



ENKÄT TILL PERMANENT SÄRSKILDA BOENDEN

Den här enkäten skickas till permanent särskilda boenden som utför insatser till personer 65 år och äldre, enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (SoL), med verkställda beslut om permanent särskilt boende enligt 5 kap. 5 § SoL.

Boendet ingår *inte* i undersökningen om verksamheten *enbart* utför insatser i

- bostäder med särskild service enligt 5 kap. 7 § SoL,
- korttidsboende.

Anser ni att er verksamhet *inte* ingår i undersökningen ber vi er kontakta Indikator: aldreundersokning@indikator.org eller telefon 031-730 31 75

Information om din verksamhet

Enkäten avser den enhet (det boende) som beskrivs nedan

Del av enhet: _____

Enhetens namn: _____

Kommun där enheten (boendet) ligger: _____

Stadsdel/stadsområde där enheten (boendet) ligger: _____

Ange adressen där enheten (boendet) ligger

Gatuadress: _____

Postnummer: _____ Postadress: _____

Är informationen om din verksamhet rätt? Om *inte*, eller om du har frågor, kontakta Indikator:

aldreundersokning@indikator.org eller telefon 031-730 31 75

Driftsform och ägarförhållanden

Ange den driftsform som är aktuell när du besvarar enkäten.

Driftsform (offentlig eller enskild regi, se förklaring nedan): _____

Offentlig regi: verksamhet som utförs i kommunens egen regi med i huvudsak egen anställd personal. Verksamheten kan även utföras av annan kommun, eller av kommunalförbund.

Enskild regi: verksamhet som utförs av privata företag, kommunägda företag, föreningar, stiftelser, kooperativ eller av trossamfund. Här ingår all verksamhet som offentliga organisationer köper av enskilda vård- och omsorgsgivare oavsett om de har upphandlats som en hel driftsentreprenad eller i form av enstaka insatser.



Vänligen kontrollera att uppgifterna nedan stämmer. Du kan själv ändra vid behov.

(Endast vid enskild regi)

Vid enskild regi

Organisationsnummer: _____

Organisationens namn: _____

Kontaktuppgifter

Socialstyrelsens kontaktperson för Enhetsundersökningen i kommunen har lämnat dina kontaktuppgifter.

Vänligen kontrollera att uppgifterna nedan stämmer. Du kan själv ändra vid behov.

Du som uppgiftslämnare heter: _____

Din e-postadress: _____

Frågorna i enkäten omfattar olika delar av din verksamhet. Ta vid behov hjälp av kollegor för att besvara enkäten.

BESVARAS VIA WEBBEN



INFORMATION OM ENHETEN

1. Ange antal personer 65 år och äldre vid enheten med verkställda beslut om permanent särskilt boende, den 1 mars 2018.

Om svaret är noll, skriv 0.

Antal: _____ (Om mindre än 4, hoppa till fråga 30)

Med **särskilt boende** avses boende som tillhandahåller bostäder eller platser för heldygnsvistelse tillsammans med insatser i form av vård och omsorg för äldre personer med behov av särskilt stöd. Permanent särskilt boende är stadigvarande boende i motsats till korttidsboende. Boendeinsatsen ges enligt 5 kap 5 § SoL. Inkludera ej personer med beslut om korttidsboende.

Svaret på fråga 1 relateras bland annat till fråga 7, antal personer med aktuell genomförandeplan.

Verksamheter med färre än fyra personer ska inte ingå i undersökningen. Du som angivit färre än fyra personer lotsas automatiskt till sista frågan, där du kan lämna synpunkter på undersökningen.

2. Ange enhetens olika inriktningar, den 1 mars 2018.

Flera alternativ kan anges.

Inriktning	Ja	Nej
a. Allmän vård och omsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Gruppboende för personer med demenssjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Servicehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Om enbart servicehus, utgår frågorna 14 - 16 om måltider)

Allmän vård och omsorg: för personer med behov av vård och omsorg, särskilt boende utan annan specifik inriktning.

Gruppboende för personer med demenssjukdom: här avses ett gruppboende som är specifikt anpassat för personer med demenssjukdom. Gruppboendet kan utgöra en del av din enhet eller vara en egen enhet. Med gruppboende avses ett antal bostäder med vissa gemensamma utrymmen. Flera gruppboenden kan finnas i samma fastighet. Särskild personal finns för varje gruppboende hela eller delar av dygnet.

Personer i ett **servicehus/serviceboende** har ett biståndsbeslut för särskilt boende. Det ska finnas god tillgång till vård- och omsorgspersonal, även om de genomsnittliga hjälpbehoven vanligtvis är lägre än för personer i permanent särskilt boende. Lägenheterna är fullvärdiga, dvs. utrustade med hygienutrymmen (toalett/dusch) och kök. Personer i servicehus kan välja att inte betala för maten. Boenden som inte kräver biståndsbeslut, t.ex. Trygghetsboende eller seniorboende, räknas inte som servicehus, utan räknas som ordinarie boende.



