer en förberedelsekostnad på 32000 kr, behandling ingår
Barn 7	LVU	Gryning	våld och heder	2021-09-03	2021-09-15	Ja	2550	0	omedelbar kort placering, hemma igen
Barn 8	LVU	Gryning	Försummelse	2021-10-07	tv (under 18 år)	Ja	2480	76880	Jour, Väntar på arvoderat familjehem
Barn 9	LVU	Gryning	Försummelse	2021-10-07	tv (under 18 år)	Ja	2480	76880	Jour, Väntar på arvoderat familjehem

232 810

**Egna familjehem och  
nätverkshem barn och**

	Nuvarande bedömning av behov och beslut	från	beslut till	dygns-kostnad	månads-kostnad	Planering framöver	
Barn 1	LVU	förekommit, rädsla hos barnet, barnet fått stora svårigheter pga	2013-12-13	tv (under 18 år)	881	26442	Sannolikt uppväxt, omplaceras pga sammanbrott 23/6 därav högre kostnad
Barn 2	LVU	ökade kognitiva resurser hos föräldrar, omfattande psykitrisk	2017-03-31	tv (under 18 år)	500	15009	Bra samarbete med föräldrar, nätverk etc. Process om vårdnadsöverflytt pågår
Barn 3	LVU	ökade kognitiva resurser hos föräldrar, omfattande psykitrisk	2017-03-31	tv (under 18 år)	440	13199	Bra samarbete med föräldrar, nätverk etc. Process om vårdnadsöverflytt pågår
Barn 4	LVU	missbruk i hemmiljö, våld, utåtagerand	2019-12-20	tv (under 18 år)	532	15947	Umgängesstöd pågår
Barn 5	SOL	oförmåga hos förälder	2020-08-06	tv (är under 18 år)	561	0	Flyttar hem till förälder 1/8
Barn 6	LVU	Omfattande förändringsarbete samt	2020-10-01	2021-12-21	971	29124	Vårdnad överflyttad
Barn 7	LVU	Omfattande förändringsarbete samt	2020-10-01	2021-12-21	971	29124	Vårdnad överflyttad
Barn 8	SOL	Brister i omsorg, alkoholmissbruk hos förälder, bevittnat våld	2020-10-12	tv (under 18 år)	666	19967	planering med föräldrar pågår

Barn 9	LVU		Omfattande omsorgsbrist, våld, missbruk	2020-10-29	2021-08-24		0	0	Hemflytt efter sammanbrott i familjehemmet
Barn 10	LVU		Omfattande omsorgsbrist, våld, missbruk	2020-10-29	tv (under 18 år)		689	20672	planering med föräldrar pågår
Barn 11	LVU		Omfattande omsorgsbrist, våld, missbruk	2020-11-29	tv (under 18 år)		551	16525	planering med föräldrar pågår
Barn 12	LVU		Omfattande omsorgsbrist, våld, missbruk	2020-11-29	tv (under 18 år)		551	16525	planering med föräldrar pågår
Barn 13	SOL		Omsorgsstöd, med förälder	2020-11-19	2021-05-31		1351	0	Flyttat hem med mamma
Barn 14	SOL		missbruk hos förälder	2020-11-20	2021-07-31		623	18679	Ansökan om förlängd placering är gjord
Barn 15	LVU		bevittnat våld, omsorgsbrist	2020-12-08	tv (under 18 år)		555	16663	Öppenvårdsinsatser pågår
Barn 16	LVU		utsatt för fysiskt och psykiskt våld	2020-12-22	tv (under 18 år)		704	21115	Insatser till föräldrarna pågår
Barn 17	LVU		bevittnat våld, omsorgsbrist	2021-01-20	2021-02-17		819	0	Omplacerad till HVB med mamma
Barn 18	LVU		bevittnat våld, omsorgsbrist	2021-01-20	2021-02-17		819	0	Omplacerad till HVB med mamma
Barn 19	LVU		psykisk ohälsa hos förälder	2021-03-17	tv (under 18 år)		772	23148	omplacerades från jour till stadigvarande 24/8
Barn 20 (Barn 17 famhem, Barn 7 HVB)	LVU		utsatt för fysiskt och psykiskt våld	2021-03-25	tv (under 18 år)		772	23148	Omplacerad från nätverk till familjehem 19 maj därav höjd kostnad
Barn 21 (Barn 18 familjehem, 8 HVB)	LVU		bevittnat våld, omsorgsbrist	2021-03-25	tv (under 18 år)		1138	34148	Omplacerad från nätverk till familjehem 19 maj därav höjd kostnad, ersättning av förlorad arbetsinkomst ingår
Barn 22	LVU		allvarligt missbruk hos förälder	2021-05-11	tv (under 18 år)		834	25033	
Barn 23 (Barn 1)	LVU		omfattande omsorgsbrist	2020-02-19	tv (under 18 år)		691	20740	
Barn 24 (Barn 5)	LVU		omfattande omsorgsbrist	2021-09-20	tv (under 18 år)		704	21110	
Barn 25 (Barn 2)	LVU		omfattande omsorgsbrist	2021-09-20	tv (under 18 år)		798	23935	Samma familjehem men övergått till egen regi
Barn 26	SOL		Kriminalitet hos förälder	2021-12-17	tv (under 18 år)			8018	

