

Öppna jämförelser 2018

Äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård

Guide för att tolka resultaten

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges.
För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också
tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till
alternativaformat@socialstyrelsen.se

Publicerad www.socialstyrelsen.se, juni 2018

Innehåll

Inledning.....	4
Vård och omsorg om äldre	4
Öppna jämförelser – för att stimulera utveckling	5
Indikatorer – för att följa upp verksamheter.....	5
Hur indikatorerna tagits fram.....	6
Så här kan resultaten tolkas och analyseras lokalt	7
Analysguide i fyra steg	7
Stöd för tolkning av Excelfilerna	9
Referenser	12
Bilaga 1 Metodbeskrivning	13
Kvalitetsdeklaration av resultatet från enkätundersökningen.....	13
Bilaga 2 Indikatorer	19
Kvalitetsområden och dimensioner.....	19
Indikatorbeskrivningar – Äldre.....	21

Inledning

Socialstyrelsen samlar årligen in och publicerar öppna jämförelser inom socialtjänstens områden och kommunal hälso- och sjukvård. I öppna jämförelser har indikatorer tagits fram för att följa utvecklingen i verksamheter på kommun-, läns- och riksnivå. De belyser olika förhållanden och kan användas för att mäta och följa upp kvaliteten i verksamheter.

Årets insamling har genomförts genom en samlad webbenkät för våld i nära relationer, ekonomiskt bistånd, missbruks och beroendevården, social barn- och ungdomsvård, socialtjänstens krisberedskap, stöd till personer med funktionsnedsättning (LSS och socialpsykiatri), äldreområdet samt hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden.

En gemensam insamling, med samma frågor gör det möjligt att jämföra resultaten mellan olika verksamhetsområden för ett urval indikatorer. I likhet med tidigare års öppna jämförelser ligger tyngdpunkten på förutsättningar för god kvalitet inom socialtjänstens olika verksamheter utifrån brukarens perspektiv.

Denna guide är avsedd som ett stöd för att underlätta tolkning och analys av resultaten som publiceras på Socialstyrelsens webbplats. Den innehåller en beskrivning av öppna jämförelser och datainsamlingen, ett analysstöd till kommunerna, en metodbilaga samt en beskrivning av alla indikatorer som publiceras inom *äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård*.

Vård och omsorg om äldre

Socialstyrelsen har sedan 2007 regeringens uppdrag att publicera öppna jämförelser för vården och omsorgen om äldre. I uppdraget ingår att utveckla tillgången till data och nationella indikatorer för kvalitet och effektivitet ur de äldres perspektiv. På Socialstyrelsens webbplats, under rubriken Öppna jämförelser äldreomsorg och hemsjukvård redovisas resultatet av årets jämförelser i ett faktablad med sammanfattning och beskrivning av de viktigaste resultaten på nationell nivå och resultatet av årets jämförelser i form av en Excelfil som kan laddas ned för egen bearbetning:

- Öppna jämförelser 2018. Äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård. Resultat (kommuner, län och riket).

Under hösten 2018 publiceras enhetsundersökningen inom äldreområdet. Undersökningen omfattar landets alla verksamheter inom hemtjänst och särskilda boenden. Resultat redovisas på enhets-, kommun-, läns- och riksnivå.

Öppna jämförelser – för att stimulera utveckling

Öppna jämförelser är ett verktyg för att analysera, följa och utveckla socialtjänstens verksamheter på lokal, regional och nationell nivå. Den främsta målgruppen är därför beslutsfattare och utförare på dessa nivåer. Syftet med öppna jämförelser är att de ska stimulera till kunskapsutveckling för att främja en jämlik socialtjänst och hemsjukvård med god kvalitet. Målet är att de verksamhetsförbättringar som öppna jämförelser ska stimulera till kommer brukaren till gagn, att den enskilde får rätt insatser utifrån dennes behov.

I öppna jämförelser kan verksamheter jämföras på kommunal nivå utifrån indikatorer, bakgrundsmått och sorteringsnycklar. Jämförelser kan även göras med resultat för läns- och riksnivå. Analyser av resultaten kan också ge en uppfattning av vad som kan behöva utvecklas för att stärka kvaliteten i verksamheten.

Uppgifterna som presenteras i öppna jämförelser är ett av flera sätt att belysa förutsättningar för god kvalitet inom socialtjänsten. Det är därför viktigt att resultaten bedöms och analyseras såväl lokalt som regionalt. Positiva resultat är ingen garanti för god kvalitet i det enskilda fallet och vice versa. Jämförelserna behöver kompletteras med andra underlag för att få en mer heltäckande bild av de faktiska förhållandena.

I nästa avsnitt presenteras en översiktlig guide i fyra steg för hur resultaten från öppna jämförelser kan tolkas och analyseras lokalt.

Indikatorer – för att följa upp verksamheter

En indikator är ett mått som påvisar (indikerar) ett underliggande förhållande eller en utveckling. Indikatorer belyser olika förhållanden och kan användas för att mäta och följa upp kvaliteten i verksamheter. En indikator anger en riktning för ett önskvärt resultat. Indikatorerna ska kunna påverkas av huvudmannen eller utföraren, det ska med andra ord vara möjligt att förändra sina resultat över tid [1]. Resultaten ger även en bild över vad som kan behöva utvecklas på nationell nivå.

Det finns behov av indikatorer som mäter såväl strukturer som processer och resultat för att stimulera till ett systematiskt förbättringsarbete. Det är också viktigt att indikatorerna upplevs som meningsfulla för berörda huvudmän och utförare och bidrar till kunskap om samband mellan insatser och resultat [2].

Struktur- och processindikatorer speglar förutsättningar för god kvalitet och att uppnå resultat. *Strukturindikatorer* belyser de resurser en verksamhet har, till exempel kompetens, rutiner och överenskommelser. *Processindikatorer* kan belysa både att och hur aktiviteter genomförs, till exempel olika insatser. Därmed kan även processresultat för en verksamhet mätas.

Resultatindikatorer speglar de resultat som uppnåts för enskilda individer, det vill säga om insatser lett till avsedda mål.

Hur indikatorerna tagits fram

Indikatorerna i öppna jämförelser baseras på aktuell forskning, beprövad erfarenhet, lagstiftning och utgår från ett brukarperspektiv.

Kvalitetsindikatorer tas fram i enlighet med en modell som ställer krav på tillgång till ett evidensbaserat kunskapsunderlag [1,3]. I de fall då evidensbaserad kunskap saknas bygger indikatorerna på en dialog med brukarorganisationer, professionella yrkesgrupper från kommuner, privata och idéburna utförare samt med forskare.

En viktig utgångspunkt i modellen är de sex kvalitetsområden som tagits fram gemensamt av Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) för öppna jämförelser inom socialtjänstens områden. Kvalitetsbegreppet inom SoL och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, innefattar följande aspekter:

- kunskapsbaserad verksamhet
- självbestämmande och integritet
- helhetssyn och samordning
- trygghet och säkerhet
- tillgänglighet
- effektivitet.

Dessa områden är inte ömsesidigt uteslutande, vilket innebär att en indikator kan referera till två eller fler kvalitetsområden samtidigt. Kvalitetsområdena är framtagna för att underlätta tolkningen av resultatet för indikatorn och förtydligar för huvudmännen och utförarna vilka aspekter på kvalitet som indikatorn refererar till utifrån lagstiftningen.

Så här kan resultaten tolkas och analyseras lokalt

Socialstyrelsens indikatorbaserade öppna jämförelser kan användas som ett underlag i förbättringsarbetet. För att gå vidare i utvecklingsarbetet kan kommuner och verksamheter bearbeta och analysera resultaten utifrån sina lokala förutsättningar. Detta kan göras utifrån fyra steg som beskrivs nedan.

Analysguide i fyra steg

1. Identifiera förbättringsområden

Genomgång av kommunens resultat i öppna jämförelser.

- Hur skiljer sig kommunens resultat för de olika indikatorerna från resultat för andra kommuner, kommungrupper, länet och riket? Sortera kommunerna med den sorteringsfunktion som finns i vänstermarginalen för att jämföra resultaten med likvärdiga kommuner storleksmässigt. Resultaten kan sorteras enligt följande:
 - *Län*
 - *Kommungruppering utifrån antalet invånare (5 grupper)*
 - *Sveriges Kommuner och Landstings kommungruppsindelning (9 grupper)*
- Titta på indikatorområden. Finns det ett eller flera områden som behöver utvecklas? Exempelvis indikatorer inom indikatorområdet *systematisk uppföljning*.
- Titta på resultat i Socialstyrelsens andra öppna jämförelser inom socialtjänsten. Finns det indikatorer inom flera av socialtjänstens verksamhetsområden som kan behöva utvecklas samtidigt? Exempelvis *systematisk uppföljning*.
- Välj område att arbeta vidare med.

2. Komplettera med annan information

Ta fram annan relevant information för det område ni valt att arbeta vidare med för att få en mer nyanserad och heltäckande bild av förhållandena.

- Ta reda på vilket syfte utvalda indikatorer har och eventuell annan bakgrundsinformation från indikatorbeskrivningarna (se bilaga 2).
- Komplettera med uppgifter från exempelvis:
 - *Andra öppna jämförelser inom individ och familjeomsorgen (IFO).*
 - *Nyckeltal, kostnader och statistik från andra källor som SCB och Kolada.*
 - *Öppna jämförelser, Vård och omsorg om äldre. Jämförelser mellan kommuner och län, 2017.*
 - *Undersökningen Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?*

- *Enhetsundersökningen inom äldreomsorgen.*
- *Kommunens egen statistik och uppföljningar samt patientsäkerhetsberättelse och lokala brukarundersökningar.*
- *En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat. Öppna jämförelser 2016. Socialstyrelsen.*
- *Lägesrapport 2018. Vård och omsorg om äldre.*
- *Resultat av tillsyn från Inspektionen för vård och omsorg (IVO).*
- *Register över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen.*
- *Registret för kommunalt finansierad hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen.*
- *Kvalitetsregister som verksamheterna registrerar uppgifter i, exempelvis Svenska Palliativregistret, Senior alert och BPSD-registret.*
- *Andra kvalitetsregister som berör vården av äldre personer som får vård i kommunalt finansierade verksamheter som t.ex. Riksstroke, Nationella diabetesregistret, Svenskt demensregister (SweDem).*

3. Vad kan man lära av utvecklingen över tid?

Jämför årets resultat med tidigare års öppna jämförelser

- För indikatorer som är direkt jämförbara, se metodbeskrivning, bilaga 1.
- Jämför med utvecklingen över tid och med utvecklingen i andra kommuner, kommungrupper, länet och riket.

Kartlägg vilka förändringar som kan ha påverkat utvecklingen

Exempel på förändringar:

- Ändrade förutsättningar i kommunen, organisationsstruktur, personalförändringar, nya metoder, förändringar i samhället i stort (lagändringar, policy, m.m.).
- Vad har förändrats, när skedde förändringarna och hur?

4. Slutsatser, mål och genomförande

Beskriv vad ni vill utveckla och förbättra i verksamheten

Utgå från resultaten från öppna jämförelser och annan inhämtad information.

Sätt upp mål.

Vad kan/ska ni göra för att uppnå målet/målen?

- Vilka aktiviteter ska genomföras för att uppnå dessa mål?
- Vilka personer/aktörer ska göra vad och när?
- Finns det förväntade kostnadsförändringar?
- När ska målen vara uppnådda?

Beskriv när och hur en uppföljning/avstämning av målen ska genomföras.

Stöd för tolkning av Excelfilerna

Öppna jämförelser av kommunernas verksamhet inom äldreområdet ger en överblick över resultaten för den egna verksamheten och möjlighet att jämföra sig med andra kommuner. Socialstyrelsen publicerar jämförelserna för landets kommuner och stadsdelar i en Excelfil på myndighetens webbplats www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser:

- Öppna jämförelser 2018. Äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård. Resultat (kommuner, län och riket).

Denna Excelfil kan laddas ned för egen bearbetning.

Kvalitetsområden

I Excelfilen redovisas resultatet för indikatorerna uppdelade i kvalitetsområden och indikatorområden. Dessa är framtagna för att underlätta vid tolkningen av resultatet för indikatorn. De aktuella kvalitetsområdena redovisas nedan.

Tillgänglighet

Tillgänglig innebär att det är lätt att få kontakt med socialtjänsten och vid behov få del av tjänsterna inom rimlig tid. Information och kommunikation är begriplig och anpassad efter olika gruppers och individers behov. Kommunikationen mellan den enskilde och professionen präglas av ömsesidighet och dialog. Verksamheterna är fysiskt tillgängliga.

Helhetssyn och samordning

Helhetssyn utgår från den enskildes samlade livssituation. Då den enskilde har behov av tjänster som bedrivs inom olika verksamheter eller av olika utförare/professioner är dessa samordnade. Det finns en tydlig ansvarsfördelning. Tjänsterna präglas av kontinuitet.

Kunskapsbaserad verksamhet

Kunskapsbaserad innebär att tjänsterna utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Den enskildes erfarenheter tas till vara.

Trygghet och säkerhet

Trygg och säker innebär att tjänsterna utförs enligt gällande regelverk. Tjänsterna är transparenta vilket innebär förutsägbarhet och möjlighet till insyn. Risk för kränkning, försummelse, fysisk eller psykisk skada förhindras genom förebyggande arbete.

Färgläggning indikerar utvecklingsområden

I Excelfilerna redovisas resultatet för indikatorerna färglagda med grön, gul eller röd bakgrund, där det är möjligt att ange ett önskvärt värde.

Färgerna indikerar:

- grönt – önskvärt resultat
- gult – delvis önskvärt resultat
- rött – ett utvecklingsområde.

Indelning och sortering

Resultaten i Excelfilerna kan sorteras enligt följande:

- Län
- Kommungrupper utifrån antal invånare, 5 grupper (se tabell 1 nedan)
- Sveriges Kommuner och Landstings (SKL:s) kommungruppsindelning, 9 grupper (se listan nedan)

Kommungruppering utifrån antal invånare

Då förutsättningarna för arbetet avseende vård och omsorg om äldre kan variera med storleken på kommunen, har Socialstyrelsen delat in kommunerna i fem grupper utifrån antalet kommuninvånare (se tabell 1). Syftet med denna indelning är att den ska underlätta för kommunen att hitta jämförbara kommuner. Indelningen är gjord utifrån en bedömning av kommunernas organisatoriska skillnader med utgångspunkt från invånarantalet.

Tabell 1. Indelning utifrån antal invånare i kommuner, grupp 1–5.

