

Öppna jämförelser – Enhetsundersökning LSS 2025

Beskrivning av indikatorer och bakgrundsmått

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2025-10-9811

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, oktober 2025

Innehåll

Öppna jämförelser – för att stimulera utveckling.....	4
Syftet med öppna jämförelser	4
Indikatorer – för att belysa kvalitet	4
Hur indikatorerna tagits fram	5
Så här kan resultaten analyseras lokalt	6
Beskrivningar av indikatorer och bakgrundsmått	7
Referenser.....	37

Öppna jämförelser – för att stimulera utveckling

Enhetsundersökningen LSS är en del av Öppna jämförelser som är ett verktyg för att analysera, följa och utveckla socialtjänstens verksamheter på lokal, regional och nationell nivå. Jämförelserna riktar sig främst till tjänstemän, beslutsfattare, politiker, ansvariga huvudmän och utförare på lokal, regional och nationell nivå.

Genom öppna jämförelser på enhetsnivå kan verksamheter som utför daglig verksamhet och bostad med särskild service enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, jämföra sin verksamhet med andra verksamheter utifrån indikatorer och bakgrundsmått. Jämförelser kan även göras med resultat för kommun-, läns- och riksnivå och kan på det sättet ge en uppfattning av vad som kan behöva utvecklas för att stärka kvaliteten i verksamheten. Målet är att de verksamhetsförbättringar som öppna jämförelser ska stimulera till kommer brukaren till gagn, att den enskilde får rätt insatser utifrån dennes behov.

Syftet med öppna jämförelser

- Stimulera verksamheterna att
 - analysera och följa upp sin verksamhet
 - lära av varandra
 - förbättra kvaliteten i verksamheten
 - effektivisera verksamheten
- Skapa öppenhet och ge förbättrad insyn i offentligt finansierad hälso- och sjukvård, kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst
- Ge underlag för styrning och ledning, både nationellt och lokalt.

Uppgifterna som presenteras i öppna jämförelser är ett av flera sätt att belysa förutsättningar för god kvalitet inom socialtjänsten och kommunala hälso- och sjukvården. 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.

Indikatorer – för att belysa kvalitet

En indikator är ett mått som påvisar (indikerar) ett underliggande förhållande eller en utveckling och den skiljer sig från andra mått utifrån att

den 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]. 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].

Det finns behov av indikatorer som mäter såväl strukturer som processer och resultat för att stimulera till ett systematiskt förbättringsarbete.

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.

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

Bakgrundsmått skiljer sig från indikatorer på grund av de krav eller kriterier som ställs på en indikator. Bakgrundsmått har oftast inte någon angiven riktning men kan vara viktiga för huvudmän eller utförare att följa upp och bevaka över tid. Bakgrundsmått kan i vissa fall användas för att ge ytterligare förklaring till en indikatorns utfall.

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 professionella yrkesgrupper från kommuner, privata och idéburna utförare samt med forskare. En viktig utgångspunkt i modellen är de sex kvalitetsdimensioner som Socialstyrelsen tagit fram i God vård och omsorg [4]. Indikatorerna utgörs av de sex kvalitetsdimensionerna kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig, som framgår i figur 1.

Figur 1. Kvalitetsdimensioner i God vård och omsorg



Källa: Socialstyrelsen

Referering till kvalitetsdimensioner är framtagna för att underlätta tolkningen av resultatet för en indikator och förtydliga för huvudmännen och utförarna vilka aspekter på kvalitet som indikatorn refererar till utifrån God vård och omsorg. Indikatorer kan referera till två eller fler kvalitetsdimensioner samtidigt, Socialstyrelsen har gjort en tolkning för vilken kvalitetsdimension som indikatorerna primärt refererar till.

Så här kan resultaten analyseras lokalt

Enhetsundersökningen ger en överblick över resultaten för den egna verksamheten. Det är också möjligt att jämföra sig med andra verksamheter. På Socialstyrelsens webbplats publiceras en Excel-fil med samtliga resultat från Enhetsundersökning LSS på enhets-, kommun-, läns-, och riksnivå. Resultat på kommun- och länsnivå är aggregerade resultat för enheter i respektive kommun och län. Resultaten på riksnivå är aggregerade resultat från samtliga enheter i undersökningen. Excel-filen kan laddas ned för egen bearbetning. I filen finns uppgifter som kan användas för analys av resultaten, som till exempel regiform och typ av verksamhet. Hos Institutet för kvalitetsindikatorer, Indikator, finns ett webbverktyg som gör det möjligt för enheterna, som utför insatserna bostad med särskild service för vuxna samt daglig verksamhet enligt LSS, att ladda ner färdiga rapporter. Länk och inloggningsuppgifter finns på www.socialstyrelsen.se.

Beskrivningar av indikatorer och bakgrundsmått

Nedan beskrivs de indikatorer och bakgrundsmått som publiceras i Enhetsundersökningen LSS 2025. För att underlätta läsarens orientering är varje indikator numrerad. Samma numrering som används i tabellerna i denna rapport, används också i Excelfilerna som finns på Socialstyrelsens webbplats. Hänvisningar till lagstiftning och begrepp i indikatorbeskrivningen bygger på vid tidpunkten för enkäterna (mätdatum 1 mars 2025) gällande lagstiftning.

Nr 1 (+1a)	Aktuell genomförandeplan
Indikator/mått	• Samtliga personer på enheten har aktuella genomförandeplaner (1) • Andel med aktuella genomförandeplaner (1a). Redovisas enbart på kommun/län/rike.
Mätenhet	Procent när indikatorn aggregeras till kommun-, läns- och riksnivå
Syfte	En genomförandeplan syftar till att skapa en tydlig struktur för genomförandet och uppföljningen av en beslutad insats. Planen bör upprättas med utgångspunkt i den beslutande nämndens uppdrag hos utföraren med hänsyn tagen till den enskildes självbestämmande och integritet. Genom planen tydliggörs både för den enskilde och för personalen vad som ska göras, vem som ska göra vad, när och hur. För att planen ska kunna vara ett stöd för genomförande av insats är det viktigt att planen hålls aktuell och vid behov revideras i samråd med den enskilde.
Referens	Stöd för att arbeta med genomförandeplan finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS.
Riktning	På enhetsnivå är positivt resultat önskvärt. På kommun-, läns- och riksnivå är högt värde önskvärt.
Typ av indikator	Process
Kvalitetsdimension	Individanpassad
Datakälla	Enkät: Öppna jämförelser av bostad med särskild service för vuxna, LSS, Öppna jämförelser av daglig verksamhet, LSS
Datakällans status	Årsbaserad enkät med specifikt mätdatum
Felkällor	Indikatorn baseras på enkätdata. I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenten har tolkat frågorna samt på databearbetningen. För att minska tolkningsutrymmet finns definitioner av centrala begrepp i enkäten.
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: i. Ange antal personer på enheten med verkställt beslut på boende enligt 9 § 9 LSS/daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS, den (mätdatum).

Nr 1 (+1a)	Aktuell genomförandeplan
	ii. Du svarade på fråga i att det finns (infoga svar) personer vid enheten som har ett verkställt beslut enligt 9 § 9 LSS/9 § 10 LSS. Av dessa, hur många har en aktuell genomförandeplan den (mätdatum)? Svarsalternativ: antal 1. För att uppnå indikatorn (Ja) krävs att antalet på fråga ii är lika stort som antalet på fråga i. För Ja för några krävs att svaret är minst 1 och mindre än antalet i svaret på fråga i. För Nej är svaret på ii lika med 0 För aggregerad nivå, se täljare och nämnare 1a. Andel beräknas genom svaret på fråga ii delat på svaret på fråga i (enbart kommun, län, riket)
Definitioner	En genomförandeplan är en dokumenterad planering som beskriver hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras för den enskilde. Planen är aktuell om den utformats för mindre än 12 månader sedan eller följts upp under de senaste 12 månaderna. Uppföljningen ska ha noterats i genomförandeplanen eller journalen.
Mät- eller rampopulation	Alla enheter (bostad med särskild service för vuxna LSS och daglig verksamhet LSS) som har besvarat enkätfrågorna.
Målpopulation	Alla Sveriges enheter (bostad med särskild service för vuxna LSS och daglig verksamhet LSS)
Täljare	Antal enheter som har uppnått indikatorn
Nämnare	Alla enheter som har besvarat enkätfrågan
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Enheter, stadsdelsområden, kommuner, storstäder, län och riket
Nr 2 (+2a)	Delaktighet i genomförandeplan
Indikator/mått	- Samtliga personer på enheten har aktuella genomförandeplaner som innehåller dokumentation om hur personen varit delaktig (2). - Andel med aktuella genomförandeplaner som innehåller dokumentation om hur personen varit delaktig (2a). Redovisas enbart på kommun/län/rike.
Mätenhet	Procent när indikatorn aggregeras till kommun-, läns- och riksnivå
Syfte	Socialtjänstens insatser ska utformas och genomföras tillsammans med den enskilde. En gemensam planering kan öka förutsägbarheten för den enskilde. Förutsättningar för delaktighet behöver anpassas till den enskilde och delaktighet kan genomföras på olika sätt och i olika former. Utföraren har ett ansvar att skapa förutsättningar för delaktighet och behöver vara lyhörd för den enskildes åsikter, eventuellt genom alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) eller andra metoder och hjälpmedel. Dokumentation om hur den enskilde varit delaktig vid planeringen, visar att det förekommer ett