3. Ange totalt antal bostäder/lägenheter som enheten har kapacitet att upplåta till personer med biståndsbeslut, oavsett deras ålder, den 1 mars 2018.

Antal: _____ (Svaret kan inte vara mindre än svaret på fråga 1)

Räkna med samtliga bostäder oavsett om någon bodde där eller inte den 1 mars 2018. Om kapacitet för ytterligare någon person har tillkommit för att berörda personer har valt att bo tillsammans i en och samma bostad ska det räknas som en extra "bostad" när bägge personerna har biståndsbeslut för äldreomsorg. Men om den ena personen saknar biståndsbeslut ska "bostaden" inte räknas.

Vi vill veta hur många personer som enheten har kapacitet för. Inkludera därför även de bostäder som innehas av personer som är yngre än 65 år.

Svaret på fråga 3 används för att beskriva enhetens storlek. Uppgiften relateras också till bemanningen enligt schema (svar på fråga 20 och 21).

(Om ja på demensboende, fråga 2b)

4. Du svarade på fråga 1 att det finns (infoga svar) personer 65 år och äldre vid enheten, med verkställda beslut om permanent särskilt boende. Av dessa, hur många bor i gruppboende för personer med demenssjukdom?

Om svaret är noll, skriv 0.

Antal: _____

Gruppboende för personer med demenssjukdom: se fråga 2.

(Om ja på servicehus, fråga 2c)

4a. Du svarade på fråga 1 att det finns (infoga svar) personer 65 år och äldre vid enheten, med verkställda beslut om permanent särskilt boende. Av dessa, hur många bor i servicehus/serviceboende?

Om svaret är noll, skriv 0.

Antal: _____

Servicehus/serviceboende: se fråga 2.



5. Har enheten möjlighet att tillgodose behov av vård och omsorg utförd av personal som talar något av nedanstående språk (utgå från hur det var under januari och februari 2018)?

Språk	Ja	Nej
a. finska*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. meänkieli*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. samiska*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. annat språk, dock ej svenska, engelska, danska eller norska. Ange vilket/vilka:		

Den personal som talar angivet språk ska finnas tillgänglig hela eller delar av dygnet fyra eller fler dagar i veckan. Inhyrd tolk räknas inte som personal.

***Socialtjänstlagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk**

Enligt socialtjänstlagen i 5 kap. 6 § (SoL) är ett antal kommuner utsedda som förvaltningsområden för nationella minoriteter och minoritetsspråk. Enligt SoL ska dessa kommuner verka för att det finns tillgång till personal med kunskaper i finska, meänkieli eller samiska där det behövs för omvårdnaden av äldre människor. Se även Lag 2009:724 om nationella minoriteter och minoritetsspråk. Minoritetsspråken jiddisch och romani omfattas inte av dessa bestämmelser.

Svaret på fråga 5 används för att beskriva om enheten har tillgång till personal som talar ett eller flera av minoritetsspråken eller annat språk, hela eller delar av dygnet, minst fyra dagar per vecka.



DELAKTIGHET OCH INFLYTANDE

6. Erbjuder enheten varje person 65 år och äldre med verkställda beslut om permanent särskilt boende (fråga 1), möjlighet att delta i så kallade "borådsmöten"?

Ja

Nej (Om nej, hoppa till fråga 7)

Mötena (boråden) syftar till att ge den enskilde en möjlighet att tillsammans med andra personer vid enheten vara med och bestämma i gemensamma frågor och påverka vilka aktiviteter som enheten ska erbjuda. Mötena kan t.ex. handla om att planera för genomförande av gemensamma aktiviteter eller att bestämma matsedel för den kommande veckan.

Svaret på fråga 6 används för att beskriva enhetens möjlighet att ordna regelbundna möten, med syfte att bland annat öka den enskildes delaktighet i sin egen vardag.

6 a. Hur ofta erbjuds personerna enligt fråga 6 att delta i "borådsmöte"?

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

7. Du svarade på fråga 1 att det finns (infoga svar) personer vid enheten som är 65 år och äldre. Av dessa, hur många har en aktuell genomförandeplan, den 1 mars 2018?

Om svaret är noll, skriv 0. (Svaret kan inte vara högre än svaret på fråga 1. Om svaret är 0, hoppa till fråga 8)

Antal: _____

*En **genomförandeplan** är en dokumenterad planering som beskriver hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras för den enskilde. En person kan ha flera genomförandeplaner. Räkna antal personer som har minst en aktuell genomförandeplan.*

*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 oktober 2017. Uppföljningen ska ha noterats i genomförandeplanen eller journalen.*

Svaret på fråga 7 används för att beskriva andelen personer som har en aktuell genomförandeplan.