Kommun-grupp:	Antal in-vånare:	Kommuner:
Grupp 1 133 kommuner	1–14 999	Nykvarn, Vaxholm, Älvkarleby, Heby, Vingåker, Gnesta, Oxelösund, Trosa, Ödeshög, Ydre, Kinda, Boxholm, Åtvidaberg, Valdemarsvik, Söderköping, Vadstena, Aneby, Gnosjö, Mulsjö, Habo, Vaggeryd, Sävsjö, Uppvidinge, Lessebo, Tingsryd, Markaryd, Högsby, Torsås, Hultsfred, Mönsterås, Emmaboda, Borgholm, Olofström, Svalöv, Östra Göinge, Örkellunga, Tomelilla, Bromölla, Osby, Perstorp, Båstad, Hylte, Öckerö, Sotenäs, Munkedal, Tanum, Dals-Ed, Färgelanda, Vårgårda, Bollebygd, Grästorp, Essunga, Karlsborg, Gullspång, Tranemo, Bengtsfors, Mellerud, Lilla Edet, Svenljunga, Herrljunga, Götene, Tibro, Töreboda, Lysekil, Strömstad, Åmål, Hjo, Tidaholm, Kil, Eda, Torsby, Storfors, Munkfors, Forshaga, Grums, Årjäng, Sunne, Filipstad, Hagfors, Lekeberg, Laxå, Degerfors, Hällefors, Ljusnarsberg, Askersund, Nora, Skinnkatteberg, Surahammar, Kungsör, Norberg, Fagersta, Arboga, Vansbro, Malung-Sälen, Gagnef, Rättvik, Orsa, Älvdalen, Smedjebacken, Säter, Ockelbo, Hofors, Ovanåker, Nordanstig, Ånge, Ragunda, Bräcke, Krokom, Strömsund, Åre, Berg, Härjedalen, Nordmaling, Bjurholm, Vindeln, Robertsfors, Norsjö, Malå, Storuman, Sorsele, Dorotea, Vännäs, Vilhelmina, Åsele, Lycksele, Arvidsjaur, Arjeplog, Jokkmokk, Övertorneå, Pajala, Älvsbyn, Haparanda
Grupp 2 72 kommuner	15 000–29 999	Upplands Väsby, Ekerö, Salem, Nynäshamn, Håbo, Knivsta, Tierp, Östhammar, Flen, Finspång, Mjölby, Gislaved, Vetlanda, Eksjö, Tranås, Alvesta, Älmhult, Ljungby, Mörbylånga, Nybro, Oskarshamn, Vimmerby, Ronneby, Sölvesborg, Staffanstorps, Burlöv, Bjuv, Lomma, Svedala, Skurup, Sjöbo, Hörby, Höör, Klippan, Åstorp, Höganäs, Ystad, Simrishamn, Laholm, Stenungsund, Tjörn, Orust, Vara, Ulricehamn, Mariestad, Skara, Hammarö, Kristinehamn, Arvika, Säffle, Hallsberg, Kumla, Lindesberg, Hallstahammar, Sala, Köping, Leksand, Mora, Hedemora, Avesta, Ludvika, Ljusdal, Söderhamn, Bollnäs, Timrå, Härnösand, Kramfors, Sollefteå, Kalix, Gällivare, Boden, Kiruna
Grupp 3 53 kommuner	30 000–69 999	Vallentuna, Österåker, Värmdö, Tyresö, Upplands-Bro, Danderyd, Sundbyberg, Lidingö, Norrtälje, Sigtuna, Enköpings, Nyköping, Katrineholm, Strängnäs, Motala, Nässjö, Värnamo, Kalmar, Västervik, Gotland, Karlskrona, Karlshamn, Vellinge, Kävlinge, Landskrona, Eslöv, Trelleborg, Ängelholm, Hässleholm, Falkenberg, Varberg, Härryda, Partille, Ale, Lerum, Mark, Mölndal, Kungälv, Uddevalla, Vänersborg, Trollhättan, Alingsås, Lidköping, Skövde, Falköping, Karlskoga, Falun, Borlänge, Sandviken, Hudiksvall, Örnsköldsvik, Östersund, Piteå

Kommun-grupp:	Antal in-vånare:	Kommuner:
Grupp 4 28 kommuner	70 000– 199 999	Järfälla, Huddinge, Botkyrka, Haninge, Täby, Sollentuna, Södertälje, Nacka, Solna, Eskilstuna, Linköping, Norrköping, Jönköping, Växjö, Lund, Helsingborg, Kristianstad, Halmstad, Kungsbacka, Borås, Karlstad, Örebro, Västerås, Gävle, Sundsvall, Umeå, Skellefteå, Luleå
Grupp 5 4 städer	200 000 -	Stockholm, Göteborg, inklusive stadsdelar samt Malmö och Uppsala.

SKL:s kommungruppsindelning

Sveriges Kommuner och Landstings kommungruppsindelning är reviderad. Den nya indelningen började gälla från den 1 januari 2017. Grupperingen är tänkt att användas vid analyser, jämförelser och redovisning. Här nedan redovisas de nio grupperna som ingår i indelningen 2018.

A. Storstäder och storstadsnära kommuner

A1. Storstäder - kommuner med minst 200 000 invånare varav minst 200 000 invånare i den största tätorten.

A2. Pendlingskommun nära storstad - kommuner där minst 40 procent av nattbefolkningen pendlar till arbete i en storstad eller storstadsnära kommun.

B. Större städer och kommuner nära större stad

B3. Större stad - kommuner med minst 50 000 invånare varav minst 40 000 invånare i den största tätorten.

B4. Pendlingskommun nära större stad - kommuner där minst 40 procent av nattbefolkningen pendlar till arbete i en större stad.

B5. Lågpendlingskommun nära större stad - kommuner där mindre än 40 procent av nattbefolkningen pendlar till arbete i en större stad.

C. Mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner

C6. Mindre stad/tätort - kommuner med minst 15 000 men mindre än 40 000 invånare i den största tätorten.

C7. Pendlingskommun nära mindre stad/tätort - kommuner där minst 30 procent av nattbefolkningen pendlar till arbete i annan mindre ort och/eller där minst 30 procent av den sysselsatta dagbefolkningen bor i annan kommun.

C8. Landsbygdskommun - kommuner med mindre än 15 000 invånare i den största tätorten, lågt pendlingsmönster (mindre än 30 procent).

C9. Landsbygdskommun med besöksnäring - landsbygdskommun med minst två kriterier för besöksnäring, dvs. antal gästnätter, omsättning inom detaljhandel/ hotell/ restaurang i förhållande till invånarantalet.

För ytterligare information se Sveriges Kommuner och Landsting
<http://skl.se/tjanster/kommunerlandsting/faktakommunerochlandsting/kommungruppsindelning.2051.html>

Referenser

1. Handbok för utveckling av indikatorer. För god vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
2. Anell, A. Styrning i vården genom uppföljning av indikatorer på kvalitet och effektivitet. Lund: Institutet för ekonomisk forskning, Lunds universitet; 2014.
3. Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer i socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen & Sveriges kommuner och landsting, SKL; 2007.

Bilaga 1 Metodbeskrivning

I metodbeskrivningen redovisas enkätundersökningen, vilka datakällor som använts och databearbetningen som ligger till grund för öppna jämförelser inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård 2018.

Kvalitetsdeklaration av resultatet från enkätundersökningen

Period för datainsamlingen

Datainsamlingen har genomförts via en webbenkät som skickades ut per e-post den 24 januari 2018, till kommunernas respektive stadsdelarnas registratorer.

Utskicket bestod av ett informationsbrev och en individuell länk till enkäten. Som bifogade dokument fanns en beskrivning av insamlingssättet och enkätens frågor i Word-format för respektive verksamhetsområde.

Vid tre tillfällen under insamlingen skickades påminnelser ut till de kommuner som inte hade besvarat enkäten: den 26 februari, den 7 mars och den 15 mars 2018.

Insamlingen stängdes för granskning av inrapporterade svar den 21 mars 2018. För de kommuner som ville korrigera eller komplettera sina svar öppnades enkäten på nytt, under perioden 3–12 april 2018.

Population

Undersökningen omfattar Sveriges kommuner samt stadsdelarna i storstäderna Göteborg och Stockholm. Totalt utgörs populationen av 312 objekt.

Statistiska mått och redovisningsgrupper

Resultaten redovisas på indikatorer. Dessa kan bestå av svar från en enskild fråga eller svar från flera frågor som bearbetats till ett resultat.

På kommunnivå och stadsdelsnivå redovisas indikatorerna i huvudsak som *Ja/Nej/Ej aktuellt*. Hur detta har gjorts och vad resultatet betyder för respektive indikator framgår av indikatorbeskrivningarna.

På riksnivå, länsnivå och kommunnivå för storstäderna Stockholm och Göteborg redovisas indikatorn på andelen kommuner och stadsdelar i Göteborg och Stockholm med resultatet Ja.

Tillförlitlighet

Urval

Inget urval har gjorts, detta är en totalundersökning.

Ramtäckning

Ramtäckning vad gäller kommuner och stadsdelar är komplett. Stockholm och Göteborg har ombetts att lämna uppgifter på stadsdelsnivå. Övriga kommuner har ombetts att lämna uppgifter på kommunnivå.

Mätning och granskning

Årets undersökning, som visar förhållanden den 1 februari 2018, genomfördes med en enkät som i stora delar var identisk med 2017 års enkät. Förändringar av frågorna i enkäten beror på att indikatorer har lagts till, tagits bort eller justerats, jämfört med 2017 års undersökning.

En nyhet var att enkätens åtta delområden besvarades i separata, elektroniska länkar. För de kommuner/stadsdelar som valde att delta i undersökningen var den första gemensamma delen obligatorisk, medan övriga sju delområden var valfria. Inom de delar som kommunen/stadsdelen valde att besvara, var varje fråga obligatorisk. I samband med att enkäten skickades ut rekommenderades varje kommun eller stadsdel att utse en person som samordnar arbetet med att lämna uppgifter.

Svarsfrekvens

Av sammanlagt 312 kommuner och stadsdelar är det 296 som har besvarat enkätens första, gemensamma del, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 95 procent. I denna del ingick även samtliga frågor som rör verksamhetsområdena Krisberedskap och Hemlöshet. (Se tabell nedan)

Tabell 1. Antal och andel svarande per verksamhetsområde 2018, 2017

Kommuner och stadsdelar procent riket

Område	Antal svarande	Andel svarande i procent 2017	Andel svarande i procent 2018
Gemensam del (inkl. krisberedskap och hemlöshet)	296	95	95
Ekonomiskt bistånd	289	94	93
Missbruks- och beroendevården	289	94	93
Stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning (Socialpsykiatri)	287	94	92
Stöd och service till personer med funktionsnedsättning (LSS)	290	94	93
Sociala barn- och ungdomsvården	286	94	92
Våld i nära relationer (tidigare Stöd till brottsoffer)	287	93	92
Äldreomsorgen	284	95	91

Bortfall

Det är 16 kommuner/stadsdelar som inte har besvarat årets enkät, vilket motsvarar 5 procent av populationen.

För kommuner och stadsdelar som har internt bortfall, d.v.s. som inte har besvarat frågorna inom ett verksamhetsområde, redovisas inte indikatorer som baseras på dessa frågor.

På riks- läns- och storstadskommunsnivå redovisas andel positiva svar. Andelen antas gälla för hela riks-, läns- och storstadskommunsnivån, det vill säga även för de som inte har svarat. Om de kommuner och stadsdelar som inte har svarat skulle avvika i sina svar från övriga innebär det att antagande

är felaktigt. För att inte riskera ett för stort felaktigt antagande redovisas inte andelen riks- läns- och storstadskommunsnivå där bortfallet överstiger 20 procent.

Bearbetning

Fel kan uppstå vid bearbetningen av materialet. För att förhindra detta har bearbetningsprogram kontrollerats och resultaten har kontrollerats med avseende på rimlighet.

Logiska kontroller har lagts in i den elektroniska enkäten när så har varit möjligt. De inrapporterade svaren har granskats på olika sätt. Exempelvis har de kommentarer som lämnades i samband med respektive fråga gått igenom, för att upptäcka om uppgiftslämnarna kan ha uppfattat frågorna på olika sätt eller om det varit andra problem med frågorna. Flera av frågorna är sådana att kommunerna och stadsdelarna ska bedöma om den egna verksamheten uppfyller den nivå som beskrivs i frågan och de inrapporterade uppgifterna kan ha kvalitetsbrister som inte upptäckts i granskningen. Efter granskningen har berörda kommuner fått möjlighet att korrigera sina svar.

I frågorna B1, B1a och B2 (i delen som rör barn och unga), E5 (ekonomiskt bistånd) samt Ä1 (äldreomsorg) ges en möjlighet att svara att kommunen inte kan lämna uppgifter som rör antal handläggare. I de fall som en kommun inte kan lämna uppgifter, redovisas inte resultatet för motsvarande indikator eller bakgrundsmått för den kommunen. Detta gäller även i de fall då summan i de olika svaren inte stämmer överens, t.ex. då det uppgivna antalet handläggare med socionomexamen överstiger det totala antalet handläggare.

Tabell 2. Antal kommuner där resultat inte redovisas på grund av bortfall eller ologiskt svar

Indikator/bakgrundsmått	Område	Kan ej lämna uppgift	Ologisk uppgift, ej överensstämmande uppgifter
Andel handläggare inom sociala barn och ungdomsvården med socionomexamen	Barn och Unga	12 kommuner	39 kommuner
Andel konsulthandläggare inom sociala barn- och ungdomsvården (bakgrundsmått)	Barn och Unga	9 kommuner	27 kommuner
Antal biståndshushållsären den per årsarbetande handläggare (bakgrundsmått)	Ekonomiskt bistånd	2 kommuner	-
Antal äldre personer med insatser per årsarbetande handläggare (bakgrundsmått)	Äldreomsorg	3 kommuner	-

Register

De register som har använts är:

- Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen. Referensdag: den 1 februari 2018
- Registret över totalbefolkningen (RTB), Statistiska centralbyrån. Referensdag: den 31 december 2017

- Data om ordinarie licens för Barns behov i centrum (BBIC) har hämtats från Socialstyrelsens förteckning över licens för BBIC.
- Registret socialtjänstens insatser för barn och unga, Socialstyrelsen.
- Bostadsmarknadsenkäten (BME) 2018, Boverket
- Kronofogdens verksamhetsstatistik.

Jämförbarhet

Jämförbarhet mellan åren

Socialstyrelsens har genomfört öppna jämförelser inom socialtjänsten sedan 2007. Enkätfrågorna omarbetades år 2016 helt eller delvis sedan de föregående mätningarna avseende referensperiod, definitioner samt frågeformuleringar. Enkätfrågorna har därefter omarbetats något mellan år 2016, 2017 och 2018.

De flesta indikatorerna 2018 är direkt jämförbara med 2017. Några indikatorer har tagits bort jämfört med 2017 och några indikatorer har tillkommit. För några indikatorer kan jämförbarheten mellan åren ha påverkats, på grund av justering av svarsalternativ eller definitioner.