Nr 2 (+2a)	Delaktighet i genomförandeplan
	ställningstagande till hur verksamheterna säkerställer den enskildes delaktighet.
Referens	Vikten av den enskildes inflytande och medbestämmande både vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser som ges fastställs i 6 § LSS. Att det bör framgå i genomförandeplanen om den enskilde har deltagit i planen och vilken hänsyn som har tagits till den enskildes synpunkter och önskemål beskrivs i allmänna råd 6 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS. Delaktighet och inflytande i arbetet med genomförandeplaner. Socialstyrelsen 2014.
Riktning	På enhetsnivå är positivt resultat önskvärt. På kommun-, läns- och riksnivå är högt värde önskvärt.
Typ av indikator	Process
Kvalitetsdimension	Individanpassad
Datakälla	Enkät: Öppna jämförelser av bostad med särskild service för vuxna, LSS, Öppna jämförelser av daglig verksamhet, LSS
Datakällans status	Årsbaserad enkät med specifikt mätdatum
Felkällor	Indikatorn baseras på enkätdata. I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenten har tolkat frågorna samt på databearbetningen. För att minska tolkningsutrymmet finns definitioner av centrala begrepp i enkäten.
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: i. Ange antal personer på enheten med verkställt beslut på boende enligt 9 § 9 LSS/daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS, den (mätdatum). ii. Du svarade att (infoga svar) personer har en aktuell genomförandeplan den (mätdatum). Av dessa, hur många hade en dokumentation i planen om hur den enskilde varit delaktig vid upprättande eller förändring av planen? Svarsalternativ: antal 2. För att uppnå indikatorn (Ja) krävs att antalet på fråga ii är lika stort som antalet på fråga i. För Ja för några krävs att svaret är minst 1 och mindre än antalet i svaret på fråga i. För Nej är svaret på ii lika med 0 För aggregerad nivå, se täljare och nämnare 2a. Andel beräknas genom svaret på fråga ii delat på svaret på fråga i (enbart kommun, län, riket)
Definitioner	Med delaktighet i genomförandeplanen menas här möjlighet att utöva inflytande vid upprättande eller förändring av genomförandeplanen.

Nr 2 (+2a)	Delaktighet i genomförandeplan
Mät- eller rampopulation	Alla enheter (bostad med särskild service för vuxna LSS och daglig verksamhet LSS) som har besvarat enkätfrågorna.
Målpopulation	Alla Sveriges enheter (bostad med särskild service för vuxna LSS och daglig verksamhet LSS)
Täljare	Antal enheter som har uppnått indikatorn
Nämnare	Alla enheter som har besvarat enkätfrågan
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Enheter, stadsdelsområden, kommuner, storstäder, län och riket

Nr 3 (+3a)	Individuella mål i genomförandeplan
Indikator/mått	- Samtliga personer på enheten har aktuella genomförandeplaner som innehåller individuellt utformade mål (3). - Andel med aktuella genomförandeplaner som innehåller individuellt utformade mål (3a). Redovisas enbart på kommun/län/rike.
Mätenhet	Procent när indikatorn aggregeras till kommun-, läns- och riksnivå
Syfte	Verksamhet som bedrivs enligt LSS ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet. Det övergripande målet med stödet är att den enskilde får möjlighet att leva som andra. Individuellt utformade mål i genomförandeplanen kan ge underlag för ett individuellt stöd, främja den enskildes delaktighet i hur insatsen utformas och ge underlag för att följa upp individens resultat. Målen behöver vara överenskomna med den enskilde. De behöver vara konkreta, gå att följa upp och vara en grund för att tillsammans med den enskilde välja arbetssätt/metoder som syftar till att t.ex. stödja eller uppmuntra aktiviteter eller funktioner Ett sätt att beskriva mål är genom att använda IBIC, Individens behov i centrum.
Referens	Vad som bör framgå i genomförandeplanen beskrivs i SOSFS 2014:5, 6 kap. 2 § Om utformning av mål i genomförandeplanen: Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten. Socialstyrelsen 2021. Beskrivning och exempel på hur mål/avsett funktionstillstånd kan beskrivas både hos handläggaren och utföraren, med stöd av ICF (internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) finns i vägledningen. Individens behov i centrum Ett stöd för att använda ICF och strukturerad dokumentation för personer som behöver stöd i sin dagliga livsföring 2023.
Riktning	På enhetsnivå är positivt resultat önskvärt. På kommun-, läns- och riksnivå är högt värde önskvärt.
Typ av indikator	Process
Kvalitetsdimension	Individanpassad

Nr 3 (+3a)	Individuella mål i genomförandeplan
Datakälla	Enkät: Öppna jämförelser av bostad med särskild service för vuxna, LSS, Öppna jämförelser av daglig verksamhet, LSS
Datakällans status	Årsbaserad enkät med specifikt mätdatum
Felkällor	Indikatorn baseras på enkätdata. I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenten har tolkat frågorna samt på databearbetningen. För att minska tolkningsutrymmet finns definitioner av centrala begrepp i enkäten.
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: i. Ange antal personer på enheten med verkställt beslut på boende enligt 9 § 9 LSS/daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS, den (mätdatum). ii. Du svarade att det fanns (infoga svar) personer vid enheten som hade en aktuell genomförandeplan den (mätdatum). Av dessa, hur många hade en plan som innehåller individuellt utformat mål? Svarsalternativ: antal 2. För att uppnå indikatorn (Ja) krävs att antalet på fråga ii är lika stort som antalet på fråga i. För Ja för några krävs att svaret är minst 1 och mindre än antalet i svaret på fråga i. För Nej är svaret på ii lika med 0 För aggregerad nivå, se täljare och nämnare 2a. Andel beräknas genom svaret på fråga ii delat på svaret på fråga i (enbart kommun, län, riket)
Definitioner	Med individuellt utformat mål menas mål som den enskilde varit delaktig i att utforma, som är konkreta och uppföljningsbara och kopplade till de aktiviteter som ryms i insatsen och till den enskildes behov. Här avses inte de övergripande mål som anges i lagstiftningen, till exempel att leva som andra och full delaktighet i samhällslivet.
Mät- eller rampopulation	Alla enheter (bostad med särskild service för vuxna LSS och daglig verksamhet LSS) som har besvarat enkätfrågorna.
Målpopulation	Alla Sveriges enheter (bostad med särskild service för vuxna LSS och daglig verksamhet LSS)
Täljare	Antal enheter som har uppnått indikatorn
Nämnare	Alla enheter som har besvarat enkätfrågan
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Enheter, stadsdelsområden, kommuner, storstäder, län och riket
Nr 4	Gemensamma möten
Indikator/mått	Gemensamma möten genomförs minst en gång i månaden
Mätenhet	Procent när indikatorn aggregeras till kommun-, läns- och riksnivå

Nr 4	Gemensamma möten
Syfte	Syftet med indikatorn är att belysa brukarinflytande på verksamhetsnivå genom att se om verksamheten har metoder och arbetssätt för att främja brukares inflytande. Brukarinflytande kan förskjuta maktbalansen mellan de aktörer som beslutar eller utför insatser, och de personer som får insatserna. Verksamheten får bättre underlag för att skapa god kvalitet och personerna som får insatser får större förståelse om de är med och påverkar. Regelbundna möten för att diskutera gemensamma frågor (som t.ex. gemensamma aktiviteter eller den gemensamma boendemiljön) är ett sätt att främja brukares inflytande i verksamheten.
Referens	Att ge ordet och lämna plats – En vägledning för brukarinflytande i socialtjänsten. Socialstyrelsen 2024 Vägar till ökad delaktighet. Kunskapsstöd för socialtjänsten om arbete med stöd och service enligt LSS. Socialstyrelsen 2017.
Riktning	På enhetsnivå är positivt resultat önskvärt. På kommun-, läns- och riksnivå är högt värde önskvärt.
Typ av indikator	Process
Kvalitetsdimension	Individanpassad
Datakälla	Enkät: Öppna jämförelser av bostad med särskild service för vuxna, LSS, Öppna jämförelser av daglig verksamhet, LSS
Datakällans status	Årsbaserad enkät med specifikt mätdatum
Felkällor	Indikatorn baseras på enkätdata. I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenten har tolkat frågorna samt på databearbetningen. För att minska tolkningsutrymmet finns definitioner av centrala begrepp i enkäten.
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: i. Hur ofta har ni under perioden (12 mån) haft gemensamma möten där personer som bor i bostaden/deltar i den dagliga verksamheten är med och bestämmer i gemensamma frågor? Svarsalternativ: En gång i veckan/En gång varannan vecka/En gång i månaden/En gång i kvartalet/Mer sällan/Vi har inte sådana möten För att uppnå indikatorn krävs: Att möten genomförs minst en gång i månaden För aggregerad nivå, se täljare och nämnare.
Definitioner	Gemensamma möten ("boråd"/"arbetsplatsträffar") kan till exempel handla om att planera för gemensamma aktiviteter eller för den gemensamma miljön
Mät- eller rampopulation	Alla enheter (bostad med särskild service för vuxna LSS och daglig verksamhet LSS) som har besvarat enkätfrågorna.
Målpopulation	Alla Sveriges enheter (bostad med särskild service för vuxna LSS och daglig verksamhet LSS)
Täljare	Antal enheter som har uppnått indikatorn