7a. Du svarade på fråga 7 att (infoga svar) personer hade en aktuell genomförandeplan. Av dessa, hur många hade en dokumentation i planen om hur den enskilde varit delaktig vid upprättande eller förändringen av planen?

Om svaret är noll, skriv 0. (Svaret kan inte vara högre än svaret på fråga 7)

Antal: _____

Kan inte ta fram informationen på rimlig tid, eftersom det inte går att hämta ut uppgiften på ett enkelt sätt ur vårt IT-system

Svaret på fråga 7a används för att beskriva andelen personer som har en dokumentation om hur den enskilde varit delaktig i din genomförandeplan.

SKYDDSÅTGÄRDER

Läs mer om skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder här: <http://www.kunskapsguiden.se/aldre/Teman/Tvang-och-begransningar/Sidor/Default.aspx>

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?

Om svaret är noll, skriv 0. (Svaret kan inte vara högre än svaret på fråga 1. Om svaret är 0, hoppa över följdfråga 8a)

Antal: _____

Svaret på fråga 8 beskriver hur enheten dokumenterar och aktivt arbetar med att ifrågasätta begränsande skyddsåtgärder av den enskilde.

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?

Om svaret är noll, skriv 0.

Antal: _____

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.

Skyddsåtgärder förekommer även som hjälpmedel, vanligt förekommande skyddsåtgärder eller hjälpmedel är bland andra brickbord, sänggrind och bälten/positioneringselar.



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.

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.

AKTIVITET OCH TRÄNING

9. Hur ofta erbjuder enheten personer 65 år och äldre med verkställda beslut om permanent särskilt boende (fråga 1), tillgång till olika aktiviteter (utgå från hur det var under januari och februari 2018)?

- 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

Aktivitetserna sker tillsammans med andra personer i boendet under ledning av anställd personal eller av andra externt engagerade personer som t.ex. musiker eller frivilligarbetare.

Exempel på gruppaktivitet: bingo, utflykter, promenader, matlagning, biblioteksbesök eller grupp gymnastik. Ni som svarar kan ha många fler olika aktiviteter.

Syftet med aktiviteten är att bidra till en aktiv och meningsfull tillvaro.

Svaret på fråga 9 används för att beskriva om/hur ofta enheten erbjuder olika gruppaktiviteter.



10. Har personer 65 år och äldre med verkställda beslut om permanent särskilt boende (fråga 1), tillgång till en träningslokal som ligger nära och som lätt kan nås (utgå från hur det var under januari, februari 2018)?

Ja

Nej

*I **träningslokalen** ska det t.ex. vara möjligt att träna kondition, styrka och balans. Träningslokalen behöver inte vara en separat byggnad eller rum, men med en tydligt avgränsad yta som är tillgänglig för just träning.*

*Med **ligger nära** menas att lokalen finns inom gångavstånd.*

*Med **lätt att nås** menas att lokalen är tillgänglig för personer med funktionsnedsättning och med behov av till exempel gånghjälpmedel eller rullstol.*

Svaren på frågorna 10 och 11 används för att beskriva vilka möjligheter som finns för den äldres träning.

11. Hur ofta har personerna vid din enhet (svar fråga 1) tillgång till regelbunden styrke- och balansträning som leds av personal (utgå från hur det var under januari, februari 2018)?

En gång i veckan eller oftare

Minst en gång i månaden

Mer sällan än en gång i månaden eller inte alls

Syftet med träningen är att bidra till att den enskilde äldre personen ska bibehålla och stärka befintliga funktioner.

STÖDJANDE UTFORMNING AV INNEMILJÖ

12. Är enhetens inommiljö utformad så att den stödjer den enskilde genom (utgå från hur det var under januari och februari 2018):

att det går att orientera sig med stöd av ledtrådar i omgivningen avseende form, ljus eller färg? (t ex tydlig skyltning, färgkodning)

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 utan att blockera eventuell branddörr)?

att det finns tydliga kontraster mellan exempelvis ledstänger, dörrvred och bakgrunden?

Nej, inget av ovanstående.

*Med **inommiljö** menas de gemensamma utrymmena. De boendes egna lägenheter ska ej 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 återvändsgränder 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.

Svaret på fråga 12 beskriver om enhetens inomhusmiljö är utformad på ett sätt som stödjer den enskilde i dennes delaktighet och välbefinnande i vardagen.

