

Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård, 2018

Guide för användning, beskrivning
av datainsamling och indikatorer

Innehåll

Inledning.....	4
Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård.....	5
Förändrade och nya indikatorer	5
Öppna jämförelser – för att stimulera utveckling	6
Indikatorer – för att följa upp verksamheter.....	6
Hur indikatorerna tagits fram.....	7
Så här kan resultaten analyseras lokalt.....	7
Analysguide i fyra steg	8
Referenser	9
Metodbeskrivning	10
Datakällor.....	10
Datainsamling och redovisning.....	10
Indikatorförteckning	14
Tabell 1. Resultat för hemtjänst	14
Tabell 2. Resultat för hemtjänst i servicehus	15
Tabell 3. Resultat för särskilda boenden.....	17
Kvalitetsområden och dimensioner	19
Tabell 4. Dimensioner för god vård och omsorg i jämförelser med kvalitetsområden.....	20
Indikatorbeskrivning	21
Hemtjänstverksamheter	21
Hemtjänstverksamheter i servicehus	35
Särskilt boende.....	55
Förvaltningsområden	78

Inledning

Socialstyrelsen har sedan 2007 publicerat öppna jämförelser av vården och omsorgen om äldre. I uppdraget ingår att utveckla tillgången till data och nationella indikatorer för kvalitet och effektivitet ur de äldres perspektiv samt att genomföra en årlig enhetsundersökning. Inom ramen för uppdraget publiceras årligen *Öppna jämförelser - Vård och omsorg om äldre* som är en gemensam rapport med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) som främst vänder sig till beslutsfattare och förvaltningschefer. I samverkan med SKL och i samråd med Vårdföretagarna och Famna, publicerar Socialstyrelsen *Öppna jämförelser av äldreomsorg och hemsjukvård* som är en jämförelse av kommunernas och stadsdelarnas arbete inom äldreomsorg och hemsjukvård, *Så tycker de äldre om äldreomsorgen* som är en totalundersökning till brukare samt *Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård* som är en totalundersökning till verksamheterna inom hemtjänst och särskilda boenden.

Enhetsundersökningen är en nationell datakälla för rikstäckande uppgifter på enhetsnivå. Uppgiftslämnare och kontaktpersoner för verksamheter inom hemtjänst och särskilda boenden har svarat på frågor om verksamheternas innehåll. På Socialstyrelsens webbplats under rubriken Öppna jämförelser – Äldreomsorg och hemsjukvård publiceras följande inom projektet:

- Excelfil som innehåller samtliga resultat från *Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård*, på enhets-, kommun-, läns- och riksnivå.
- Dokument med övergripande resultat på nationell nivå, beskrivning av öppna jämförelser, datainsamlingen, metodbilaga samt en indikatorförteckning.

På Socialstyrelsens webbplats publiceras även *Äldreguiden* för allmänheten, där äldre personer och anhöriga kan jämföra verksamheter inom hemtjänst och särskilda boenden. *Äldreguiden* innehåller ett urval av resultaten från Enhetsundersökningen och undersökningen *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* på enhetsnivå.

Lokala rapporter till verksamheterna med resultat från

Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård och *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* publiceras på Indikators webbplats (Institutet för kvalitetsindikatorer AB). Indikator genomför undersökningarna på uppdrag av Socialstyrelsen.

Inledningsvis redovisas några nationella resultat från undersökningen.

Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård

Resultaten baseras på svaren från enkäter som skickades till samtliga verksamheter inom hemtjänst och särskilda boenden. Undersökningen omfattar landets kommuner och stadsdelar/stadsområden i Stockholm, Göteborg. Insamlingen genomfördes under perioden mars-juni 2018. Undersökningen består i år av två enkäter:

- En enkät till hemtjänstenheter som utför insatser till personer 65 år och äldre i ordinärt boende.
- En enkät till permanenta särskilda boenden som utför insatser till personer 65 år och äldre.

Enkäterna består av 21 respektive 30 frågor till verksamheterna. Kunskapsunderlag hittas i vissa fall direkt i enkäterna eller som referens i indikatorbeskrivningen.

Svarsfrekvens

Andelen verksamheter som besvarat respektive undersökning är:

- 85 procent av hemtjänstverksamheterna som utför insatser för personer 65 år och äldre i ordinärt boende, vilket motsvarar 2078 av de inrapporterade enheterna.
- 91 procent av verksamheterna inom särskilda boenden, vilket motsvarar 2079 av de inrapporterade enheterna.

Totalt medverkade 289 kommuner. Av dessa har 281 resultat om hemtjänstverksamheter och 284 resultat om särskilda boenden.

I 54 kommuner har totalt 114 hemtjänstverksamheter angett att de utför insatser i servicehus och besvarat frågor om hälso- och sjukvård.

Förändrade och nya indikatorer

Två indikatorer är nya för undersökningen inom särskilt boende. Indikatorerna har arbetats fram tillsammans med Centrum för vårdens arkitektur (CVA) vid Chalmers tekniska högskola och stämmts av med en referensgrupp bestående av verksamhetschefer på särskilda boenden, personer som arbetar som medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommun samt personer som har en utvecklingsroll i kommun. Den ena indikatorn avser att belysa om det särskilda boendet har en inommiljö som kan uppfattas som stödjande för personer som bor på det särskilda boendet. Den andra indikatorn avser att belysa om det särskilda boendet har förutsättningar för att tillgodose den enskildes spontana önskemål utomhusvistelse. För att ta del av beskrivningar av indikatorerna, se avsnitt Indikatorbeskrivning.

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 det 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 på enhetsnivå kan utförare jämföra sin verksamhet med andra verksamheter utifrån ett antal indikatorer. Jämförelser kan även göras med resultat för kommun-, läns- och riksnivå. Analyser av resultaten kan 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 och kommunal 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.

Senare presenteras en analysguide i fyra steg över hur resultaten från öppna jämförelser kan 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]. En indikator anger en riktning för ett önskvärt resultat. 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 uppnåtts 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. I årets resultat har vi valt att publicera bakgrundsmåtten på enhetsnivå samt att färglägga dem för att förenkla för användaren. Undantaget är bakgrundsmåtten om personal som publiceras för kommun, län och rike.

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 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 analyseras lokalt

Enhetsundersökningen ger en överblick över resultaten för den egna verksamheten. Det är också möjligt att jämföra sig med andra verksamheter. På www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser publicerar Socialstyrelsen en Excel-fil med samtliga resultat från *Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2018* på enhets-, kommun-, läns- och riksnivå.

Denna Excel-fil kan laddas ned för egen bearbetning. Redovisning av verksamheternas resultat görs generellt på enhetsnivå. De verksamheter som har redovisat resultat på avdelningsnivå, har fått sina uppgifter aggregerade till enhetsnivå och är gråmarkerade. Vid egna analyser, måste alla gråmarkerade rader tas bort, innan egna beräkningar kan göras. Socialstyrelsens indikatorbaserade öppna jämförelser kan användas som ett underlag i förbättringsarbetet. För att gå vidare i utvecklingsarbetet kan verksamheter analysera resultaten utifrån sina lokala

förutsättningar. En analys av resultaten kan göras utifrån fyra steg. Dessa steg beskrivs kort nedan.

Analysguide i fyra steg

1. Identifiera förbättringsområden

Gå igenom verksamheternas resultat

- Hur skiljer sig verksamheternas och kommunens sammanlagda resultat för de olika indikatorerna från resultat för andra verksamheter, kommuner, län och rike?
- Finns det lokala skillnader som kan påverka resultaten så som att verksamheterna som lämnat uppgifter skiljer sig från tidigare år, att det exempelvis förekommit omorganisering som skulle kunna påverka resultatet eller andra variabler som behövs tas med i analysen?
- Gå igenom indikatorerna. Vad behöver utvecklas?
- Prioritera de områden ni vill 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.

Komplettera med uppgifter från exempelvis:

- Jämför med resultaten från undersökningen *Så tycker de äldre om äldreomsorgen*? Till exempel de äldres möjligheter att påverka tider för insatser eller resultat från måltidsmiljön i särskilda boenden.
- Öppna jämförelser, Vård och omsorg om äldre. Jämförelser mellan kommuner och län, 2017.
- Kommunens egen statistik och uppföljningar
- Resultat av tillsyn från Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
- Statistik från olika register, till exempel kvalitetsregistret Senior Alert.

3. Vad kan vi lära av utvecklingen över tid?

Jämför årets resultat med tidigare års resultat

- Jämför resultaten för indikatorerna på verksamhetsnivå med tidigare resultat.
- Jämför resultaten för indikatorerna på kommunnivå med tidigare resultat.

4. Slutsatser, mål och genomförande

Beskriv vad ni vill utveckla och förbättra i verksamheten

Utgå från resultaten i enhetsundersökningen samt 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.

Referenser

1. Handbok för utveckling av indikatorer. För god vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
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.

Metodbeskrivning

I detta avsnitt redovisas hur datainsamlingen gått till och hur redovisningen genomförts.

Datakällor

Resultaten i *Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2018* har hämtats från två enkäter:

- Enkät till hemtjänstverksamheter som utför insatser till personer 65 år och äldre i ordinärt boende.
- Enkät till permanenta särskilda boenden som utför insatser till personer 65 år och äldre.

Enligt önskemål från några kommuner fick hemtjänstverksamheter som utför insatser på servicehus besvara enkäten för hemtjänst. Personerna som bor på servicehus har beslut om särskilt boende, men kan få insatser av ett hemtjänstteam. På servicehuset finns tillgång till kommunal hälso- och sjukvård, eftersom det är en form av särskilt boende. Dessa enkäter inkluderade därför frågor om hälso- och sjukvård. Vi har även gett hemtjänstverksamheterna möjligheten att besvara frågor om hemsjukvård, i de fall verksamheten angav att de utförde sådana insatser.

I Äldreguiden presenteras också uppgifter om läkemedelsförskrivningen på kommun- och stadsdelsnivå. Uppgifterna är hämtade från Socialstyrelsens register över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning samt från läkemedelsregistret.

Datainsamling och redovisning

Målpopulation

Målpopulation hemtjänst

Alla verksamheter som är geografiskt belägna i kommunen som utför insatser till personer som de har uppföljningsansvar för, 65 år och äldre enligt 4 kap 1 § SoL i ordinärt boende. Insatsen kan vara i form av service, personlig omvårdnad, avlösning av anhörig i hemmet mm. Den enskilde kan ha flera olika typer av insatser inklusive insatser som ej listats ovan.

Verksamheter som inte tillhör målpopulationen

Verksamheter som enbart utför insatser i form av matdistribution, trygghetslarm, boendestöd eller ledsagning.

Verksamheter som enbart utför insatser kvällar, nätter eller helger. Även en kombination av endast kvällar, nätter och helger är exkluderade.

Målpopulation särskilda boenden

Alla verksamheter geografiskt belägna i kommunen som utför insatser till personer som de har uppföljningsansvar för, 65 år och äldre enligt 4 kap 1 § SoL i permanent särskilt boende enligt 5 kap 5 § SoL.

Verksamheter som inte tillhör målpopulation

Verksamheter som enbart har bostäder med särskild service enligt 5 kap 7 § SoL.

Verksamheter som enbart tillhandahåller insatser i korttidsboenden.

Urval

Undersökningen är en totalundersökning och samtliga enheter som tillhör målpopulationen och som är rapporterade av kommunerna ingår i undersökningen.

Inventering av enheter

Kommunerna har fått skapa egna förteckningar över enheter inom särskilda boenden och hemtjänstverksamheter för personer 65 år och äldre som får insatser enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (SoL). Inventeringen av enheter samordnades även med förteckningen som undersökningen *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* använder för att presentera resultat på verksamhetsnivå.

Inventeringen gjordes med hjälp av kontaktpersoner på respektive kommun, som kommunerna själva hade utsett. En del kommuner valde att ha en kontaktperson för varje undersökning, medan andra angav en person med ansvar för båda undersökningarna. Kontaktpersonerna spelar en viktig roll för att inventera enheterna och för att genomföra enhetsundersökningen.

Följande uppgifter om de olika verksamheterna efterfrågades:

- Namn på enheten och eventuellt namn på del av enhet
- Namn på kommunen som har uppföljningsansvar för individerna som bor på särskilda boenden/har hemtjänst
- Namn på kommunen och eventuellt stadsdelen där äldreboendet/hemtjänstens lokala utförarkontor ligger geografiskt, om det inte ligger i samma kommun som den som har uppföljningsansvar
- Regiform (enskild eller offentlig)
- Om enskild, företagets/organisationens namn
- Om enskild, företagets/organisationens organisationsnummer
- Uppgiftslämnarens namn
- Uppgiftslämnarens e-postadress

Formuläret innehöll information från föregående års undersökningen över kommunens enheter. Kontaktpersonen kunde utifrån den gamla informationen lägga till enheter, ändra direkt i de förtryckta uppgifterna eller ange om enheten lagts ned. Samtliga kommuner utom nio genomförde och återkopplade en uppdatering av verksamheterna i kommunen. Enheter med såväl offentlig som enskild driftsform inkluderades.

Enkäterna

Undersökningen bygger på data från två stycken enkäter, en till verksamheter inom hemtjänst och en till verksamheter inom särskilda boenden.

Enkätutskicken och insamlingen av svar administrerades av Institutet för kvalitetsindikatorer AB. Enkäterna skickades den 20 mars 2018 till verksamheternas uppgiftslämnare, som kontaktpersonerna uppgav i samband med uppdateringen av verksamhetsförteckningen. Två påminnelser gick ut via e-post till samtliga respondenter som inte svarat och enkätinsamlingen avslutades den 27 april.

Svaren sammanställdes och återkopplades i form av preliminära lokala rapporter för kvalitetsgranskning till uppgiftslämnare samt gjordes tillgängliga för kommunernas kontaktpersoner den 18 maj – 1 juni. I dessa rapporter uppmärksammades från Socialstyrelsens sida vad som misstänktes vara orimliga värden i röd färg. Uppgiftslämnare kunde justera och rätta sina svar direkt i webbsystemet, även enheter som än inte besvarat enkäten fick möjlighet till det under perioden 18 maj – 1 juni. Därefter stängdes undersökningen. Under hela undersökningsperioden kunde uppgiftslämnare eller kommunens kontaktpersoner meddela strukturförändringar eller felaktigheter gällande målpopulation, företagsstruktur (avseende antal och placering av utförarkontor), enheter som är under avveckling eller nyttillkomna etc. Dessa ändringar synkroniserades sedan för att gälla såväl undersökningen *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* som enhetsundersökningen.

Indikatorerna

Hur indikatorerna är beräknade framgår i avsnittet som heter *Beskrivning av indikatorer*.

Tillförlitlighet

Flera åtgärder genomfördes för att säkra tillförlitligheten av mätningens resultat. När misstanke fanns om att det inte var rätt enheter som var inrapporterade av kommunernas kontaktpersoner skedde kontakter genom telefonsamtal eller e-post.

Socialstyrelsens och leverantörens medarbetare i projektet fanns tillgängliga via telefon eller e-post under hela undersökningsperioden.

Preliminära rapporter som visade orimliga värden (till exempel värden över 100 procent) skickades till såväl uppgiftslämnare som kommunens kontaktpersoner så att lämnade uppgifter kunde granskas och eventuellt korrigeras. Några av kommunernas kontaktpersoner samordnade en genomgång av enkätfrågorna med respektive kommuns uppgiftslämnare, för att möjliggöra en gemensam tolkning av frågeställningarna. I de fall där misstanke fanns om feltolkning har värden tagits bort, efter kontakt med uppgiftslämnaren.

Ramtäckning

En viss undertäckning kan förekomma när det gäller enhetsundersökningen. Det innebär att det kan finnas enheter som borde varit med i undersökningen men som inte rapporterats in från kommunerna i samband med uppdateringen av enheterna. Ibland var kommunerna till exempel inte medvetna om att ett hemtjänstföretag har flera utförarkontor i kommunen och registrerade därför företaget som en enhet. Dessutom kan företag nyligen ha öppnat nya utförarkontor vilket i några fall meddelades så att enheten kunde läggas till i efterhand.

Årets undersökning kantades även av problem med att utskicket till uppgiftslämnare blev registrerade som SPAM hos mottagaren. För att avhjälpa problemet skickades förteckningar ut till kommunernas kontaktpersoner med notering om att enheter inte öppnat enkäten. Syftet var att kontaktpersonerna skulle hjälpa oss säkerställa att enkäterna nått fram till enheterna. Hur detta påverkat svarsfrekvensen är svårt att avgöra.