Nr 4	Gemensamma möten
Nämnare	Alla enheter som har besvarat enkätfrågan
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Enheter, stadsdelsområden, kommuner, storstäder, län och riket
Nr 5	Enskildas uppfattning används för att utveckla verksamheten
Indikator/mått	Enheten har genomfört en undersökning om enskildas uppfattning av verksamhetens kvalitet och använt resultaten för att utveckla verksamheten.
Mätenhet	Procent när indikatorn aggregeras till kommun-, läns- och riksnivå
Syfte	En kunskapsbaserad socialtjänst utgår bland annat från brukarnas kunskap och erfarenhet. Uppföljning av enskildas uppfattning om verksamheten är ett led i det systematiska kvalitetsarbetet. Syftet med indikatorn är att belysa om enskildas uppfattning om till exempel bemötande och de insatser som ges sammanställs och används som stöd för verksamhetsutveckling. Verksamheten kan genom det få bättre underlag för att skapa god kvalitet och det kan också bidra till att enskilda blir mer delaktiga och får inflytande över det stöd som ges.
Referens	Att ge ordet och lämna plats - En vägledning för brukarinflytande i socialtjänsten. Socialstyrelsen 2024Socialstyrelsen 2024 Systematisk uppföljning. Beskrivning och exempel. Socialstyrelsen 2014 Systematiskt förbättringsarbete genom egenkontroll beskrivs i 5 kap. 2 § i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
Riktning	På enhetsnivå är positivt resultat önskvärt. På kommun-, läns- och riksnivå är högt värde önskvärt.
Typ av indikator	Process
Kvalitetsdimension	Individanpassad
Datakälla	Enkät: Öppna jämförelser av bostad med särskild service för vuxna, LSS, Öppna jämförelser av daglig verksamhet, LSS
Datakällans status	Årsbaserad enkät med specifikt mätdatum
Felkällor	Indikatorn baseras på enkätdata. I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenten har tolkat frågorna samt på databearbetningen. För att minska tolkningsutrymmet finns definitioner av centrala begrepp i enkäten.
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: i. Har ni gjort en undersökning om enskildas uppfattning om verksamhetens kvalitet under perioden (24 mån)? ii. Har ni använt resultaten från undersökningen för att utveckla verksamheten (enheten)?

Nr 5	Enskildas uppfattning används för att utveckla verksamheten
	Svarsalternativ: Ja/Nej För att uppnå indikatorn krävs: Ja på fråga i och Ja på fråga ii För aggregerad nivå, se täljare och nämnare.
Definitioner	Med undersökning avses här enkäter eller strukturerade intervjuer riktade till enskilda där resultaten sammanställs på gruppnivå. Undersökningen genomförs systematiskt vilket t.ex. innebär att den genomförs med en viss regelbundenhet, under en bestämd tidsperiod och riktar sig till ett bestämt urval. Det behöver säkerställas att mottagaren kan ta del av undersökningen utifrån individuella förutsättningar. Om någon annan har gjort en undersökning på uppdrag av kommunen/verksamheten ska denna räknas. Exempelvis finns den nationella brukarundersökning inom funktionshinderområdet som genomförs av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Med undersökning om enskildas uppfattning om verksamheten avses inte klagomålshanteringen eller uppföljning av genomförandeplaner. Undersökning om verksamhetens kvalitet inkluderar t.ex. frågeområden såsom information, bemötande, tillgänglighet och inflytande. Med den enskilde avses här en person som bor i bostad med särskild service/deltar i daglig verksamhet
Mät- eller rampopulation	Alla enheter (bostad med särskild service för vuxna LSS och daglig verksamhet LSS) som har besvarat enkätfrågorna.
Målpopulation	Alla Sveriges enheter (bostad med särskild service för vuxna LSS och daglig verksamhet LSS)
Täljare	Antal enheter som har uppnått indikatorn
Nämnare	Alla enheter som har besvarat enkätfrågan
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Enheter, stadsdelsområden, kommuner, storstäder, län och riket
Nr 6	Individuella kompetensutvecklingsplaner
Indikator/mått	Samtlig personal har en aktuell individuell kompetensutvecklingsplan.
Mätenhet	Procent när indikatorn aggregeras till kommun-, läns- och riksnivå
Syfte	Insatser inom socialtjänsten ska präglas av bästa tillgängliga kunskap, god kvalitet och utgå från den enskildes behov och förutsättningar. Med rätt kompetens ökar förutsättningarna för att personalen ska bidra till insatser av god kvalitet. Den som bedriver verksamhet enligt LSS har ansvar för att personalen har den kompetens som krävs för arbetsuppgifterna och verksamhetens uppdrag. Medarbetarna behöver få möjlighet att regelbundet ta del av nya kunskaper och erfarenheter och att följa kunskapsutvecklingen på området. Personalen bör vid behov få fortbildning, vidareutbildning och handledning i syfte att upprätthålla de kunskaper och förmågor som krävs för att ge god vård och omsorg. Individuella kompetensutvecklingsplaner är ett sätt för

Nr 6	Individuella kompetensutvecklingsplaner
	arbetsgivare är att skapa förutsättningar för kompetensutveckling som bygger på individuella kompetensbehov och verksamhetens mål.
Referens	Den som bedriver verksamheten ska säkerställa och fortlöpande kontrollera att personalen har den kompetens som krävs för att utföra arbetsuppgifterna - Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. I Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2014:2) om kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning, beskrivs de kunskaper som rekommenderas för personal som arbetar i verksamheter för personer med funktionsnedsättning.
Riktning	På enhetsnivå är positivt resultat önskvärt. På kommun-, läns- och riksnivå är högt värde önskvärt.
Typ av indikator	Struktur
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad
Datakälla	Enkät: Öppna jämförelser av bostad med särskild service för vuxna, LSS, Öppna jämförelser av daglig verksamhet, LSS
Datakällans status	Årsbaserad enkät med specifikt mätdatum
Felkällor	Indikatorn baseras på enkätdata. I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenten har tolkat frågorna samt på databearbetningen. För att minska tolkningsutrymmet finns definitioner av centrala begrepp i enkäten.
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: i. Ange antal tillsvidare- och visstidsanställd personal som var anställda på enheten den (mätdatum). ii. Du svarade att det var (infoga svar) tillsvidare- och visstidsanställd personal på enheten den (mätdatum). Av dessa, hur många anställdes före den (12 mån innan mätdatum)? iii. Av de (infoga svar) som var tillsvidare- och visstidsanställda och anställdes före den (12 mån innan mätdatum), hur många hade en aktuell individuell kompetensutvecklingsplan den (mätdatum)? Svarsalternativ: Antal För att uppnå indikatorn (Ja) krävs att antalet på fråga ii är lika stort som antalet på fråga i. För Ja för några krävs att svaret är minst 1 och mindre än antalet i svaret på fråga i. För Nej är svaret på ii lika med 0 För aggregerad nivå, se täljare och nämnare.
Definitioner	Med kompetensutveckling menas att personalen utvecklas i sin yrkesroll genom exempelvis utbildning, kurser eller handledning, utifrån verksamhetens uppdrag. Med kompetensutvecklingsplan avses en överenskommelse mellan arbetsgivaren och den anställda om kompetensutvecklingsinsatser. En

Nr 6	Individuella kompetensutvecklingsplaner
	sådan planering kan till exempel göras i samband med medarbetarsamtal. Planen är aktuell om den utformats för mindre än 12 månader sedan eller följts upp under de senaste 12 månaderna.
Mät- eller rampopulation	Alla enheter (bostad med särskild service för vuxna LSS och daglig verksamhet LSS) som har besvarat enkätfrågorna.
Målpopulation	Alla Sveriges enheter (bostad med särskild service för vuxna LSS och daglig verksamhet LSS)
Täljare	Antal enheter som har uppnått indikatorn
Nämnare	Alla enheter som har besvarat enkätfrågan
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Enheter, stadsdelsområden, kommuner, storstäder, län och riket