TILLGÅNG TILL UTEVISTELSE

Läs mer på kunskapsguiden: <http://www.kunskapsguiden.se/aldre/Teman/Nedsattfunktionstillstand/Sidor/Nedsatt-formaga-till-forflyttning.aspx>

13. Har alla boende på enheten tillgång till utevistelse när de så önskar genom en trädgård eller park som kan nås utan hinder? (utgå från hur det var under januari och februari 2018)?

- Ja
 Nej

Med **när de så önskar** menas att de boende när de vill kan få tillgång till utemiljö oberoende av 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.

Svaren på fråga 13 beskriver om den enskilde har tillgång till utevistelse på det särskilda boendet.



(Om verksamheten svarat enbart servicehus (svar fråga 2c) hoppa till fråga 17)

MÅLTIDER

Frågorna om måltider avser personer 65 år och äldre vid enheten, med verkställda beslut om permanent särskilt boende enligt socialtjänstlagen (SoL). Räkna inte med personer som bor i servicehus (svar fråga 4a).

Frågorna om måltider besvaras ej av verksamheter som angett att de ger insatser enbart i servicehus, svar fråga 2c.

Läs mer om måltidsmiljö här: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-8-8>

Svaren på frågorna om måltider beskriver enhetens arbete med måltider och måltidsmiljö.

14. Har ni den 1 mars 2018 en skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin som beskriver hur verksamheten ska genomföra de olika måltiderna under ett dygn?

- Ja
 Nej (Om nej, hoppa till fråga 16)

Med **ledningsnivå** avses den nivå inom organisationen som har mandat att fastställa gemensamma rutiner. Inkludera såväl egna lokala skriftliga rutiner eller gemensamma skriftliga rutiner som vårdgivaren (offentlig eller enskild regi) har tagit fram för sina verksamheter.

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

Med **genomföra** avses här verksamhetens planeringar, genomförande och efterarbete av måltiderna.

14a. Innehåller rutinen följande delar?

Flera alternativ kan anges

Rutinen beskriver hur följande måltider ska genomföras:	Ja	Nej
14a. frukosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14b. lunchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14c. middagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14d. kvällsmålet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14e. olika mellanmål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14f. nattmål som ges vid behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14g. omsorgsmåltider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14h. Rutinen inkluderar aspekterna i FAMM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Med **omsorgsmåltid** avses här att personalen deltar i måltiderna vid matbordet tillsammans med de äldre personerna för att ge individuellt anpassat måltidsstöd. Att delta i måltiden innebär också att personalen sitter med och äter, om så bara en smakportion.

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:

Fem aspekter i FAMM

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 beskriver ett individuellt anpassat måltidsstöd= hur individen vill bli serverad och vilket stöd individen behöver och vill ha under måltiden såväl fysiskt, psykiskt som socialt. Den äldres kulturella och religiösa önskemål beaktas också. 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.*

(Om ja på något av alternativen på fråga 14a)

15. Har ni någon gång under perioden 1 mars 2017 till 1 mars 2018 följt upp rutinen?

Ja

Nej

Ej aktuellt, då rutinen upprättades nyligen, dvs. efter den 1 mars 2017

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

16. Du svarade på fråga 1 att det finns (infoga svar) personer 65 år och äldre med verkställda beslut om permanent särskilt boende vid enheten. Av dessa, hur många har en aktuell genomförandeplan som innehåller en beskrivning av den äldres önskemål och behov i samband med måltiderna, den 1 mars 2018?

Räkna inte med personer i servicehus (svar fråga 4a).

Om svaret är noll, skriv 0.

Antal: _____

Genomförandeplanen ska inkludera: när, var och hur den äldre personen vill bli serverad, liksom den äldres önskemål vad gäller olika maträtter eller drycker, oavsett vilken måltid på dygnet det handlar om. 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.



SAMORDNING OCH SAMVERKAN

VÅLD I NÄRA RELATIONER OCH MISSBRUK

17. Har ni den 1 mars 2018 skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner som beskriver hur vård- och omsorgspersonalen vid enheten ska agera vid:

(Om nej på samtliga, hoppa till fråga 19)

	Ja	Nej
a. misstanke om eller upptäckt av att den enskilde har utsatts för våld eller övergrepp av en anhörig/närstående?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. misstanke om eller upptäckt av att den enskilde är beroende av/missbrukar läkemedel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. misstanke om eller upptäckt av att den enskilde är beroende av/missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel (ej läkemedel)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Med **rutin** avses ett bestämt tillvägagångssätt för hur aktiviteter ska genomföras samt ange ansvarsfördelningen. Rutinen ska vara känd och användas av ansvarig personal. Det innebär till exempel att personalen vet vem eller vilka personer som kan kontaktas när det finns behov av stöd för ställningstagande till lämplig åtgärd. Det kan handla om kontakt med enhetschefen, ansvarig biståndshandläggare eller sjuksköterska.