Det var nio kommuner som inte uppdaterade sina enheter i registret, och i de fallen användes förteckningen från föregående undersökning eller inrapporteringen från vårdföretagarna/Famna när det gäller enheter i enskild regi.

Övertäckning innebär att enheter har kommit med i undersökningen utan att uppfylla kriterierna för att vara med. Efter kontakt med uppgiftslämnarna för vissa enheter som enbart utför insatser till personer med psykiska funktionshinder eller är renodlade korttidsboenden, har dessa plockats bort från undersökningen.

Vissa enheter som fanns med i undersökningen var egentligen dubletter med andra enheter. I flera fall hade beställarkommuner rapporterat in de med olika enhetsnamn och då kunde inte dubletterna upptäckas vid genomsökningen innan undersökningens start. Vissa kommuner genomförde ändringar under undersökningsperioden, vilket i en del fall medförde att enheter behövde slås ihop eller tas bort. Det är vanligt att en enhet består av flera avdelningar med olika uppdrag, vilket innebär att några enheter också ger vård och omsorg till personer med psykisk funktionsnedsättning, eller att de på helgerna är organiserade så att sjuksköterskorna har ansvar för både personer med funktionsnedsättning och äldreomsorg samt personer som är över och under 65 år. Slutligen kan övertäckning också förekomma för personer i korttidsboende.

Svarsfrekvens och bortfall

Svarsfrekvensen för verksamheter inom hemtjänst som utför insatser i ordinärt boende var 85 procent. Svarsfrekvensen för särskilda boenden var 91 procent.

Vissa enheter valde att svara på avdelningsnivå, i de fall alla avdelningar på en enhet medverkat i undersökningen finns en aggregerad grå rad. Resultat på kommunnivå är aggregerade resultat för kommunernas enheter. För att inte riskera att felet blir för stort redovisas inte andelen för redovisningsgrupper där bortfallet överstiger 20 procent.

Mätning

För att reducera mätfel har frågeblanketten konstruerats av ämneskunnig, enkätfrågekonstruktör och statistiker.

För några av frågorna har mindre förändringar gjorts i formuleringen som gör att de inte är identiska med tidigare år.

Fel vid bearbetning

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

Indikatorförteckning

Här presenteras samtliga uppgifter och indikatorer som ingår i *Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2018*. Resultat för samtliga uppgifter redovisas i Excelfiler på Socialstyrelsens webbplats.

Tabell 1. Resultat för hemtjänst

Nr	Indikator	Andel enheter, procent, riket	Andel personer, procent, riket	Förändrad/ ny indikator 2018
UPPGIFTER OM ENHETERNA				
	Insatser service	97		
	Insatser personlig omvårdnad	95		
	Andel enheter i offentlig regi	76		
Andel enheter med personal som talar				
	finska	37		
	meänkieli	4		
	samiska	2		
	annat språk än svenska (minoritetsspråk inkluderade)	74		Ja*
INDIVIDANPASSAD-DELAKTIGHET OCH INFLYTANDE				
1.	Personer med en namngiven kontaktperson		83	
2.	Personer med aktuell genomförandeplan		73	
3.	Personer med aktuell genomförandeplan där den enskildes delaktighet är dokumenterad i den enskildes genomförandeplan.		69	
5.	Andel enheter som har rutiner för samverkan med anhöriga till personer som får insatser vid enheten.	43		
SÄKER VÅRD OCH OMSORG				
Andel enheter som har rutiner för hur hemtjänstpersonalen ska agera...				
4a.	när den äldre personen, trots överenskommelse, inte öppnar dörren/svarar på ringsignal.	74		
4b.	när den äldre personen plötsligt uppvisar ett försämrat allmäntillstånd.	71		
4c.	när det finns misstanke om att den äldre personen är undernärdd eller felnärdd.	63		
4d.	vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde har utsatts för våld eller övergrepp av en anhörig/närstående.	57		
4e.	vid misstanke eller upptäckt av att den enskilde är beroende av/ missbrukar läkemedel.	38		
4f.	vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde är beroende av/missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel (ej läkemedel).	40		

Nr	Indikator	Andel enheter, procent, riket	Andel personer, procent, riket	Förändrad/ ny indikator 2018
	Andel enheter som har rutiner för...			
6.	schemalagda möten (i kommuner där det är aktuellt) med sjuksköterska eller annan hälso- och sjukvårdspersonal, i frågor som rör personer med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser.		60	
7.	hur kontakter med hälso- och sjukvårdspersonal på vård- eller hälsocentral kan gå till, i frågor som rör personer som landstingets primärvård har ansvaret för. Rutinerna omfattar samtliga personer vid enheten.		55	
	Vårdplanering i hemsjukvård			
8.	Rutiner för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med olika aktörer där den enskildes delaktighet är dokumenterad i journal.		66	
9.	Rutiner för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med den enskilde och den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen samt hemtjänstpersonalen.		68	
10.	Rutiner för planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med den enskilde och den kommunal hälso- och sjukvårdspersonal och hälso- och sjukvårdspersonalen vid landstingets vårdcentral samt hemtjänstpersonal.		62	
	Läkemedelsgenomgångar i hemsjukvård			
11.	Rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med olika aktörer där en enskildes delaktighet är dokumenterad i journal.		41	
12.	Rutinen beskriver hur samverkan vid vårdplanering ska ske tillsammans med den enskilde och med ansvarig sjuksköterska samt hemtjänstpersonalen.		37	

*Förändrad beräkning, ej jämförbar med föregående års resultat.

Tabell 2. Resultat för hemtjänst i servicehus

Nr	Indikator	Andel enheter, procent, riket	Andel personer, procent, riket	Förändrad/ ny indikator 2018
	UPPGIFTER OM ENHETERNA			
	Insatser service	99		
	Insatser personlig omvårdnad	100		
	Andel enheter i offentlig regi	66		
	Andel enheter med personal som talar			
	finska	45		
	meänkieli	4		
	samiska	2		
	annat språk än svenska (minoritetsspråk inkluderade)	82		Ja*

Nr	Indikator	Andel enheter, procent, riket	Andel personer, procent, riket	Förändrad/ ny indikator 2018
INDIVIDANPASSAD-DELAKTIGHET OCH INFLYTANDE I HEMSJUKVÅRDEN				
1.	Personer med en namngiven kontaktperson.		95	
2.	Personer med aktuell genomförandeplan.		81	
3.	Personer med aktuell genomförandeplan där den enskildes delaktighet är dokumenterad i den enskildes genomförandeplan.		Publiceras ej	
5.	Andel enheter som har rutiner för samverkan med anhöriga till personer som får insatser vid enheten.	54		
SÄKER VÅRD OCH OMSORG				
Andel enheter som har rutiner för hur hemtjänstpersonalen ska agera...				
4a.	när den äldre personen, trots överenskommelse, inte öppnar dörren/svarar på ringsignal.		81	
4b.	när den äldre personen plötsligt uppvisar ett försämrat allmäntillstånd.		85	
4c.	när det finns misstanke om att den äldre personen är undernärld eller felnärld		73	
4d.	vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde har utsatts för våld eller övergrepp av en anhörig/närstående.		72	
4e.	vid misstanke eller upptäckt av att den enskilde är beroende av/ missbrukar läkemedel.		55	
4f.	vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde är beroende av/missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel (ej läkemedel).		58	
Andel enheter som har rutiner för...				
6.	med sjuksköterska eller annan hälso- och sjukvårdspersonal, i frågor som rör personer med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser.		74	
7.	hur kontakter med hälso- och sjukvårdspersonal på vård- eller hälsocentral kan gå till, i frågor som rör personer som landstingets primärvård har ansvaret för. Rutinerna omfattar samtliga personer vid enheten.		55	
Vårdplanering i hemsjukvård				
8.	Rutiner för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med olika aktörer där en enskildes delaktighet är dokumenterad i journal.		73	
9.	Rutiner för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med den enskilde och med den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen samt hemtjänstpersonalen.		72	
10.	Rutiner för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med den enskilde och med den kommunal hälso- och sjukvårdspersonal och hälso- och sjukvårdspersonalen vid landstingets vårdcentral samt hemtjänstpersonal.		63	
Läkemedelsgenomgångar i hemsjukvård				
11.	Rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med olika aktörer där en enskildes delaktighet är dokumenterad i journal.		51	
			45	

Nr	Indikator	Andel enheter, procent, riket	Andel personer, procent, riket	Förändrad/ ny indikator 2018
12.	Rutinen beskriver hur samverkan vid vårdplanering ska ske tillsammans med den enskilde och medansvarig sjuksköterska samt hemtjänstpersonalen.			
Vårdplanering i servicehus				
13.	Rutiner för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med olika aktörer där en enskildes delaktighet är dokumenterad i journal.	56		
14.	Rutiner för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras tillsammans med den enskilde och i samverkan med ansvarig läkare och kommunal hälso- och sjukvårdspersonal samt hemtjänstpersonal vid servicehus.	52		
Läkemedelsgenomgångar i servicehus				
15.	Rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med olika aktörer där en enskildes delaktighet är dokumenterad i journal	41		
16.	Rutinen beskriver hur samverkan vid vårdplanering ska ske tillsammans med den enskilde och medansvarig sjuksköterska vid servicehuset samt hemtjänstpersonal.	38		
Blåsdysfunktion i servicehus				
17.	Personer med aktuell (ej äldre än 12 månader) basal utredning avseende blåsdysfunktion		54	
18.	Erhållet minst en åtgärd eller behandling utöver individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel eller kateterbehandling		Publiceras ej	

*Förändrad beräkning, ej jämförbar med föregående års resultat.

Tabell 3. Resultat för särskilda boenden

Nr	Indikator	Andel enheter, procent, riket	Andel personer, procent, riket	Förändrad/ ny indikator 2018
UPPGIFTER OM ENHETERNA				
	Inriktning allmän vård och omsorg		74	
	Inriktning gruppboende för personer med demenssjukdom		59	
	Inriktning servicehus		5	
	Andel enheter i offentlig drift		83	
Andel enheter med personal som talar				
	finska		43	
	meänkieli		4	
	samiska		1	
	annat språk än svenska (minoritetsspråk inkluderade)		82	Ja*

Nr	Indikator	Andel enheter, procent, riket	Andel personer, procent, riket	Förändrad/ ny indikator 2018
INDIVIDANPASSAD-DELAKTIGHET OCH INFLYTANDE				
1.	Enheter som erbjuder varje person möjlighet att delta i borådsmöten.	62		
2.	Personer med aktuell genomförandeplan.		91	
3.	Personer med aktuell genomförandeplan där den enskildes delaktighet är dokumenterad i den enskildes genomförandeplan.		80	
8.	Rutiner för samverkan med anhöriga till personer vid enheten.	45		
Måltider				
5.	Rutiner för genomförande av dygnets alla måltider, inklusive omsorgsmåltid och att aspekterna i FAMM tagits i beaktning.	42		
6.	Personer med aktuell genomförandeplan som beskriver den äldres önskemål och behov i samband med måltiderna.		82	
Stödjande inommiljö och tillgång till utemiljö				
10.	Enheter har en inommiljö som är utformad för att stödja den enskilde	22		Ja
11.	Boende på enheten har tillgång till utemiljö	82		Ja
Aktivet och träning				
9.	Enheter med tillgång till träningslokal.	46		
SÄKER VÅRD OCH OMSORG				
Rutiner				
7a.	Rutiner för hur omsorgspersonalen ska agera vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde har utsatts för våld eller övergrepp av en anhörig/närstående.	48		
7b.	Rutiner för hur omsorgspersonalen ska agera vid misstanke eller upptäckt av att den enskilde är beroende av/ missbrukar läkemedel.	33		
7c.	Rutiner för hur omsorgspersonalen ska agera vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde är beroende av/missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel (ej läkemedel).	34		
4.	Dokumentation i den enskildes genomförandeplan eller vårdplan om varför den enskilde har skyddsåtgärder		87	

¹ **FAMM** (Five Aspects of Meal Model), enligt Gustafsson, 2006 är en modell som beskriver fem viktiga aspekter att ha fokus på för att den äldre ska kunna uppleva nöjdhet och känna sig bekväm under måltiden:
1. Rummet = var individen vill äta sin måltid och hur individen vill att det ser ut runt sin måltid i form av dukning, tillgänglighet i rummet och anpassad funktion på möbler som används.

2. Mat och dryck= vad och när den enskilde vill äta och dricka.

3. Mötet = hur individen vill bli serverad och vilket stöd individen behöver och vill ha under måltiden (individuellt anpassat måltidsstöd). Det inkluderar också med vilka individen vill äta sin måltid.

4. Styr-/ledningssystem = att förutsättningar finns i form av rutiner och personella resurser för att individens behov och önskemål ska bli tillgodosedda.

5. Tillsammans skapar detta **måltidsmiljön** eller atmosfären i samband med måltiderna.

Nr	Indikator	Andel enheter, procent, riket	Andel personer, procent, riket	Förändrad/ ny indikator 2018
Vårdplanering				
12.	Rutiner för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med olika aktörer där en enskildes delaktighet är dokumenterad i journal.	61		
13.	Rutinen beskriver hur samverkan vid vårdplanering ska ske tillsammans med den enskilde och med ansvarig läkare och kommunal hälso- och sjukvårdspersonal samt enhetens omsorgspersonal.	57		
Blåsdysfunktion				
26.	Personer med aktuell (ej äldre än 12 månader) basal utredning avseende blåsdysfunktion		51	
27.	Erhållit minst en åtgärd eller behandling utöver individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel eller kateterbehandling.		74	
Läkemedelsgenomgångar				
14.	Rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med olika aktörer där en enskildes delaktighet är dokumenterad i journal.		47	
15.	Rutinen beskriver hur samverkan vid läkemedelsgenomgångar ska ske tillsammans med den enskilde och läkaren och med ansvarig sjuksköterska samt enhetens omsorgspersonal.		40	
KUNSKAPSBASERAD				
16.	Registrering och användning av resultaten i Senior alert	77		
17.	Registrering och användning av resultaten i SveDem	3		
18.	Registrering och användning av resultaten i BPSD	65		
19.	Registrering och användning av resultaten i Palliativregistret	69		
TILLGÄNGLIGHET				
Personal			Andel personal	
20.	Omsorgspersonal med adekvat utbildning, vardagar.		81	
21.	Omsorgspersonal med adekvat utbildning, helgdagar.		78	
22.	Sjuksköterskor per antalet bostäder plus eventuella hemsjukvårdspatienter, vardagar.		0,038	
23.	Sjuksköterskor per antalet bostäder plus eventuella hemsjukvårdspatienter, helgdagar.		0,006	
24.	Antal omsorgspersonal per antalet bostäder vid enheten, vardagar.		0,30	
25.	Antal omsorgspersonal per antalet bostäder vid enheten, helgdagar		0,25	

*Förändrad beräkning, ej jämförbar med föregående års resultat.

Kvalitetsområden och dimensioner

Nedan finns definitioner för de kvalitetsområden som öppna jämförelser av socialtjänsten utgått ifrån vid framtagandet 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 finns 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 verksam- het	Kunskapsbaserad innebär att tjänsterna utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Den enskildes erfarenheter tas till vara.
Individ-an- passad	Vården och omsorgen ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig.	Självbe- stäm- mande och integri- tet Helhets- syn och sam- ordning	Självbestämmande och integritet innebär att den enskilde är delaktig, har inflytande och ges möjlighet till egna val. 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. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rätts-säkerhet.	Trygghet och säker- het	Trygg och säker innebär att tjänsterna utförs enligt gällande regelverk. Tjänsterna är transparenta vilket innebär för-utsägbarhet och möjlighet till insyn. Risk för kränkning, försummelse, fysisk eller psykisk skada förhindras genom förebyggande arbete.
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 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.
Effektiv	Vården och omsorgen ska utnyttja tillgängliga resurser på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål.	Effektivitet	Effektivitet innebär att resurserna utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål för verksamheten.
Jämlik	Vården och omsorgen ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla.		