Nr 7	Samlad kompetensutvecklingsplan
Indikator/mått	En aktuell och samlad plan för personalens kompetensutveckling finns vid enheten.
Mätenhet	Procent när indikatorn aggregeras till kommun-, läns- och riksnivå
Syfte	Insatser inom socialtjänsten ska präglas av bästa tillgängliga kunskap, god kvalitet och utgå från den enskildes behov och förutsättningar. Med rätt kompetens ökar förutsättningarna för att personalen ska bidra till insatser av god kvalitet. Den som bedriver verksamhet enligt LSS har ansvar för att personalen har den kompetens som krävs för arbetsuppgifterna och verksamhetens uppdrag. Medarbetarna behöver få möjlighet att regelbundet ta del av nya kunskaper och erfarenheter och att följa kunskapsutvecklingen på området. Personalen bör vid behov få fortbildning, vidareutbildning och handledning i syfte att upprätthålla de kunskaper och förmågor som krävs för att ge god vård och omsorg. Samlade kompetensutvecklingsplaner är ett sätt för arbetsgivare att skapa förutsättningar för kompetensutveckling som bygger på verksamhetens kompetensbehov och mål.
Referens	Den som bedriver verksamheten ska säkerställa och fortlöpande kontrollera att personalen har den kompetens som krävs för att utföra arbetsuppgifterna - Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. I Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2014:2) om kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning, beskrivs de kunskaper som rekommenderas för personal som arbetar i verksamheter för personer med funktionsnedsättning.
Riktning	På enhetsnivå är positivt resultat önskvärt. På kommun-, läns- och riksnivå är högt värde önskvärt.
Typ av indikator	Struktur

Nr 7	Samlad kompetensutvecklingsplan
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad
Datakälla	Enkät: Öppna jämförelser av bostad med särskild service för vuxna, LSS, Öppna jämförelser av daglig verksamhet, LSS
Datakällans status	Årsbaserad enkät med specifikt mätdatum
Felkällor	Indikatorn baseras på enkätdata. I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenten har tolkat frågorna samt på databearbetningen. För att minska tolkningsutrymmet finns definitioner av centrala begrepp i enkäten.
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: i. Har ni den (mätdatum) en samlad plan för personalens kompetensutveckling som omfattar all personal vid enheten? ii. Har ni någon gång under perioden (12 mån) följt upp den samlade planen för personalens kompetensutveckling? Svarsalternativ: Ja/Nej För att uppnå indikatorn krävs: Ja på fråga i och Ja eller Ej aktuellt på fråga ii För aggregerad nivå, se täljare och nämnare.
Definitioner	Med kompetensutveckling menas att personalen utvecklas i sin yrkesroll genom exempelvis utbildning, kurser eller handledning, utifrån verksamhetens uppdrag Med samlad plan för personalens kompetensutveckling menas en enhetsgemensam eller verksamhetsgemensam plan för personalens kompetensutveckling som bygger på verksamhetens uppdrag/mål och kartläggning av personalens individuella kompetenser. Med uppföljning avses att ni har kontrollerat att den samlade planen för personalens kompetensutveckling används och fungerar på avsett sätt samt att den vid behov har reviderats.
Mät- eller rampopulation	Alla enheter (bostad med särskild service för vuxna LSS och daglig verksamhet LSS) som har besvarat enkätfrågorna.
Målpopulation	Alla Sveriges enheter (bostad med särskild service för vuxna LSS och daglig verksamhet LSS)
Täljare	Antal enheter som har uppnått indikatorn
Nämnare	Alla enheter som har besvarat enkätfrågan
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Enheter, stadsdelsområden, kommuner, storstäder, län och riket

Nr 8	Kompetensutveckling inom Alternativ och Kompletterande Kommunikation (AKK)
Indikator/mått	Personalen har erbjudits kompetensutveckling inom Alternativ och Kompletterande Kommunikation (AKK)
Mätenhet	Procent när indikatorn aggregeras till kommun-, läns- och riksnivå
Syfte	Personer med kommunikationssvårigheter bör få tillgång till individuellt anpassad Alternativ och Kompletterande Kommunikation (AKK). AKK är en samlingsterm för insatser som avser att förbättra en människas möjligheter att kommunicera och är ett brett begrepp som kan vara allt från kommunikation med bilder till tekniska hjälpmedel. Behovet kan se olika ut och även personer som kan tala kan behöva AKK som stöd. Tillgång till AKK ökar möjligheten till att en person kan förmedla och ta emot de budskap som han eller hon har behov av i sin vardagliga omgivning, vilket är en förutsättning för möjligheten att påverka sin situation. Det är därför viktigt att det i verksamheten finns kunskap hos personalen om AKK. AKK rekommenderas i LSS-verksamhet för att förebygga och minska utmanande beteende. Att erbjuda personalen kompetensutveckling inom AKK visar på en medvetenhet om vikten av att kunna erbjuda samtliga individer stöd i kommunikation efter behov.
Referens	I Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2014:2) om kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning, beskrivs de kunskaper som rekommenderas för personal som arbetar i verksamheter för personer med funktionsnedsättning. Att förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamhet. Ett kunskapsstöd med rekommendationer för chefer, verksamhetsansvariga och personal. Socialstyrelsen 2015
Riktning	På enhetsnivå är positivt resultat önskvärt. På kommun-, läns- och riksnivå är högt värde önskvärt.
Typ av indikator	Struktur
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad
Datakälla	Enkät: Öppna jämförelser av bostad med särskild service för vuxna, LSS, Öppna jämförelser av daglig verksamhet, LSS
Datakällans status	Årsbaserad enkät med specifikt mätdatum
Felkällor	Indikatorn baseras på enkätdata. I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenten har tolkat frågorna samt på databearbetningen. För att minska tolkningsutrymmet finns definitioner av centrala begrepp i enkäten.
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: i. Har personalen på enheten erbjudits kompetensutveckling inom Alternativ och Kompletterande Kommunikation (AKK) under perioden (12 mån)? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt För att uppnå indikatorn krävs: Ja på fråga i

Nr 8	Kompetensutveckling inom Alternativ och Kompletterande Kommunikation (AKK)
	För aggregerad nivå, se täljare och nämnare.
Definitioner	Kompetensutveckling kan här t.ex. vara externa kurser eller intern utbildning av personer med särskild kunskap om AKK. Alternativ och Kompletterande Kommunikation (AKK) är en samlingsterm för insatser som avser att förbättra en människas möjligheter att kommunicera och innebär att man kompletterar eller ersätter ett bristfälligt tal eller språk. De vanligaste formerna av AKK är tecken som stöd, foton, symboler, bilder, konkreta föremål eller talande hjälpmedel.
Mät- eller rampopulation	Alla enheter (bostad med särskild service för vuxna LSS och daglig verksamhet LSS) som har besvarat enkätfrågorna.
Målpopulation	Alla Sveriges enheter (bostad med särskild service för vuxna LSS och daglig verksamhet LSS)
Täljare	Antal enheter som har uppnått indikatorn
Nämnare	Alla enheter som har besvarat enkätfrågan
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Enheter, stadsdelsområden, kommuner, storstäder, län och riket
Nr 9	Kontinuerlig handledning
Indikator/mått	Personalen har erbjudits kontinuerlig handledning
Mätenhet	Procent när indikatorn aggregeras till kommun-, läns- och riksnivå
Syfte	Insatser inom socialtjänsten ska präglas av bästa tillgängliga kunskap, god kvalitet och utgå från den enskildes behov och förutsättningar. Med rätt kompetens ökar förutsättningarna för att personalen ska bidra till insatser av god kvalitet. Syftet med indikatorn är att mäta om personalen erbjuds kontinuerlig handledning som en del av personalens kompetensutveckling. Den som bedriver verksamhet enligt LSS har ansvar för att personalen har den kompetens som krävs för arbetsuppgifterna och verksamhetens uppdrag. Medarbetarna behöver få möjlighet att regelbundet ta del av nya kunskaper och erfarenheter och få möjlighet att följa kunskapsutvecklingen på området. En viktig uppgift för arbetsgivare är att skapa förutsättningar för kompetensutveckling. Personalen bör vid behov få fortbildning, vidareutbildning och handledning i syfte att upprätthålla de kunskaper och förmågor som krävs för att ge god vård och omsorg. Handledning kan ha en stödjande funktion för personalen, ses som en kompetenshöjande insats, bidra till den professionella utvecklingen och fungera som en kvalitetssäkring för verksamheten. Några syften med handledning är att ge stöd för reflektion och distans, ge aktuell kunskap och personlig utveckling.
Referens	I Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2014:2) om kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning, beskrivs de kunskaper som

Nr 9	Kontinuerlig handledning
	rekommenderas för personal som arbetar i verksamheter för personer med funktionsnedsättning. Den som bedriver verksamheten ska säkerställa och fortlöpande kontrollera att personalen har den kompetens som krävs för att utföra arbetsuppgifterna - Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
Riktning	På enhetsnivå är positivt resultat önskvärt. På kommun-, läns- och riksnivå är högt värde önskvärt.
Typ av indikator	Struktur
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad
Datakälla	Enkät: Öppna jämförelser av bostad med särskild service för vuxna, LSS, Öppna jämförelser av daglig verksamhet, LSS
Datakällans status	Årsbaserad enkät med specifikt mätdatum
Felkällor	Indikatorn baseras på enkätdata. I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenten har tolkat frågorna samt på databearbetningen. För att minska tolkningsutrymmet finns definitioner av centrala begrepp i enkäten.
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: i. Har personalen på enheten erbjudits kontinuerlig handledning under perioden (12 mån)? Svarsalternativ: Ja/Nej För att uppnå indikatorn krävs: Ja på fråga i För aggregerad nivå, se täljare och nämnare.
Definitioner	Med handledning avses handledning av för uppgiften utbildad handledare som inte arbetar i den egna verksamheten. Med handledning avses här inte arbetsledning av chef. Syftet med handledning är att ha en stödjande funktion för personalen, bidra till den professionella utvecklingen och fungera som kvalitetssäkring i verksamheten. Handledningen kan ske i grupp eller enskilt och utformning/inriktning behöver väljas efter de behov som finns i verksamheten. Kontinuerlig innebär att här inte avses handledning vid enstaka tillfällen. Handledningen ska vara regelbunden under en längre tidsperiod, dvs. erbjudas återkommande med jämna mellanrum.
Mät- eller rampopulation	Alla enheter (bostad med särskild service för vuxna LSS och daglig verksamhet LSS) som har besvarat enkätfrågorna.
Målpopulation	Alla Sveriges enheter (bostad med särskild service för vuxna LSS och daglig verksamhet LSS)
Täljare	Antal enheter som har uppnått indikatorn
Nämnare	Alla enheter som har besvarat enkätfrågan