Indikatorer som fanns med år 2017 men som är borttagna 2018:

- Har tillgång till juridiskt stöd (2017: fråga E10)

Indikatorer som fanns med år 2017 och som justerades inför 2018:

- Aktuell överenskommelse med landsting (2018: fråga G4 och G4a)
- Använder standardiserade bedömningsmetoden FREDA-kortfrågor för att upptäcka våldsutsatthet hos enskilda vuxna (2018: fråga G10)
- Använt IBIC (Individens behov i centrum) vid alla utredningar (2018: fråga L1, P2 och Ä2)
- Använt IBIC (Individens behov i centrum) vid alla uppföljningar (2018: fråga L2, P3 och Ä3)
- Ersätter ledsagares omkostnader (2018: fråga L8)
- Erbjuder demensteam i ordinärt respektive särskilt boende (2018: fråga Ä9)
- Erbjuder rehabiliteringsteam i ordinärt respektive särskilt boende (2018: fråga Ä10)

Indikatorer som har tillkommit år 2018 (vissa har funnits med tidigare):

- Andel konsulthandläggare (årsarbetare) inom social barn- och ungdomsvård (2018: fråga B2)
- Aktuell överenskommelse om samverkan med frivilligorganisationer (2018: fråga G3)
- Aktuell övergripande plan mot hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden (2018: fråga G19)
- Enskildas uppfattning används för att utveckla verksamheten (2018: fråga L9 och L9a)
- Handläggare med socionomutbildning och minst ett, tre respektive fem års erfarenhet av barnutredningar (2018: fråga B1 och B1b)
- Förutsättning att följa andel flickor resp. pojkar 0–11 resp. 12–18 år som haft möjlighet att vara delaktiga i utredningen (2018: fråga B12)

Utöver dessa förändringar finnas det indikatorer som ingår i undersökningen, men som inte publiceras i år. I årets undersökning gäller det indikatorn som pekar på vikten av att ha en rutin om att krisberedskap ska ingå som en del i kravspecifikationen vid upphandling av vissa tjänster (2018: fråga G26). I samband med granskningen av de inrapporterade svaren gjordes bedömningen att frågan i hög grad har uppfattats olika.

Resultat för indikatorer om *Genomfört en brukarstyrd brukarrevision* och *Använt brukarstyrd brukarrevision för verksamhetsutveckling* redovisas inte inom missbruks- och beroendevården och stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning- Socialpsykiatri på grund av felaktighet i enkätfrågorna för mätperioden.

Jämförbarhet mellan verksamhetsområden

Vissa indikatorer mäts på samma sätt för flera verksamhetsområden. Dessa framgår av tabell 3.

Tabell 3. Indikationer som är jämförbara mellan verksamhetsområden

Indikatorer som är jämförbara mellan områden	Ekonomiskt bistånd	Missbruk	Social-psykiatri	Våld i nära relation - vuxna	Barn och unga	LSS - vuxna	LSS - barn	Äldre	Hemlöshet
Aktuell överenskommelse om samverkan - Arbetsförmedlingen	x		x			x			
Aktuell överenskommelse om samverkan - Försäkringskassan	x		x			x	x		
Aktuell överenskommelse om samverkan - primärvård	x			x	x				
Aktuell överenskommelse om samverkan - vuxenpsykiatri	x			x		x			
Aktuell överenskommelse om samverkan - barn- och ungdomsmedicin					x		x		
Aktuell överenskommelse om samverkan - barn- och ungdomshabitering					x		x		
Aktuell överenskommelse om samverkan - barn- och ungdomspsykiatri					x		x		
Aktuell överenskommelse om samverkan - polis				x	x				
Aktuell samlad plan för handläggarnas kompetensutveckling	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Använder standardiserade bedömningsmetoden FREDA-kortfrågor för att upptäcka våldsutsatthet hos enskilda vuxna	x	x	x		x	x		x	
Använder standardiserad bedömningsmetod för att upptäcka riskfylld alkoholkonsumtion	x		x	x		x		x	x
Använder standardiserad bedömningsmetod för att upptäcka drogrelaterade problem	x		x	x		x		x	x
Genomfört en brukarstyrd brukarrevision		x	x						
Använt brukarstyrd brukarrevision för verksamhetsutveckling		x	x						
Aktuell rutin om samordnad individuell plan (SIP)	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Aktuell rutin för att inte röja skyddade personuppgifter	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Använt resultat från systematisk uppföljning för att utveckla verksamheten	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Genomfört systematisk uppföljning med ett könsperspektiv	x	x	x	x	x	x	x	x	
Använt resultat från systematisk uppföljning med ett könsperspektiv för att utveckla verksamheten	x	x	x	x	x	x	x	x	
Använt IBIC (Individens behov i centrum) vid alla utredningar			x			x		x	
Använt IBIC (Individens behov i centrum) vid alla uppföljningar			x			x		x	

Bilaga 2 Indikatorer

I denna bilaga beskrivs samtliga indikatorer som publiceras i öppna jämförelser av kommunernas arbete med äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård juni 2018. Indikatorerna presenteras indelade i dimensioner för god vård och omsorg, kvalitetsområde och indikatorområden.

För alla beskrivningar gäller att med ordet kommunen avses kommuner och stadsdelar i Stockholm och Göteborg. Med mätdatum avses förhållanden som gällde i kommunen den 1 februari 2018, om inget annat anges.

Kvalitetsområden och dimensioner

Nedan finns definitioner för de kvalitetsområden som öppna jämförelser av socialtjänsten utgått ifrån vid framtagande av indikatorer (tabell 4). Socialstyrelsen tog under 2013 fram dimensioner för god vård och omsorg. Definitioner av dessa dimensioner och hur de överensstämmer med kvalitetsområdena framgår också i tabellen.

Tabell 4. Dimensioner för god vård och omsorg i jämförelser med kvalitetsområden.

Dimens-ion	Definition	Kvalitets-område	Definition
Kunskaps-baserad	Vården och omsorgen ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet.	Kunskaps-baserad verksamhet	Kunskapsbaserad innebär att tjänsterna utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Den enskildes erfarenheter tas till vara.
Individan-passad	Vården och omsorgen ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig.	Självbestämmande och integritet	Självbestämmande och integritet innebär att den enskilde är delaktig, har inflytande och ges möjlighet till egna val.
		Helhetssyn och samordning	Helhetssyn utgår från den enskildes samlade livssituation. Då den enskilde har behov av tjänster som bedrivs inom olika verksamheter eller av olika utförare/professioner är dessa samordnade. Det finns en tydlig ansvarsfördelning. Tjänsterna präglas av kontinuitet.
Säker	Vården och omsorgen ska vara säker. Riskföbyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rätts-säkerhet.	Trygghet och säkerhet	Trygg och säker innebär att tjänsterna utförs enligt gällande regelverk. Tjänsterna är transparenta vilket innebär förutsägbarhet och möjlighet till insyn. Risk för kränkning, försummelse, fysisk eller psykisk skada förhindras genom föbyggande arbete.

Dimens- ion	Definition	Kvalitets- område	Definition
Tillgänglig	Vården och omsorgen ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid och ingen ska behöva vänta oskälig tid på vård eller omsorg.	Tillgänglig- het	Tillgänglig innebär att det är lätt att få kontakt med social- tjänsten och vid behov få del av tjänsterna inom rimlig tid. Information och kommunikation är begriplig och anpassad efter olika grupper och indivi- ders behov. Kommunikationen mellan den enskilde och pro- fessionen präglas av ömsesi- dighet och dialog. Verksam- heterna är fysiskt tillgängliga.
Effektiv	Vården och omsorgen ska utnyttja tillgängliga resurser på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål.	Effektivitet	Effektivitet innebär att resur- serna utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål för verksamheten.
Jämlik	Vården och omsorgen ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla.		

Indikatorbeskrivningar – Äldre

Tillgänglig vård och omsorg

Tidigare kvalitetsområdet: Tillgänglighet

Tillgänglighet utanför kontorstid	
Indikatornamn	Social jourverksamhet
Indikatorns kortnamn (i Excel-filen)	Socialjour med socionomer alla dagar hela dygnet
Indikator	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.
Kvalitetsdimension	Tillgänglig vård och omsorg
Kvalitetsområde	Tillgänglighet
Indikatorområde	Tillgänglighet utanför kontorstid
Syfte	En socialjour tillgänglig dygnet runt med socionomutbildad personal är ett sätt att säkerställa att enskilda i olika former av krissituationer får ett professionellt bemötande och stöd, oavsett när behovet uppstår. Jourens personal behöver kunna bemöta, hantera och handlägga olika former av akuta krissituationer för alla enskilda oavsett deras ålder och behov. Att kommunernas socialnämnd bör tillhandahålla sociala tjänster genom social jour framgår i socialtjänstlagen (3 kap. 6 § SoL).
Målvärde	Kommunen har en socialjour med socionomutbildad personal all tid utanför kontorstid året runt.
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: G 1. Har ni den 1 februari 2018 jourverksamhet med personal som har socionomexamen all tid utanför kontorstid året runt? Definitioner: Med jourverksamhet 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 all tid avses bemanning dygnet runt vardagar, lördagar, söndagar och helgdagar. Svarsalternativ: Ja/Nej Om Nej på fråga 1) (G)1 a. Har ni någon jourverksamhet utanför kontorstid? Svarsalternativ: Ja/Nej (Om Ja på fråga 1a) (G)1 b. Vilka tider har ni jourverksamhet utanför kontorstid? Svar: ange tider. (Om Ja på fråga 1a) Ett eller flera svarsalternativ kan anges. (G)1 c. Hur bemannas jourverksamheten utanför kontorstid? Svarsalternativ: Personal med socionomexamen/ Socialchef/Annan, om annan, ange vem/vilka Beräkning: För att uppnå målvärdet krävs att kommunen svarat Ja på fråga 1. Redovisas som: Ja/Nej Redovisningsnivåer: Stadsdelar i Stockholm, Göteborg, kommuner, storstäder, län och riket. För storstadsnivå, länsnivå och riksnivå redovisas andelen svarande kommuner som uppnått målvärdet.

Tillgänglighet utanför kontorstid	
	Mätdatum/Mätperiod: 2018-02-01 Datatäckning: Svarsfrekvensen var 95 procent
Datakällor	Öppna jämförelser 2018. Enkät till socialtjänsten, kommunundersökning, myndighetsutövningen.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen. För att förhindra detta har bearbetningsprogram kontrollerats och resultaten har kontrollerats med avseende på rimlighet.

Individanpassad vård och omsorg

Tidigare kvalitetsområde: Helhetssyn och samordning

Intern samordning i enskilda ärenden	
Indikatornamn	Aktuell rutin för samordning mellan olika verksamhetsområden enligt indikatorn.
Indikatorns kortnamn (i Excel-filen)	Aktuell rutin för samordning med respektive verksamhetsområde enligt indikatorn
Indikator/Mått	Kommunen har en aktuell, skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för samordning i enskilda ärenden mellan äldre och 1. Missbruk 2. Socialpsykiatri 3. LSS vuxen
Kvalitetsdimension	Individanpassad
Kvalitetsområde	Helhetssyn och samordning
Indikatorområde	Intern samordning i enskilda ärenden
Syfte	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. Att det är viktigt att samordna insatserna fastställs också i 3 kap 5 § socialtjänstlagen (2001:453) och 4 kap. 5 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).
Målvärde	Kommunen har en aktuell, skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för samordning i enskilda ärenden mellan olika verksamhetsområden inom socialtjänsten.
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfråga: (G)2. Har ni den 1 februari 2018 skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner för hur samordning i enskilda ärenden ska ske mellan nedanstående områden inom socialtjänsten? 1. Missbruk och äldre 2. Socialpsykiatri och äldre 3. LSS - vuxen och äldre. Definitioner: Med ledningsnivå avses den nivå inom organisationen som har mandat att besluta om gemensamma rutiner som avser flera delverksamheter/målgrupper.

Intern samordning i enskilda ärenden	
	Med rutin 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. Med samordning i enskilda ärenden avses koordination av resurser och arbetsinsatser mellan olika områden inom socialtjänsten för att få högre kvalitet och större effektivitet. Delverksamheten kan utföras i egen eller annan regi. Rutiner för samordning är en del av socialtjänstens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9 (M och S)). Svarsalternativ för varje kombination av två verksamhetsområden inom socialtjänsten: Ja/Nej/Nej, behövs inte, samordning sker genom att verksamheten har samma personal och/eller ansvarig chef. /Ej aktuellt, området/ena finns inte i vår socialtjänst/kommun. (G)2 a. Har ni någon gång under perioden 1 februari 2017 – 31 januari 2018 (12 mån) följt upp dessa rutiner för samordning mellan nedanstående områden inom socialtjänsten? Definitioner: Med följt upp avses att berörda aktörer tillsammans på ett systematiskt sätt kontrollerat att den rutin som finns för intern samordning <u>används och fungerar</u> på avsett sätt samt att den vid behov har reviderats. Uppföljningen ska vara dokumenterad och daterad. Svarsalternativ för varje kombination av två verksamhetsområden inom socialtjänsten: Ja/Nej/Ej aktuellt, då rutinen upprättades nyligen, dvs. efter den 1 feb 2017. Beräkning: För att uppnå målvärdet (dvs. Ja) krävs att kommunen för respektive indikator svarat: "Ja" på fråga G2 och "Ja" eller "Ej aktuellt" på fråga G2a; <i>eller</i> "Nej, behövs inte" på fråga G2. I beräkningen av andelar på storstadsnivå, länsnivå och riksnivå ingår inte "Ej aktuellt" som svar på fråga G2 i nämnaren. Redovisas som: Ja/Nej/Ej aktuellt för indikatorerna. Redovisningsnivåer: Stadsdelar i Stockholm, Göteborg, kommuner, storstäder, län och riket. För storstadsnivå, länsnivå och riksnivå redovisas andelen svarande kommuner som uppnått målvärdet, dvs. "Ja". "Ej aktuellt" som svar på fråga G2 ingår inte i nämnaren. Mätdatum/Mätperiod: 2017-02-01 till och med 2018-01-31 Datatäckning: Svarsfrekvensen var 95 procent
Datakällor	Öppna jämförelser 2018. Enkät till socialtjänsten, kommunundersökning, myndighetsutövningen.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.