Indikatorbeskrivning

Hemtjänstverksamheter

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

Nr 1	Individanpassad vård och omsorg – Delaktighet och inflytande Fast personalkontakt
Indikatornamn	Personer med en namngiven fast personalkontakt
Indikator/mått	Andel personer med namngiven fast personalkontakt
Kvalitetsdimension	Individanpassad vård och omsorg
Kvalitetsområde	Självbestämmande och integritet
Indikatorsområde	Fast personalkontakt/ kontaktman/kontaktperson
Syfte	Den äldre personen ska ha en personal att vända sig till som kan erbjuda kontinuitet och likvärdig service och omsorg
Målvärde	Samtliga personer på enheten har en fast personalkontakt
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 1. Ange antal personer 65 år och äldre vid enheten, med verkställda beslut om hemtjänst, den 1 mars 2018. 5. Av antalet personer 65 år och äldre vid enheten (fråga 1), ange antal som har en namngiven kontaktman/kontaktperson som rör den enskildes personliga omvårdnad och service, den 1 mars 2018. Svarsalternativ: Antal Definitioner: Fråga 1: Här avses personer 65 år och äldre med verkställda beslut om hemtjänst enligt 4 kap. 1 § SoL i ordinärt boende. Här ingår också seniorboende eller trygghetsboende. Personer med en eller flera av följande former av insatser är inkluderade: service, personlig omvårdnad, ledsagning, avlösning av anhörig i hemmet, matdistribution, trygghetslarm samt boendestöd. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att antalet i fråga 5 är lika högt som antalet i fråga 1. Enhetsnivå: Antal personer med namngiven kontaktman/kontaktperson (täljare) delat med antalet personer vid enheten (näm-nare). Övriga nivåer: Täljare: aggregerat svar fråga 5. Nämnare: aggregerat svar fråga 1. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och riket Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom hemtjänst i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

Nr 2	Individanpassad vård och omsorg – Delaktighet och inflytande Genomförandeplan
Indikatornamn	Aktuell genomförandeplan
Indikator/mått	Andel personer med aktuell (ej äldre än sex månader) genomförandeplan
Kvalitetsdimension	Individanpassad vård och omsorg
Kvalitetsområde	Självbestämmande och integritet
Indikatorsområde	Genomförandeplan
Syfte	En genomförandeplan är en överenskommelse med den enskilde och ett praktiskt redskap för personalen i sitt arbete. Syftet är att skapa en tydlig struktur för det praktiska genomförandet och för uppföljningen av en beslutad insats
Målvärde	Samtliga personer har en aktuell genomförandeplan. För att vara aktuell ska planen inte vara äldre än sex månader.
Typ av indikator	Process
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 1. Ange antal personer 65 år och äldre vid enheten, med verkställda beslut om hemtjänst, den 1 mars 2018. 6. Av antalet personer 65 år och äldre vid enheten (fråga 1), ange antal med en aktuell genomförandeplan, den 1 mars 2018. Svarsalternativ: Antal Definitioner: Fråga 1: Här avses personer 65 år och äldre med verkställda beslut om hemtjänst enligt 4 kap. 1 § SoL i ordinärt boende. Här ingår också seniorboende eller trygghetsboende. Inkludera personer med en eller flera av följande former av insatser: service, personlig omvårdnad, ledsagning, avlösning av anhörig i hemmet, matdistribution, trygghetslarm samt boendestöd. Fråga 6: 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 sex månader sedan eller följts upp/uppdaterats av utföraren under de senaste sex månaderna, dvs. efter den 1 september 2017. Uppföljningen ska ha noterats i genomförandeplanen eller journalen. En person kan ha flera genomförandeplaner, personer med minst en aktuell genomförandeplan inkluderades. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att antalet i fråga 6 är lika högt som antalet i fråga 1. Enhetsnivå: Antal personer med aktuell (ej äldre än sex månader) genomförandeplan (täljare) delat med antalet personer vid enheten (nämnare). Övriga nivåer: Täljare: aggregerat svar fråga 6. Nämnare: aggregerat svar fråga 1. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och riket Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom hemtjänst i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS

Nr 3	Individanpassad vård och omsorg – Delaktighet och inflytande Delaktighet i sin genomförandeplan
Indikatornamn	Delaktighet i sin genomförandeplan
Indikator/mått	Andel personer med en plan som innehåller dokumentation om hur den enskilde deltagit vid upprättande eller förändring av sin genomförandeplan
Kvalitetsdimension	Individanpassad vård och omsorg
Kvalitetsområde	Självbestämmande och integritet
Indikatorsområde	Genomförandeplan
Syfte	Socialtjänstens insatser ska utformas och genomföras tillsammans med den enskilde. Det är viktigt att arbetet planeras, bedrivs mål- inriktat och följs upp tillsammans med den enskilde. En gemensam planering ökar förutsägbarheten för den enskilde. Dokumentat- ionen om hur den enskilde deltagit vid planeringen, visar att det förekommer ett ställningstagande till hur verksamheterna säker- ställer den enskildes delaktighet och planering av insatserna. Detta kan stärka den enskildes inflytande vilket jämnar ut maktba- lansen mellan de aktörer som beslutar eller utför insatser och de personer som får insatserna.
Målvärde	Samtliga personer ska ha en dokumentation om dennes delaktig- het i sin genomförandeplan
Typ av indikator	Process
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 1. Ange antal personer 65 år och äldre vid enheten, med verk- ställda beslut om hemtjänst, den 1 mars 2018. 6a. Av dessa, hur många har en plan med dokumentation om hur den enskilde har deltagit vid upprättande eller förändringen av planen? Svarsalternativ: Antal Svarsalternativet "kan ej anges" kunde anges på fråga 6a Definitioner: Fråga 1: Här avses personer 65 år och äldre med verkställda beslut om hemtjänst enligt 4 kap. 1 § SoL i ordinärt boende. Här ingår också seniorboende eller trygghetsboende. Inkludera personer med en eller flera av följande former av insat- ser: service, personlig omvårdnad, ledsagning, avlösning av anhö- rig i hemmet, matdistribution, trygghetslarm samt boendestöd. Fråga 6a: Det ska vara dokumenterat i genomförandeplanen hur den enskilde deltagit. En person kan ha flera genomförandepla- ner, personer med minst en aktuell genomförandeplan inkludera- des. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att antalet i fråga 6a är lika högt som antalet i fråga 1. Enhetsnivå: Antal personer med dokumenterad delaktighet i sin genomförandeplan (täljare) delat med antalet personer med en aktuell genomförandeplan (nämnare). Övriga nivåer: Täljare: aggregerat svar fråga 6a. Nämnare: aggre- gerat svar fråga 1. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och riket Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom hemtjänst i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbet- ningen.
Referens	Socialtjänstlagen (2001:453) om hur insatser ska utformas 3 kap. 5 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS Metoder för brukarinflytande och medverkan inom Socialtjänst och psykiatri. En kartläggning av forskning och praktik. Socialstyre- len 2012.

Nr 4a-f Rutiner för att förebygga ohälsa	
Indikatornamn	Rutiner för hur hemtjänstpersonalen ska agera: a) när den äldre personen, trots överenskommelse, inte öppnar dörren/svarar på ringsignal b) när den äldre personen plötsligt uppvisar ett försämrat allmäntillstånd c) vid misstanke om att den äldre personen är undernärld eller felnärld d) vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde har utsatts för våld eller övergrepp av en anhörig/närstående e) vid misstanke eller upptäckt av att den enskilde är beroende av/ missbrukar läkemedel f) vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde är beroende av/missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel (ej läkemedel)
Indikator/ mått	Enheten har aktuella rutiner för hur hemtjänstpersonalen ska agera a) när den äldre personen, trots överenskommelse, inte öppnar dörren/svarar på ringsignal b) när den äldre personen plötsligt uppvisar ett försämrat allmäntillstånd c) när det finns misstanke om att den äldre personen är undernärld eller felnärld d) vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde har utsatts för våld eller övergrepp av en anhörig/närstående e) vid misstanke eller upptäckt av att den enskilde är beroende av/ missbrukar läkemedel f) vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde är beroende av/missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel (ej läkemedel)
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Rutiner för att förebygga ohälsa
Syfte	Genom tidig upptäckt av ett behov hos den enskilde och där- efter åtgärd, är det möjligt att förebygga ohälsa. Skriftliga rutiner för hur personalen ska fråga och agera vid indikation på ohälsa kan vara ett stöd för personalen att agera, helst innan de som berörs har tagit allvarlig skada. Hemtjänstpersonalen har en viktig roll i detta sammanhang och är ofta den personalgrupp som först kan observera tecken på att allt inte står rätt till och agera riskförebyggande. Det är också ett sätt att säkra verksamhetens kvalitet i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
Målvärde	Enheten har rutiner enligt indikator 4a-f
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 7. Har enheten den 1 mars 2018 skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner som beskriver hur hemtjänstpersonalen ska agera; a) När den enskilde, trots överenskommelse, inte öppnar dörren/inte svarar på ringsignal? b) När den enskilde plötsligt uppvisar ett försämrat allmäntillstånd? c) Vid misstanke om att den enskilde är undernärld eller felnärld? d) Vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde har utsatts för våld eller övergrepp av en anhörig/närstående? e) Vid misstanke eller upptäckt av att den enskilde är beroende av/ missbrukar läkemedel?

Nr 4a-f Rutiner för att förebygga ohälsa	
	f) Vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde är beroende av/missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel (ej läkemedel)? Svarsalternativ a-f: Ja/Nej 8. Har ni någon gång under perioden 1 mars 2017 till 1 mars 2018 följt upp rutinerna? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, rutiner upprättades nyligen dvs. efter den 1 mars 2017 Definitioner: Rutiner innebär att personalen vet vem eller vilka personer som kontaktas när det finns behov av eller stöd för ställningstagande till lämplig åtgärd. Det kan handla om kontakt med enhetschefen, ansvarig biståndshandläggare eller sjuksköterska. Rutinerna beskriver ett i förväg bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska genomföras. Här avses egna lokala skriftliga rutiner eller gemensamma skriftliga rutiner som kommunen har tagit fram för sina verksamheter. Rutinen ska vara aktuell dvs. har antingen upprättats, följts upp och vid behov reviderats efter den 1 mars 2017. Ledningsnivå avser den nivå inom organisationen som har mandat att besluta om rutiner. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på de olika frågorna samt frågan om rutinerna är aktuella. Antalet enheter som svarat ja delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom hemtjänst i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databehandlingen.
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Nr 5 Rutiner för samarbete med anhöriga	
Indikatornamn	Aktuell rutin för hur personalen samarbetar med anhöriga till personer som får insatser vid enheten
Indikator/ mått	Enheter har aktuella rutiner för hur hemtjänstpersonalen ska samarbeta med anhöriga till personer som får insatser vid enheten
Kvalitetsdimension	Individanpassad
Kvalitetsområde	Helhetssyn och samordning
Indikatorsområde	Rutiner för samarbete med anhöriga
Syfte	Anhöriga spelar i regel en mycket viktig roll för den enskilde och kan bidra med viktigt information om den enskildes olika behov av vård och omsorg. Anhöriga är i många fall en viktig samarbetspartner för personalen, vilket kan underlätta deras möjlighet att göra ett bra arbete för att tillgodose den enskildes behov.
Målvärde	Enheter har rutiner
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfråga: 11. Har ni den 1 mars 2018 en skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för hur personalen kan samarbeta med anhöriga till personer som får insatser vid enheten? Svarsalternativ: Ja/Nej 11a. Har ni någon gång under perioden 1 mars 2017 till den 1 mars 2018 följt upp rutinen? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, då rutinen upprättades nyligen, dvs. efter den 1 mars 2017

Nr 5	Rutiner för samarbete med anhöriga
	Definitioner: Rutinerna beskriver ett i förväg bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska genomföras. Här avses egna lokala skriftliga rutiner eller gemensamma skriftliga rutiner som kommunen har tagit fram för sina verksamheter. Rutinen ska vara aktuell dvs. har antingen upprättats, följts upp och vid behov reviderats efter den 1 mars 2017. Ledningsnivå avser den nivå inom organisationen som har mandat att besluta om rutiner. Här används begreppen anhörig och närstående på samma sätt som i regeringens proposition Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående (Prop. 2008/09:82 s. 11 och 12). Enligt propositionen avses med närstående den person som tar emot omsorg, vård och stöd. Den som ger omsorg, stöd eller vård benämns anhörig eller annan person. Annan person är i det här sammanhanget någon utanför familjekretsen, till exempel en vän eller granne. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på frågan samt följdfrågan om rutinerna är aktuella. Antalet enheter som svarat ja delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom hemtjänst i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Socialstyrelsens vägledning "Stöd till anhöriga – vägledning till kommunerna för tillämpning av 5 kap. 10 § socialtjänstlagen", s. 11

Nr 6	Rutiner för schemalagda möten med sjuksköterska
Indikatornamn	Rutiner för schemalagda möten med sjuksköterska eller annan hälso- och sjukvårdspersonal i frågor som rör personer med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser
Indikator/mått	Enheten har rutiner för schemalagda möten med sjuksköterska eller annan hälso- och sjukvårdspersonal i frågor som rör personer med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Rutiner för säker vård och omsorg
Syfte	Regelbundet återkommande, schemalagda möten med sjuksköterskan ger hemtjänstpersonalen ett forum och en ordning för att ta upp frågor som är av betydelse för den enskildes hälsa, i förebyggande syfte eller när omedelbara behov finns
Målvärde	Enheten har rutiner
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 9. Har enheten den 1 mars 2018 skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner för schemalagda möten med sjuksköterska eller annan hälso- och sjukvårdspersonal, i frågor som rör personer med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser? Svarsalternativ: Ja, rutiner finns Nej, det finns inga sådana rutiner Inte aktuellt, landstinget ansvarar för all hälso- och sjukvård i ordnärt boende (gäller kommunerna i Stockholms län, undantaget Norrtälje)

Nr 6	Rutiner för schemalagda möten med sjuksköterska
	9b. Har ni någon gång under perioden 1 mars 2017 till 1 mars 2018 följt upp rutiner? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, då rutinen upprättades nyligen dvs. efter den 1 mars 2017 Definitioner: Hälso- och sjukvårdsinsatser: kan vara enstaka eller varaktiga insatser (hemsjukvård). Rutinerna ska gälla för dem som är i behov av vård och omsorg, och där kommunen utför hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende. Schemalagda möten: innebär regelbundet återkommande möten som vanligtvis sker ansikte mot ansikte. Kontakter kan även ske via telefon eller på annat sätt. Mötena ska vara tillräckligt ofta förekommande för att hemtjänstpersonalen så långt det är möjligt ska kunna undvika behov av att ta kontakt med akut hälso- och sjukvårdspersonal. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på fråga 9 om rutinen finns samt ja/ej aktuellt på fråga 9b om rutinen är aktuell. Antalet enheter som svarat ja delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom hemtjänst i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Nr 6a	Intervall för schemalagda möten med sjuksköterska
Bakgrundsmått	Beskrivning av hur ofta de schemalagda mötena med sjuksköterska eller annan hälso- och sjukvårdspersonal sker, i frågor som rör personer med behov av kommunal hälso- och sjukvårdsinsatser
Indikator/mått	Bakgrundsmått
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Rutiner för säker vård och omsorg
Syfte	Regelbundet återkommande, schemalagda möten med sjuksköterskan ger hemtjänstpersonalen ett forum och en ordning för att ta upp frågor som är av betydelse för den enskildes hälsa, i förebyggande syfte eller när omedelbara behov finns.
Målvärde	Bakgrundsmått har inget målvärde
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Bakgrundsmåttet bygger på följande enkätfrågor: 9a. Hur ofta ske de schemalagda mötena med sjuksköterska eller annan hälso- och sjukvårdspersonal, i frågor som rör personer med behov av kommunal hälso- och sjukvårdsinsatser Svarsalternativ: Minst en gång i veckan Minst en gång i månaden Mer sällan än en gång i månaden Definitioner: Hälso- och sjukvårdsinsatser: kan vara enstaka eller varaktiga insatser (hemsjukvård). Rutinerna ska gälla för dem som är i behov av vård och omsorg, och där kommunen utför hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende.