Nr 9	Kontinuerlig handledning
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Enheter, stadsdelsområden, kommuner, storstäder, län och riket
Nr 10	Rutiner för att säkerställa tillgång till hälso- och sjukvård
Indikator/mått	Enheten har aktuella rutiner för att säkerställa att de som bor på boendet får tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver.
Mätenhet	Procent när indikatorn aggregeras till kommun-, läns- och riksnivå
Syfte	Hälsan hos personer med funktionsnedsättning är generellt sämre än hos övrig befolkning och personer med intellektuell funktionsnedsättning och/eller kommunikationssvårigheter kan ha svårt att tolka och förmedla behov av hälso- och sjukvård. I insatsen bostad med särskild service ingår bland annat att göra tillgänglig den hälso- och sjukvård som den enskilde behöver. I insatsen ingår ett kommunfinansierat hälso- och sjukvårdsansvar upp till sjuksköterskenivå. Hur det är organiserat skiljer sig mellan olika verksamheter och kommuner. Personerna som bor i boendet kan också behöva hälso- och sjukvårdsinsatser från andra vårdaktörer (t ex läkare i primärvård och specialistvård). Det är viktigt att verksamheter har rutiner för att säkerställa den enskildes hela behov av hälso- och sjukvård.
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2002:9) om bostad med särskild service för vuxna Kommunens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård regleras i 12 kap Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) Verksamhetens ansvar att fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet regleras i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
Riktning	På enhetsnivå är positivt resultat önskvärt. På kommun-, läns- och riksnivå är högt värde önskvärt.
Typ av indikator	Process
Kvalitetsdimension	Individanpassad
Datakälla	Enkät: Öppna jämförelser av bostad med särskild service för vuxna, LSS,
Datakällans status	Årsbaserad enkät med specifikt mätdatum
Felkällor	Indikatorn baseras på enkätdata. I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenten har tolkat frågorna samt på databearbetningen. För att minska tolkningsutrymmet finns definitioner av centrala begrepp i enkäten.
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor:

Nr 10	Rutiner för att säkerställa tillgång till hälso- och sjukvård i. Har enheten den (mät datum) en skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för att säkerställa att de som bor på boendet får tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver? ii. Har ni någon gång under perioden (12 mån) följt upp rutinen för att säkerställa att de som bor på boendet får tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver? Svarsalternativ: Ja/Nej För att uppnå indikatorn krävs: Ja på fråga i och Ja på fråga ii För aggregerad nivå, se täljare och nämnare.
Definitioner	Med rutin avses ett bestämt tillvägagångssätt för hur aktiviteter ska genomföras samt ange ansvarsfördelningen. Rutinen ska vara känd och användas av ansvarig personal. Det innebär till exempel att personalen vet vem eller vilka personer som kontaktas när det finns behov av eller stöd för ställningstagande till lämplig åtgärd. Rutinerna behöver här omfatta till exempel hur personalen ska agera i olika situationer, vem som ska kontaktas och vem som ansvarar för vad. Med ledningsnivå avses här den nivå inom organisationen/verksamheten som har mandat att besluta om rutiner. Det kan handla om egna lokala skriftliga rutiner eller gemensamma skriftliga rutiner som vårdgivaren eller kommunen/stadsdelen har tagit fram för sina verksamheter. Med personal avses här all personal som ger insatser vid boendet. Med hälso- och sjukvård avses här den enskildes hela behov av hälso- och sjukvård, d.v.s. den hälso- och sjukvård (inklusive habilitering, rehabilitering och hjälpmedel) som kommunen ansvarar för (12 kap Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) HSL), men även hälso- och sjukvård genom andra vårdaktörer (t.ex. läkare i primärvård, akutsjukvård eller specialistvård). 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 försedd med datum.
Mät- eller rampopulation	Alla enheter (bostad med särskild service för vuxna LSS som har besvarat enkätfrågorna.
Målpopulation	Alla Sveriges enheter (bostad med särskild service för vuxna LSS
Täljare	Antal enheter som har uppnått indikatorn
Nämnare	Alla enheter som har besvarat enkätfrågan
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Enheter, stadsdelsområden, kommuner, storstäder, län och riket

Nr 11	Rutiner för samverkan kring hjälpmedel
Indikator/mått	Enheten har aktuella rutiner för hur samverkan med förskrivare av hjälpmedel ska ske
Mätenhet	Procent när indikatorn aggregeras till kommun-, läns- och riksnivå
Syfte	För att personer med funktionsnedsättning ska kunna vara aktiva och delta i samhällslivet krävs vid behov väl fungerande hjälpmedel som kan öka oberoendet och delaktigheten. Samverkan kring hjälpmedel är viktig för att få en systematisk och långsiktig planering av den enskildes behov av hjälpmedel. Samverkan kan bidra till kunskap som förskrivaren behöver för att göra en bedömning av den enskildes situation och behov samt till att personalen får kunskap om de hjälpmedel som individen behöver i sin vardag. Ansvar för att tillhandahålla olika hjälpmedel är delat mellanregion och kommun. Förskrivare av hjälpmedel finns därför i olika verksamheter och det skiljer sig i olika kommuner och verksamheter hur detta är organiserat. Rutiner för hur personalen i boendet ska samverka med förskrivare av hjälpmedel, oavsett om den finns inom den egna verksamheten eller hos andra vårdgivare, är ett sätt att säkerställa att den enskilde får tillgång till hjälpmedel efter behov och att det följs upp.
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2002:9) om bostad med särskild service för vuxna Verksamhetens ansvar att fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet regleras i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
Riktning	På enhetsnivå är positivt resultat önskvärt. På kommun-, läns- och riksnivå är högt värde önskvärt.
Typ av indikator	Struktur
Kvalitetsdimension	Individanpassad
Datakälla	Enkät: Öppna jämförelser av bostad med särskild service för vuxna, LSS,
Datakällans status	Årsbaserad enkät med specifikt mätdatum
Felkällor	Indikatorn baseras på enkätdata. I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenten har tolkat frågorna samt på databearbetningen. För att minska tolkningsutrymmet finns definitioner av centrala begrepp i enkäten.
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: i. Har enheten den (mätdatum) en skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för hur samverkan med förskrivare av hjälpmedel till de som bor i boendet ska ske? ii. Har ni någon gång under perioden (12 mån) följt upp rutinen för hur samverkan med förskrivare av hjälpmedel till de som bor i boendet ska ske? Svarsalternativ: Ja/Nej För att uppnå indikatorn krävs: Ja på fråga i och Ja på fråga ii

Nr 11	Rutiner för samverkan kring hjälpmedel
	För aggregerad nivå, se täljare och nämnare.
Definitioner	Med rutin avses ett bestämt tillvägagångssätt för hur aktiviteter ska genomföras samt ange ansvarsfördelningen. Rutinen ska vara känd och användas av ansvarig personal. Med ledningsnivå avses här den nivå inom organisationen/verksamheten som har mandat att besluta om rutiner. Det kan handla om egna lokala skriftliga rutiner eller gemensamma skriftliga rutiner som vårdgivaren eller kommunen/stadsdelen har tagit fram för sina verksamheter. Med samverkan avses övergripande gemensamt handlande på ett organisatorisk plan för ett visst syfte. Samverkan kan ske inom och mellan t.ex. enheter, myndigheter och samhällsaktörer och t.ex. gälla aktivt utbyte av information eller att planera gemensamma aktiviteter. Med förskrivare menas den som förskriver hjälpmedel utifrån Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Förskrivaren kan finnas i den egna verksamheten eller hos andra vårdgivare. Med hjälpmedel menas individuellt utprovad produkt som syftar till att bibehålla eller öka aktivitet, delaktighet eller självständighet genom att kompensera en funktionsnedsättning. Här avses inte de hjälpmedel som räknas som arbetstekniska hjälpmedel eller grundutrustning i bostaden. Exempel på hjälpmedel för det dagliga livet är rullstolar och gånghjälpmedel, hörapparater, och synhjälpmedel. Det kan även vara hjälpmedel för alternativ kommunikation, t.ex. samtalsapparater eller kognitivt stöd som appar för påminnelser eller tidshjälpmedel. Här avses inte samordnad individuell plan enligt Socialtjänstlagen 2 kap § 7 och Hälso- och sjukvårdslagen 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 försedd med datum.
Mät- eller rampopulation	Alla enheter (bostad med särskild service för vuxna LSS som har besvarat enkätfrågorna.
Målpopulation	Alla Sveriges enheter (bostad med särskild service för vuxna LSS)
Täljare	Antal enheter som har uppnått indikatorn
Nämnare	Alla enheter som har besvarat enkätfrågan
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Enheter, stadsdelsområden, kommuner, storstäder, län och riket
Nr 12	Rutin för att förebygga våld eller övergrepp
Indikator/mått	Enheten har aktuella rutiner för hur personalen ska agera vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde har utsatts för våld eller andra övergrepp
Mätenhet	Procent när indikatorn aggregeras till kommun-, läns- och riksnivå