Kunskapsbaserad vård och omsorg

Tidigare kvalitetsområde: Kunskapsbaserad verksamhet

Handläggarnas kompetensutveckling	
Indikatornamn	Aktuell samlad plan för handläggarnas kompetensutveckling
Indikatorns kortnamn (i Excel-filen)	Aktuell samlad plan för handläggarnas kompetensutveckling Äldreomsorg

Handläggarnas kompetensutveckling	
Indikator/Mått	Kommunen har den 1 februari 2018 en aktuell, samlad plan för personalens kompetensutveckling som bygger på verksamhetens mål, kartläggning och analys av personalens individuella kompetens. Planen används och fungerar på avsett sätt inom äldreområdet.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad verksamhet
Indikatorområde	Handläggarnas kompetensutveckling
Syfte	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 för handläggarnas kompetensutveckling bör innehålla en planering för deras fortbildning eller vidareutbildning, som bygger på verksamhetens mål och nämndens kartläggning och analys av handläggarnas individuella kompetens. Handledning kan ha en stödjande funktion för personalen, bidra till den professionella utvecklingen och fungera som en kvalitetssäkring av verksamheten. Kontinuerlig fortbildning kan användas för att säkra tillgång till aktuell kunskap och utveckling på området, såväl professionellt som kunskap om gällande lagar och förordningar. Vidareutbildning på högskolenivå ger handläggare möjlighet att fördjupa sina kunskaper. Flera grupper inom socialtjänstens områden har komplexa och sammansatta behov och skälen till behoven varierar och förändras över tid. För att säkra att planen är aktuell är det viktigt att den regelbundet följs upp. Frågor om personalens utbildning beskrivs i olika lagtexter (3 kap 3§ SoL och 6§ LSS). Ledningens ansvar att fortlöpande följa upp personalens kompetens beskrivs i föreskrift (SOSFS 2011:9). Om behörighet att utföra vissa arbetsuppgifter i socialtjänstens barn- och ungdomsvård finns angivet i föreskrift (HSLF-FS 2016:24). Krav på personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser äldre personer behandlas i föreskrift (SOSFS 2007:17). Krav på personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser personer med funktionshinder behandlas i föreskrift (SOSFS 2008:32). För att säkra att planen är aktuell är det viktigt att den regelbundet följs upp.
Målvärde	Kommunen har en aktuell, samlad plan för personalens kompetensutveckling som bygger på verksamhetens mål och kartläggning och analys av personalens individuella kompetens inom socialtjänstens olika verksamhetsområden (se indikatorn).
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: (G)8: Har ni den 1 februari 2018 en samlad plan för handläggarnas kompetensutveckling, i nedanstående områden inom socialtjänsten? För respektive område enligt indikatorns beskrivningen. Definitioner: Med samlad plan avses en verksamhetsgemensam plan för handläggarnas kompetensutveckling som bygger på verksamhetens mål och kartläggning och analys av personalens individuella kompetenser. Planen kan ha tagits fram på kommun- och/eller länsnivå. Här avses handläggare 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.

Handläggarnas kompetensutveckling

	Med område avses här verksamhet som kräver specifik kompetens och kompetensutveckling. Ett område kan omfatta flera arbetsgrupper. Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, området finns inte i vår socialtjänst/kommun. Samt om Ja i ovanstående fråga: (G)8 a: Vilka former av kompetensutveckling innehåller den samlade planen, i nedanstående områden inom socialtjänsten? Med kontinuerlig handledning avses handledning av utbildad handledare, i grupp eller enskilt. Handledningen ska vara regelbundet återkommande under en längre tidsperiod, dvs. ges minst en gång varannan vecka under vår- och höstterminen. Med fortbildning avses utbildning i syfte att upprätthålla och utveckla den kompetensnivå som krävs för att kunna utföra arbetsuppgifterna. Exempelvis kurs, föreläsning eller seminarier. Med vidareutbildning på högskolenivå avses att handläggarna genom utbildning på högskolenivå successivt och planerat fördjupar sina kunskaper om det finns tillgång till det inom området. Exempelvis påbyggnadsutbildning eller kurser. Instruktioner till respondenterna Ange ett eller flera svarsalternativ. Svarsalternativ: A. Kontinuerlig handledning, B. Fortbildning, C. Vidareutbildning på högskolenivå, D. Annan form av kompetensutveckling. Samt om Ja på fråga G8 (G)8 b: Har ni någon gång under perioden 1 februari 2017 – 31 januari 2018 (12 mån) följt upp den samlade planen för handläggarnas kompetensutveckling, i nedanstående områden inom socialtjänsten? Med följt upp avses att ni har kontrollerat att den samlade planen för handläggarnas kompetensutveckling <u>används och fungerar</u> på avsett sätt samt att den vid behov har reviderats. Uppföljningen ska vara dokumenterad och daterad. Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, då planen upprättades nyligen, dvs. efter den 1 feb 2017. Beräkning: För att uppnå målvärdet krävs svar på fråga 8, 8a och 8b enligt nedan: Fråga 8: Ja Fråga (G)8 a: Kompetensutveckling enligt A och B (minst). Fråga (G)8 b: Ja eller Ej aktuellt, då planen upprättades nyligen, dvs. efter den 1 feb 2017. Svaret "Ej aktuellt" (fråga G8) ingår inte i nämnaren. Redovisas som: Ja/Nej/ Ej aktuellt Redovisningsnivåer Stadsdelar i Stockholm, Göteborg, kommuner, storstäder, län och riket. För storstadsnivå, länsnivå och riksnivå redovisas andelen svarande kommuner som uppnått målvärdet, dvs. "Ja". "Ej aktuellt" som svar på fråga G8 ingår inte i nämnaren. Mätdatum/Mätperiod: 2018-02-01 Datatäckning: Svarsfrekvensen var 95 procent
Datakällor	Öppna jämförelser 2018. Enkät till socialtjänsten, kommunundersökning, myndighetsutövningen.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.

Handläggarnas agerande vid indikation på våld	
Indikatornamn	Aktuell rutin inom äldreomsorgen vid indikation på att en vuxen person utsatts för våld
Indikatorns kortnamn (i Excel-filen)	Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld- Äldreomsorg
Indikator/Mått	Kommunen har en aktuell, skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för hur handläggare inom äldreområdet ska gå tillväga vid indikation på att en vuxen person utsatts för våld.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad verksamhet
Indikatorområde	Handläggarnas agerande vid indikation på våld
Syfte	Att ställa frågor om våld till enskilda som söker stöd hos socialtjänsten är en grundläggande förutsättning för att kunna identifiera och hjälpa våldsutsatta (<i>Våld - handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer. Socialstyrelsen 2016</i>). 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: • verksamheten har en rutin för hur frågeproceduren går till • personalen har utbildning i hur man frågar om våld • personalen ställer frågan i en för patienten/klienten trygg miljö • personalen inger förtroende • verksamheten har rutiner för vart patienten/klienten kan hänvisas inom organisationen eller till annan verksamhet (<i>Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines. Genève: Världshälsoorganisationen, WHO; 2013</i>). En webbaserad interaktiv introduktionskurs om mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer ger en grundkunskap om ämnet. Kursen vänder sig i första hand till personal inom socialtjänsten (se <i>Kunskapsguiden.se</i>). 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 avgöra när och hur personal ska ställa frågor om våldsutsatthet i nämndens verksamheter för att kunna identifiera våldsutsatta och barn som bevittnat våld som behöver stöd och hjälp (<i>allmänna råd i 3 kap. SOSFS 2014:4</i>). Skriftliga rutiner för hur personalen ska fråga och agera kan vara ett stöd för personalen. Det är också ett sätt att säkra verksamhetens kvalitet i enlighet med <i>Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete</i>. För att säkra att rutinen är aktuell är det viktigt att den regelbundet följs upp.
Målvärde	Kommunen har en aktuell, skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för hur handläggare inom äldreomsorgens verksamhet ska gå tillväga vid indikation på att en vuxen person utsatts för våld.
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfråga: (G)9. Har ni den 1 februari 2018 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 nedanstående områden inom socialtjänsten? Definitioner: Med ledningsnivå avses den nivå inom organisationen som har mandat att fastställa gemensamma rutiner. Rutinen 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.

Handläggarnas agerande vid indikation på våld

	Se Socialstyrelsens webbplats Våld - Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer. Här avses handläggare 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. Med indikation avses någon form av tecken på att en person utsatts för våld eller andra övergrepp. Med våld i nära relationer 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 (<i>prop. 2006/07:38 Socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor</i> s. 31). 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 (<i>Våld - handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer, Socialstyrelsen 2016</i>). Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, området finns inte i vår socialtjänst/kommun. (G)9 a. Har ni under perioden 1 februari 2017 – 31 januari 2018 (12 mån) följt upp rutinerna, i nedanstående områden inom socialtjänsten? Definitioner: Med följt upp avses att ni har kontrollerat att rutinen <u>används och fungerar</u> på avsett sätt samt att den vid behov har reviderats. Uppföljningen ska vara dokumenterad och daterad. Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, då rutinen upprättades nyligen, dvs. efter den 1 feb 2017. Beräkning: För att uppnå målvärdet (dvs. Ja) krävs att kommunen för respektive indikator svarat: "Ja" på fråga G9 och "Ja" eller "Ej aktuellt" på fråga G9a. I beräkningen av andelar på storstadsnivå, länsnivå och riksnivå ingår inte "Ej aktuellt" som svar på fråga G9 i nämnaren. Redovisas som: Ja/Nej/Ej aktuellt för indikatorerna. Redovisningsnivåer: Stadsdelar i Stockholm, Göteborg, kommuner, storstäder, län och riket. För storstadsnivå, länsnivå och riksnivå redovisas andelen svarande kommuner som uppnått målvärdet, dvs. "Ja". "Ej aktuellt" som svar på fråga G9 ingår inte i nämnaren. Mätdatum/Mätperiod: 2017-02-01 - 2018-01-31 Datatäckning: Svarsfrekvensen var 95 procent
Datakällor	Öppna jämförelser 2018. Enkät till socialtjänsten, kommunundersökning, myndighetsutövningen.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.

Agera vid indikation på missbruk	
Indikatornamn	Aktuell, skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin vid indikation på att den enskilde är beroende av/missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel
Indikatorns kortnamn (i Excel-filen)	Aktuell rutin vid missbruk av alkohol eller andra beroendeframkallande medel
Indikator	Kommunen har den 1 februari 2018 en aktuell, skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för hur handläggare i äldreomsorgen ska agera vid indikation på att den äldre personen är beroende av eller missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel (ej förskrivna läkemedel).
Kvalitetsdimension	Säker
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorområde	Agera vid indikation på missbruk
Syfte	Genom tidig upptäckt av ett behov hos den enskilde och därefter åtgärd är det möjligt att förebygga ohälsa. Skriftliga rutiner för hur personalen bör agera vid indikation på beroende eller missbruk kan vara ett stöd för personalens arbete. Det är socialtjänstens ansvar både att förebygga missbruk och se till att den enskilde får den hjälp och vård han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket (3 kap 7 § och 5 kap 1 och 9 § SoL).
Målvärde	Kommunen har en aktuell, skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för hur handläggare i äldreomsorgen ska agera vid indikation på att den äldre personen är beroende av eller missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel (ej förskrivna läkemedel).
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: (Ä) 5. Har ni den 1 februari 2018 en skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för hur handläggare inom äldreomsorgen ska agera vid indikation på att den äldre personen är beroende av/missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel (ej förskrivna läkemedel)? Definitioner: Med ledningsnivå avses den nivå inom organisationen som har mandat att fastställa gemensamma rutiner. Med rutin avses ett bestämt tillvägagångssätt för hur aktiviteter ska genomföras samt ange ansvarsfördelningen. Rutinen ska vara känd och användas av ansvarig personal. Med indikation avses att det finns någon form av tecken på att en person har ett beroende av något slag. Med beroende avses att man har behov av allt större dos av en viss substans för att uppnå förväntad effekt och att man får abstinensbesvär när man upphör att använda substansen. Med missbruk avses bruk av substanser på ett sätt som skadar hälsan. Skadan kan vara fysisk eller psykisk. Trots återkommande problem fortsätter man använda substansen. Med beroendeframkallande medel avses Cannabis, Hallucinogener, Amfetamin, Opiater, Lösningssmedel samt GHB och övriga preperat. Svarsalternativ: Ja/Nej Om ja (Ä) 5a: Har ni någon gång under perioden 1 februari 2017 – 31 januari 2018 (12 mån) följt upp rutinen? Definitioner: 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. Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt då rutinen upprättades nyligen, dvs. efter den 1 feb 2017 Beräkning: För att uppnå målvärdet krävs att fråga Ä5 besvarats med ja och att fråga Ä5 a besvarats med ja eller ej aktuellt, då rutinen upprättades nyligen, dvs. efter den 1 feb 2017.

Agera vid indikation på missbruk	
	Redovisningsnivåer: Stadsdelar i Stockholm, Göteborg, kommuner, storstäder, län och riket. För storstadsnivå, länsnivå och riksnivå redovisas andelen svarande som uppnått målvärdet, dvs. "Ja". "Ej aktuellt" som svar på fråga G5 ingår inte i nämnaren. Mätdatum/mätperiod: 2017-02-01 - 2018-01-31 Datatäckning: Svarsfrekvensen var 91 procent
Datakällor	Öppna jämförelser 2018. Enkät till socialtjänsten, kommunundersökning, myndighetsutövningen.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.

Agera vid indikation på missbruk	
Indikatornamn	Aktuell rutin vid indikation på att den enskilde är beroende av/ missbrukar läkemedel
Indikatorns kortnamn (i Excel-filen)	Aktuell rutin vid missbruk av läkemedel
Indikator	Kommunen har den 1 februari 2018 en aktuell, skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för hur handläggare i äldreomsorgen ska agera vid indikation på att den äldre personen är beroende av eller missbrukar läkemedel.
Kvalitetsdimension	Säker
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorområde	Agera vid indikation på missbruk
Syfte	Genom tidig upptäckt av ett behov hos den enskilde och därefter åtgärd är det möjligt att förebygga ohälsa. Skriftliga rutiner för hur personalen ska agera vid indikation på beroende/missbruk kan vara ett stöd för personalens arbete. Det är socialtjänstens ansvar både att förebygga missbruk och se till att den enskilde får den hjälp och vård han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket (3 kap 7 § och 5 kap 1 och 9 § SoL).
Målvärde	Kommunen har en aktuell, skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för hur handläggare i äldreomsorgen ska agera vid indikation på att den äldre personen är beroende av eller missbrukar läkemedel
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfråga: (Ä) 6: Har ni den 1 februari 2018 en skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för hur handläggare inom äldreomsorgen ska agera vid indikation på att den äldre personen är beroende av/missbrukar läkemedel? Svarsalternativ: Ja/nej (Ä) 6a: Har ni någon gång under perioden 1 februari 2017 – 31 januari 2018 (12 mån) följt upp rutinen? Svarsalternativ: Ja/nej/ej aktuellt då rutinen upprättades nyligen, dvs. efter den 1 feb 2017 Definitioner: Med ledningsnivå avses den nivå inom organisationen som har mandat att fastställa gemensamma rutiner. Med rutin avses ett bestämt tillvägagångssätt för hur aktiviteter ska genomföras samt ange ansvarsfördelningen. Rutinen ska vara känd och användas av ansvarig personal. Med indikation avses att det finns någon form av tecken på att en person har ett beroende av något slag.