Nr 6a	Intervall för schemalagda möten med sjuksköterska
	Schemalagda möten innebär regelbundet återkommande möten som vanligtvis sker ansikte mot ansikte. Kontakter kan även ske via telefon eller på annat sätt. Mötena ska vara tillräckligt ofta förekommande för att hemtjänstpersonalen så långt det är möjligt ska kunna undvika behov av att ta kontakt med akut hälso- och sjukvårdspersonal. Beräkning: För att få en presentation av måtten krävs att enheten svarat ja på frågan om enheten har rutiner för schemalagda möten med sjuksköterska (indikator 6). Redovisningsnivå: Enheter. Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom hemtjänst i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Nr 7	Rutiner för hälso- och sjukvårdskontakter
Indikatornamn	Rutiner för kontakter med hälso- och sjukvårdspersonal på vård- eller hälsocentral i frågor som rör personer med behov av landstingets primärvård.
Mått	Enheten har rutiner för kontakter med hälso- och sjukvårdspersonal på vård- eller hälsocentral i frågor som rör personer med behov av landstingets primärvård.
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Rutiner för säker vård och omsorg
Syfte	Rutiner för hur kontakter med hälso- och sjukvårdspersonal på vård- eller hälsocentral ska gå till, är ett sätt att säkra att den enskildes behov utöver dem som verksamhetens insatser avser att möta, kan tillgodoses. Kunskap om hur och med vem kontakt kan tas, kan förebygga en utveckling av ett allvarigare sjukdomstillstånd.
Målvärde	Enheten har rutiner
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 10. Har enheten den 1 mars 2018 rutiner för hur kontakter med hälso- och sjukvårdspersonal på vård- eller hälsocentral kan gå till, i frågor för personer som har behov av landstingets primärvård? Svarsalternativ: Ja, rutiner finns som gäller för alla personer vid enheten Ja, rutiner finns som gäller för några personer vid enheten Nej, det finns inga sådana rutiner 10a. Har ni någon gång under perioden 1 mars 2017 till 1 mars 2018 följt upp rutiner? Definitioner: Rutinerna ska gälla för dem som av hemtjänstpersonalen uppfattas vara i behov av hälso- och sjukvårdsinsatser via landstingets primärvård. Rutinen ska beskriva hur och med vilken funktion kontakten kan ske. Kontakten sker i enlighet med den enskildes medgivande. Rutiner kan finnas som gäller för några personer vid enheten, när de äldre personerna vid enheten anlitar olika vård- eller hälsocentraler som tillämpar olika rutiner. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på fråga 10 och 10a.

Nr 7	Rutiner för hälso- och sjukvårdskontakter
	Antalet enheter som svarat "ja, rutiner finns som gäller för alla personer vid enheten" delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom hemtjänst i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Nr 8	Rutiner för delaktighet vid vårdplanering
Indikatornamn	Rutiner för hur vårdplanering ska genomföras i samverkan med olika aktörer, där det är dokumenterat i journalen hur den enskilde deltagit.
Mått	Aktuella rutiner finns för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med olika aktörer. Det är dokumenterat i journal hur den enskilde deltagit.
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Rutiner för säker vård och omsorg
Syfte	En vårdplan upprättas för planering och genomförande av den äldres vård. Syftet är att skapa en tydlig struktur för det praktiska genomförandet och för uppföljningen av de olika insatserna. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Dokumentationen om hur den enskilde deltagit vid planeringen, visar att det förekommer ett ställningstagande till hur verksamheterna säkerställer den enskildes delaktighet och planering av insatserna.
Målvärde	Enheter har rutiner
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 13. Har ni den 1 mars 2018 en skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med olika aktörer? 13a. Innehåller rutinen att det ska vara dokumenterat i den enskildes journal hur den enskilde varit delaktig vid vårdplaneringen? Svarsalternativ: Ja/Nej 13d. Har ni under perioden 1 mars 2017 till den 1 mars 2018 följt upp rutinen? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, rutinen upprättades nyligen dvs. efter den 1 mars 2017 Definitioner: Vårdplaneringen dokumenteras i en plan för den enskildes vård som beskriver hur olika insatser ska genomföras, när de ska följas upp och utvärderas. Här inkluderas även den plan som beskrivs i SOSFS 2007:10 om samordning av insatser för rehabilitering och rehabilitering. Rutinen avser beskriva hur samverkan ska ske i ett övergripande gemensamt handlande på ett organisatoriskt plan för ett visst syfte. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på om rutinen i fråga 13 och 13a finns samt att den är uppföljd eller upprättad inom det senare året. Antalet enheter som svarat ja delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike.

Nr 8 Rutiner för delaktighet vid vårdplanering	
	Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom hemtjänst i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	5 kap. 1 § patientlagen (2014:821), PL Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Socialstyrelsen 2015. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om samordning av insatser för rehabilitering och rehabilitering (SOSFS 2007:10).

Nr 9 Rutiner för samverkan vid vårdplanering	
Indikatornamn	Rutiner för hur samverkan vid vårdplanering ska ske tillsammans med den enskilde, den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen samt hemtjänstpersonalen
Mått	Aktuella rutiner finns som beskriver hur samverkan vid vårdplanering ska ske tillsammans med den enskilde, den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen samt hemtjänstpersonalen
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Rutiner för säker vård och omsorg
Syfte	En vårdplan upprättas för planering och genomförande av den äldres vård. Syftet är att skapa en tydlig struktur för det praktiska genomförandet och för uppföljningen av de olika insatserna. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Dokumentationen om hur den enskilde deltagit vid planeringen, visar att det förekommer ett ställningstagande till hur verksamheterna säkerställer den enskildes delaktighet och planering av insatserna.
Målvärde	Enheten har rutiner
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 13. Har ni den 1 mars 2018 en skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med olika aktörer? 13b. beskriver rutinen hur samverkan vid vårdplanering ska ske tillsammans med den enskilde, den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen samt hemtjänstpersonalen? Svarsalternativ: Ja/Nej 13d. Har ni under perioden 1 mars 2017 till den 1 mars 2018 följt upp rutinen? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, rutinen upprättades nyligen dvs. efter den 1 mars 2017 Definitioner: Vårdplaneringen dokumenteras i en plan för den enskildes vård som beskriver hur olika insatser ska genomföras, när de ska följas upp och utvärderas. Här inkluderas även den plan som beskrivs i SOSFS 2007:10 om samordning av insatser för rehabilitering och rehabilitering. Rutinen avser beskriva hur samverkan ska ske i ett övergripande gemensamt handlande på ett organisatoriskt plan för ett visst syfte. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på om rutinen i fråga 14 och 14b finns samt att den är uppföljd eller upprättad inom det senare året. Antalet enheter som svarat ja delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike.

Nr 9	Rutiner för samverkan vid vårdplanering
	Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom hemtjänst i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2007:10). 3 kap 5 § socialtjänstlagen (2001:453)

Nr 10	Rutiner för samverkan mellan huvudmän vid vårdplanering
Indikatornamn	Rutiner för hur samverkan vid vårdplanering ska ske tillsammans med den enskilde, den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen och hälso- och sjukvårdspersonalen vid landstingets vårdcentral samt hemtjänstpersonalen
Mått	Aktuella rutiner finns för hur samverkan vid vårdplanering ska ske tillsammans med den enskilde, den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen och hälso- och sjukvårdspersonalen vid landstingets vårdcentral samt hemtjänstpersonalen
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Rutiner för säker vård och omsorg
Syfte	En vårdplan upprättas för planering och genomförande av den äldre vård. Syftet är att skapa en tydlig struktur för det praktiska genomförandet och för uppföljningen av de olika insatserna. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Dokumentationen om hur den enskilde deltagit vid planeringen, visar att det förekommer ett ställningstagande till hur verksamheterna säkerställer den enskildes delaktighet och planering av insatserna.
Målvärde	Enheten har rutiner
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 13. Har ni den 1 mars 2018 en skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med olika aktörer? 13c. beskriver rutinen hur samverkan vid vårdplanering ska ske tillsammans med den enskilde, den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen och hälso- och sjukvårdspersonalen vid landstingets vårdcentral samt hemtjänstpersonalen? Svarsalternativ: Ja/Nej 13d. Har ni under perioden 1 mars 2017 till den 1 mars 2018 följt upp rutinen? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, rutinen upprättades nyligen dvs. efter den 1 mars 2018 Definitioner: Vårdplaneringen dokumenteras i en plan för den enskildes vård som beskriver hur olika insatser ska genomföras, när de ska följas upp och utvärderas. Här inkluderas även den plan som beskrivs i SOSFS 2007:10 om samordning av insatser för rehabilitering och rehabilitering. Rutinen avser beskriva hur samverkan ska ske i ett övergripande gemensamt handlande på ett organisatoriskt plan för ett visst syfte. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på om rutinen i fråga 13 och 13c finns samt att den är uppföljd eller upprättad inom det senare året. Antalet enheter som svarat ja delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike.

Nr 10	Rutiner för samverkan mellan huvudmän vid vårdplanering
	Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom hemtjänst i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2007:10). 3 kap 5 § socialtjänstlagen (2001:453)

Nr 11	Rutiner för delaktighet vid läkemedelsgenomgång
Indikatornamn	Rutiner för fördjupade läkemedelsgenomgångar där den enskildes delaktighet är dokumenterad
Mått	Enheten har aktuella rutiner för fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med olika aktörer, där den enskildes delaktighet är dokumenterad i journalen
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Läkemedelsgenomgångar
Syfte	Målet för en läkemedelsgenomgång är en kvalitetssäkrad läkemedelsbehandling, för att uppnå en ändamålsenlig och säker läkemedelsbehandling och lösa läkemedelsrelaterade problem. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Den enskildes deltagande är viktigt eftersom det kan minska förekomsten av läkemedelsrelaterade problem hos den enskilde.
Målvärde	Enheten har rutiner
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 14. Har ni den 1 mars 2018, tillgång till skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med olika aktörer? 14a. Innehåller rutinen att det ska dokumenteras i den enskildes journal hur den enskilde varit delaktig vid läkemedelsgenomgången? 14c. Har ni någon gång under perioden 1 mars 2017 till den 1 mars 2018 följt upp rutinen? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, rutinen upprättades nyligen dvs. efter den 1 mars 2017. Definitioner: Fördjupad läkemedelsgenomgång ska erbjudas till personer som efter en enkel läkemedelsgenomgång har kvarstående läkemedelsrelaterade problem eller där misstankar om förekomst av sådana problem finns. Läkaren ansvarar för att följa upp, uppdatera och ompröva målen för behandlingen som läkemedelsgenomgången resulterade i. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på om rutinen i fråga 14 och 14a finns samt att den är uppföljd eller upprättad inom det senaste året. Antalet enheter som svarat ja delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom särskilt boende i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.

Nr 11 Rutiner för delaktighet vid läkemedelsgenomgång	
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshandling i hälso- och sjukvården (SOSFS 2012:9). Vägledning för läkemedelsgenomgångar för äldre ordinerade fem eller fler läkemedel, Socialstyrelsen, 2013. SBU. Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras? En systematisk litteraturöversikt. SBU-rapport 193. Statens beredning för medicinsk utvärdering. 2009. 5 kap. 1 § patientlagen (2014:821), PL Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Socialstyrelsen 2015

Nr 12 Rutiner för samverkan vid läkemedelsgenomgång	
Indikatornamn	Rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med ansvarig sjuksköterska samt hemtjänstpersonal
Mått	Enheten har aktuella rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med olika aktörer. Den beskriver hur samverkan vid läkemedelsgenomgångar ska ske tillsammans med den enskilde och läkaren, sjuksköterska som ansvarar för den kommunala hälso- och sjukvården samt hemtjänstpersonalen
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Läkemedelsgenomgångar
Syfte	Målet för en läkemedelsgenomgång är en kvalitetssäkrad läkemedelsbehandling, för att uppnå en ändamålsenlig och säker läkemedelsbehandling och lösa läkemedelsrelaterade problem. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Den enskildes deltagande är viktigt eftersom det kan minska förekomsten av läkemedelsrelaterade problem hos den enskilde.
Målvärde	Enheten har rutiner
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 14. Har ni den 1 mars 2018, tillgång till skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med olika aktörer? 14b. Innehåller rutinen en beskrivning av hur samverkan vid läkemedelsgenomgångar ska ske tillsammans med den enskilde och läkaren samt sjuksköterskan som ansvarar för den kommunala hälso- och sjukvården och hemtjänstpersonalen? 14c. Har ni någon gång under perioden 1 mars 2017 till den 1 mars 2018 följt upp rutinen? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, rutinen upprättades nyligen dvs. efter den 1 mars 2017. Definitioner: Fördjupad läkemedelsgenomgång ska erbjudas till personer som efter en enkel läkemedelsgenomgång har kvarstående läkemedelsrelaterade problem eller dör misstankar om förekomst av sådana problem finns. Läkaren ansvarar för att följa upp, uppdatera och ompröva målen för behandlingen som läkemedelsgenomgången resulterade i. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på om rutinen i fråga 14 och 14b finns samt att den är uppföljd eller upprättad inom det senaste året. Antalet enheter som svarat ja delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: 1 mars 2018

Nr 12 Rutiner för samverkan vid läkemedelsgenomgång	
Datakällor	Enkät till enheter inom särskilt boende i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2012:9). Vägledning för läkemedelsgenomgångar för äldre ordinerade fem eller fler läkemedel, Socialstyrelsen, 2013. SBU. Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras? En systematisk litteraturöversikt. SBU-rapport 193. Statens beredning för medicinsk utvärdering. 2009. 5 kap. 1 § patientlagen (2014:821), PL Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Socialstyrelsen 2015

Hemtjänstverksamheter i servicehus

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

Nr 1 Individanpassad vård och omsorg – Delaktighet och inflytande Fast personalkontakt	
Indikatornamn	Personer med en namngiven fast personalkontakt
Indikator/mått	Andel personer med namngiven fast personalkontakt
Kvalitetsdimension	Individanpassad vård och omsorg
Kvalitetsområde	Självbestämmande och integritet
Indikatorsområde	Fast personalkontakt/ kontaktman/kontaktperson
Syfte	Den äldre personen ska ha en personal att vända sig till som kan erbjuda kontinuitet och likvärdig service och omsorg
Målvärde	Samtliga personer på enheten har en fast personalkontakt
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 1. Ange antal personer 65 år och äldre vid enheten, med verkställda beslut om hemtjänst, den 1 mars 2018. 5. Av antalet personer 65 år och äldre vid enheten (fråga 1), ange antal som har en namngiven kontaktman/kontaktperson som rör den enskildes personliga omvårdnad och service, den 1 mars 2018. Svarsalternativ: Antal Definitioner: Fråga 1: Här avses personer 65 år och äldre med verkställda beslut om hemtjänst enligt 4 kap. 1 § SoL i ordinärt boende. Här ingår också seniorboende eller trygghetsboende. Personer med en eller flera av följande former av insatser är inkluderade: service, personlig omvårdnad, ledsagning, avlösning av anhörig i hemmet, matdistribution, trygghetslarm samt boendestöd. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att antalet i fråga 5 är lika högt som antalet i fråga 1. Enhetsnivå: Antal personer med namngiven kontaktman/kontaktperson (täljare) delat med antalet personer vid enheten (näm-nare). Övriga nivåer: Täljare: aggregerat svar fråga 5. Nämnare: aggregerat svar fråga 1. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och riket Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom hemtjänst i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

Nr 2	Individanpassad vård och omsorg – Delaktighet och inflytande Genomförandeplan
Indikatornamn	Aktuell genomförandeplan
Indikator/mått	Andel personer med aktuell (ej äldre än sex månader) genomförandeplan
Kvalitetsdimension	Individanpassad vård och omsorg
Kvalitetsområde	Självbestämmande och integritet
Indikatorsområde	Genomförandeplan
Syfte	En genomförandeplan är en överenskommelse med den enskilde och ett praktiskt redskap för personalen i sitt arbete. Syftet är att skapa en tydlig struktur för det praktiska genomförandet och för uppföljningen av en beslutad insats
Målvärde	Samtliga personer har en aktuell genomförandeplan. För att vara aktuell ska planen inte vara äldre än sex månader.
Typ av indikator	Process
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 1. Ange antal personer 65 år och äldre vid enheten, med verkställda beslut om hemtjänst, den 1 mars 2018. 6. Av antalet personer 65 år och äldre vid enheten (fråga 1), ange antal med en aktuell genomförandeplan, den 1 mars 2018. Svarsalternativ: Antal Definitioner: Fråga 1: Här avses personer 65 år och äldre med verkställda beslut om hemtjänst enligt 4 kap. 1 § SoL i ordinärt boende. Här ingår också seniorboende eller trygghetsboende. Inkludera personer med en eller flera av följande former av insatser: service, personlig omvårdnad, ledsagning, avlösning av anhörig i hemmet, matdistribution, trygghetslarm samt boendestöd. Fråga 6: 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 sex månader sedan eller följts upp/uppdaterats av utföraren under de senaste sex månaderna, dvs. efter den 1 september 2017. Uppföljningen ska ha noterats i genomförandeplanen eller journalen. En person kan ha flera genomförandeplaner, personer med minst en aktuell genomförandeplan inkluderades. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att antalet i fråga 6 är lika högt som antalet i fråga 1. Enhetsnivå: Antal personer med aktuell (ej äldre än sex månader) genomförandeplan (täljare) delat med antalet personer vid enheten (nämnare). Övriga nivåer: Täljare: aggregerat svar fråga 6. Nämnare: aggregerat svar fråga 1. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och riket Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom hemtjänst i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS

Nr 3	Individanpassad vård och omsorg – Delaktighet och inflytande Delaktighet i sin genomförandeplan
Indikatornamn	Delaktighet i sin genomförandeplan
Indikator/mått	Andel personer med en plan som innehåller dokumentation om hur den enskilde deltagit vid upprättande eller förändring av sin genomförandeplan
Kvalitetsdimension	Individanpassad vård och omsorg
Kvalitetsområde	Självbestämmande och integritet
Indikatorsområde	Genomförandeplan
Syfte	Socialtjänstens insatser ska utformas och genomföras tillsammans med den enskilde. Det är viktigt att arbetet planeras, bedrivs mål- inriktat och följs upp tillsammans med den enskilde. En gemensam planering ökar förutsägbarheten för den enskilde. Dokumentationen om hur den enskilde deltagit vid planeringen, visar att det förekommer ett ställningstagande till hur verksamheterna säkerställer den enskildes delaktighet och planering av insatserna. Detta kan stärka den enskildes inflytande vilket jämnar ut maktbalansen mellan de aktörer som beslutar eller utför insatser och de personer som får insatserna.
Målvärde	Samtliga personer ska ha en dokumentation om dennes delaktighet i sin genomförandeplan
Typ av indikator	Process
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 1. Ange antal personer 65 år och äldre vid enheten, med verkställda beslut om hemtjänst, den 1 mars 2018. 6a. Av dessa, hur många har en plan med dokumentation om hur den enskilde har deltagit vid upprättande eller förändringen av planen? Svarsalternativ: Antal Svarsalternativet "kan ej anges" kunde anges på fråga 6a Definitioner: Fråga 1: Här avses personer 65 år och äldre med verkställda beslut om hemtjänst enligt 4 kap. 1 § SoL i ordinärt boende. Här ingår också seniorboende eller trygghetsboende. Inkludera personer med en eller flera av följande former av insatser: service, personlig omvårdnad, ledsagning, avlösning av anhörig i hemmet, matdistribution, trygghetslarm samt boendestöd. Fråga 6a: Det ska vara dokumenterat i genomförandeplanen hur den enskilde deltagit. En person kan ha flera genomförandeplaner, personer med minst en aktuell genomförandeplan inkluderas. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att antalet i fråga 6a är lika högt som antalet i fråga 1. Enhetsnivå: Antal personer med dokumenterad delaktighet i sin genomförandeplan (täljare) delat med antalet personer med en aktuell genomförandeplan (nämnare). Övriga nivåer: Täljare: aggregerat svar fråga 6a. Nämnare: aggregerat svar fråga 1. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och riket Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom hemtjänst i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Socialtjänstlagen (2001:453) om hur insatser ska utformas 3 kap. 5 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS Metoder för brukarinflytande och medverkan inom Socialtjänst och psykiatri. En kartläggning av forskning och praktik. Socialstyrelsen 2012.

Nr 4a-f Rutiner för att förebygga ohälsa	
Indikatornamn	Rutiner för hur hemtjänstpersonalen ska agera: a) när den äldre personen, trots överenskommelse, inte öppnar dörren/svarar på ringsignal b) när den äldre personen plötsligt uppvisar ett försämrat allmäntillstånd c) vid misstanke om att den äldre personen är undernärld eller felnärld d) vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde har utsatts för våld eller övergrepp av en anhörig/närstående e) vid misstanke eller upptäckt av att den enskilde är beroende av/ missbrukar läkemedel f) vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde är beroende av/missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel (ej läkemedel)
Indikator/ mått	Enheten har aktuella rutiner för hur hemtjänstpersonalen ska agera a) när den äldre personen, trots överenskommelse, inte öppnar dörren/svarar på ringsignal b) när den äldre personen plötsligt uppvisar ett försämrat allmäntillstånd c) när det finns misstanke om att den äldre personen är undernärld eller felnärld d) vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde har utsatts för våld eller övergrepp av en anhörig/närstående e) vid misstanke eller upptäckt av att den enskilde är beroende av/ missbrukar läkemedel f) vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde är beroende av/missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel (ej läkemedel)
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Rutiner för att förebygga ohälsa
Syfte	Genom tidig upptäckt av ett behov hos den enskilde och därefter åtgärd, är det möjligt att förebygga ohälsa. Skriftliga rutiner för hur personalen ska fråga och agera vid indikation på ohälsa kan vara ett stöd för personalen att agera, helst innan de som berörs har tagit allvarlig skada. Hemtjänstpersonalen har en viktig roll i detta sammanhang och är ofta den personalgrupp som först kan observera tecken på att allt inte står rätt till och agera riskförebyggande. Det är också ett sätt att säkra verksamhetens kvalitet i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
Målvärde	Enheten har rutiner enligt indikator 4a-f
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 7. Har enheten den 1 mars 2018 skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner som beskriver hur hemtjänstpersonalen ska agera; a) När den enskilde, trots överenskommelse, inte öppnar dörren/inte svarar på ringsignal? b) När den enskilde plötsligt uppvisar ett försämrat allmäntillstånd? c) Vid misstanke om att den enskilde är undernärld eller felnärld? d) Vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde har utsatts för våld eller övergrepp av en anhörig/närstående? e) Vid misstanke eller upptäckt av att den enskilde är beroende av/ missbrukar läkemedel?

Nr 4a-f Rutiner för att förebygga ohälsa	
	f) Vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde är beroende av/missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel (ej läkemedel)? Svarsalternativ a-f: Ja/Nej 8. Har ni någon gång under perioden 1 mars 2017 till 1 mars 2018 följt upp rutinerna? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, rutiner upprättades nyligen dvs. efter den 1 mars 2017 Definitioner: Rutiner innebär att personalen vet vem eller vilka personer som kontaktas när det finns behov av eller stöd för ställningstagande till lämplig åtgärd. Det kan handla om kontakt med enhetschefen, ansvarig biståndshandläggare eller sjuksköterska. Rutinerna beskriver ett i förväg bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska genomföras. Här avses egna lokala skriftliga rutiner eller gemensamma skriftliga rutiner som kommunen har tagit fram för sina verksamheter. Rutinen ska vara aktuell dvs. har antingen upprättats, följts upp och vid behov reviderats efter den 1 mars 2017. Ledningsnivå avser den nivå inom organisationen som har mandat att besluta om rutiner. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på de olika frågorna samt frågan om rutinerna är aktuella. Antalet enheter som svarat ja delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom hemtjänst i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databehandlingen.
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Nr 5 Rutiner för samarbete med anhöriga	
Indikatornamn	Aktuell rutin för hur personalen samarbetar med anhöriga till personer som får insatser vid enheten
Indikator/ mått	Enheter har aktuella rutiner för hur hemtjänstpersonalen ska samarbeta med anhöriga till personer som får insatser vid enheten
Kvalitetsdimension	Individanpassad
Kvalitetsområde	Helhetssyn och samordning
Indikatorsområde	Rutiner för samarbete med anhöriga
Syfte	Anhöriga spelar i regel en mycket viktig roll för den enskilde och kan bidra med viktigt information om den enskildes olika behov av vård och omsorg. Anhöriga är i många fall en viktig samarbetspartner för personalen, vilket kan underlätta deras möjlighet att göra ett bra arbete för att tillgodose den enskildes behov.
Målvärde	Enheter har rutiner
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfråga: 11. Har ni den 1 mars 2018 en skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för hur personalen kan samarbeta med anhöriga till personer som får insatser vid enheten? Svarsalternativ: Ja/Nej 11a. Har ni någon gång under perioden 1 mars 2017 till den 1 mars 2018 följt upp rutinen? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, då rutinen upprättades nyligen, dvs. efter den 1 mars 2017

Nr 5	Rutiner för samarbete med anhöriga
	Definitioner: Rutinerna beskriver ett i förväg bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska genomföras. Här avses egna lokala skriftliga rutiner eller gemensamma skriftliga rutiner som kommunen har tagit fram för sina verksamheter. Rutinen ska vara aktuell dvs. har antingen upprättats, följts upp och vid behov reviderats efter den 1 mars 2017. Ledningsnivå avser den nivå inom organisationen som har mandat att besluta om rutiner. Här används begreppen anhörig och närstående på samma sätt som i regeringens proposition Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående (Prop. 2008/09:82 s. 11 och 12). Enligt propositionen avses med närstående den person som tar emot omsorg, vård och stöd. Den som ger omsorg, stöd eller vård benämns anhörig eller annan person. Annan person är i det här sammanhanget någon utanför familjekretsen, till exempel en vän eller granne. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på frågan samt följdfrågan om rutinerna är aktuella. Antalet enheter som svarat ja delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom hemtjänst i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Socialstyrelsens vägledning "Stöd till anhöriga – vägledning till kommunerna för tillämpning av 5 kap. 10 § socialtjänstlagen", s. 11

Nr 6	Rutiner för schemalagda möten med sjuksköterska
Indikatornamn	Rutiner för schemalagda möten med sjuksköterska eller annan hälso- och sjukvårdspersonal i frågor som rör personer med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser
Indikator/mått	Enheten har rutiner för schemalagda möten med sjuksköterska eller annan hälso- och sjukvårdspersonal i frågor som rör personer med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Rutiner för säker vård och omsorg
Syfte	Regelbundet återkommande, schemalagda möten med sjuksköterskan ger hemtjänstpersonalen ett forum och en ordning för att ta upp frågor som är av betydelse för den enskildes hälsa, i förebyggande syfte eller när omedelbara behov finns
Målvärde	Enheten har rutiner
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 9. Har enheten den 1 mars 2018 skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner för schemalagda möten med sjuksköterska eller annan hälso- och sjukvårdspersonal, i frågor som rör personer med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser? Svarsalternativ: Ja, rutiner finns Nej, det finns inga sådana rutiner Inte aktuellt, landstinget ansvarar för all hälso- och sjukvård i ordnärt boende (gäller kommunerna i Stockholms län, undantaget Norrtälje)

Nr 6	Rutiner för schemalagda möten med sjuksköterska
	9b. Har ni någon gång under perioden 1 mars 2017 till 1 mars 2018 följt upp rutiner? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, då rutinen upprättades nyligen dvs. efter den 1 mars 2017 Definitioner: Hälso- och sjukvårdsinsatser: kan vara enstaka eller varaktiga insatser (hemsjukvård). Rutinerna ska gälla för dem som är i behov av vård och omsorg, och där kommunen utför hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende. Schemalagda möten: innebär regelbundet återkommande möten som vanligtvis sker ansikte mot ansikte. Kontakter kan även ske via telefon eller på annat sätt. Mötena ska vara tillräckligt ofta förekommande för att hemtjänstpersonalen så långt det är möjligt ska kunna undvika behov av att ta kontakt med akut hälso- och sjukvårdspersonal. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på fråga 9 om rutinen finns samt ja/ej aktuellt på fråga 9b om rutinen är aktuell. Antalet enheter som svarat ja delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom hemtjänst i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Nr 6a	Intervall för schemalagda möten med sjuksköterska
Bakgrundsmått	Beskrivning av hur ofta de schemalagda mötena med sjuksköterska eller annan hälso- och sjukvårdspersonal sker, i frågor som rör personer med behov av kommunal hälso- och sjukvårdsinsatser
Indikator/mått	Bakgrundsmått
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Rutiner för säker vård och omsorg
Syfte	Regelbundet återkommande, schemalagda möten med sjuksköterskan ger hemtjänstpersonalen ett forum och en ordning för att ta upp frågor som är av betydelse för den enskildes hälsa, i förebyggande syfte eller när omedelbara behov finns.
Målvärde	Bakgrundsmått har inget målvärde
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Bakgrundsmåttet bygger på följande enkätfrågor: 9a. Hur ofta ske de schemalagda mötena med sjuksköterska eller annan hälso- och sjukvårdspersonal, i frågor som rör personer med behov av kommunal hälso- och sjukvårdsinsatser Svarsalternativ: Minst en gång i veckan Minst en gång i månaden Mer sällan än en gång i månaden Definitioner: Hälso- och sjukvårdsinsatser: kan vara enstaka eller varaktiga insatser (hemsjukvård). Rutinerna ska gälla för dem som är i behov av vård och omsorg, och där kommunen utför hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende.

Nr 6a Intervall för schemalagda möten med sjuksköterska	
	Schemalagda möten innebär regelbundet återkommande möten som vanligtvis sker ansikte mot ansikte. Kontakter kan även ske via telefon eller på annat sätt. Mötena ska vara tillräckligt ofta förekommande för att hemtjänstpersonalen så långt det är möjligt ska kunna undvika behov av att ta kontakt med akut hälso- och sjukvårdspersonal. Beräkning: För att få en presentation av måtten krävs att enheten svarat ja på frågan om enheten har rutiner för schemalagda möten med sjuksköterska (indikator 6). Redovisningsnivå: Enheter. Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom hemtjänst i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Nr 7 Rutiner för hälso- och sjukvårdskontakter	
Indikatornamn	Rutiner för kontakter med hälso- och sjukvårdspersonal på vård- eller hälsocentral i frågor som rör personer med behov av landstingets primärvård.
Mått	Enheten har rutiner för kontakter med hälso- och sjukvårdspersonal på vård- eller hälsocentral i frågor som rör personer med behov av landstingets primärvård.
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Rutiner för säker vård och omsorg
Syfte	Rutiner för hur kontakter med hälso- och sjukvårdspersonal på vård- eller hälsocentral ska gå till, är ett sätt att säkra att den enskildes behov utöver dem som verksamhetens insatser avser att möta, kan tillgodoses. Kunskap om hur och med vem kontakt kan tas, kan förebygga en utveckling av ett allvarigare sjukdomstillstånd.
Målvärde	Enheten har rutiner
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 10. Har enheten den 1 mars 2018 rutiner för hur kontakter med hälso- och sjukvårdspersonal på vård- eller hälsocentral kan gå till, i frågor för personer som har behov av landstingets primärvård? Svarsalternativ: Ja, rutiner finns som gäller för alla personer vid enheten Ja, rutiner finns som gäller för några personer vid enheten Nej, det finns inga sådana rutiner 10a. Har ni någon gång under perioden 1 mars 2017 till 1 mars 2018 följt upp rutiner? Definitioner: Rutinerna ska gälla för dem som av hemtjänstpersonalen uppfattas vara i behov av hälso- och sjukvårdsinsatser via landstingets primärvård. Rutinen ska beskriva hur och med vilken funktion kontakten kan ske. Kontakten sker i enlighet med den enskildes medgivande. Rutiner kan finnas som gäller för några personer vid enheten, när de äldre personerna vid enheten anlitar olika vård- eller hälsocentraler som tillämpar olika rutiner. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på fråga 10 och 10a.