Nr 12	Rutin för att förebygga våld eller övergrepp
Syfte	Personalen är ofta de som först kan observera tecken på att allt inte står rätt till och agera riskförebyggande. Skriftliga rutiner för hur personalen ska fråga och agera vid indikation på våld kan vara ett stöd för personalen att agera. Personal som genomför insatser bör ha kunskap om våld och andra övergrepp för att kunna uppmärksamma att en person är våldsutsatt.
Referens	Verksamhetens ansvar att fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet regleras bland annat i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Våld i nära relationer – Handbok för socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården, Socialstyrelsen 2023. Meddelandeblad nr 3/2022 Nya föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer
Riktning	På enhetsnivå är positivt resultat önskvärt. På kommun-, läns- och riksnivå är högt värde önskvärt.
Typ av indikator	Struktur
Kvalitetsdimension	Säker
Datakälla	Enkät: Öppna jämförelser av bostad med särskild service för vuxna, LSS, Öppna jämförelser av daglig verksamhet, LSS
Datakällans status	Årsbaserad enkät med specifikt mätdatum
Felkällor	Indikatorn baseras på enkätdata. I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenten har tolkat frågorna samt på databearbetningen. För att minska tolkningsutrymmet finns definitioner av centrala begrepp i enkäten.
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: i. Har ni den (mätdatum) skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner som beskriver hur personalen vid enheten ska agera vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde som bor på boendet/deltar i den dagliga verksamheten har utsatts för våld eller andra övergrepp (t.ex. av en anhörig/närstående, av andra personer som bor på boendet/deltar i den dagliga verksamheten eller av personal)? Svarsalternativ: Ja/Nej ii. Har ni någon gång under perioden (12 mån) följt upp rutinerna om agerandet vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde som bor på boendet/deltar i den dagliga verksamheten har utsatts för våld eller andra övergrepp (t.ex. av en anhörig/närstående, av andra personer som bor på boendet/ deltar i den dagliga verksamheten eller av personal)? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, rutinen upprättades nyligen För att uppnå indikatorn krävs: Ja på fråga i och Ja eller Ej aktuellt på fråga i. För aggregerad nivå, se täljare och nämnare.

Nr 12	Rutin för att förebygga våld eller övergrepp
Definitioner	Med rutin avses en beskrivning av ett bestämt tillvägagångssätt för hur aktiviteter ska genomföras samt ange ansvarsfördelningen. Rutinen ska vara känd och användas av ansvarig personal. Det innebär till exempel att personalen vet vem eller vilka personer som kontaktas när det finns behov av eller stöd för ställningstagande till lämplig åtgärd. Observera att dessa rutiner inte ersätter den rapporteringsskyldighet som föreligger enligt bestämmelserna i Lex Sarah. Med ledningsnivå avses här den nivå inom organisationen/verksamheten som har mandat att besluta om rutiner. Det kan handla om egna lokala skriftliga rutiner eller gemensamma skriftliga rutiner som organisationen/verksamheten vårdgivaren eller kommunen/stadsdelen har tagit fram för sina verksamheter. Med personal avses här all personal som ger insatser vid enheten. Våld eller andra övergrepp – kan handla om fysiskt och 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. 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 försedd med datum.
Mät- eller rampopulation	Alla enheter (bostad med särskild service för vuxna LSS och daglig verksamhet LSS) som har besvarat enkätfrågorna.
Målpopulation	Alla Sveriges enheter (bostad med särskild service för vuxna LSS och daglig verksamhet LSS)
Täljare	Antal enheter som har uppnått indikatorn
Nämnare	Alla enheter som har besvarat enkätfrågan
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Enheter, stadsdelsområden, kommuner, storstäder, län och riket

Nr 13	Rutin för att förebygga missbruk av läkemedel
Indikator/mått	Enheten har aktuella rutiner för hur personalen ska agera vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde är beroende av/missbrukar läkemedel
Mätenhet	Procent när indikatorn aggregeras till kommun-, läns- och riksnivå
Syfte	Genom tidig upptäckt av ett behov hos den enskilde och därefter åtgärd, är det möjligt att förebygga ohälsa. Skriftliga rutiner för hur personalen ska fråga och agera vid indikation på missbruk kan vara ett stöd för personalen att agera. Personalen är ofta de som först kan observera tecken på att allt inte står rätt till och agera riskförebyggande.
Referens	Verksamhetens ansvar att fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet regleras bland annat i Socialstyrelsens

Nr 13	Rutin för att förebygga missbruk av läkemedel
	föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
Riktning	På enhetsnivå är positivt resultat önskvärt. På kommun-, läns- och riksnivå är högt värde önskvärt.
Typ av indikator	Struktur
Kvalitetsdimension	Säker
Datakälla	Enkät: Öppna jämförelser av bostad med särskild service för vuxna, LSS, Öppna jämförelser av daglig verksamhet, LSS
Datakällans status	Årsbaserad enkät med specifikt mätdatum
Felkällor	Indikatorn baseras på enkätdata. I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenten har tolkat frågorna samt på databearbetningen. För att minska tolkningsutrymmet finns definitioner av centrala begrepp i enkäten.
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: i. Har ni den (mätdatum) skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner som beskriver hur personalen vid enheten ska agera vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde som bor på boendet/ deltar i den dagliga verksamheten är beroende av/missbrukar läkemedel? Svarsalternativ: Ja/Nej ii. Har ni någon gång under perioden (12 mån) följt upp rutinerna om agerandet vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde som bor på boendet/ deltar i den dagliga verksamheten är beroende av/missbrukar läkemedel? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, rutinen upprättades nyligen För att uppnå indikatorn krävs: Ja på fråga i och Ja eller Ej aktuellt på fråga i. För aggregerad nivå, se täljare och nämnare.
Definitioner	Med rutin avses en beskrivning av ett bestämt tillvägagångssätt för hur aktiviteter ska genomföras samt ange ansvarsfördelningen. Rutinen ska vara känd och användas av ansvarig personal. Det innebär till exempel att personalen vet vem eller vilka personer som kontaktas när det finns behov av eller stöd för ställningstagande till lämplig åtgärd. Observera att dessa rutiner inte ersätter den rapporteringsskyldighet som föreligger enligt bestämmelserna i Lex Sarah. Med ledningsnivå avses här den nivå inom organisationen/verksamheten som har mandat att besluta om rutiner. Det kan handla om egna lokala skriftliga rutiner eller gemensamma skriftliga rutiner som organisationen/verksamheten har tagit fram. Med personal avses här all personal som ger insatser vid enheten. Beroende innebär 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.

Nr 13	Rutin för att förebygga missbruk av läkemedel
	Missbruk betecknas som bruk av substanser på ett sätt som skadar hälsan. Skadan kan vara fysisk eller psykisk. Trots återkommande problem fortsätter man använda substansen. Vid beroende eller missbruk av läkemedel är det inte längre symtomen på till exempel smärta eller oro som den som är berörd vill få bort, utan personen känner sug efter själva läkemedlet och kan få abstinens utan det. 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 försedd med datum.
Mät- eller rampopulation	Alla enheter (bostad med särskild service för vuxna LSS och daglig verksamhet LSS) som har besvarat enkätfrågorna.
Målpopulation	Alla Sveriges enheter (bostad med särskild service för vuxna LSS och daglig verksamhet LSS)
Täljare	Antal enheter som har uppnått indikatorn
Nämnare	Alla enheter som har besvarat enkätfrågan
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Enheter, stadsdelsområden, kommuner, storstäder, län och riket
Nr 14	Rutin för att förebygga missbruk av alkohol eller andra beroendeframkallande medel
Indikator/mått	Enheten har aktuella rutiner för hur personalen ska agera vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde är beroende av/missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel (ej läkemedel)
Mätenhet	Procent när indikatorn aggregeras till kommun-, läns- och riksnivå
Syfte	Genom tidig upptäckt av ett behov hos den enskilde och därefter åtgärd, är det möjligt att förebygga ohälsa. Skriftliga rutiner för hur personalen ska fråga och agera vid indikation på missbruk kan vara ett stöd för personalen att agera. Personalen är ofta de som först kan observera tecken på att allt inte står rätt till och agera riskförebyggande.
Referens	Socialnämndens ansvar att arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel regleras i Socialtjänstlagen 3 kap 7 § Verksamhetens ansvar att fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet regleras bland annat i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
Riktning	På enhetsnivå är positivt resultat önskvärt. På kommun-, läns- och riksnivå är högt värde önskvärt.
Typ av indikator	Struktur