Agera vid indikation på missbruk	
	Med beroende avses att man har behov av allt större dos av en viss substans för att uppnå förväntad effekt och att man får abstinensbesvär när man upphör att använda substansen. Med missbruk avses bruk av substanser på ett sätt som skadar hälsan. Skadan kan vara fysisk eller psykisk. Trots återkommande problem fortsätter man använda substansen. 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. Beräkning: För att uppnå målvärdet krävs att fråga Ä6 besvarats med ja och att fråga Ä6a besvarats med ja eller ej aktuellt, då rutinen upprättades nyligen, dvs. efter den 1 feb 2017. Redovisningsnivåer: Stadsdelar i Stockholm, Göteborg, kommuner, storstäder, län och riket. För storstadsnivå, länsnivå och riksnivå redovisas andelen svarande som uppnått målvärdet, dvs. "Ja". "Ej aktuellt" som svar på fråga G6 ingår inte i nämnaren. Mätdatum/mätperiod: 2017-02-01 - 2018-01-31 Datatäckning: Svarefrekvensen var 91 procent
Datakällor	Öppna jämförelser 2018. Enkät till socialtjänsten, kommunundersökning, myndighetsutövningen.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.

Rekommenderat i Nationella riktlinjer - Multiprofessionella team	
Indikatornamn	Erbjuder multiprofessionella team för personer med demenssjukdom i ordinärt boende
Indikatorns kortnamn (i Excel-filen)	Erbjuder demensteam i ordinärt boende
Indikator/Mått	Kommunen erbjuder den 1 februari 2018 vård och omsorg av multiprofessionella demensteam till personer med demenssjukdom i ordinärt boende.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad verksamhet
Indikatorsområde	Rekommenderat i Nationella riktlinjer - Multiprofessionella team
Syfte	En god vård och omsorg för personer med demenssjukdom ställer krav på samverkan mellan många olika professioner i både kommun och landsting. Som regel behövs det bedömningar från och åtgärder av flera yrkesgrupper vid utredningen av om en person har en demenssjukdom och vid bedömningen och utformningen av olika vård- och omsorgsinsatser för personer med denna diagnos. Vilka yrkesgrupper som ska delta i det multiprofessionella arbetet kan variera över tid. Många gånger är läkare och sjuksköterska de första som personen får kontakt med. När personens behov av vård och omsorg ökar blir det aktuellt med åtgärder från andra professioner. Det kan vara biståndshandläggare, enhetschef inom äldreomsorgen, demenssjuksköterska, vårdbiträde, undersköterska, kurator, arbetsterapeut, fysioterapeut eller neuropsykolog. Att vården och omsorgen är personcentrerad är centralt vid demenssjukdom. Personcentrerad vård och omsorg är ett förhållningssätt som innebär att personen med demenssjukdom sätts i fokus, inte diagnosen. Det innebär också att vården och omsorgen är multiprofessionell och teambaserad. Syftet med detta arbetssätt är att bidra till en kontinuitet i vården och omsorgen samt att underlätta bedömningar som kräver flera perspektiv eller kompetenser. Det bidrar också till ett helhetsperspektiv i den vård och omsorg som erbjuds (Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, Socialstyrelsen 2018).

Rekommenderat i Nationella riktlinjer - Multiprofessionella team	
	Multiprofessionella team kan bestå av personal både från hälso- och sjukvård och från socialtjänst (Socialstyrelsens <i>termbank</i>). Teamarbetet ställer krav på samverkan mellan de olika vård- och omsorgsnivåer som ger insatser utifrån de enskildes behov. Landstinget och kommunen ska tillsammans med den enskilde, och vid behov anhöriga, upprätta en samordnad individuell plan när den enskilde har behov av insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten (16 kap 4 § HSL och 2 kap 7 § SoL).
Målvärde	Kommunen erbjuder vård och omsorg av multiprofessionella demensteam i ordinärt boende till personer med demenssjukdom
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfråga: (Ä)9. Erbjuder ni den 1 februari 2018 vård och omsorg av multiprofessionella demensteam till personer med demenssjukdom som bor i ordinärt boende? Definitioner: Med multiprofessionella team avses en grupp av vård och omsorgspersonal med olika professioner och/eller kompetenser som samarbetar kring den enskilde. Teamets sammansättning motsvarar den enskildes behov. Vilka som ska delta i det multiprofessionella arbetet kan variera över tid. Många gånger är läkare och sjuksköterska de första som personen får kontakt med. När personens behov av vård och omsorg ökar blir det aktuellt med åtgärder från andra professioner. Det kan vara biståndshandläggare, enhetschef inom äldreomsorgen, demenssjuksköterska, vårdbiträde, undersköterska, kurator, arbetsterapeut, fysioterapeut eller neuropsykolog. Med multiprofessionella demensteam avses en grupp av vård och omsorgspersonal med kunskap om demenssjukvård. Det multiprofessionella demensteamet kan bedrivas i egen eller annan regi. Insatsen finns rekommenderad i nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, Socialstyrelsen 2018. Se Socialstyrelsens webbplats. Instruktioner till respondenterna Med mätdatum (1 feb) avses här att det multiprofessionella demensteamet finns tillgängligt att erbjudas vid behov detta datum. Svarsalternativ: Ja/nej Beräkning: För att uppnå målvärdet krävs svaret Ja på fråga (Ä)9. Redovisas som: Ja/Nej Redovisningsnivåer: Stadsdelar i Stockholm, Göteborg, kommuner, storstäder, län och riket. För storstadsnivå, länsnivå och riksnivå redovisas andelen svarande kommuner som uppnått målvärdet, dvs. Mätdatum/Mätperiod: 2018-02-01 Datatäckning: Svarsfrekvensen var 91 procent
Datakällor	Öppna jämförelser 2018. Enkät till socialtjänsten, kommunundersökning, myndighetsutövningen.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.

Rekommenderat i Nationella riktlinjer - Multiprofessionella team	
Indikatornamn	Erbjuder strokeinriktad rehabilitering av multiprofessionella rehabiliteringsteam i ordinärt boende för personer som fått stroke och har milda eller måttliga symtom.
Indikatorns kortnamn (i Excel-filen)	Erbjuder rehabiliteringsteam i ordinärt boende
Indikator/Mått	Kommunen erbjuder den 1 februari 2018 strokeinriktad rehabilitering i ordinärt boende av multiprofessionella rehabiliteringsteam till

Rekommenderat i Nationella riktlinjer - Multiprofessionella team	
	personer som fått stroke och har milda eller måttliga symtom
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad verksamhet
Indikatorsområde	Rekommenderat i Nationella riktlinjer - Multiprofessionella team
Syfte	Hälso- och sjukvården kan med tidig understödd utskrivning till hemmet skriva ut strokepatienter med milda till måttliga symtom från sjukhus tidigare än vanligt om patienten får rehabilitering i hemmet av ett multidisciplinärt rehabiliteringsteam med kunskap om stroke-sjukvård. Studier visar att resultaten är minst lika goda för denna form av hemrehabilitering när det gäller ADL-förmåga och dödlighet som för rehabilitering på sjukhus (<i>Nationella riktlinjer för stroke-sjukvård, Socialstyrelsen 2018</i>). Insatsen finns rekommenderad i nationella riktlinjer för vård vid stroke, Socialstyrelsen 2018. Se Socialstyrelsens webbplats. Att bygga upp specialutbildade multidisciplinära hemrehabiliteringsteam med särskild strokekompetens kräver många gånger utbildningsinsatser och förändringar i organisationer för att åstadkomma en samordnad vård och omsorg (<i>Nationella riktlinjer för vård vid stroke, Socialstyrelsen</i>). Multiprofessionella team kan bestå av personal både från hälso- och sjukvård och från socialtjänst. Teamarbetet ställer krav på samverkan mellan de olika vård- och omsorgsnivåer som ger insatser utifrån den enskildes behov. Vilka som deltar i teamarbetet kan variera över tid men ska alltid ha tillgång till läkare med strokekompetens. Landstinget och kommunen ska tillsammans upprätta en samordnad individuell plan när den enskilde har behov av insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Upprättande av planen ska ske enligt den enskildes samtycke och när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde (16 kap 4 § HSL och 2 kap 7§ SoL).
Målvärde	Kommunen erbjuder strokeinriktad hemrehabilitering av multiprofessionella rehabiliteringsteam till personer i ordinärt boende med milda eller måttliga symtom efter stroke.
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfråga: (Å)10. Erbjuder ni den 1 februari 2018 strokeinriktad rehabilitering av multiprofessionella rehabiliteringsteam till personer som fått stroke, har milda eller måttliga symtom och som bor i ordinärt boende? Svarsalternativ: Ja/Nej Definitioner: Med multiprofessionella team avses en grupp av vård- och omsorgspersonal med olika professioner och/eller kompetenser som samarbetar kring den enskilde. Teamets sammansättning motsvarar den enskildes behov. Med multiprofessionella rehabiliteringsteam avses en grupp av vård- och omsorgspersonal med kunskap om strokesjukvård. Insatsen kan bedrivas i egen eller annan regi. Instruktioner till respondenterna Med mätdatum (1 feb) avses här att det multiprofessionella rehabiliteringsteamet finns tillgänglig att erbjudas vid behov detta datum. Beräkning: För att uppnå målvärdet krävs svaret "Ja" på fråga (Å)10. Redovisas som: Ja/Nej Redovisningsnivå Stadsdelar i Stockholm, Göteborg, kommuner, storstäder, län och riket. För storstadsnivå, länsnivå och riksnivå redovisas andelen svarande kommuner som uppnått målvärdet, dvs. Mätdatum/Mätperiod: 2018-02-01 Datatäckning: Svarsfrekvensen var 91 procent
Datakällor	Öppna jämförelser 2018. Enkät till socialtjänsten, kommunundersökning, myndighetsutövningen.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda

Rekommenderat i Nationella riktlinjer - Multiprofessionella team	
	och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.

Rekommenderat i Nationella riktlinjer-diabetes	
Indikatornamn	Erbjuder en årlig enkel fotundersökning till personer med diabetes typ 1 och 2 med kommunalt finansierad hälso- och sjukvård.
Indikatorns kortnamn (i Excel-filen)	Erbjuder enkel fotundersökning i ordinärt/särskilt boende
Indikator/Mått	Kommunen erbjuder den 1 februari 2018 en årlig enkel fotundersökning till personer med diabetes typ 1 och 2 i boendeformen - ordinärt boende med kommunal finansierad hälso- och sjukvård - permanent särskilt boende
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad verksamhet
Indikatorsområde	Rekommenderat i Nationella riktlinjer-Enkel fotundersökning
Syfte	Syftet med indikatorn är att säkerställa att personer med diabetes typ 1 och 2 som bor i ordinärt boende med kommunfinansierad hemsjukvård eller i särskilt boende enligt SoL får en årlig enkel fotundersökning. En sådan undersökning förebygger allvarliga problem i form av svårärläta fotsår och infektioner samt fotdeformiteter som ofta förekommer hos personer med diabetes typ 1 och typ 2 (Nationella riktlinjer för diabetes, Socialstyrelsen 2015 och Målnivåer för diabetesvård. Uppföljning och översyn, Socialstyrelsen 2017). En enkel fotundersökning genomförs av personal med speciell kompetens. Ett erbjudande behöver därför många gånger ske med stöd av samverkan med personal i den landstingsfinansierade vården, till exempel vid en vårdcentral, privat eller offentlig.
Målvärde	Kommunen erbjuder en årlig enkel fotundersökning till personer med diabetes typ 1 och 2 och med kommunalt finansierad hälso- och sjukvård.
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: (Å)11. Erbjuder ni den 1 februari 2018 en årlig enkel fotundersökning till personer som har diabetes typ 1 eller typ 2 för att förebygga allvarliga fotproblem i boendeformen - ordinärt boende? - permanent särskilt boende? Definitioner: 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 stämgaaffelprovet. En årlig enkel fotundersökning förebygger allvarliga problem i form av svårärläta fotsår och infektioner samt fotdeformiteter som ofta förekommer hos personer med diabetes typ 1 och typ 2. Enkel förebyggande fotundersökning är prioriterad i nationella riktlinjerna för diabetes 2015. Se Socialstyrelsens webbplats. Här avses <i>inte</i> medicinsk fotvård eller medicinsk fotsjukvård då kontroll av känsel och cirkulation <i>inte</i> ingår i denna typ av åtgärd. Den enkla fotundersökningen utförs av personal med speciell utbildning för uppgiften. 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 förebyggande undersökning räknas detta som en möjlighet att kunna få erbjudande. Instruktioner till respondenterna Med mätdatum (1 feb) avses här att enkel fotundersökning finns tillgänglig att erbjudas vid behov detta datum.

Rekommenderat i Nationella riktlinjer-diabetes

	Kommunerna i Stockholms län, utom Norrtälje kommun, har inte tagit över ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende från landstinget. Dessa kommuner ska markera "Ej aktuellt" för alternativet "ordinärt boende". Indikatorn kommer att redovisas som "Ej aktuellt" eftersom kommunerna inte tagit över ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende från landstinget. Med mätdatum (1 feb) avses här att enkel fotundersökning finns tillgänglig att erbjudas vid behov detta datum Svarsalternativ: Ja/Nej/ Beräkning: För att uppnå målvärdet krävs svaret "Ja" på fråga (Ä)11 för respektive boendeform. Redovisas som: Ja/Nej/Ej aktuell för kommunerna (ej för Norrtälje) i Stockholms Läns Landsting. Redovisningsnivå: Stadsdelar i Stockholm, Göteborg. kommuner, storstäder, län och riket. För storstadsnivå, länsnivå och riksnivå redovisas andelen svarande kommuner som uppnått målvärdet, dvs. svaret "Ja". Mätdatum/Mätperiod: 2018-02-01 Datatäckning: Svarsfrekvensen var 91 procent
Datakällor	Öppna jämförelser 2018. Enkät till socialtjänsten, kommunundersökning, myndighetsutövningen.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.

Systematiskt arbetssätt

Indikatornamn	Använder IBIC (Individens behov i centrum) vid alla utredningar av den äldre personens behov av insatser i - ordinärt boende - permanent särskilt boende
Indikatorns kortnamn (i Excel-filen)	Använder IBIC (Individens behov i centrum) vid alla utredningar för personer i - ordinärt boende - permanent särskilt boende
Indikator/Mått	Användning av systematiskt arbetssätt enligt IBIC i utredningar av äldre personers behov av insatser i <u>permanent särskilt boende/ordinärt boende</u> under den 1 november 2017 – 31 januari 2018.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad verksamhet
Indikatorområde	Systematiskt arbetssätt
Syfte	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 i hela landet och att individen får möjlighet att stärka sina egna resurser avseende genomförande av aktiviteter och delaktighet. Det behovsriktade arbetssättet utgår från individens behov, resurser, mål och resultat inom olika livsområden i det dagliga livet. Med ett systematiskt arbetssätt beskrivs nuläge, mål och resultat med strukturerad dokumentation. Det gör det tydligt för utföraren vilket stöd individen behöver och stödjer säker överföring och återanvändning av information. Individens behov i centrum, IBIC använder ICF (internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) som gemensamt tankesätt och språk. Arbetssättet utgör en grund för att de enskilda får rätt insatser och är en utgångspunkt i det systematiska uppföljningsarbetet. (www.kunskapsguiden.se, om IBIC).
Målvärde	Kommunen använder ett systematiskt arbetssätt IBIC vid alla utredningar av äldre personers behov av insatser i ordinärt boende/permanent särskilt boende.