Nr 7	Rutiner för hälso- och sjukvårdskontakter
	Antalet enheter som svarat "ja, rutiner finns som gäller för alla personer vid enheten" delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom hemtjänst i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Nr 8	Rutiner för delaktighet vid vårdplanering
Indikatornamn	Rutiner för hur vårdplanering ska genomföras i samverkan med olika aktörer, där det är dokumenterat i journalen hur den enskilde deltagit.
Mått	Aktuella rutiner finns för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med olika aktörer. Det är dokumenterat i journal hur den enskilde deltagit.
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Rutiner för säker vård och omsorg
Syfte	En vårdplan upprättas för planering och genomförande av den äldres vård. Syftet är att skapa en tydlig struktur för det praktiska genomförandet och för uppföljningen av de olika insatserna. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Dokumentationen om hur den enskilde deltagit vid planeringen, visar att det förekommer ett ställningstagande till hur verksamheterna säkerställer den enskildes delaktighet och planering av insatserna.
Målvärde	Enheter har rutiner
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 13. Har ni den 1 mars 2018 en skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med olika aktörer? 13a. Innehåller rutinen att det ska vara dokumenterat i den enskildes journal hur den enskilde varit delaktig vid vårdplaneringen? Svarsalternativ: Ja/Nej 13d. Har ni under perioden 1 mars 2017 till den 1 mars 2018 följt upp rutinen? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, rutinen upprättades nyligen dvs. efter den 1 mars 2017 Definitioner: Vårdplaneringen dokumenteras i en plan för den enskildes vård som beskriver hur olika insatser ska genomföras, när de ska följas upp och utvärderas. Här inkluderas även den plan som beskrivs i SOSFS 2007:10 om samordning av insatser för rehabilitering och rehabilitering. Rutinen avser beskriva hur samverkan ska ske i ett övergripande gemensamt handlande på ett organisatoriskt plan för ett visst syfte. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på om rutinen i fråga 13 och 13a finns samt att den är uppföljd eller upprättad inom det senare året. Antalet enheter som svarat ja delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike.

Nr 8 Rutiner för delaktighet vid vårdplanering	
	Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom hemtjänst i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	5 kap. 1 § patientlagen (2014:821), PL Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Socialstyrelsen 2015. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om samordning av insatser för rehabilitering och rehabilitering (SOSFS 2007:10).

Nr 9 Rutiner för samverkan vid vårdplanering	
Indikatornamn	Rutiner för hur samverkan vid vårdplanering ska ske tillsammans med den enskilde, den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen samt hemtjänstpersonalen
Mått	Aktuella rutiner finns som beskriver hur samverkan vid vårdplanering ska ske tillsammans med den enskilde, den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen samt hemtjänstpersonalen
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Rutiner för säker vård och omsorg
Syfte	En vårdplan upprättas för planering och genomförande av den äldres vård. Syftet är att skapa en tydlig struktur för det praktiska genomförandet och för uppföljningen av de olika insatserna. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Dokumentationen om hur den enskilde deltagit vid planeringen, visar att det förekommer ett ställningstagande till hur verksamheterna säkerställer den enskildes delaktighet och planering av insatserna.
Målvärde	Enheten har rutiner
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 13. Har ni den 1 mars 2018 en skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med olika aktörer? 13b. beskriver rutinen hur samverkan vid vårdplanering ska ske tillsammans med den enskilde, den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen samt hemtjänstpersonalen? Svarsalternativ: Ja/Nej 13d. Har ni under perioden 1 mars 2017 till den 1 mars 2018 följt upp rutinen? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, rutinen upprättades nyligen dvs. efter den 1 mars 2017 Definitioner: Vårdplaneringen dokumenteras i en plan för den enskildes vård som beskriver hur olika insatser ska genomföras, när de ska följas upp och utvärderas. Här inkluderas även den plan som beskrivs i SOSFS 2007:10 om samordning av insatser för rehabilitering och rehabilitering. Rutinen avser beskriva hur samverkan ska ske i ett övergripande gemensamt handlande på ett organisatoriskt plan för ett visst syfte. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på om rutinen i fråga 14 och 14b finns samt att den är uppföljd eller upprättad inom det senare året. Antalet enheter som svarat ja delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike.

Nr 9	Rutiner för samverkan vid vårdplanering
	Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom hemtjänst i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2007:10). 3 kap 5 § socialtjänstlagen (2001:453)

Nr 10	Rutiner för samverkan mellan huvudmän vid vårdplanering
Indikatornamn	Rutiner för hur samverkan vid vårdplanering ska ske tillsammans med den enskilde, den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen och hälso- och sjukvårdspersonalen vid landstingets vårdcentral samt hemtjänstpersonalen
Mått	Aktuella rutiner finns för hur samverkan vid vårdplanering ska ske tillsammans med den enskilde, den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen och hälso- och sjukvårdspersonalen vid landstingets vårdcentral samt hemtjänstpersonalen
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Rutiner för säker vård och omsorg
Syfte	En vårdplan upprättas för planering och genomförande av den äldre vård. Syftet är att skapa en tydlig struktur för det praktiska genomförandet och för uppföljningen av de olika insatserna. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Dokumentationen om hur den enskilde deltagit vid planeringen, visar att det förekommer ett ställningstagande till hur verksamheterna säkerställer den enskildes delaktighet och planering av insatserna.
Målvärde	Enheten har rutiner
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 13. Har ni den 1 mars 2018 en skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med olika aktörer? 13c. beskriver rutinen hur samverkan vid vårdplanering ska ske tillsammans med den enskilde, den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen och hälso- och sjukvårdspersonalen vid landstingets vårdcentral samt hemtjänstpersonalen? Svarsalternativ: Ja/Nej 13d. Har ni under perioden 1 mars 2017 till den 1 mars 2018 följt upp rutinen? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, rutinen upprättades nyligen dvs. efter den 1 mars 2018 Definitioner: Vårdplaneringen dokumenteras i en plan för den enskildes vård som beskriver hur olika insatser ska genomföras, när de ska följas upp och utvärderas. Här inkluderas även den plan som beskrivs i SOSFS 2007:10 om samordning av insatser för rehabilitering och rehabilitering. Rutinen avser beskriva hur samverkan ska ske i ett övergripande gemensamt handlande på ett organisatoriskt plan för ett visst syfte. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på om rutinen i fråga 13 och 13c finns samt att den är uppföljd eller upprättad inom det senare året. Antalet enheter som svarat ja delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike.

Nr 10 Rutiner för samverkan mellan huvudmän vid vårdplanering	
	Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom hemtjänst i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2007:10). 3 kap 5 § socialtjänstlagen (2001:453)

Nr 11 Rutiner för delaktighet vid läkemedelsgenomgång	
Indikatornamn	Rutiner för fördjupade läkemedelsgenomgångar där den enskildes delaktighet är dokumenterad
Mått	Enheten har aktuella rutiner för fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med olika aktörer, där den enskildes delaktighet är dokumenterad i journalen
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Läkemedelsgenomgångar
Syfte	Målet för en läkemedelsgenomgång är en kvalitetssäkrad läkemedelsbehandling, för att uppnå en ändamålsenlig och säker läkemedelsbehandling och lösa läkemedelsrelaterade problem. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Den enskildes deltagande är viktigt eftersom det kan minska förekomsten av läkemedelsrelaterade problem hos den enskilde.
Målvärde	Enheten har rutiner
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 14. Har ni den 1 mars 2018, tillgång till skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med olika aktörer? 14a. Innehåller rutinen att det ska dokumenteras i den enskildes journal hur den enskilde varit delaktig vid läkemedelsgenomgången? 14c. Har ni någon gång under perioden 1 mars 2017 till den 1 mars 2018 följt upp rutinen? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, rutinen upprättades nyligen dvs. efter den 1 mars 2017. Definitioner: Fördjupad läkemedelsgenomgång ska erbjudas till personer som efter en enkel läkemedelsgenomgång har kvarstående läkemedelsrelaterade problem eller där misstankar om förekomst av sådana problem finns. Läkaren ansvarar för att följa upp, uppdatera och ompröva målen för behandlingen som läkemedelsgenomgången resulterade i. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på om rutinen i fråga 14 och 14a finns samt att den är uppföljd eller upprättad inom det senaste året. Antalet enheter som svarat ja delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom särskilt boende i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.

Nr 11 Rutiner för delaktighet vid läkemedelsgenomgång	
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshandling i hälso- och sjukvården (SOSFS 2012:9). Vägledning för läkemedelsgenomgångar för äldre ordinerade fem eller fler läkemedel, Socialstyrelsen, 2013. SBU. Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras? En systematisk litteraturöversikt. SBU-rapport 193. Statens beredning för medicinsk utvärdering. 2009. 5 kap. 1 § patientlagen (2014:821), PL Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Socialstyrelsen 2015

Nr 12 Rutiner för samverkan vid läkemedelsgenomgång	
Indikatornamn	Rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med ansvarig sjuksköterska samt hemtjänstpersonal
Mått	Enheten har aktuella rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med olika aktörer. Den beskriver hur samverkan vid läkemedelsgenomgångar ska ske tillsammans med den enskilde och läkaren, sjuksköterska som ansvarar för den kommunala hälso- och sjukvården samt hemtjänstpersonalen
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Läkemedelsgenomgångar
Syfte	Målet för en läkemedelsgenomgång är en kvalitetssäkrad läkemedelsbehandling, för att uppnå en ändamålsenlig och säker läkemedelsbehandling och lösa läkemedelsrelaterade problem. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Den enskildes deltagande är viktigt eftersom det kan minska förekomsten av läkemedelsrelaterade problem hos den enskilde.
Målvärde	Enheten har rutiner
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 14. Har ni den 1 mars 2018, tillgång till skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med olika aktörer? 14b. Innehåller rutinen en beskrivning av hur samverkan vid läkemedelsgenomgångar ska ske tillsammans med den enskilde och läkaren samt sjuksköterskan som ansvarar för den kommunala hälso- och sjukvården och hemtjänstpersonalen? 14c. Har ni någon gång under perioden 1 mars 2017 till den 1 mars 2018 följt upp rutinen? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, rutinen upprättades nyligen dvs. efter den 1 mars 2017. Definitioner: Fördjupad läkemedelsgenomgång ska erbjudas till personer som efter en enkel läkemedelsgenomgång har kvarstående läkemedelsrelaterade problem eller dör misstankar om förekomst av sådana problem finns. Läkaren ansvarar för att följa upp, uppdatera och ompröva målen för behandlingen som läkemedelsgenomgången resulterade i. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på om rutinen i fråga 14 och 14b finns samt att den är uppföljd eller upprättad inom det senaste året. Antalet enheter som svarat ja delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: 1 mars 2018

Nr 12 Rutiner för samverkan vid läkemedelsgenomgång	
Datakällor	Enkät till enheter inom särskilt boende i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2012:9). Vägledning för läkemedelsgenomgångar för äldre ordinerade fem eller fler läkemedel, Socialstyrelsen, 2013. SBU. Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras? En systematisk litteraturöversikt. SBU-rapport 193. Statens beredning för medicinsk utvärdering. 2009. 5 kap. 1 § patientlagen (2014:821), PL Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Socialstyrelsen 2015

Nr 13 Rutiner för delaktighet vid vårdplanering i servicehus	
Indikatornamn	Rutiner för hur vårdplanering ska genomföras i samverkan med olika aktörer, där det är dokumenterat i journalen hur den enskilde deltagit.
Mått	Aktuella rutiner finns för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med olika aktörer. Det är dokumenterat i journal hur den enskilde deltagit.
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Rutiner för säker vård och omsorg
Syfte	En vårdplan upprättas för planering och genomförande av den äldres vård. Syftet är att skapa en tydlig struktur för det praktiska genomförandet och för uppföljningen av de olika insatserna. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Dokumentationen om hur den enskilde deltagit vid planeringen, visar att det förekommer ett ställningstagande till hur verksamheterna säkerställer den enskildes delaktighet och planering av insatserna.
Målvärde	Enheten har rutiner
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 16. Har ni den 1 mars 2018 en skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med olika aktörer? 16a. Innehåller rutinen att det ska vara dokumenterat i den enskildes journal hur den enskilde varit delaktig vid vårdplaneringen? Svarsalternativ: Ja/Nej 16c Har ni under perioden 1 mars 2017 till den 1 mars 2018 följt upp rutinen? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, rutinen upprättades nyligen dvs. efter den 1 mars 2017 Definitioner: Vårdplaneringen dokumenteras i en plan för den enskildes vård som beskriver hur olika insatser ska genomföras, när de ska följas upp och utvärderas. Här inkluderas även den plan som beskrivs i SOSFS 2007:10 om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering. Rutinen avser beskriva hur samverkan ska ske i ett övergripande gemensamt handlande på ett organisatoriskt plan för ett visst syfte. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på fråga 16 och 16a samt att den är uppföljd eller upprättad inom

Nr 13 Rutiner för delaktighet vid vårdplanering i servicehus	
	det senare året. Antalet enheter som svarat ja delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom hemtjänst i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2007:10). 3 kap 5 § socialtjänstlagen (2001:453)

Nr 14 Rutiner för samverkan vid vårdplanering i servicehus	
Indikatornamn	Rutiner för hur samverkan vid vårdplanering ska ske tillsammans med den enskilde, ansvarig läkare och kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen samt hemtjänstpersonalen
Mått	Aktuella rutiner finns för hur samverkan vid vårdplanering ska ske tillsammans med den enskilde, ansvarig läkare och kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen samt enhetens hemtjänstpersonal
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Rutiner för säker vård och omsorg
Syfte	En vårdplan upprättas för planering och genomförande av den äldres vård. Syftet är att skapa en tydlig struktur för det praktiska genomförandet och för uppföljningen av de olika insatserna. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Dokumentation om hur den enskilde deltagit vid planeringen, visar att det förekommer ett ställningstagande till hur verksamheterna säkerställer den enskildes delaktighet och planering av insatserna.
Målvärde	Enheten har rutiner
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 16. Har ni den 1 mars 2018 en skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med olika aktörer? 16b. beskriver rutinen hur samverkan vid vårdplanering ska ske tillsammans med den enskilde, ansvarig läkare och den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen samt hemtjänstpersonalen? Svarsalternativ: Ja/Nej 16c. Har ni under perioden 1 mars 2017 till den 1 mars 2018 följt upp rutinen? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, rutinen upprättades nyligen dvs. efter den 1 mars 2017 Definitioner: Vårdplaneringen dokumenteras i en plan för den enskildes vård som beskriver hur olika insatser ska genomföras, när de ska följas upp och utvärderas. Här inkluderas även den plan som beskrivs i SOSFS 2007:10 om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering. Rutinen avser beskriva hur samverkan ska ske i ett övergripande gemensamt handlande på ett organisatoriskt plan för ett visst syfte. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på fråga 16 och 16b samt att den är uppföljd eller upprättad inom det senare året. Antalet enheter som svarat ja delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike.

Nr 14 Rutiner för samverkan vid vårdplanering i servicehus	
	Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom hemtjänst i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2007:10). 3 kap 5 § socialtjänstlagen (2001:453)

Nr 15 Rutiner för delaktighet vid läkemedelsgenomgång i servicehus	
Indikatornamn	Rutiner för fördjupade läkemedelsgenomgångar där den enskildes delaktighet är dokumenterad
Mått	Enheter har aktuella rutiner för fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med olika aktörer, där den enskildes delaktighet är dokumenterad i journalen
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Läkemedelsgenomgångar
Syfte	Målet för en läkemedelsgenomgång är en kvalitetssäkrad läkemedelsbehandling, för att uppnå en ändamålsenlig och säker läkemedelsbehandling och lösa läkemedelsrelaterade problem. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Den enskildes deltagande är viktigt eftersom det kan minska förekomsten av läkemedelsrelaterade problem hos den enskilde.
Målvärde	Enheter har rutiner
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 17. Har ni den 1 mars 2018, tillgång till skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med olika aktörer? 17a. Innehåller rutinen att det ska dokumenteras i den enskildes journal hur den enskilde varit delaktig vid läkemedelsgenomgången? 17c. Har ni någon gång under perioden 1 mars 2017 till den 1 mars 2018 följt upp rutinen? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, rutinen upprättades nyligen dvs. efter den 1 mars 2017. Definitioner: Fördjupad läkemedelsgenomgång ska erbjudas till personer som efter en enkel läkemedelsgenomgång har kvarstående läkemedelsrelaterade problem eller dör misstankar om förekomst av sådana problem finns. Läkaren ansvarar för att följa upp, uppdatera och ompröva målen för behandlingen som läkemedelsgenomgången resulterade i. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på fråga 17 och 17a samt att den är uppföljd eller upprättad inom det senaste året. Antalet enheter som svarat att rutiner finns alla personer vid enheten delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom hemtjänst i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.