Med **ledningsnivå** avses här den nivå inom organisationen som har mandat att besluta om rutiner. Det kan handla om egna lokala skriftliga rutiner eller gemensamma skriftliga rutiner som vårdgivaren eller kommunen/stadsdelen/stadsområdet har tagit fram för sina verksamheter.

Med **vård- och omsorgspersonal** avses här all personal som ger insatser vid boendet.

Våld eller andra övergrepp – kan utöver fysisk våldsamhet och hårdhänthet vara aggressivt eller hotfullt tilltal, respektlöst tilltal, miner, blickar, brist på respekt för privatliv eller andra överträdelse i form av till exempel sexualbrott.

Beroende innebär att man har behov av allt större dos av en viss substans för att uppnå förväntad effekt och att man får abstinensbesvär när man upphör att använda substansen.

Missbruk betecknas som bruk av substanser på ett sätt som skadar hälsan. Skadan kan vara fysisk eller psykisk. Trots återkommande problem fortsätter man använda substansen.

Med **andra beroendeframkallande medel** avses här följande narkotiska preparat; cannabis (hasch, marijuana), centralstimulantia (amfetamin, kokain m.fl.), hallucinogener (Ecstasy, meskalin, GHB m.fl.).

Vid **beroende eller missbruk av läkemedel** är det inte längre symtomen på till exempel smärta eller oro som den som är berörd vill få bort, utan personen känner sug efter själva läkemedlet och kan få abstinens utan det.

Svaren på fråga 17 används för att beskriva organisationens beredskap att ge personalen stöd vid speciella situationer. Det handlar också om att erbjuda rätt stöd till den enskilde personen.



(Svara endast för de alternativ ni svarat ja på i fråga 17)

18. Har ni någon gång under perioden 1 mars 2017 till 1 mars 2018 följt upp rutinerna om agerandet vid:

	Ja	Nej	Ej aktuellt ¹
a... misstanke om eller upptäckt av att den enskilde har utsatts för våld eller övergrepp av en anhörig/närstående?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b... misstanke om eller upptäckt av att den enskilde är beroende av/missbrukar läkemedel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c ... misstanke om eller upptäckt av att den enskilde är beroende av/missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel (ej läkemedel)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ Rutinen upprättades nyligen dvs. efter den 1 mars 2017

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

ANHÖRIGA

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?

- Ja
 Nej (Om nej, hoppa till fråga 20)

Med **samarbete** avses gemensamt bedrivet arbete som gäller en avgränsad uppgift, till exempel när anhöriga och vård- och omsorgspersonal hjälps åt med insatser till den enskilde.

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

Med **rutin** avses ett bestämt tillvägagångssätt för hur aktiviteter ska genomföras samt ange ansvarsfördelningen. Rutinen ska vara känd och användas av ansvarig personal.. Det kan handla om egna lokala skriftliga rutiner eller gemensamma skriftliga rutiner som vårdgivaren har tagit fram för sina verksamheter.

Med **personal** avses dem som utför omsorgsinsatser enligt SoL och, i förekommande fall, vårdinsatser enligt HSL vid enheten.

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 – 12). Närstående är den person som tar emot omsorg, vård och stöd. Den som ger hjälpen är anhörig eller annan person. En annan person kan vara någon utanför familjekretsen, till exempel en vän eller granne.

Fråga 19 syftar till att beskriva enhetens samarbete med anhöriga till personer vid enheten.



19a. Har ni någon gång under perioden 1 mars 2017 till 1 mars 2018 följt upp rutinen?

Ja

Nej

Ej aktuellt, då rutinen upprättades nyligen, dvs. efter den 1 mars 2017

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

BESVARAS VIA WEBBEN



PERSONAL

20. Ange tillgången till sjuksköterskor och totalt antal bostäder/personer som sjuksköterskorna ansvarade för den första veckan i mars 2018, enligt schema kl. 9.00. Om sjuksköterskorna även ansvarade för personer i hemsjukvården ska dessa räknas med.

Om svaret är noll, skriv 0.

(Alla rader måste fyllas i för att resultat ska kunna beräknas och redovisas)

Första veckan i mars 2018	Antal sjuksköterskor som enheten kan konsultera vid behov enligt schema	Totalt antal <i>bostäder</i> samt <i>eventuellt personer med hemsjukvård med pågående vårdplaner</i> som sjuksköterskorna ansvarade för samtidigt
Må 26/2 kl. 9.00		
Ti 27/2 kl. 9.00		
On 28/ kl. 9.00		
To 1/3 kl. 9.00		
Fr 2/3 kl. 9.00		
Lö 3/3 kl.9.00		
Sö 4/3 kl. 9.00		

Med hemsjukvård avses hälso- och sjukvård som ges enligt 12 kap HSL i ordinärt boende, sammanhängande över tid.