Systematiskt arbetssätt	
Typ av indikator	Process
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfråga: (Å)2: Har ni under perioden 1 november 2017 – 31 januari 2018 (3 mån) använt det systematiska arbetssättet Individens behov i centrum (IBIC) som stöd vid utredning av den äldre personens behov av insatser i sin dagliga livsföring i 1. ordinärt boende? 2. permanent särskilt boende? Definitioner: Med att använda det systematiska arbetssättet IBIC menar vi här att information om behov och mål beskrivs strukturerat utifrån ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa). För mer information om IBIC se Socialstyrelsens webbplats. Svarsalternativ (Å)2: Ja, för alla/Ja, men inte för alla/Nej Beräkning: För att uppnå målvärdet krävs att respektive fråga (Å)2 har besvarats med "Ja, för alla". För att uppnå delvis krävs att respektive fråga (Å)2 har besvarats med "Ja, men inte för alla". Redovisas som: Ja/Nej/delvis Redovisningsnivåer: Stadsdelar i Stockholm, Göteborg, kommuner, storstäder, län och riket. För kommun- och storstadsnivå, länsnivå och riksnivå redovisas andelen svarande kommuner som uppnått målvärdet, dvs. "Ja, för alla". Mätdatum/mätperiod: 2017-11-01 till och med 2018-01-31 Dataäckning: Svarsfrekvensen var 91 procent
Datakällor	Öppna jämförelser 2018. Enkät till socialtjänsten, kommunundersökning, myndighetsutövningen.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.

Systematiskt arbetssätt vid uppföljning	
Indikatornamn	Använder IBIC (Individens behov i centrum) vid alla uppföljningar av den äldre personens behov av insatser i
	4. ordinärt boende 5. permanent särskilt boende
Indikatorns kortnamn (i Excel-filen)	Använder IBIC (Individens behov i centrum) vid alla uppföljningar för personer i
	1. ordinärt boende 2. permanent särskilt boende
Indikator	Kommunen använder det systematiska arbetssättet IBIC i alla uppföljningar av beslutade insatser för äldre personer i ordinärt boende och permanent särskilt boende den 1 november 2017 – 31 januari 2018.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad verksamhet
Indikatorområde	Systematiskt arbetssätt
Syfte	En kunskapsbaserad socialtjänst utvärderar och följer upp hur väl verksamheten tillgodoser enskildas och gruppernas behov. För att visa på resultat av de insatser som verksamheten erbjuder och avgöra om insatserna förbättrat livssituationen för de berörda, behövs dokumenterad kunskap. Ett systematiskt arbetssätt med stöd av ett instrument eller en modell vid uppföljningar av biståndsbeslut är ett sätt att säkerställa att beslutade insatser tillgodoser den enskildes behov och att angivna mål uppfylls. (www.kunskapsguiden.se, om IBIC).

Systematiskt arbetssätt vid uppföljning	
Målvärde	Kommunen använder det systematiska arbetssättet IBIC vid alla uppföljningar av äldre personers behov av insatser i ordinärt boende och permanent särskilt boende.
Typ av indikator	Process
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfråga: (Ä)3: Har ni under perioden 1 november 2017 – 31 januari 2018 (3 mån) använt det systematiska arbetssättet Individens behov i centrum (IBIC) som stöd vid uppföljning av beslutade insatser till äldre personer i 1. ordinärt boende? 2. permanent särskilt boende? Definitioner: Med att använda det systematiska arbetssättet IBIC menar vi här att information om resultat beskrivs strukturerat utifrån ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa). Med uppföljning avses att handläggaren tillsammans med den enskilde följer upp om insatsen lett till uppsatta mål som den enskilde har varit med att utforma. Uppföljningen ska vara dokumenterad och daterad. Svarsalternativ (Ä)3: Ja, för alla/Ja, men inte för alla/Nej Beräkning: För att uppnå målvärdet krävs att fråga (Ä)3 har besvarats med "Ja, för alla". För att uppnå delvis krävs att fråga (Ä)3 har besvarats med "Ja, men inte för alla". Redovisas som: Ja/Nej/delvis Redovisningsnivåer: Stadsdelar i Stockholm, Göteborg, kommuner, storstäder, län och riket. För storstadsnivå, länsnivå och riksnivå redovisas andelen svarande kommuner som uppnått målvärdet, dvs. "Ja". Mätdatum/mätperiod: 1 november 2017– 31 januari 2018 Datatäckning: Svarsfrekvensen var 91 procent
Datakällor	Öppna jämförelser 2018. Enkät till socialtjänsten, kommunundersökning, myndighetsutövningen.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.

Standardiserade bedömningsmetoder	
Indikatornamn	Använder standardiserade bedömningsmetoden FRED-kortfrågor inom socialtjänstens verksamhetsområden för att upptäcka våldutsatthet hos enskilda vuxna inom Äldreomsorg
Indikatorns kortnamn (i Excel-filen)	Använder standardiserade bedömningsmetoden FRED-kortfrågor för att upptäcka våldutsatthet hos enskilda vuxna - Äldreomsorg
Indikator/Mått	Kommunen använder standardiserade bedömningsmetoden FRED-kortfrågor inom socialtjänstens verksamhetsområden för att upptäcka utsatthet för våld i nära relationer hos enskilda vuxna.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad verksamhet
Indikatorområde	Standardiserade bedömningsmetoder
Syfte	En förutsättning för att kunna erbjuda adekvat vård, stöd och hjälp till enskilda som är utsatta för våld är att våldutsattheten upptäcks. Många våldutsatta 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 (Våld - handbok om socialtjänstens och

Standardiserade bedömningsmetoder	
	<i>hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer. Socialstyrelsen 2016).</i> 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 (<i>Om standardiserade bedömningsmetoder. Socialstyrelsen 2012).</i> 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 (<i>allmänna råd i 3 kap. SOSFS 2014:4).</i>
Målvärde	Kommunen använder standardiserade bedömningsmetoden FREDA-kortfrågor inom socialtjänstens verksamhetsområden för att upptäcka utsatthet för våld i nära relationer hos enskilda vuxna.
Typ av indikator	Process
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfråga: (G)10. Använder ni den 1 februari 2018 den standardiserade metoden FREDA-kortfrågor för att upptäcka utsatthet för våld i nära relationer hos enskilda vuxna, i nedanstående områden inom socialtjänsten? Definitioner: 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. Med våld i nära relationer 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 (<i>prop. 2006/07:38 Socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor s. 31).</i> 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 (<i>Våld - handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer, Socialstyrelsen 2016).</i> För information om FREDA-kortfrågor se Socialstyrelsens webbplats. Svarsalternativ för varje verksamhetsområde inom socialtjänsten: Ja/Nej. Beräkning: För att uppnå målvärdet (dvs. Ja) för respektive indikator krävs att kommunen svarat "Ja" på fråga G10. Redovisas som: Ja/Nej. Redovisningsnivåer: Stadsdelar i Stockholm, Göteborg, kommuner, storstäder, län och riket.

Standardiserade bedömningsmetoder	
	För storstadsnivå, länsnivå och riksnivå redovisas andelen svarande kommuner som uppnått målvärdet, dvs. "Ja". Mätdatum/Mätperiod: 2018-02-01 Datatäckning: Svarsfrekvensen var 95 procent
Datakällor	Öppna jämförelser 2018. Enkät till socialtjänsten, kommunundersökning, myndighetsutövningen..
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.

Standardiserade bedömningsmetoder	
Indikatornamn	Använder standardiserad bedömningsmetod för att upptäcka riskfylld alkoholkonsumtion
Indikatorns kortnamn (i Excelfilen)	Använder AUDIT för att upptäcka riskfylld alkoholkonsumtion
Indikator	Socialtjänsten använder den standardiserade bedömningsmetoden AUDIT för att identifiera riskfylld eller skadlig alkoholkonsumtion hos vuxna inom Äldreomsorg.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad verksamhet
Indikatorsområde	Standardiserade bedömningsmetoder
Syfte	Att använda standardiserade bedömningsmetoder är ett sätt att säkerställa att den enskildes samtliga behov framkommer samt att alla får rätt till en likvärdig bedömning av de enskilda behoven. 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. (Om standardiserade bedömningsmetoder. Socialstyrelsen 2012). Socialtjänsten bör använda AUDIT för att identifiera riskfylld eller skadlig alkoholkonsumtion enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer. AUDIT (alcohol use disorders identification test) kan användas som intervju- och skattningsformulär och för att återkoppla resultatet till den enskilde. AUDIT har fått högsta prioritet (prioritet 1) av 10 (Vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen 2017).
Målvärde	Kommunen använder en standardiserad bedömningsmetod (AUDIT) för att identifiera alkoholproblem.
Typ av indikator	Struktur, process
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfråga: (G)12. Använder ni den 1 februari 2018 någon av nedanstående standardiserade bedömningsmetoder för att <u>identifiera</u> riskfylld eller skadlig alkoholkonsumtion eller <u>identifiera</u> konsumtionsmönster och drogrelaterade problem hos enskilda vuxna, i nedanstående områden inom socialtjänsten? (G) 9 A AUDIT (G) 9 B DUDIT Definitioner: 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.

Standardiserade bedömningsmetoder	
	Med AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) avses ett manualbaserat frågeformulär (självskattningstest) för att identifiera riskfylld eller skadlig alkoholkonsumtion. Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, området finns inte i vår socialtjänst/kommun Beräkning: För att uppnå målvärdet krävs ja på fråga (G)12A: (AUDIT). Redovisas som: Ja/Nej. För länen och riket redovisas andelen svarande kommuner som uppnått målvärdet. Redovisningsnivåer: Stadsdelar i Stockholm, Göteborg, kommuner, storstäder, län och riket. Mät datum/Mätperiod: 1 februari 2018 Datatäckning: Svarsfrekvensen var 95 procent
Datakällor	Öppna jämförelser 2018. Enkät till socialtjänsten, kommunundersökning, myndighetsutövningen.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.

Standardiserade bedömningsmetoder	
Indikatornamn	Standardiserade bedömningsmetoder för att identifiera drogrelaterade problem.
Indikatorns kortnamn (i Excel-filen)	Använder DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem
Indikator	Socialtjänsten använder den standardiserade bedömningsmetoden DUDIT för att identifiera konsumtionsmönster eller drogrelaterade problem hos vuxna inom Äldreomsorg
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad verksamhet
Indikatorsområde	Standardiserade bedömningsmetoder (för att identifiera alkohol- och narkotikaproblem)
Syfte	Att använda standardiserade bedömningsmetoder är ett sätt att säkerställa att den enskildes <i>samtliga</i> behov framkommer samt att alla får rätt till en likvärdig bedömning av de enskilda behoven. 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. (Om <i>standardiserade bedömningsmetoder</i>. Socialstyrelsen 2012). Socialtjänsten bör använda DUDIT för att identifiera drogrelaterade problem, enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer. DUDIT (drug use disorders identification test) kan användas som intervju- och skattningsformulär och för att återkoppla resultatet till den enskilde. DUDIT har fått prioritet 3, av 10 (<i>Vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning</i>. Socialstyrelsen 2017).
Målvärde	Kommunen använder en standardiserad bedömningsmetod (DUDIT) för att identifiera drogrelaterade problem.
Typ av indikator	Process
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfråga: (G)12. Använder ni den 1 februari 2018 någon av nedanstående standardiserade bedömningsmetoder för att <u>identifiera</u> riskfylld eller skadlig alkoholkonsumtion eller <u>identifiera</u> konsumtionsmönster och drogrelaterade problem hos enskilda vuxna, i nedanstående områden inom socialtjänsten? (G) 12 A : AUDIT (G) 12 B : DUDIT

Standardiserade bedömningsmetoder	
	Definitioner: 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 bedömningsmetod här är DUDIT. 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, Lösningssmedel samt GHB och övriga preparat. Även läkemedel som inte förskrivits och används enligt läkares ordination ingår. Svarsalternativ: Ja, AUDIT/Ja, DUDIT/Nej/Ej aktuellt, området finns inte i vår socialtjänst/kommun Beräkning: För att uppnå målvärdet krävs ja på fråga (G)12 B: DUDIT. Redovisas som: Ja/nej För länen och riket redovisas andelen svarande kommuner som uppnått målvärdet. Redovisningsnivåer: Stadsdelar i Stockholm, Göteborg, kommuner, storstäder, län och riket. Mätdatum/Mätperiod: 2018-02-01 Datatäckning: Svarsfrekvensen var 95 procent
Datakällor	Öppna jämförelser 2018. Enkät till socialtjänsten, kommunundersökning, myndighetsutövningen.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.

Systematisk uppföljning för att utveckla verksamheten	
Indikatornamn	Använt resultat från systematisk uppföljning av insatser för att utveckla verksamheten i - ordinärt boende - permanent särskilt boende
Indikatorns kortnamn (i Excelfilen)	Använt resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling - ordinärt boende - permanent särskilt boende
Indikator/Mått	Kommunen har sammanställt resultaten av biståndsbeslutade insatser till enskilda på gruppnivå och använt resultaten från sammanställningen för att utveckla verksamheten inom - Äldre – ordinärt boende - Äldre – permanent särskilt boende
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad verksamhet
Indikatorområde	Systematisk uppföljning för att utveckla verksamheten
Syfte	En central förutsättning för uppföljning av insatser i praktisk verksamhet är att det finns ett system för en systematisk och regelbunden uppföljning av insatserna som ges till enskilda utifrån deras behov. För att visa på resultat av de insatser som verksamheten erbjuder och avgöra om insatserna förbättrat livssituationen för de berörda behövs dokumenterad kunskap. Detta innebär att resultatet för enskilda personer behöver följas upp, dvs. om användningen av den arbetsmetod eller insats har fått avsedd effekt. För ökad kunskap och utveckling av verksamheten behöver individdata sammanställas och analyseras på gruppnivå (<i>Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9</i>).