438 271

1 701 326

## **Inkomna skrivelser och rapporter**

Vid dagens sammanträde redovisas sammanställning av inkomna skrivelser

- Dom i mål 13711-21
- Dom i mål 13413-21
- Dom i mål 10067-21

## **Förslag till beslut**

Socialnämnden antecknar informationen

# Delegeringsbeslut

Utskriftsdatum: 2022-01-19

Utskriven av: Emma Zetterström

**Beslutsfattare:** Alla  
**Kategori:** Alla  
**Beslutsinstans:** Socialnämnden  
**Sammanträdesdatum:** 2022-01-26

Datum	Beskrivning	Paragraf
Ärendenummer	Avsändare/Mottagare	Kategori
	Ärendemening	
2021-12-13	Signerat avtal Lilla Edet FoU-plattform arbetsmarknad 2022	Pernilla Sundemar §5/2021
SON 2021/423	Göteborgsregionen Signerat avtal Lilla Edet FoU-plattform arbetsmarknad 2022	Övriga delegeringsbeslut
2021-12-14	Beslut om upphandling av en projektor och ett aktivitetskit	Camilla Karlsson §12/2021
SON 2021/425	Inköp av en projektor och ett aktivitetskit	Upphandling
2021-12-15	Beslut om bostadsanpassningsbidrag	Davor Maslovski §25/2021
SON 2021/426	***sekretess*** Ansökan om bostadsanpassningsbidrag	Bostadsanpassningsbidrag
2021-12-14	Beslut om bostadsanpassningsbidrag	Lotte Mossudd §67/2021
SON 2021/315	***sekretess*** Ansökan om bostadsanpassningsbidrag	Bostadsanpassningsbidrag
2021-12-14	Beslut om bostadsanpassningsbidrag	Lotte Mossudd §66/2021
SON 2021/329	***sekretess*** Ansökan om bostadsanpassningsbidrag	Bostadsanpassningsbidrag
2021-12-16	Beslut om upphandling avseende inköp av hjälp med utredningar för Socialtjänsten under en begränsad period	Pernilla Sundemar §6/2021
SON 2021/419	Utredningar för socialtjänsten	Övriga delegeringsbeslut

2021-12-17	Beslut om upphandling av konsulttjänster utanför ramavtal	Joakim Ulmefors §2/2021
SON 2021/421	Konsult socialtjänsten under en kortare period 2022	Upphandling
2021-12-29	Ansökan om bostadsanpassningsbidrag ***sekretess***	Davor Maslovski §27/2021
SON 2021/437	Ansökan om bostadsanpassningsbidrag	Bostadsanpassningsbidrag
2021-12-28	Beslut om bostadsanpassningsbidrag ***sekretess***	Davor Maslovski §26/2021
SON 2021/432	Ansökan om bostadsanpassningsbidrag	
2021-12-28	Beslut om bostadsanpassningsbidrag ***sekretess***	Lotte Mossudd §69/2021
SON 2021/349	Ansökan om bostadsanpassningsbidrag	Bostadsanpassningsbidrag
2022-01-10	Entledigande av dataskyddsbud	Lotte Mossudd §1/2022
SON 2020/21	Val av dataskyddsbud för Socialnämnden	Övriga delegeringsbeslut
2021-12-28	Ändring av beslut om bostadsanpassningsbidrag DNR 2021/SON237 ***sekretess***	Lotte Mossudd §68/2021
SON 2021/237	Ansökan om bostadsanpassningsbidrag	Bostadsanpassningsbidrag



## Ordförandebeslut

Vid dagens sammanträde redovisas sammanställning av ordförandebeslut.

Ordförandebeslut jml LVU 11§	2021-12-16
Ordförandebeslut 4 kap 1§ SoL	2021-12-28