Med antal sjuksköterskor som enheten kan konsultera vid behov enligt schema avses den planerade, schemalagda tillgången, dvs. det totala antalet sjuksköterskor som enheten enligt schema var tillgängliga för enheten att konsultera vid behov, t.ex. kl. 9.00 den 3 mars 2018. Ange samtliga sjuksköterskor. Sjuksköterskan behöver inte ha varit tillgänglig på plats. Uppgifter för en vecka har valts, då planeringen för sjuksköterskans arbete kan variera över tid.

Totalt antal bostäder samt eventuellt personer med hemsjukvård med pågående vårdplaner som sjuksköterskorna ansvarade för samtidigt beskriver omfattningen av sjuksköterskornas totala ansvar vid de angivna tiderna. Ange antalet bostäder vid samtliga enheter som alla sjuksköterskorna, tillgängliga för enheten, samtidigt ansvarade för och inkludera i förekommande fall, antal personer i ordinärt boende inskrivna i hemsjukvården med aktuella vårdplaner.

Med **pågående vårdplaner** avses här aktuella planer som föranleder återkommande åtgärder hos personen i hemsjukvården. Personer som har sällan förekommande insatser räknas också, dvs. inte bara de närmast planerade besöken. Även dessa personer kan komma att behöva konsultera sjuksköterskorna i tjänst angivna tider.

Exempel: vardagar har enheten tillgång till tre sjuksköterskor, varav en har ett specifikt ansvar för enheten, medan de två övriga kan träda in vid behov. Enheten har 30 bostäder. Utöver dessa finns 60 bostäder som de tre sjuksköterskorna finns tillgängliga för. Ange 3 i vänstra kolumnen och 90 i högra kolumnen. Lördag och söndag tillkommer det antal personer med aktuella, pågående vårdplaner som sjuksköterskan samtidigt hade ett ansvar för, t.ex. 50 äldre personer. En sjuksköterska finns tillgänglig under helger enligt schema. Då anges 1 i vänster-kolumnen och 140 i högerkolumnen.



Svaren i fråga 20 används för att beskriva vårdgivarens planerade tillgång till sjuksköterskor de angivna tiderna, i förhållande till sjuksköterskornas ansvarsområde (antal bostäder och antal personer i hemsjukvård).

21. Ange antal omsorgspersonal vid enheten under de två första veckorna i mars månad 2018, enligt schema kl. 9.00.

Om svaret är noll, skriv 0.

(Alla rader måste fyllas i för att resultat ska kunna beräknas och redovisas)

Datum	Antal omsorgspersonal <u>med adekvat utbildning</u> enligt schema	Antal omsorgspersonal <u>utan adekvat utbildning</u> enligt schema
Må 26/2 kl. 9.00		
Ti 27/2 kl. 9.00		
On 28/2 kl. 9.00		
To 1/3 kl. 9.00		
Fr 2/3 kl. 9.00		
Lö 3/3 kl.9.00		
Sö 4/3 kl. 9.00		
Må 5/3 kl. 9.00		
Ti 6/3 kl. 9.00		
On 7/3 kl. 9.00		
To 8/3 kl. 9.00		
Fr 9/3 kl. 9.00		
Lö 10/3 kl. 9.00		
Sö 11/3 kl. 9.00		

Med **omsorgspersonal** avses all den personal som utför vård- och omsorgsuppgifter inom socialtjänstens äldreomsorg, inklusive delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Med **adekvat utbildning** avses här:

1. utbildning enligt den äldre studieordningen:
 - den äldre **undersköterskeutbildningen** om 32 eller 40 veckor, 31 veckors specialkurs,
 - utbildning till **skötare i psykiatrisk vård**, vårdinriktad kompletteringskurs,
 - **tvåårig vårdlinje**
 - **mentalskötartutbildning**, två eller tre terminer
2. den äldre gymnasieutbildningen, dvs. **treårig omvårdnadslinje eller omvårdnadsprogrammet** (kurser om minst 1350 gymnasiepoäng i karaktärsämnen).
3. den nya studieordningen enligt **Vård- och omsorgsprogrammet GY 2011** (kurser om minst 1400 gymnasiepoäng i programgemensamma karaktärsämnen samt programfördjupning inom geriatrik/gerontologi).
4. **vissa specialistkompetenser** som t.ex. äldrepedagog, silviasystrar eller personal med högskoleutbildning inom vård- eller omsorgsområdet som tjänstgör som omsorgspersonal.



Exempel: under måndag den 27 februari kl. 9.00 planerades 11 personer vara tillgängliga enligt schema, varav 2 saknade adekvat utbildning enligt vår beskrivning ovan. Ange 9 i vänstra kolumnen och 2 i den högra.