Systematisk uppföljning för att utveckla verksamheten	
	Med <i>systematisk uppföljning</i> menas att kommunen sammanställer resultaten från de enskilda uppföljningarna på gruppnivå. På detta sätt kan kommunen få kunskap om insatserna gett förväntade resultat för hela målgruppen eller olika undergrupper (<i>Med målet i sikte - målinriktad och systematisk utvärdering av insatser för enskilda personer. Socialstyrelsen 2012</i>). Systematisk uppföljning ökar också förutsättningarna att handlägga, dokumentera och säkra verksamhetens kvalitet i enlighet med <i>Socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete</i>.
Målvärde	Kommunen har sammanställt resultaten av biståndsbeslutade insatser till enskilda på gruppnivå och använt resultaten från sammanställningen för att utveckla verksamheten i ordinärt och särskilt boende.
Typ av indikator	Process
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: (Ä)4. Har ni någon gång under perioden 1 februari 2017 – 31 januari 2018 (12 mån) sammanställt resultat på gruppnivå från uppföljningar av biståndsbeslutade insatser utifrån uppsatta mål för den enskilde för 1. insatser till personer i ordinärt boende? 2. insatser till personer i permanent särskilt boende? Definitioner: Med uppföljningar avses att handläggare tillsammans med den enskilde följer 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 grupp avses sammanställda uppgifter från dokumentationen i enskilda ärenden. Sammanställning av resultat kan under mätperioden ha gjorts för en eller flera insatser. För mer information om systematisk uppföljning se Socialstyrelsens webbplats eller Kunskapsguiden. Svarsalternativ: Ja, har sammanställt på gruppnivå/Nej, har inte sammanställt på gruppnivå/Ej aktuellt, har inte sammanställt resultatet på gruppnivå pga. att individerna varit för få. Följdfråga: (Om Ja på fråga (Ä)4) (Ä)4 a. Har ni sammanställt resultat/-et på gruppnivå uppdelat på kön för 1. insatser till personer i ordinärt boende 2. insatser till personer i permanent särskilt boende Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, har inte sammanställt resultatet på gruppnivå uppdelat på kön pga. Att individerna varit för få. Följdfråga 2: (Ä)4 b. Har ni använt sammanställningen av resultatet/-en på gruppnivå för att utveckla verksamheten i 1. ordinärt boende? 2. permanent särskilt boende? Definitioner: Med utveckla verksamheten avses att konkreta förändringar införts med syfte att leda till förbättringar i verksamheten (t.ex. ändrat rutiner, tiden för insatsen, förlängt öppettider, erbjudit utbildning i standardiserade metoder, tillgodosett behov av nya insatser osv.). Svarsalternativ: Ja/Nej, men vi har fattat beslut om att göra det/Nej. Beräkning: För att uppnå målvärdet krävs Ja-svar på frågorna (Ä)4, (och (Ä) 4b för ordinärt respektive permanent särskilt boende. För att uppnå "Delvis" krävs att fråga (Ä)4 och att frågan (Ä) 4b besvaras med "Nej, men vi har fattat beslut om att göra det" för ordinärt respektive permanent särskilt boende. I beräkningen av andelar på storstadsnivå, länsnivå och riksnivå ingår inte "Ej aktuellt" som svar på fråga (Ä)4 i nämnaren. Redovisas som: Ja/Delvis/Nej/Ej aktuellt. Redovisningsnivåer: Stadsdelar i Stockholm, Göteborg, kommuner, storstäder, län och riket.

Systematisk uppföljning för att utveckla verksamheten	
	För storstadsnivå, länsnivå och riksnivå redovisas andelen svarande kommuner som uppnått målvärdet, dvs. "Ja". "Ej aktuellt" som svar på fråga (Ä)4 ingår inte i nämnaren. Mätdatum/Mätperiod: 1 februari 2018 Datatäckning: Svarsfrekvensen var 91 procent
Datakällor	Öppna jämförelser 2018. Enkät till socialtjänsten, kommunundersökning, myndighetsutövningen..
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.

Systematisk uppföljning för att utveckla verksamheten	
Indikatornamn	Genomfört systematiska uppföljningar av insatser uppdelat på kön i 1. Ordinärt boende 2. Permanent särskilt boende
Indikatorns kortnamn (i Excel-filen)	Genomfört systematisk uppföljning uppdelat på kön i 1. Ordinärt boende 2. Permanent särskilt boende
Indikator/Mått	Kommunen har sammanställt resultaten av biståndsbeslutade insatser till enskilda på gruppnivå uppdelat på kön i 1. Ordinärt boende 2. Permanent särskilt boende
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad verksamhet
Indikatorområde	Systematisk uppföljning för att utveckla verksamheten
Syfte	Genom systematiska uppföljningar uppdelade på kvinnor och män är det möjligt att skapa en bild av hur insatserna fungerar och om det finns omotiverade skillnader mellan grupperna. 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 (<i>Med målet i sikte - målinriktad och systematisk utvärdering av insatser för enskilda personer. Socialstyrelsen 2012</i>). Systematisk uppföljning ökar också förutsättningarna att handlägga, dokumentera och säkra verksamhetens kvalitet i enlighet med <i>Socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete</i> . Ett jämställdhetsperspektiv behöver genomsyra hela socialtjänstens arbetsprocess, från bemötande till uppföljning av resultat. Det innebär att undersöka och uppmärksamma behov av insatser hos kvinnor och män samt att följa upp insatserna och deras resultat (<i>Mot en mer jämställd sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen 2008</i>).
Målvärde	Kommunen har sammanställt resultaten av biståndsbeslutade insatser till enskilda på gruppnivå uppdelat på kön i 1. Ordinärt boende 2. Permanent särskilt boende
Typ av indikator	Process
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: Enkätfråga: (Ä)4. Har ni någon gång under perioden 1 februari 2017 – 31 januari 2018 (12 mån) sammanställt resultat på gruppnivå från uppföljningar av biståndsbeslutade insatser utifrån uppsatta mål för den enskilde i 1. Ordinärt boende 2. Permanent särskilt boende Definitioner:

Systematisk uppföljning för att utveckla verksamheten	
	Med uppföljningar avses att handläggare tillsammans med den enskilde följer 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 grupp nivå avses sammanställda uppgifter från dokumentationen i enskilda ärenden. Sammanställning av resultat kan under mätperioden ha gjorts för en eller flera insatser. För mer information om systematisk uppföljning se Socialstyrelsens webbplats eller Kunskapsguiden. Svarsalternativ: Ja, har sammanställt på grupp nivå/Nej, har inte sammanställt på grupp nivå/Ej aktuellt, har inte sammanställt resultatet på grupp nivå pga. att individerna varit för få. Följdfråga: (Om Ja på fråga (Ä)4) (Ä)4 a. Har ni sammanställt resultatet/-en på grupp nivå uppdelat på kön för insatser till personer i 1. Ordinärt boende 2. Permanent särskilt boende Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, har inte sammanställt resultatet på grupp nivå uppdelat på kön pga. att individerna varit för få. Beräkning: För att uppnå målvärdet (dvs "Ja") krävs att bägge frågorna (Ä)4 och (Ä)4a för ordinärt och särskilt boende har besvarats med "Ja". I beräkningen av andelar på storstadsnivå, länsnivå och riksnivå ingår inte "Ej aktuellt" som svar på fråga (Ä)4 i nämnaren. Redovisas som: Ja/Nej/Ej aktuellt Redovisningsnivåer: Stadsdelar i Stockholm, Göteborg, kommuner, storstäder, län och riket. För storstadsnivå, länsnivå och riksnivå redovisas andelen svarande kommuner som uppnått målvärdet, dvs. "Ja". "Ej aktuellt" som svar på fråga (Ä)4 eller (Ä)4a ingår inte i nämnaren. Mätdatum/Mätperiod: 2017-02-01 till och med 2018-01-31 Datatäckning: Svarsfrekvensen var 91 procent
Datakällor	Öppna jämförelser 2018. Enkät till socialtjänsten, kommunundersökning, myndighetsutövningen.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.

Systematisk uppföljning för att utveckla verksamheten	
Indikatornamn	Använt resultat från systematisk uppföljning av insatser uppdelat på kön för att utveckla verksamheten i 1. ordinärt boende 2. permanent särskilt boende.
Indikatorns kort-namn (i Excel-filen)	Använt resultat från systematisk uppföljning uppdelat på kön till verksamhetsutveckling i 1. ordinärt boende 2. permanent särskilt boende
Indikator/Mått	Kommunen har sammanställt resultaten av biståndsbeslutade insatser till enskilda på grupp nivå uppdelat på kön och använt resultaten från sammanställningen för att utveckla verksamheten i 1. ordinärt boende 2. permanent särskilt boende
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad

Systematisk uppföljning för att utveckla verksamheten	
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad verksamhet
Indikatorområde	Systematisk uppföljning för att utveckla verksamheten
Syfte	Genom systematiska uppföljningar uppdelade på kvinnor och män är det möjligt att skapa en bild av hur insatserna fungerar och om det finns omotiverade skillnader mellan grupperna. Resultaten kan användas för att utveckla socialtjänstens verksamheter. 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 för hela målgruppen eller olika undergrupper (<i>Med målet i sikte - målinriktad och systematisk utvärdering av insatser för enskilda personer. Socialstyrelsen 2012</i>). Systematisk uppföljning ökar också förutsättningarna att handlägga, dokumentera och säkra verksamheters kvalitet i enlighet med Socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ett jämställdhetsperspektiv behöver genomsyra hela socialtjänstens arbetsprocess, från bemötande till uppföljning av resultat. (<i>Mot en mer jämställd sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen 2008</i>).
Målvärde	Kommunen har sammanställt resultaten av biståndsbeslutade insatser till enskilda på gruppnivå uppdelat på kön och använt resultaten från sammanställningen för att utveckla verksamheten i 1. ordinärt boende 2. särskilt boende
Typ av indikator	Process
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: Enkätfråga: (Ä)4. Har ni någon gång under perioden 1 februari 2017 – 31 januari 2018 (12 mån) sammanställt resultat på gruppnivå från uppföljningar av biståndsbeslutade insatser utifrån uppsatta mål för den enskilde i 1. ordinärt boende? 2. permanent särskilt boende? Definitioner: Med uppföljningar avses att handläggare tillsammans med den enskilde följer 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 grupp avses sammanställda uppgifter från dokumentationen i enskilda ärenden. Sammanställning av resultat kan under mätperioden ha gjorts för en eller flera insatser. För mer information om systematisk uppföljning se Socialstyrelsens webbplats eller Kunskapsguiden. Svarsalternativ: Ja, har sammanställt på gruppnivå/Nej, har inte sammanställt på gruppnivå/Ej aktuellt, har inte sammanställt resultatet på gruppnivå pga. att individerna varit för få. Följdfråga: (Om Ja på fråga (Ä) 4) (Ä)4 a. Har ni sammanställt resultatet/-en på gruppnivå uppdelat på kön för insatser till personer i 1. Ordinärt boende 2. Permanent särskilt boende Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, har inte sammanställt resultatet på gruppnivå uppdelat på kön pga. att individerna varit för få. Följdfråga 2: (Ä)4 b. Har ni använt sammanställningen av resultatet/-en på gruppnivå för att utveckla verksamheten i 1. ordinärt boende? 2. permanent särskilt boende? Definitioner:

Systematisk uppföljning för att utveckla verksamheten	
	Med utveckla verksamheten avses att konkreta förändringar införts med syfte att leda till förbättringar i verksamheten (t.ex. ändrat rutiner, tiden för insatsen, förlängt öppettider, erbjudit utbildning i standardiserade metoder, tillgodosett behov av nya insatser osv.). Svarsalternativ: Ja/Nej, men vi har fattat beslut om att göra det/Nej Beräkning: För att uppnå målvärdet krävs Ja-svar på frågorna (Ä)4, (Ä)4a och (Ä)4b för ordinärt respektive särskilt boende. För att uppnå delvis krävs att fråga (Ä)4 och (Ä)4a besvaras med Ja och att fråga (Ä)4b besvaras med "Nej, men vi har fattat beslut om att göra det" för ordinärt respektive särskilt boende. I beräkningen av andelar på storstadsnivå, länsnivå och riksnivå ingår inte "Ej aktuellt" som svar på fråga (Ä)4 och (Ä)4 a i nämnaren. Redovisas som: Ja/Delvis/Nej/Ej aktuellt. Redovisningsnivåer: Stadsdelar i Stockholm, Göteborg, kommuner, storstäder, län och riket. För storstadsnivå, länsnivå och riksnivå redovisas andelen svarande kommuner som uppnått målvärdet, dvs. "Ja". "Ej aktuellt" som svar på fråga (Ä)6 eller (Ä)6a ingår inte i nämnaren. Mätdatum/Mätperiod: 2017-02-01 till och med 2018-01-31 Dataäckning: Svarsfrekvensen var 91 procent
Datakällor	Öppna jämförelser 2018. Enkät till socialtjänsten, kommunundersökning, myndighetsutövningen.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.

Säker vård och omsorg

Tidigare kvalitetsområde: Trygghet och säkerhet

Trygghetslarm	
Indikatornamn	Garanterad tid för kontakt vid användning av trygghetslarm i ordinärt boende och garanterad inställelsetid efter larm
Indikatorns kortnamn (i Excel-filen)	Kommunen garanterar 1. kontakt inom viss tid vid larm 2. besök inom viss tid efter larm
Indikator	Kommunen har en skriftlig och på ledningsnivå beslutad garanterad maximal tid inom vilken den äldre personen (65 år och äldre) i ordinärt boende kan få kontakt med personal/kan få besök av personal vid användning av trygghetslarm.
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorområde	Trygghetslarm
Syfte	Den enskilde måste kunna lita på att trygghetslarmet fungerar när behov av stöd och hjälp uppstår och att han eller hon får svar/kontakt med personal inom en viss tid. Socialnämnden ska verka för att äldre människor får leva och bo självständigt under trygga förhållanden (5 kap 4 § SoL).
Målvärde	Kommunen kan garantera en tid inom vilken den enskilde kan få kontakt vid användning av trygghetslarm och inom vilken den enskilde kan få besök efter användning av trygghetslarm.
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: (Ä)7. Har ni den 1 februari 2018 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?

Trygghetslarm	
	Svarsalternativ: Ja/Nej (Ä)8. Har ni den 1 februari 2018 en skriftlig och på ledningsnivå beslutad garanterad maximal inställetid inom vilken den äldre personen (65 år och äldre) i ordinärt boende ska få besök i bostaden, när denne använder sitt trygghetslarm? Svarsalternativ: Ja/Nej Definitioner: Med ledningsnivå avses den nivå inom organisationen som har mandat att fastställa gemensamma beslut inom äldreomsorgen. Garantin om den maximala tiden gäller alla tider på dygnet men under normala omständigheter. Beslutet om garantin ska vara dokumenterad. Garantin gäller för samtliga personer med trygghetslarm, även dem som har insatsen utan biståndsbeslut. Funktionen trygghetslarm kan utföras i egen eller annan regi. Beräkning: För att uppnå målvärdet krävs att fråga (Ä)7 och (Ä)8 besvaras med "Ja" var och en för sig. Redovisningsnivå: Stadsdelar i Stockholm, Göteborg, kommuner, storstäder, län och riket. För storstadsnivå, länsnivå och riksnivå redovisas andelen svarande kommuner som uppnått målvärdet, dvs. svarat "Ja". Mätdatum/mätperiod: 1 februari 2018. Datatäckning: Svarsfrekvensen var 91 procent
Datakällor	Öppna jämförelser 2018. Enkät till socialtjänsten, kommunundersökning, myndighetsutövningen.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.