Nr 15 Rutiner för delaktighet vid läkemedelsgenomgång i servicehus	
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2012:9). Vägledning för läkemedelsgenomgångar för äldre ordinerade fem eller fler läkemedel, Socialstyrelsen, 2013. SBU. Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras? En systematisk litteraturöversikt. SBU-rapport 193. Statens beredning för medicinsk utvärdering. 2009. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Socialstyrelsen 2015

Nr 16 Rutiner för samverkan vid läkemedelsgenomgång i servicehus	
Indikatornamn	Rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med ansvarig sjuksköterska samt hemtjänstpersonal
Mått	Enheten har aktuella rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med olika aktörer. Den beskriver hur samverkan vid läkemedelsgenomgångar ska ske tillsammans med den enskilde och läkaren, sjuksköterska som ansvarar för servicehuset samt hemtjänstpersonalen
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Läkemedelsgenomgångar
Syfte	Målet för en läkemedelsgenomgång är en kvalitetssäkrad läkemedelsbehandling, för att uppnå en ändamålsenlig och säker läkemedelsbehandling och lösa läkemedelsrelaterade problem. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Den enskildes deltagande är viktigt eftersom det kan minska förekomsten av läkemedelsrelaterade problem hos den enskilde.
Målvärde	Enheten har rutiner
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 17. Har ni den 1 mars 2018, tillgång till skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med olika aktörer? 17b. Innehåller rutinen en beskrivning av hur samverkan vid läkemedelsgenomgångar ska ske tillsammans med den enskilde och läkaren samt sjuksköterskan som ansvarar för servicehuset och hemtjänstpersonalen? 17c. Har ni någon gång under perioden 1 mars 2017 till den 1 mars 2018 följt upp rutinen? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, rutinen upprättades nyligen dvs. efter den 1 mars 2017. Definitioner: Fördjupad läkemedelsgenomgång ska erbjudas till personer som efter en enkel läkemedelsgenomgång har kvarstående läkemedelsrelaterade problem eller dör misstankar om förekomst av sådana problem finns. Läkaren ansvarar för att följa upp, uppdatera och ompröva målen för behandlingen som läkemedelsgenomgången resulterade i. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på fråga 17 och 17b samt att den är uppföljd eller upprättad inom det senaste året. Antalet enheter som svarat att rutiner finna alla personer vid enheten delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom hemtjänst i landets kommuner.

Nr 16 Rutiner för samverkan vid läkemedelsgenomgång i servicehus	
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2012:9). Vägledning för läkemedelsgenomgångar för äldre ordinerade fem eller fler läkemedel, Socialstyrelsen, 2013. SBU. Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras? En systematisk litteraturöversikt. SBU-rapport 193. Statens beredning för medicinsk utvärdering. 2009. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Socialstyrelsen 2015

Nr 17 Basal utredning om blåsdysfunktion	
Indikatornamn	Basal utredning avseende blåsdysfunktion
Mått	Andel personer i permanent särskilt boende med aktuell (ej äldre än 12 månader) basal utredning avseende blåsdysfunktion
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Blåsdysfunktion
Syfte	Utredning av blåsdysfunktionen är grunden för en effektiv behandling.
Målvärde	Samtliga personer med blåsdysfunktion har en aktuell basal utredning
Typ av indikator	Process
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 18. Av antalet personer 65 år och äldre vid enheten med verkställda beslut om boende i servicehus, ange antal personer med blåsdysfunktion, den 1 mars 2018. 19. Av antalet personer som bedömts ha blåsdysfunktion (fråga 18), ange antal med en aktuell basal utredning avseende blåsdysfunktion. Svarsalternativ: Antal Definitioner: Med några enkla frågor är det möjligt att ta reda på om en person har en blåsdysfunktion. Angelägna frågor är om personen: • läcker urin • använder inkontinenshjälpmedel • har färre än fyra eller fler än åtta blåstömningar per dygn • har flera nattliga blåstömningar (nokturi) • har ett eller flera av följande symtom: svårt att komma igång med blåstömningen, svag stråle, behöver krysta för att tömma blåsan, upplever att blåsan inte blir riktigt tömd, urinen kommer i flera omgångar • efterdropp efter avslutad tömning. I en basal utredning ingår vanligen anamnes, status, urinmätning, läckagemätning, dryckesmätning, mätning av residualurin samt en kartläggning av den äldre personens blåstömningens mönster. Alla moment behöver eller kan inte alltid ingå. Utredningens omfattning avgörs av den enskilde personen tillsammans med ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal. Det ingår också att utesluta att blåsdysfunktion är orsakat av en medicinsk orsak som kan kräva konsultation av läkare. Aktuell basal utredning: för att vara aktuell ska utredningen eller uppföljningen inte vara äldre än 12 månader, dvs. vara genomförd efter den 1 mars 2017. En utredning kan ersättas av en uppföljning, förutsatt att en basal utredning ligger till grund för tidigare åtgär-

Nr 17	Basal utredning om blåsdysfunktion
	der. En årlig uppföljning innebär att förskrivaren kontrollerar att symtomen inte har förändrats sedan föregående utredning och att hjälpmedlet fortfarande fungerar tillfredsställande. Beräkning: Kommun, län och rike: Andel personer i permanent särskilt boende med aktuell (ej äldre än 12 månader) basal utredning avseende Blåsdysfunktion den 1 mars 2018. Täljare: svar fråga 19. Nämnare: svar fråga 18. Län och rike: Andel personer i permanent särskilt boende i länet/riket med aktuell (ej äldre än 12 månader) basal utredning avseende blåsdysfunktion den 1 mars 2018. Täljare: aggregerat svar fråga 19. Nämnare: aggregerat svar fråga 18 Redovisningsnivå: Kommun, län och riket Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom hemtjänst i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre, SBU 2013 Kunskapsunderlag om urininkontinens: http://www.socialstyrelsen.se/oppnajakforeelser/aldreomsorg. Blåsdysfunktion hos äldre personer – Indikatorer vid urininkontinens och andra symtom vid vård av äldre personer i särskilt boende eller hemsjukvård, Socialstyrelsen 2016.

Nr 18	Åtgärd vid blåsdysfunktion
Indikatornamn	Erhållit minst en åtgärd eller behandling utöver individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel eller kateterbehandling
Mått	Andel personer i permanent särskilt boende som erhållit minst en åtgärd eller behandling utöver individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel eller kateterbehandling
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Blåsdysfunktion
Syfte	Alla personer med blåsdysfunktion kan få hjälp med sin ohälsa eller besvär från de nedre urinvägarna. Ofta handlar det om relativt små och enkla åtgärder som är lätta att genomföra och kan minska onödigt lidande hos den enskilde.
Målvärde	Samtliga personer med behov har fått minst en åtgärd eller behandling utöver individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel eller kateterbehandling
Typ av indikator	Resultat
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 19. Av antalet personer som bedömts ha blåsdysfunktion (fråga 18), ange antal med en aktuell basal utredning avseende blåsdysfunktion. 20. Du svarade på fråga 19 att det finns (infoga svar) personer 65 år och äldre med aktuell basal utredning avseende blåsdysfunktion. Av dessa, hur många har erhållit minst en åtgärd eller behandling utöver individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel eller kateterbehandling, den 1 mars 2018? Svarsalternativ: Antal. Definitioner: Exempel på åtgärd eller behandling är regelbundna toalettbesök, anpassning av toalett-miljön, lokal östrogenbehandling, blåstråning, toalettassistans. Målet är att samtliga personer med blåsdysfunktion ska ha fått minst en åtgärd eller behandling initierad, utöver individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel. Räkna ej med

Nr 18	Åtgärd vid blåsdysfunktion
	kateterbehandling eller individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel i detta sammanhang. Beräkning: Kommun, län och rike: Andel personer i permanent särskilt boende med individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel den 1 mars 2018. Täljare: svar fråga 20. Nämnare: svar fråga 19. Län och rike: Andel personer i permanent särskilt boende i länet/riket med individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel den 1 mars 2018. Täljare: aggregerat svar fråga 20. Nämnare: aggregerat svar fråga 19. Redovisningsnivå: Kommun, län och riket Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom hemtjänst i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre, SBU 2013 Kunskapsunderlag om urininkontinens: http://www.socialstyrelsen.se/oppnajakforelser/alldreomsorg. Blåsdysfunktion hos äldre personer – Indikatorer vid urininkontinens och andra symtom vid vård av äldre personer i särskilt boende eller hemsjukvård, Socialstyrelsen 2016.

Särskilt boende

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

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

Nr 1a	Intervall, boråd
Bakgrundsmått	Erbjudande om boråd enligt intervall
Indikator/mått	Enheter som erbjuder varje person möjlighet att delta i borådsmöten enligt intervall
Kvalitetsdimension	Individanpassad
Kvalitetsområde	Självbestämmande och integritet
Indikatorsområde	Bakgrundsmått
Syfte	Boråd är ett forum och ett tillfälle för de boende att tillsammans med andra medboende vara delaktiga i gemensamma frågor
Målvärde	Ett bakgrundsmått har inget målvärde
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Bakgrundsmåttet bygger på följande enkätfrågor:

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

Nr 2	Genomförandeplan
Indikatornamn	Aktuell genomförandeplan
Indikator/mått	Andel personer med aktuell (ej äldre än sex månader) genomförandeplan
Kvalitetsdimension	Individanpassad
Kvalitetsområde	Självbestämmande och integritet
Indikatorsområde	Genomförandeplan
Syfte	En genomförandeplan är en överenskommelse med den enskilde och ett praktiskt redskap för personalen i sitt arbete. Syftet är att skapa en tydlig struktur för det praktiska genomförandet och för uppföljningen av en beslutad insats.
Målvärde	Samtliga personer har en aktuell genomförandeplan. För att vara aktuell ska planen inte vara äldre än sex månader.
Typ av indikator	Process
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 1. Ange antal personer 65 år och äldre vid enheten med verkställda beslut om permanent särskilt boende, den 1 mars 2018. 7. Av antalet personer 65 år och äldre vid enheten med verkställda beslut om permanent särskilt boende, ange antal med en aktuell genomförandeplan, den 1 mars 2018. Svarsalternativ: Antal Definitioner: Fråga 1: Här avses personer 65 år och äldre med verkställda beslut om särskilt boende enligt 4 kap. 1 § SoL. Fråga 7: En genomförandeplan är en dokumenterad planering som beskriver hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras för den enskilde. Planen är aktuell om den utformats för mindre än sex månader sedan eller följts upp/uppdaterats av utföraren under de senaste sex månaderna, dvs. efter den 1 september 2017. Uppföljningen ska ha noterats i genomförandeplanen eller journalen.

Nr 2 Genomförandeplan	
	En person kan ha flera genomförandeplaner, räkna antal personer som har minst en aktuell genomförandeplan. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att antalet i fråga 7 är lika högt som antalet i fråga 1. Enhetsnivå: Antal personer med aktuell (ej äldre än sex månader) genomförandeplan (täljare) delat med antalet personer vid enheten (nämnare). Övriga nivåer: Täljare: aggregerat svar fråga 7. Nämnare: aggregerat svar fråga 1. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och riket Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom särskilt boende i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS

Nr 3 Delaktighet i sin genomförandeplan	
Indikatornamn	Delaktighet i sin genomförandeplan
Indikator/mått	Andel personer med en plan som innehåller dokumentation om hur personen deltagit vid upprättande eller förändring av sin genomförandeplan.
Kvalitetsdimension	Individanpassad
Kvalitetsområde	Självbestämmande och integritet
Indikatorsområde	Genomförandeplan
Syfte	Socialtjänstens insatser ska utformas och genomföras tillsammans med den enskilde. Det är viktigt att arbetet planeras, bedrivs målriktat och följs upp tillsammans med den enskilde. En gemensam planering ökar förutsägbarheten för den enskilde. Dokumentationen om hur den enskilde deltagit vid planeringen, visar att det förekommer ett ställningstagande till hur verksamheterna säkerställer den enskildes delaktighet och planering av insatserna. Detta kan stärka den enskildes inflytande vilket jämnar ut maktbalansen mellan de aktörer som beslutar eller utför insatser och de personer som får insatserna.
Målvärde	Samtliga personer ska ha en dokumentation om dennes delaktighet i sin genomförandeplan.
Typ av indikator	Process
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 1. Ange antal personer 65 år och äldre vid enheten med verkställda beslut om permanent särskilt boende, den 1 mars 2018. 7a. Av dessa, hur många har en plan med dokumentation om hur den enskilde har deltagit vid upprättande eller förändringen av planen? Svarsalternativ: Antal Definitioner: Fråga 1: Här avses personer 65 år och äldre med verkställda beslut om särskilt boende enligt 4 kap. 1 § SoL. Fråga 7a: Det ska vara dokumenterat i genomförandeplanen hur den enskilde deltagit. En person kan ha flera genomförandeplaner, personer med minst en aktuell genomförandeplan inkluderas. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att antalet i fråga 7a är lika högt som antalet i fråga 1. Enhetsnivå: Antal personer med dokumenterad delaktighet i sin genomförandeplan (täljare) delat med antalet personer vid enheten (nämnare).

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

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

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

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

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

Nr 5	Måltider
	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

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

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

Nr 7a-c Rutiner för att förebygga ohälsa	
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

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

Nr 8 Rutiner för samarbete med anhöriga	
Referens	Socialstyrelsens vägledning "Stöd till anhöriga – vägledning till kommunerna för tillämpning av 5 kap. 10 § socialtjänstlagen", s. 11

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

Nr 9a Aktiviteter	
Bakgrundsmått	Tillgång till aktiviteter
Mått	Andelen enheter som erbjuder tillgång till aktiviteter
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Bakgrundsmått
Syfte	Syftet med aktiviteten är att bidra till en aktiv och meningsfull tillvaro.
Målvärde	Finns inget målvärde för bakgrundsmått
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Bakgrundsmåttet bygger på följande enkätfrågor:

Nr 9a	Aktiviteter
	9. Hur ofta erbjuder enheten personer 65 år och äldre med verkställda beslut om permanent särskilt boende tillgång till olika aktiviteter (utgå från hur det var under januari, februari 2018)? Svarsalternativ: sju gånger i veckan eller oftare, tre till sex gånger per vecka en till två gånger per vecka minst en gång i månaden mer sällan än en gång i månaden eller inte alls Definitioner: Aktiviteterna sker tillsammans med andra personer i boendet under ledning av anställd personal eller av andra externt engagerade personer till exempel musiker eller frivilligarbetare. Exempel på gruppaktivitet: bingo, utflykter, matlagning, biblioteksbesök eller gruppgymnastik. Beräkning: Enheter: Redovisas antalet gånger som enheten erbjuder aktiviteter Övriga redovisningsnivåer: Redovisningsnivå: Enheter Mätperiod: mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom särskilt boende i landets kommuner..
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	

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

Nr 9b	Styrke- och balansträning
	och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	

Nr 10 (abc)	Stödjande utformning av inommiljön
Indikatornamn	Stödjande utformning av inommiljön
Indikator/mått	Enheten har en inommiljö som stödjer den enskilde i dennes dagliga livsföring
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Stödjande utformning av inommiljön
Syfte	Många äldre tillbringar en stor del av sin tillvaro inom äldreboendet och utformningen av inommiljön är därför central för de som bor där. En väl genomtänkt miljö som är tydlig, lätt att tolka och förstå kan underlätta för personer med kognitiva och sensoriska funktionsnedsättningar, och har betydelse för deras välbefinnande.
Målvärde	Enhetens inommiljö är utformat på ett sätt som stödjer den enskilde i dennes delaktighet och välbefinnande i vardagen
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 12. Är enhetens inommiljö utformad så att den stödjer den enskilde genom: a) att det går att orientera sig med stöd av ledtrådar i omgivningen avseende form, ljus eller färg? (t ex tydlig skyltning, färgkodning) b) att det är lätt att ta sig fram i korridorer utan att komma till en återvändsgränd (alt. om återvändsgränd finns, att den kompenseras med exempelvis en sittgrupp eller hylla med intressanta föremål att ta del av i närheten, dock utan att blockera eventuell branddörr)? c) att det finns tydliga kontraster mellan exempelvis ledstänger, dörrvred och bakgrunden? Definitioner: Med inommiljö menas de gemensamma utrymmena. De boendes egna lägenheter ska inte räknas med. Med orientera sig menas att hitta eller känna igen sig i miljön. Med återvändsgränd menas att korridoren slutar med exempelvis en vägg, en stängd dörr eller ett fönster. Korridoren leder inte vidare utan personen behöver vända och gå tillbaka samma väg. Om lokalerna har återvändsgränd kompenseras detta med exempelvis en sittgrupp eller hylla med intressanta föremål att ta del av i närheten, dock utan att blockera eventuell branddörr. Med kontraster menas en tydlig skillnad mellan exempelvis färger eller material. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på fråga 12. Antalet enheter som svarat ja delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: Januari/februari 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom särskilt boende i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Nordin, S., & Wijk, H. (2018) Vårdmiljöns betydelse <i>Social medicinsk Tidskrift</i> , 94 (2), 156-166