Under vissa tider på dygnet kan en person ansvara för flera enheter. Om en person ansvarar för en annan enhet samtidigt, räknas denna som 0,5. Om ansvaret sträcker sig över fyra olika enheter, räknas denna som 0,25 etc.

Svaren på fråga 21 används för att beskriva den planerade tillgången till antalet omsorgspersonal samt antal omsorgspersonal med adekvat utbildning, som i genomsnitt fanns tillgängliga för de boende kl. 9.00 de två första veckorna i mars 2018. Uppgifter för två veckor har valts, då behoven av omsorgspersonal kan variera, och tillgången kan se olika ut över tid. Uppgiften relateras till antalet lägenheter/bostäder vid enheten.

BESVARAS VIA WEBBEN



HÄLSO- OCH SJUKVÅRD - DELAKTIGHET OCH INFLYTANDE

Frågorna avser personer 65 år och äldre vid enheten, med verkställda beslut om permanent särskilt boende enligt socialtjänstlagen (SoL).

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?

Ja

Nej (Om nej, hoppa till fråga 23)

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

Med **ledningsnivå** avses här den nivå inom organisationen som har mandat att besluta om rutiner. Det kan handla om egna lokala skriftliga rutiner eller gemensamma skriftliga rutiner som vårdgivaren eller kommunen/stadsdelen/stadsområdet har tagit fram för sina verksamheter.

Med **samverkan** avses övergripande gemensamt handlande på organisatoriskt plan för ett visst syfte. Någon eller några tillför sina specifika resurser, kompetenser och eller kunskaper till en uppgift som man gemensamt har att genomföra.

Med **aktörer** avses de yrkesgrupper som behövs för att tillgodose den enskildes behov av hälso- och sjukvård. Det kan handla om kommunal hälso- och sjukvårdspersonal, hemtjänstpersonal med delegering av vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter samt läkare.

Vårdplaneringen dokumenteras i en plan för den enskildes vård som beskriver hur olika insatser ska genomföras, när de ska följas upp och utvärderas. Inkludera också den plan som beskrivs i SOSFS 2007:10 om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering.

Här avses **inte** samordnad individuell plan enligt Socialtjänstlagen 2 kap § 7 och Hälso- och sjukvårdslagen 16 kap 4 §. Inte heller den planering som genomförs i samband med in- och utskrivning i slutenvård enligt SOSFS 2005:27.

Med **kommunal hälso- och sjukvårdspersonal** avses legitimerad personal (vanligen sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut) anställd i verksamhet som drivs i enskild eller offentlig regi med ansvar för hälso- och sjukvård enligt 12 kap HSL.

Med **omsorgspersonal** avses all den personal som utför vård- och omsorgsuppgifter inom socialtjänstens äldreomsorg, inklusive delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter.



22. Om ja, innehåller rutinen följande delar?

	Ja	Nej
a. Det ska vara dokumenterat i den enskildes journal hur den enskilde har varit delaktig vid vårdplaneringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rutinen beskriver hur samverkan vid vårdplanering ska ske tillsammans med den enskilde och med:

b. ansvarig läkare och kommunal hälso- och sjukvårdspersonal samt enhetens omsorgspersonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ansvarig läkare och kommunal hälso- och sjukvårdspersonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Om ja på något utav alternativen på fråga 22)

22d. Har ni någon gång under perioden 1 mars 2017 till 1 mars 2018 följt upp rutinen?

- Ja
 Nej
 Ej aktuellt, då rutinen upprättades nyligen, dvs. efter den 1 mars 2017

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

LÄKEMEDELSGENOMGÅNGAR

23. Har ni den 1 mars 2018, skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan?

- Ja, rutiner finns som gäller för alla personer vid enheten
 Ja, rutiner finns som gäller för några av personerna vid enheten
 Nej (Om nej, hoppa till fråga 25)

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

Med **ledningsnivå** avses här den nivå inom organisationen som har mandat att besluta om rutiner. Det kan handla om egna lokala skriftliga rutiner eller gemensamma skriftliga rutiner som vårdgivaren eller kommunen/stadsdelen/stadsområdet har tagit fram för sina verksamheter.

Med **samverkan** avses övergripande gemensamt handlande på organisatoriskt plan för ett visst syfte. Någon eller några tillför sina specifika resurser, kompetenser och eller kunskaper till en uppgift som man gemensamt har att genomföra.



En 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.