Information till enskilda	
Indikatornamn	Aktuell rutin för att delge information till enskilda om en samordnad individuell plan (SIP)
Indikatorns kortnamn (i Excel-filen)	Aktuell rutin för information om samordnad individuell plan (SIP)-Äldreomsorg
Indikator/Mått	Kommunen har den 1 februari 2018 en skriftlig rutin om att informera enskilda om deras möjligheter att få en samordnad individuell plan (SIP) för följande område Äldre
God omsorg	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Information till enskilda
Syfte	Rutiner för att delge enskilda personer information om att de vid behov kan få en samordnad individuell plan (SIP) är ett sätt att säkerställa att brukarna får kännedom om dessa möjligheter (och socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens skyldigheter). Syftet med planen är att säkerställa att samordning av insatser från flera olika aktörer sker när den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten. Upprättande av planen ska ske enligt den enskildes samtycke och om möjligt tillsammans med hen. (2 kap 7 § SoL, 16 kap 4 § HSL). Se frågor och svar om SIP på Socialstyrelsens hemsida. För att sökra att rutinen är aktuell är det viktigt att den regelbundet följs upp.
Målvärde	Kommunen har en skriftlig rutin för att informera den enskilde om möjligheterna att få en samordnad individuell plan (SIP) inom socialtjänstens verksamhetsområden enligt beskrivningen av indikatorn.
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor:

Information till enskilda

(G) 24. Har ni den 1 februari 2018 skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner om att den enskilde ska informeras om sina möjligheter till SIP, i nedanstående områden inom socialtjänsten?

Och om Ja på fråga 24:

(G)24 a: Har ni under perioden 1 februari 2017 – 31 januari 2018 (12 mån) följt upp rutinerna, i nedanstående områden inom socialtjänsten?

Svarsalternativ (G)24: Ja/ Nej/Ej aktuellt, området finns inte i vår socialtjänst/kommun.

Svarsalternativ (G)24 a: Ja/ Nej/Ej aktuellt, då rutinen upprättades nyligen, dvs. efter den 1 februari 2017.

Definitioner

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

Med **samordnad individuell plan (SIP)** avses en vård- och omsorgsplan som beskriver insatser som den enskilde har behov av från både hälso- och sjukvård och socialtjänst och som tagits fram genom samordnad vård- och omsorgsplanering. 2 kap. 7 § SoL och 16 kap 4 § HSL.

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.

Instruktioner

Information om SIP gäller för de personer där denna är relevant.

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.

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.

Beräkning: För att uppnå målvärdet (dvs. Ja) krävs att kommunen för respektive indikator svarat:

"Ja" på fråga (G)24 och "Ja" eller "Ej aktuellt" på fråga (G)24 a. I beräkning av andelar på storstadsnivå, länsnivå och riksnivå ingår inte "Ej aktuellt" som svar på fråga (G)24 i nämnaren.

Redovisningsnivå: Stadsdelar i Stockholm, Göteborg. kommuner, storstäder, län och riket.

För storstadsnivå, länsnivå och riksnivå redovisas andelen svarande kommuner som uppnått målvärdet, dvs. "Ja".

Mätdatum/mätperiod: 2017-02-01 till och med 2018-01-31

Datatäckning: Svarefrekvensen var 95 procent

Datakällor	Öppna jämförelser 2018. Enkät till socialtjänsten, kommunundersökning, myndighetsutövningen.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databehandlingen.

Personalens hantering vid skyddade personuppgifter

Indikatornamn	Aktuell rutin för hantering av skyddade personuppgifter vid handläggning och genomförande av insatser inom socialtjänstens verksamhetsområden.
Indikatorns kortnamn (i Excelfilen)	Aktuell rutin för att inte röja skyddade personuppgifter - Äldreomsorg
Indikator/Mått	Kommunen har en aktuell, skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för hur ärenden med skyddade personuppgifter ska hanteras både vid handläggning och vid genomförande av insatser, för att säkerställa att skyddade uppgifter inte ska röjas av misstag inom socialtjänstens verksamhetsområde äldre.
Kvalitetsdimension	Säker

Personalens hantering vid skyddade personuppgifter	
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorområde	Personalens hantering vid skyddade personuppgifter
Syfte	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 säkerhets tänkande, 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 motränga 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 (<i>Våld - handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer, Socialstyrelsen 2016</i>). 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 (<i>Våld - handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer, Socialstyrelsen 2016</i>). För att säkra att rutinerna är aktuella är det viktigt att de regelbundet följs upp. 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).
Målvärde	Kommunen har en aktuell, skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för hur ärenden med skyddade personuppgifter ska hanteras både vid handläggning och vid genomförande av insatser, för att säkerställa att skyddade uppgifter inte ska röjas av misstag inom socialtjänstens verksamhetsområden.
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfråga: (G)25: Har ni den 1 februari 2018 en skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för hur ärenden med skyddade personuppgifter ska hanteras för att säkerställa att dessa inte röjs <u>både</u> vid handläggningen och vid genomförande av beslutade insatser i myndighetsutövningen, i nedanstående områden inom socialtjänsten? Definitioner: 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 eller kvarskrivning.

Personalens hantering vid skyddade personuppgifter

	Med myndighetsutövningen avses här utredning, beslut och verkställighet. Svarsalternativ för varje verksamhetsområde inom socialtjänsten: Ja/Nej/Ej aktuellt, området finns inte i vår socialtjänst/kommun. (G)25 a: Har ni någon gång under perioden 1 februari 2017 – 31 januari 2018 (12 mån) följt upp rutinen, i nedanstående områden inom socialtjänsten? Definitioner: Med följt upp avses att ni har kontrollerat att rutinen <u>används och fungerar</u> på avsett sätt samt att den vid behov har reviderats. Uppföljningen ska vara dokumenterad och daterad. Svarsalternativ för varje verksamhetsområde inom socialtjänsten: Ja/Nej/Ej aktuellt, då rutinen upprättades nyligen, dvs. efter den 1 feb 2017. Beräkning: För att uppnå målvärdet krävs att kommunen för respektive indikator svarar: "Ja" på fråga (G) 25 och "Ja" eller "Ej aktuellt" på fråga (G)25 a. I beräkningen av andelar på storstadsnivå, länsnivå och riksnivå ingår inte "Ej aktuellt" som svar på fråga (G)25 i nämnaren. Redovisas som: Ja/Nej/Ej aktuellt för indikatorerna. Redovisningsnivåer: Stadsdelar i Stockholm, Göteborg, kommuner, storstäder, län och riket. För storstadsnivå, länsnivå och riksnivå redovisas andelen svarande kommuner som uppnått målvärdet, dvs. Ja. "Ej aktuellt" som svar på fråga (G)25 ingår inte i nämnaren. Mätdatum/Mätperiod: 2017-02-01 till och med 2018-01-31 Datatäckning: Svarsfrekvensen var 95 procent
Datakällor	Öppna jämförelser 2018. Enkät till socialtjänsten, kommunundersökning, myndighetsutövningen..
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.

Bakgrundsmått

Bemanning	
Bakgrundsmått	Antal äldre personer med insatser per årsarbetande handläggare
Kortnamn (i Excel-filen)	Antal äldre personer per handläggare
Bakgrundsmått	Antal personer 65 år och äldre med beslut enligt 4 kap 1 § SoL per årsarbetande handläggare med delegation att fatta beslut om bistånd enligt 4 kap 1 § SoL och som är anställda inom äldreomsorgen den 1 februari 2018
Syfte	Antal handläggare som finns att tillgå är en faktor som har betydelse för hur den enskilde har möjlighet att få kontakt vid frågor som rör behov av nya beslut eller för uppföljning av gällande beslut. Rätten till bistånd bedöms av en handläggare som har delegation av ansvarig nämnd att fatta beslut om detta. Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd. Biståndet ska utformas så att den enskilde tillförsäkras en skälig levnadsnivå och så att det stärker möjligheterna att leva ett självständigt liv (4 kap 1 § SoL).
Teknisk beskrivning	Måttet bygger på följande enkätfråga och statistikuppgift: (Å)1. Ange antal handläggare, omräknat till årsarbetare, som är anställda inom äldreomsorgen den 1 februari 2018. Ange årsarbetare med två decimaler. Ange bortfalls-koden 999 om ni inte kan lämna uppgifter. Statistikuppgift: Antal personer 65 år och äldre i kommunen som fick insatser enligt 4 kap 1 § SoL den 31 december 2017.

Bemanning	
	Definitioner: Med handläggare avses här den personal som har delegation att fatta beslut om bistånd enligt 4 kap.1 § SoL. Handläggare som är anställd men har ersatts med vikarie, t.ex. föräldralediga eller långtidssjuka, ska inte räknas med, utan då räknas vikarien. Instruktion Antalet årsarbetare räknas fram med hjälp av den faktiska sysselsättningsgraden för månadsavlönade och arbetade timmar för timavlönade. För timavlönade beräknas årsarbets-siffran utifrån antal arbetade timmar under januari månad dividerad med 165, som är en schablon för heltidssysselsättning för en månad. Exempel 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. För timavlönade beräknas årsarbets-siffran utifrån antal arbetade timmar under januari månad dividerad med 165, som är en schablon för heltidssysselsättning för en månad. En timavlönad som arbetar 120 timmar under januari månad har en sysselsättningsgrad på $100 \cdot 120 / 165 = 73$ procent som utgör 0,73 årsarbetare. Beräkning: Uppgiften om antalet personer 65 år och äldre som fick insatser den 31 januari 2018 enligt Socialstyrelsens register över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning relateras till svaret i fråga (Ä)1. Redovisas som: Antal personer 65 år och äldre med insatser enligt 4 kap 1 § SoL per årsarbetande handläggare. Redovisningsnivåer: Stadsdelar i Stockholm, Göteborg, kommuner, storstäder, län och riket. Mätdatum/Mätperiod: 2017-12-31 (antal personer) och 2018-01-31 (antal handläggare). Datatäckning: Svarsfrekvensen var 91 procent
Datakällor	Öppna jämförelser 2018. Enkät till socialtjänsten, kommunundersökning, myndighetsutövningen. Register över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.

Bakgrundsmått	Andel personer 80 år och äldre i kommunen, 31 dec 2017
Syfte	Måttet beskriver hur stor andel av befolkningen som är 80 år och äldre i kommunen. Måttet ger information om omfattningen av personer som antas få eller har behov av insatser av äldreomsorgen eller kommunal hälso- och sjukvård.
Teknisk beskrivning	Beräkning: Antal personer 80 år och äldre i kommunen/länet/riket (täljare), delas med antal personer i kommunen/länet, riket (nämnare) och multipliceras med 100 för att erhålla ett procentvärde. Redovisningsnivåer: Stadsdelar i Stockholm, Göteborg, kommuner, storstäder, län och riket. Mätdatum/Mätperiod: 2017-12-31
Datakällor	Register över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.

Bakgrundsmått	Andel personer 65 år och äldre med hemtjänst 31 dec 2017
Syfte	Måttet beskriver hur stor andel av befolkningen 65 år och äldre som har hemtjänstinsatser i ordinärt boende. En hög andel kan visa att invånarnas behov är högre än i riket i stort, men det kan också tyda på att kommunen har en lägre tröskel i biståndsbedömningen när det gäller hemtjänstinsatser i ordinärt boende.
Teknisk beskrivning	Beräkning: Antal personer 65 år och äldre med beslut om hemtjänst i kommunen/länet/riket (täljare), delas med antal personer 65 år och äldre i kommunen/länet, riket (nämnare) och multipliceras med 100 för att erhålla ett procentvärde. Redovisningsnivåer: Stadsdelar i Stockholm, Göteborg, kommuner, storstäder, län och riket. Mätdatum/Mätperiod: 2017-12-31
Datakällor	Register över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.

Bakgrundsmått	Andel personer 65 år och äldre i särskilt boende 31 dec 2017
Syfte	Måttet beskriver hur stor andel av befolkningen 65 år och äldre som bor i särskilt boende. En hög andel kan visa att invånarnas behov är högre än i riket i stort, men det kan också tyda på att kommunen har en lägre tröskel i biståndsbedömningen när det gäller denna insats.
Teknisk beskrivning	Beräkning: Antal personer 65 år och äldre med beslut om särskilt boende i kommunen/länet/riket (täljare), delas med antal personer 65 år och äldre i kommunen/länet, riket (nämnare) och multipliceras med 100 för att erhålla ett procentvärde. Redovisningsnivåer: Stadsdelar i Stockholm, Göteborg, kommuner, storstäder, län och riket. Mätdatum/Mätperiod: 2017-12-31
Datakällor	Register över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.

Trygghetslarm	
Bakgrundsmått	1. Garanti om maximal tid för kontakt efter larm 2. Garanti om maximal inställelsetid för att ge den enskilde stöd och hjälp vid konstaterat behov efter larm
Kortnamn (i Excelfilen)	1. Garanterad maximal tid för kontakt med personal 2. Garanterad maximal inställelsetid efter larm
Bakgrundsmått	1. Garanti om maximal tid för kontakt efter larm 2. Garanti om maximal inställelsetid för att ge den enskilde stöd och hjälp vid konstaterat behov efter larm
Syfte	Den enskilde måste kunna lita på att trygghetslarmet fungerar när behov av stöd och hjälp uppstår som innebär att han eller hon får svar/kontakt med personal inom en viss tid. Det är en trygghet för den enskilde att veta att besök av personal kan ske inom en viss tid när behov av stöd och hjälp uppstår.

Trygghetslarm	
Teknisk beskrivning	Måttan bygger på följande enkätfrågor: (Ä)7. Har ni den 1 februari 2017 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? Svarsalternativ: ja/nej Om ja fråga (Ä)7: (Ä)7a. Ange den maximala garanterade tiden i minuter: Svarsalternativ: Inom 1 minut/3 minuter/mer än 3 minuter (Ä)8. Har ni den 1 februari 2017 en skriftlig och på ledningsnivå beslutad garanterad maximal inställelsetid inom vilken den äldre personen (65 år och äldre) i ordinärt boende ska få besök i bostaden, när denne använder sitt trygghetslarm? Svarsalternativ: Ja/Nej Om ja fråga (Ä)8: (Ä)8a: Ange den maximala inställelsetiden i minuter: Svarsalternativ: Inom 20 minuter/30 minuter/45 minuter/60 minuter/mer än 60 minuter Definitioner: Med ledningsnivå avses den nivå inom organisationen som har mandat att fastställa gemensamma beslut inom äldreomsorgen. Garantin om den maximala tiden gäller alla tider på dygnet men under normala omständigheter. Beslutet om garantin ska vara dokumenterad. Garantin gäller för samtliga personer med trygghetslarm, även dem som har insatsen utan biståndsbeslut. Funktionen trygghetslarm kan utföras i egen eller annan regi. Beräkning: Den maximala tiden anges enligt svarsalternativen i fråga (Ä)7a och (Ä)8a Redovisningsnivå: Stadsdelar i Stockholm, Göteborg. kommuner. Mätdatum/mätperiod: 1 feb 2018 Datatäckning: Svarsfrekvensen var 91 procent
Datakällor	Öppna jämförelser 2018. Enkät till socialtjänsten, kommunundersökning, myndighetsutövningen.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.