Nr 10 (abc)	Stödjande utformning av inomhusmiljön
	Nordin, S., Elf, M., McKee, K. & Wijk, H. (2015). Assessing the physical environment of older people's residential care facilities: the development of the Swedish version of Sheffield Care Environment Assessment Matrix (S-SCEAM). <i>BMC Geriatrics</i>, 15(3). Nordin, S., McKee, K., Wijk, H. & Elf M. (2018). The association between the physical environment and the well-being of older people in residential care facilities: A multilevel analysis. <i>Journal of Advanced Nursing</i>

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

Nr 12 Rutiner för delaktighet vid vårdplanering	
Indikatornamn	Rutiner för hur vårdplanering ska genomföras i samverkan med olika aktörer, där det är dokumenterat i journalen hur den enskilde deltagit.
Indikator/mått	Aktuella rutiner finns för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med olika aktörer. Det är dokumenterat i journal hur den enskilde deltagit.
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Rutiner för säker vård och omsorg
Syfte	En vårdplan upprättas för planering och genomförande av den äldres vård. Syftet är att skapa en tydlig struktur för det praktiska genomförandet och för uppföljningen av de olika insatserna. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Dokumentationen om hur den enskilde deltagit vid planeringen, visar att det förekommer ett ställningstagande till hur verksamheterna säkerställer den enskildes delaktighet och planering av insatserna.
Målvärde	Enheten har rutiner
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 22. Har ni den 1 mars 2018 en skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med olika aktörer? 22a. Innehåller rutinen att det ska vara dokumenterat i den enskildes journal hur den enskilde varit delaktig vid vårdplaneringen? Svarsalternativ: Ja/Nej 22d. Har ni under perioden 1 mars 2017 till den 1 mars 2018 följt upp rutinen? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, rutinen upprättades nyligen dvs. efter den 1 mars 2017 Definitioner: Vårdplaneringen dokumenteras i en plan för den enskildes vård som beskriver hur olika insatser ska genomföras, när de ska följas upp och utvärderas. Här inkluderas även den plan som beskrivs i SOSFS 2007:10 om samordning av insatser för rehabilitering och rehabilitering. Rutinen avser beskriva hur samverkan ska ske i ett övergripande gemensamt handlande på ett organisatoriskt plan för ett visst syfte. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på fråga 22 och 22a samt att den är uppföljd eller upprättad inom det senare året. Antalet enheter som svarat ja delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom särskilt boende i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2007:10). 3 kap 5 § socialtjänstlagen (2001:453)

Nr 13 Rutiner för samverkan vid vårdplanering	
Indikatornamn	Rutiner för hur samverkan vid vårdplanering ska ske tillsammans med den enskilde, ansvarig läkare och kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen samt enhetens omsorgspersonal
Indikator/mått	Aktuella rutiner finns för hur samverkan vid vårdplanering ska ske tillsammans med den enskilde, ansvarig läkare och kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen samt enhetens omsorgspersonal
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Rutiner för säker vård och omsorg
Syfte	En vårdplan upprättas för planering och genomförande av den äldres vård. Syftet är att skapa en tydlig struktur för det praktiska genomförandet och för uppföljningen av de olika insatserna. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Dokumentationen om hur den enskilde deltagit vid planeringen, visar att det förekommer ett ställningstagande till hur verksamheterna säkerställer den enskildes delaktighet och planering av insatserna.
Målvärde	Enheten har rutiner
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 22. Har ni den 1 mars 2018 en skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med olika aktörer? 22b. beskriver rutinen hur samverkan vid vårdplanering ska ske tillsammans med den enskilde, ansvarig läkare och den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen samt enhetens omsorgspersonal? Svarsalternativ: Ja/Nej 22d. Har ni under perioden 1 mars 2017 till den 1 mars 2018 följt upp rutinen? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, rutinen upprättades nyligen dvs. efter den 1 mars 2017 Definitioner: Vårdplaneringen dokumenteras i en plan för den enskildes vård som beskriver hur olika insatser ska genomföras, när de ska följas upp och utvärderas. Här inkluderas även den plan som beskrivs i SOSFS 2007:10 om samordning av insatser för rehabilitering och rehabilitering. Rutinen avser beskriva hur samverkan ska ske i ett övergripande gemensamt handlande på ett organisatoriskt plan för ett visst syfte. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på fråga 22 och 22b samt att den är uppföljd eller upprättad inom det senare året. Antalet enheter som svarat ja delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom särskilt boende i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2007:10). 3 kap 5 § socialtjänstlagen (2001:453)

Nr 14 Rutiner för delaktighet vid läkemedelsgenomgång	
Indikatornamn	Rutiner för fördjupade läkemedelsgenomgångar där den enskildes delaktighet är dokumenterad
Indikator/mått	Enheten har aktuella rutiner för fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med olika aktörer, där den enskildes delaktighet är dokumenterad i journalen
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Läkemedelsgenomgångar
Syfte	Målet för en läkemedelsgenomgång är en kvalitetssäkrad läkemedelsbehandling, för att uppnå en ändamålsenlig och säker läkemedelsbehandling och lösa läkemedelsrelaterade problem. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Den enskildes deltagande är viktigt eftersom det kan minska förekomsten av läkemedelsrelaterade problem hos den enskilde.
Målvärde	Enheten har rutiner
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 23. Har ni den 1 mars 2018, tillgång till skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med olika aktörer? 24a. Innehåller rutinen att det ska dokumenteras i den enskildes journal hur den enskilde varit delaktig vid läkemedelsgenomgången? 24d. Har ni någon gång under perioden 1 mars 2017 till den 1 mars 2018 följt upp rutinen? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, rutinen upprättades nyligen dvs. efter den 1 mars 2017. Definitioner: Fördjupad läkemedelsgenomgång ska erbjudas till personer som efter en enkel läkemedelsgenomgång har kvarstående läkemedelsrelaterade problem eller där misstankar om förekomst av sådana problem finns. Läkaren ansvarar för att följa upp, uppdatera och ompröva målen för behandlingen som läkemedelsgenomgången resulterade i. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på fråga 23 och 24a samt att den är uppföljd eller upprättad inom det senaste året. Antalet enheter som svarat att rutiner finna alla personer vid enheten delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom särskilt boende i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2012:9). Vägledning för läkemedelsgenomgångar för äldre ordinerade fem eller fler läkemedel, Socialstyrelsen, 2013. SBU. Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras? En systematisk litteraturöversikt. SBU-rapport 193. Statens beredning för medicinsk utvärdering. 2009. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Socialstyrelsen 2015

Nr 15 Rutiner för samverkan vid läkemedelsgenomgång	
Indikatornamn	Rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med ansvarig sjuksköterska samt omsorgspersonal
Indikator/mått	Enheten har aktuella rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med olika aktörer. Den beskriver hur samverkan vid läkemedelsgenomgångar ska ske tillsammans med den enskilde och läkaren, ansvarig sjuksköterska vid äldreboendet samt boendets omsorgspersonal.
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Läkemedelsgenomgångar
Syfte	Målet för en läkemedelsgenomgång är en kvalitetssäkrad läkemedelsbehandling, för att uppnå en ändamålsenlig och säker läkemedelsbehandling och lösa läkemedelsrelaterade problem. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Den enskildes deltagande är viktigt eftersom det kan minska förekomsten av läkemedelsrelaterade problem hos den enskilde.
Målvärde	Enheten har rutiner
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 23. Har ni den 1 mars 2018, tillgång till skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med olika aktörer? 24c. Innehåller rutinen en beskrivning av hur samverkan vid läkemedelsgenomgångar ska ske tillsammans med den enskilde och läkaren samt sjuksköterskan som ansvarar för äldreboendet och omsorgspersonalen? 24d. Har ni någon gång under perioden 1 mars 2017 till den 1 mars 2018 följt upp rutinen? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, rutinen upprättades nyligen dvs. efter den 1 mars 2017. Definitioner: Fördjupad läkemedelsgenomgång ska erbjudas till personer som efter en enkel läkemedelsgenomgång har kvarstående läkemedelsrelaterade problem eller där misstankar om förekomst av sådana problem finns. Läkaren ansvarar för att följa upp, uppdatera och ompröva målen för behandlingen som läkemedelsgenomgången resulterade i. Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja fråga 23 och 24c samt att den är uppföljd eller upprättad inom det senaste året. Antalet enheter som svarat att rutiner finna alla personer vid enheten delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom särskilt boende i landets kommuner.
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2012:9). Vägledning för läkemedelsgenomgångar för äldre ordinerade fem eller fler läkemedel, Socialstyrelsen, 2013. SBU. Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras? En systematisk litteraturöversikt. SBU-rapport 193. Statens beredning för medicinsk utvärdering. 2009. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Socialstyrelsen 2015

Nr 16,17,18,19 Nationella kvalitetsregister	
Indikatornamn	Registrering och användning av resultaten från nationella kvalitetsregister
Indikator/mått	Enheten registrerar och använder resultaten från de nationella kvalitetsregistren: Senior alert, SveDem, BPSD, Palliativregistret
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad verksamhet
Indikatorsområde	Nationella kvalitetsregister
Syfte	En verksamhet som systematisk följer upp hur väl verksamheten tillgodoser enskildas och grupper behov har bättre förutsättningar för att bedriva en vård och omsorg av god kvalitet. Det finns olika sätt att bedriva systematisk uppföljning där registrering och användning av resultaten från nationella kvalitetsregister är ett sådant sätt.
Målvärde	Enheten använder resultaten i sin verksamhetsutveckling
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 28. Har ni under det senaste året registrerat insatser på enhetsnivå i följande kvalitetsregister? a. Senior alert b. SveDem c. BPSD d. Palliativregistret Svarsalternativ: Ja/Nej 29. Har ni tagit del av och använt sammanställningen av resultaten för att utveckla verksamheten på enhetsnivå som beskrivs genom följande kvalitetsregister? a. Senior alert b. SveDem c. BPSD d. Palliativregistret Definitioner: Med att utveckla verksamheten avses att konkreta förändringar införts med syfte att leda till förbättringar i verksamheten för den enskilde (t.ex. ändrat rutiner, erbjudit personalhandledning i uppföljning, erbjudit fler enskilda basala utredningar vid blåsdysfunktion, tillgodosett behov av nya insatser osv). Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat Ja fråga 28 och 29. Antalet enheter som svarat Ja delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike. Redovisningsnivå: Enheter, kommuner, län och rike. Mätperiod: 1 mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom särskilt boende i landets kommuner
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	För information om de olika nationella kvalitetsregistren, se Socialstyrelsens hemsida: http://www.socialstyrelsen.se/register/registerservice/nationellakvalitetsregister För goda exempel på hur kvalitetsregister kan förbättra vården och omsorgen: http://kvalitetsregister.se/forbattravarden/godaexempel.2249.html

Nr 20-21 Personalens utbildning	
Indikatornamn	Omsorgspersonal med adekvat utbildning
Indikator/mått	20) Andel omsorgspersonal med adekvat utbildning, vardagar 21) Andel omsorgspersonal med adekvat utbildning, helgdagar
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad verksamhet
Indikatorsområde	Omsorgspersonalens utbildning
Syfte	I syfte att tillgodose de enskildas behov i enlighet med lag, vetenskap och beprövad erfarenhet måste det finnas tillgång till personal med adekvat utbildning.
Målvärde	Samtlig omsorgspersonal har adekvat utbildning
Typ av indikator	Struktur
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 21. Ange antal omsorgspersonal vid enheten, enligt schema kl. 9.00 under de två första veckorna i mars månad 2018. Svarsalternativ: Antal omsorgspersonal med adekvat utbildning, vardagar och helger Antal omsorgspersonal utan adekvat utbildning, vardagar och helger Definitioner: Med omsorgspersonal avses all den personal som utför vård- och omsorgsuppgifter inom socialtjänstens äldreomsorg, inklusive delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter t.ex. undersköterskor, vårdbiträden, äldrepedagoger eller silviasystrar. Inkludera även personal med högskoleutbildning inom vård- eller omsorgsområdet som tjänstgör som omsorgspersonal. Adekvat utbildning: är den utbildning som beskrivs i referensen nedan. Inkludera även vissa specialistkompetenser som t.ex. äldrepedagog, silviasystrar eller personal med högskoleutbildning inom vård- eller omsorgsområdet som tjänstgör som omsorgspersonal. Beräkning: 20) Andel omsorgspersonal med adekvat utbildning, vardagar. Täljare: antal omsorgspersonal med adekvatutbildning vardagar. Nämnare: totalt antalet omsorgspersonal vardagar, 21) Andel omsorgspersonal med adekvat utbildning, helgdagar. Täljare: antal omsorgspersonal med adekvat utbildning i snitt helgdagar. Nämnare: totalt antalet omsorgspersonal i snitt helgdagar. Redovisningsnivå: Enheter, kommun, län och riket Mätperiod: de två första veckorna i mars 2018
Datakällor	Enkät till enheter inom särskilt boende i landets kommuner
Felkällor	I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Referens	För information om poängberäkning av de olika utbildningarna, se Socialstyrelsens hemsida: http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/omvardnadslyftet-anvisningar-for-redovisning-2013.pdf . Socialstyrelsens allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar med omsorg om äldre (SOSF 2011:2) och Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS 2012:3).

Nr 22-23 Tillgång till sjuksköterskor	
Bakgrundsmått	Tillgång till sjuksköterskor
Indikator/mått	22) Sjuksköterskor per antalet bostäder, vardagar 23) Sjuksköterskor per antalet bostäder, helgdagar
Kvalitetsdimension	Tillgänglig
Kvalitetsområde	Tillgänglighet

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

Nr 24-25 Tillgång till vård – och omsorgspersonal	
Indikatornamn	Tillgång till omsorgspersonal
Indikator/mått	24) Omsorgspersonal per antalet bostäder, vardagar. 25) Omsorgspersonal per antalet bostäder, helgdagar.
Kvalitetsdimension	Tillgänglig
Kvalitetsområde	Tillgänglighet
Indikatorsområde	Tillgång till vård- och omsorgspersonal
Syfte	Det behövs vård- och omsorgspersonal för att tillgodose olika behov av vård och omsorg bland personerna i särskilt boende. Antalet relateras till antalet bostäder, vilket ger ett mått på vård- och omsorgsgivarens planering för personaltäthet.
Målvärde	Relateras till behoven. Här är de beskrivna i form av antalet bostäder vid enheten och i förekommande fall också antalet personer i ordinärt boende i behov av insatser.

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

Nr 26 Basal utredning om blåsdysfunktion	
Indikatornamn	Basal utredning avseende blåsdysfunktion
Mått	Andel personer i permanent särskilt boende med aktuell (ej äldre än 12 månader) basal utredning avseende blåsdysfunktion
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Blåsdysfunktion
Syfte	Utredning av blåsdysfunktionen är grunden för en effektiv behandling.
Målvärde	Samtliga personer med blåsdysfunktion har en aktuell basal utredning
Typ av indikator	Process
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfrågor: 25. Av antalet personer 65 år och äldre i permanent särskilt boende (fråga 1), ange antal personer med blåsdysfunktion, den 1 mars 2018. 26. Av antalet personer som bedömts ha blåsdysfunktion (fråga 25), ange antal med en aktuell basal utredning avseende blåsdysfunktion. Svarsalternativ: Antal Definitioner: Med några enkla frågor är det möjligt att ta reda på om en person har en blåsdysfunktion. Angelägna frågor är om personen: • läcker urin • använder inkontinenshjälpmedel

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

Nr 27	Åtgärd vid blåsdysfunktion
Indikatornamn	Erhållit minst en åtgärd eller behandling utöver individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel eller kateterbehandling
Mått	Andel personer i permanent särskilt boende som erhållit minst en åtgärd eller behandling utöver individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel eller kateterbehandling
Kvalitetsdimension	Säker vård och omsorg
Kvalitetsområde	Trygghet och säkerhet
Indikatorsområde	Blåsdysfunktion
Syfte	Alla personer med blåsdysfunktion kan få hjälp med sin ohälsa eller besvär från de nedre urinvägarna. Ofta handlar det om relativt små och enkla åtgärder som är lätta att genomföra och kan minska onödigt lidande hos den enskilde.

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

Förvaltningsområden

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

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