*Med **omsorgspersonal** avses all den personal som utför vård- och omsorgsuppgifter inom socialtjänstens äldreomsorg, inklusive delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter.*

24. Om ja, innehåller rutinen följande delar?

	Ja	Nej
a. Det ska vara dokumenterat i den enskildes journal hur den enskilde har varit delaktig vid läkemedelsgenomgången	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rutinen beskriver hur samverkan vid läkemedelsgenomgångar ska ske tillsammans med den enskilde och läkaren samt:

b. ansvarig sjuksköterska vid äldreboendet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ansvarig sjuksköterska vid äldreboendet. Omsorgspersonalen medverkar också.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Om ja på något utav alternativen på fråga 24)

24d. Har ni någon gång under perioden 1 mars 2017 till 1 mars 2018 följt upp rutinen?

- Ja
 Nej
 Ej aktuellt, då rutinen upprättades nyligen, dvs. efter den 1 mars 2017

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

BLÅSDYSFUNKTION

Läs mer om blåsdysfunktion här: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20347/2016-9-33.pdf>

25. Du svarade på fråga 1 att det finns (infoga svar) personer 65 år och äldre vid enheten. Av dessa, hur många har bedömts ha blåsdysfunktion, den 1 mars 2018?

Om svaret är noll, skriv 0. (Svaret kan inte vara högre än svaret på fråga 1. Om svaret är 0, hoppa till fråga 28)

Antal: _____

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.

26. Du svarade på fråga 25 att det finns (infoga svar) personer 65 år och äldre vid enheten, som har bedömts ha blåsdysfunktion. Av dessa, hur många har en aktuell basal utredning avseende blåsdysfunktion?

Om svaret är noll, skriv 0. (Svaret kan inte vara högre än svaret på fråga 25. Om svaret är 0, hoppa till fråga 28)

Antal: _____

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 urinläckaget är orsakat av en medicinsk orsak som kan kräva konsultation av läkare.

***Aktuell** basal utredning: innebär att utredning eller uppföljning inte är äldre än tolv månader, dvs. den ska vara genomförd efter den 1 mars 2018. 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.*

Utredning av urininkontinens är grunden för effektiv behandling enligt SBU:s senaste litteraturoversikt "Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre".

Svaren på frågorna 25 och 26 används för att beskriva andel personer med en 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 katerbehandling?

Om svaret är noll, skriv 0.

Antal: _____

*Exempel på **åtgärd eller behandling** är regelbundna toalettbesök, anpassning av toalettmiljön, 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.*

Svaren på fråga 27 används för att beskriva andel personer med blåsdysfunktion som efter en basal utredning erhållit minst en åtgärd eller behandling, utöver individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel eller kateterbehandling.



SYSTEMATISK UPPFÖLJNING FÖR ATT UTVECKLA VERKSAMHETEN

Läs mer om systematisk uppföljning här:

<http://www.kunskapsguiden.se/ebp/Systematisk-uppfoljning/Sidor/default.aspx>

28. Har ni någon gång under det senaste året registrerat insatser på enhetsnivå i följande kvalitetsregister? (Om svar "nej", hoppa över följdfråga 29)

	Ja	Nej
a. Senior alert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. SveDem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. BPSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Palliativregistret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Med **insatser** avses det som praktiskt har genomförts för den enskilde.

För information om **kvalitetsregister**, läs här: <http://www.socialstyrelsen.se/register/register-service/nationellakvalitetsregister>

En verksamhet som systematiskt utvärderar och följer upp hur väl verksamheten tillgodoser enskildas och grupperns behov har bättre förutsättningar att bedriva vård och omsorg av god kvalitet. Det finns olika sätt att bedriva systematisk uppföljning, registrering och användning av resultaten från kvalitetsregister är ett sådant sätt som svaren på frågorna 28 och 29 syftar till att beskriva.

29. Har ni tagit del av och använt sammanställningen av resultaten för att utveckla verksamheten på enhetsnivå som beskrivs genom följande kvalitetsregister?

	Ja	Nej
a. Senior alert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. SveDem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. BPSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Palliativregistret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Med **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 en basal utredning vid blåsdysfunktion, tillgodosett behov av nya insatser osv.).



30. ÖVRIGA SYNPUNKTER

Beskriv till exempel områden som saknas eller frågor som kan förbättras.

Tack för din medverkan!

Enkäten är öppen till sista svarsdatum, den 27 april 2018 kl. 24.00. Fram tills dess kan du gå in och ändra dina svar. Du öppnar din enkät genom den länk som skickats till dig via e-post. Spara länken till webbenkäten!

Vänligen notera att leverantören Indikator registrerar varje svar så fort du har sparat och gått vidare till nästa sida. Det är det senast sparade svaret som registreras.

Den 18 maj 2018 kommer sammanställningar av svaren återkopplas till samtliga personer som besvarat enkäterna. Baserat på dessa sammanställningar ber vi er kvalitetssäkra era svar och justera enkätsvaren om ni upptäcker felaktigheter. Den 1 juni 2018 stängs den slutgiltigt.

BESVARAS VIA WEBBEN