Nr 14	Rutin för att förebygga missbruk av alkohol eller andra beroendeframkallande medel
Kvalitetsdimension	Säker
Datakälla	Enkät: Öppna jämförelser av bostad med särskild service för vuxna, LSS, Öppna jämförelser av daglig verksamhet, LSS
Datakällans status	Årsbaserad enkät med specifikt mätdatum
Felkällor	Indikatorn baseras på enkätdata. I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenten har tolkat frågorna samt på databearbetningen. För att minska tolkningsutrymmet finns definitioner av centrala begrepp i enkäten.
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: i. Har ni den (mätdatum) skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner som beskriver hur personalen vid enheten ska agera vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde som bor på boendet/ deltar i den dagliga verksamheten är beroende av/missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel (ej läkemedel)? Svarsalternativ: Ja/Nej ii. Har ni någon gång under perioden (12 mån) följt upp rutinerna om agerandet vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde som bor på boendet/deltar i den dagliga verksamheten är beroende av/missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel (ej läkemedel)? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, rutinen upprättades nyligen För att uppnå indikatorn krävs: Ja på fråga i och Ja eller ej aktuellt på fråga i. För aggregerad nivå, se täljare och nämnare.
Definitioner	Med rutin avses en beskrivning av ett bestämt tillvägagångssätt för hur aktiviteter ska genomföras samt ange ansvarsfördelningen. Rutinen ska vara känd och användas av ansvarig personal. Det innebär till exempel att personalen vet vem eller vilka personer som kontaktas när det finns behov av eller stöd för ställningstagande till lämplig åtgärd. Observera att dessa rutiner inte ersätter den rapporteringsskyldighet som föreligger enligt bestämmelserna i Lex Sarah. Med ledningsnivå avses här den nivå inom organisationen/verksamheten som har mandat att besluta om rutiner. Det kan handla om egna lokala skriftliga rutiner eller gemensamma skriftliga rutiner som organisationen/verksamheten har tagit fram. Med personal avses här all personal som ger insatser vid enheten. Beroende innebär 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. Missbruk betecknas som bruk av substanser på ett sätt som skadar hälsan. Skadan kan vara fysisk eller psykisk. Trots återkommande problem fortsätter man använda substansen. Med andra beroendeframkallande medel avses här följande narkotiska preparat; cannabis (hasch, marijuana), centralstimulantia (amfetamin, kokain m.fl.), hallucinogener (Ecstasy, meskalin, GHB m.fl.).

Nr 14	Rutin för att förebygga missbruk av alkohol eller andra beroendeframkallande medel
	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 försedd med datum.
Mät- eller rampopulation	Alla enheter (bostad med särskild service för vuxna LSS och daglig verksamhet LSS) som har besvarat enkätfrågorna.
Målpopulation	Alla Sveriges enheter (bostad med särskild service för vuxna LSS och daglig verksamhet LSS)
Täljare	Antal enheter som har uppnått indikatorn
Nämnare	Alla enheter som har besvarat enkätfrågan
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Enheter, stadsdelsområden, kommuner, storstäder, län och riket
Nr 15	Rutin för att förebygga utmanande beteende
Indikator/mått	Enheten har aktuella rutiner för hur personalen ska arbeta förebyggande och agera om en brukare riskerar att skada sig själv och/eller andra eller har andra utmanande beteenden.
Mätenhet	Ja/delvis/Nej på enhetsnivå. Procent när indikatorn aggregeras till kommun-, läns- och riksnivå
Syfte	Skriftliga rutiner för hur personalen ska arbeta förebyggande och agera om en brukare riskerar att skada sig själv och/eller andra eller har andra utmanande beteenden kan vara ett stöd för personalen att agera. Personalen är ofta de som först kan observera tecken på att allt inte står rätt till och agera riskförebyggande. Utmanande beteenden ses som signaler på att personen inte får sina behov tillgodosedda. Lösningen på problemen ligger alltid i samspelet med personen. Det är omgivningens ansvar att hitta lösningar så att en person som utvecklat utmanande beteenden kan leva ett gott liv.
Referens	Att förebygga tvångs- och begränsningsåtgärder genom det systematiska kvalitetsarbetet, Socialstyrelsen 2016. Att förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamhet. Ett kunskapsstöd med rekommendationer för chefer, verksamhetsansvariga och personal. Socialstyrelsen 2015. Verksamhetens ansvar att fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet regleras bland annat i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
Riktning	På enhetsnivå är positivt resultat önskvärt. På kommun-, läns- och riksnivå är högt värde önskvärt.
Typ av indikator	Struktur
Kvalitetsdimension	Säker

Nr 15	Rutin för att förebygga utmanande beteende
Datakälla	Enkät: Öppna jämförelser av bostad med särskild service för vuxna, LSS, Öppna jämförelser av daglig verksamhet, LSS
Datakällans status	Årsbaserad enkät med specifikt mätdatum
Felkällor	Indikatorn baseras på enkätdata. I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenten har tolkat frågorna samt på databearbetningen. För att minska tolkningsutrymmet finns definitioner av centrala begrepp i enkäten.
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: i. Har ni den dag månad år skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner som beskriver hur personalen vid enheten ska arbeta förebyggande och agera om de som bor på boendet/deltar i daglig verksamhet riskerar att skada sig själva och/eller andra eller har andra utmanande beteenden? Svarsalternativ: Ja/Nej ii. Har ni någon gång under perioden dag månad år – dag månad år följt upp rutinerna om hur personalen vid enheten ska arbeta förebyggande och agera om de som bor på boendet/deltar i daglig verksamhet riskerar att skada sig själv och/eller andra eller har andra utmanande beteenden? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, rutinen upprättades nyligen För att uppnå indikatorn krävs: Ja på fråga i och Ja eller Ej aktuellt på fråga ii. För aggregerad nivå, se täljare och nämnare. Definition för enhetsnivå: Ja = rutiner finns och har följts under hela perioden, Delvis = rutiner finns men har bara följts delvis eller nyligen införts, Nej = rutiner saknas.
Definitioner	Med utmanande beteende avses här ett beteende som är av en sådan svårighetsgrad, intensitet, frekvens eller varaktighet att det riskerar att påverka nivån av livskvalitet eller den fysiska säkerheten för personen själv eller personer i dess närhet. Det är omgivningen som utmanas av beteendet. I omgivningen ingår personalen och deras sätt att förstå och interagera med personen. Det är omgivningens ansvar att hitta lösningar så att en person som utvecklat utmanande beteenden kan leva ett gott liv. Med ledningsnivå avses här den nivå inom organisationen/verksamheten som har mandat att besluta om rutiner. Det kan handla om egna lokala skriftliga rutiner eller gemensamma skriftliga rutiner som organisationen/verksamheten har tagit fram. Med personal avses här all personal som ger insatser vid enheten. 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 försedd med datum.
Mät- eller rampopulation	Alla enheter (bostad med särskild service för vuxna LSS och daglig verksamhet LSS) som har besvarat enkätfrågorna.

Nr 15	Rutin för att förebygga utmanande beteende
Målpopulation	Alla Sveriges enheter (bostad med särskild service för vuxna LSS och daglig verksamhet LSS)
Täljare	Antal enheter som har uppnått indikatorn
Nämnare	Alla enheter som har besvarat enkätfrågan
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Enheter, stadsdelsområden, kommuner, storstäder, län och riket
Nr 16	Kompetens i tydliggörande pedagogik
Indikator/mått	Andel personal med kompetens i tydliggörande pedagogik
Mätenhet	Procent när måttet redovisas på enhets-, kommun-, läns- och riksnivå
Syfte	Tydliggörande pedagogik är ett sätt att ge personer med intellektuell funktionsnedsättning kontroll över sin vardag. Visuellt stöd är en viktig del av tydliggörande pedagogik. Enligt en rekommendation från Socialstyrelsen bör individuellt anpassad tydliggörande pedagogik användas för att förbereda personen, ge förutsägbarhet och förståelse för aktiviteter och händelser för att undvika osäkerhet och frustration som kan leda till utmanande beteende. Att sakna uttryckssätt kan leda till utmanande beteende. Att verksamheter kan förebygga och minska utmanande beteenden på ett fungerande sätt är också en del i arbetet med att undvika användning av tvångs- och begränsningsåtgärder som inte är tillåtna enligt lag. Såväl forskare som praktiker är idag överens om att det finns ett starkt samband mellan kommunikationssvårigheter och utmanande beteende. Ju större kommunikationssvårigheter, desto större risk för utmanande beteende. Mest konstruktivt är att uppfatta dessa beteenden som funktionella, det vill säga som sätt att kommunicera, även om det sker omedvetet. Personen kan till exempel ha ont, vara uttråkad, inte förstå vad som händer eller uppleva att ingen lyssnar på honom eller henne. Därför måste personer med intellektuell funktionsnedsättning ha individuellt utformat stöd så att de kan kommunicera med sin omgivning. När en person ges bättre anpassade möjligheter att förstå och uttrycka sig minskar vanligtvis förekomsten av utmanande beteenden. För mer information om tydliggörande pedagogik se Socialstyrelsens kunskapsstöd "Att förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamhet".
Referens	I Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2014:2) om kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning, beskrivs de kunskaper som rekommenderas för personal som arbetar i verksamheter för personer med funktionsnedsättning. Att förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamhet. Ett kunskapsstöd med rekommendationer för chefer, verksamhetsansvariga och personal. Socialstyrelsen 2015.
Typ av indikator	Struktur

Nr 16	Kompetens i tydliggörande pedagogik
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad
Datakälla	Enkät: Öppna jämförelser av bostad med särskild service för vuxna, LSS, Öppna jämförelser av daglig verksamhet, LSS
Datakällans status	Årsbaserad enkät med specifikt mätdatum
Felkällor	Indikatorn baseras på enkätdata. I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenten har tolkat frågorna samt på databearbetningen. För att minska tolkningsutrymmet finns definitioner av centrala begrepp i enkäten.
Teknisk beskrivning	Bakgrundsmåttet bygger på följande enkätfrågor: i. Du svarade på fråga 7.1 att det var (antal) tillsvidare- och visstidsanställd personal anställda på enheten den (mätdatum). Av dessa, hur många hade kompetens i tydliggörande pedagogik? Svarsalternativ: Antal, Ej aktuellt, Kan ej ta fram informationen på rimlig tid För aggregerad nivå, se täljare och nämnare.
Definitioner	<i>Kompetens</i> är de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som krävs för att framgångsrikt utföra en specifik uppgift eller ett specifikt arbete. <i>Tydliggörande pedagogik</i> är ett arbetssätt för att ge personer med intellektuell eller annan kognitiv funktionsnedsättning kontroll över sin vardag, vilket kan minska frustration och utmanande beteende. Visuellt stöd är en viktig del av tydliggörande pedagogik. Enligt en rekommendation från Socialstyrelsen bör individuellt anpassad tydliggörande pedagogik användas för att förbereda personen med intellektuell funktionsnedsättning, ge förutsägbarhet och förståelse för aktiviteter och händelser för att undvika osäkerhet och frustration som kan leda till utmanande beteende. För mer information om tydliggörande pedagogik se Socialstyrelsens kunskapsstöd "Att förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamhet" Med <i>personal</i> avses här all personal som ger insatser vid boendet/den dagliga verksamheten.
Mät- eller rampopulation	Alla enheter (bostad med särskild service för vuxna LSS och daglig verksamhet LSS) som har besvarat enkätfrågorna.
Målpopulation	Alla Sveriges enheter (bostad med särskild service för vuxna LSS och daglig verksamhet LSS)
Täljare	Antal personal med kompetens i tydliggörande pedagogik
Nämnare	Antal tillsvidare- och visstidsanställd personal anställda den (mätdatum)
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Enheter, stadsdelsområden, kommuner, storstäder, län och riket

Nr 17 - 24	Utbildningsnivå
Indikator/mått	Andel personal med adekvat utbildning
Mätenhet	Procent när måttet redovisas på enhets-, kommun-, läns- och riksnivå
Syfte	Insatser inom socialtjänsten ska präglas av bästa tillgängliga kunskap, god kvalitet och utgå från den enskildes behov och förutsättningar. För verksamheter enligt LSS ska det finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad ska kunna ges. Detta innebär att personalen ska ha den utbildning och erfarenhet som kan krävas för varje specifik uppgift. Med rätt kompetens ökar förutsättningarna för att personalen ska bidra till insatser av god kvalitet. Det är den som bedriver verksamhet enligt LSS som har ansvar för att personalen har den kompetens som krävs för arbetsuppgifterna och verksamhetens uppdrag.
Referens	Regler och allmänna råd om kunskap för personal som arbetar i verksamheter för personer med funktionsnedsättning enligt LSS finns bland annat i 6 § andra stycket LSS samt i prop. 1992/93:159 s. 171 f. och i Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2014:2) om kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning.
Datakälla	Enkät: Öppna jämförelser av bostad med särskild service för vuxna, LSS, Öppna jämförelser av daglig verksamhet, LSS
Datakällans status	Årsbaserad enkät med specifikt mätdatum
Felkällor	Indikatorn baseras på enkätdata. I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenten har tolkat frågorna samt på databearbetningen. För att minska tolkningsutrymmet finns definitioner av centrala begrepp i enkäten.
Teknisk beskrivning	Bakgrundsmåttet bygger på följande enkätfrågor: i. Du svarade på fråga 7.1 att det var (antal) tillsvidare- och visstidsanställd personal anställda på enheten den (mätdatum). Av dessa, ange hur många som hade adekvat utbildning på gymnasienivå, utbildning till stödpedagog på yrkeshögskola, annan yrkeshögskoleutbildning eller högskoleutbildning som är relevant för verksamheten eller övrig utbildning/saknar utbildning, per anställningsform. Svarsalternativ: Andel tillsvidare-/ visstidsanställd personal med adekvat utbildning på gymnasienivå. Andel tillsvidare-/ visstidsanställd personal med utbildning till stödpedagog på yrkeshögskola. Andel tillsvidare-/visstidsanställd personal med annan yrkeshögskoleutbildning eller högskoleutbildning som är relevant för verksamheten Andel tillsvidare-/visstidsanställd personal med övrig utbildning/saknar utbildning
Definitioner	Med personal avses den baspersonal som arbetar direkt med de som bor på boendet.

Nr 17 - 24	Utbildningsnivå
	Med adekvat utbildning på gymnasienivå avses här de utbildningar som rekommenderas i Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2014:2) om kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning: - Kurser om 1 400 gymnasiepoäng i vård- och omsorgsprogrammet, innefattande 1 300 i de programgemensamma ämnena och kurs eller kurser om minst 100 gymnasiepoäng i svenska eller svenska som andraspråk. Kurser om 1 400 gymnasiepoäng i barn- och fritidsprogrammet, innefattande 600 i de programgemensamma ämnena, 300 inom inriktningen pedagogiskt och socialt arbete, kurserna grundläggande vård och omsorg, kost och hälsa, specialpedagogik 1, specialpedagogik 2 och kurs eller kurser om minst 100 gymnasiepoäng i svenska eller svenska som andraspråk. Kurser om 1 500 gymnasiepoäng som ingår i Skolverkets nationella yrkespaket för arbete som undersköterska. Kunskaperna och förmågorna kan även uppnås genom godkänt resultat på någon annan utbildning som motsvarar dem som anges ovan. Med stödpedagog på yrkeshögskola avses här den utbildning till stödpedagog inom funktionshinderområdet som ges inom yrkeshögskolan. Behörighetskrav för att bli stödpedagog är godkänd gymnasieexamen samt ett års yrkeserfarenhet inom funktionshinderområdet. För särskilda behörighetskrav se Myndigheten för yrkeshögskolan föreskrift (MYHFS 2019:1) om utbildningar inom yrkeshögskolan med inriktning stödpedagog inom funktionshinderområdet. Med annan yrkeshögskoleutbildning eller högskoleutbildning som är relevant för verksamheten avses personal som har annan yrkeshögskoleutbildning eller högskoleutbildning som verksamheten bedömt vara relevant utifrån behovet av kompetens i verksamheten. Med övrig utbildning/saknar utbildning avses personal utan adekvat utbildning på gymnasienivå, utbildning till stödpedagog på yrkeshögskola eller annan yrkeshögskoleutbildning eller högskoleutbildning som är relevant för verksamheten.
Mät- eller rampopulation	Alla enheter (bostad med särskild service för vuxna LSS och daglig verksamhet LSS) som har besvarat enkätfrågorna.
Målpopulation	All tillsvidare- och visstidsanställd personal på bostad med särskild service för vuxna LSS och daglig verksamhet LSS?
Täljare	Andel tillsvidareanställd personal med adekvat utbildning på gymnasienivå. Andel visstidsanställd personal med adekvat utbildning på gymnasienivå. Andel tillsvidareanställd personal med utbildning till stödpedagog på yrkeshögskola. Andel visstidsanställd personal med utbildning till stödpedagog på yrkeshögskola. Andel tillsvidareanställd personal med annan yrkeshögskoleutbildning eller högskoleutbildning som är relevant för verksamheten Andel visstidsanställd personal med annan yrkeshögskoleutbildning eller högskoleutbildning som är relevant för verksamheten

Nr 17 - 24	Utbildningsnivå
	Andel tillsvidareanställd personal med övrig utbildning/saknar utbildning Andel visstidsanställd personal med övrig utbildning/saknar utbildning
Nämnare	Totalt antal tillsvidareanställd personal Totalt antal visstidsanställd personal
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Enheter, stadsdelsområden, kommuner, storstäder, län och riket

Referenser

1. Handbok för utveckling av indikatorer. För god vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
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.
4. Modell för Socialstyrelsens kunskapsstyrning, Rapport från ett utvecklingsprojekt. Socialstyrelsen; 2013.