|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RUBRIK (skrivs av kommunen/boendet)** | | | |  | |
| **Till kommunen/boendet:**  Här kan ni skriva lokalt utformad information eller hänvisa till Socialstyrelsens användarstöd eller annat dokument.  Det finns totalt 27 frågor (numrerade 1-29 p.g.a. att två frågor tagits bort från den ursprungliga versionen). Observera att det är upp till varje kommun/boende att välja vilka frågor som är relevanta för just er.  **Information om frågorna:**  Observera att frågorna inte omfattar all information om covid -19 utan att vissa uppgifter (t.ex. tillgång till utrustning och antal smittade på boendet) samlas in i andra sammanhang. | | | |  | |
| Frågorna omfattar sex områden:  A. Om boendet  B. Om smitta kommit in på boendet (misstänkt eller bekräftat insjuknad i covid-19)  C. Åtgärder för de boende  D. Personalfrågor  E. Provtagning  F. Övrigt  Obs! Undvik att ange uppgifter som kan kopplas till en enskild persons hälsa eller levnadsförhållanden då det inte är tillåtet att samla in känsliga personuppgifter i denna enkät. | | | |  | |
|  | | | | | |
| 0. | *Uppgiftslämnares namn/befattning* | | *Datum* | | |
|  |  |  |  |  |  |
| **A. Om boendet** | | | | **Kommentar** | |
| 1. | Boendets namn | *Namn* | |  | |
| 2. | Antal boende på boendet (totalt) just nu | | *Antal* |  | |
| 3. | Antal enheter/avdelningar på boendet med **enbart demens/annan kognitiv svikt** | | *Antal* |  | |
| 3a) | Antal boende på dessa enheter/avdelningar (enbart demens/annan kognitiv svikt) just nu | | *Antal* |  | |
| 4. | Antal enheter/avdelningar på boendet med **annan inriktning** (t.ex. somatik, psykiatri och stroke) | | *Antal* |  | |
| 4a) | Antal boende på dessa enheter/avdelningar (annan inriktning) just nu | | *Antal* |  | |
| 5. | Antal enheter/avdelningar på boendet med **blandad inriktning** | | *Antal* |  | |
| 5a) | Antal boende på dessa enheter/avdelningar (blandad inriktning) just nu | | *Antal* |  | |
| 6. | Hur många vård- och omsorgspersonal har arbetat på boendet (oavsett anställningsform) under en **genomsnittsvecka**? | | *Antal* |  | |
| 7. | Ungefär hur stor andel av personalen är **vikarier** (timanställda eller ej ordinarie vårdpersonal)? | | *Andel (%)* |  | |
| 8. | Ungefär hur stor andel av personalen som arbetar på boendet är **legitimerade**? *(Räkna även personal som inte är en del av boendets personal utan exempelvis organiserade i en egen enhet.)* | | *Andel (%)* |  | |
| 9. | Arbetar omsorgspersonalen (d.v.s. ej legitimerad personal) oftast på en  och samma enhet eller på flera olika? | | |  | |
|  |  | **Vardagar** | **Helger** |  | |
|  | **Dagpersonal** | *En/Flera* | *En/Flera* |  | |
|  | **Kvällspersonal** | *En/Flera* | *En/Flera* |  | |
|  | **Nattpersonal** | *En/Flera* | *En/Flera* |  | |
|  | | | | | |
| **B. Om smitta kommit in på boendet (misstänkt eller bekräftat insjuknad i covid-19)** | | | | **Kommentar** | |
| *Om smitta inte kommit in på boendet, gå vidare till nästa avsnitt.* | | | | | |
| 10. | Har ni en uppfattning om hur smittan (covid-19) kom in på boendet? | | *Ja/Nej* |  | |
| 10a) | Om ja, var det via...*(Flera alternativ kan väljas.)* | ..ordinarie personal? | *Ja/Nej* |  | |
|  |  | ..vikarier/tillfällig personal? *(T.ex. personal som utför medicinsk fotvård, tandvård eller byggnadsunderhåll)* | *Ja/Nej* |  | |
|  |  | ..inflytt från ordinärt boende/nya boende? | *Ja/Nej* |  | |
|  |  | ..boende som vistats på sjukhus? | *Ja/Nej* |  | |
|  |  | ..växelvård? | *Ja/Nej* |  | |
|  |  | ..korttidsvård? | *Ja/Nej* |  | |
|  |  | ..besökande? | *Ja/Nej* |  | |
| 10b) | Annat sätt, vilket? | *Text* | |  | |
| 11a) | Har ni skiljt boende med misstänkt/bekräftad covid-19 från övriga boende? | | *Ja/Delvis/Nej* |  | |
| 11b) | Vad har varit svårt? | *Text* | |  | |
| 11c) | Vad har fungerat? | *Text* | |  | |
|  | | | | | |
| **C. Åtgärder för de boende** | | | | **Kommentar** | |
| 12. | Vilka åtgärder har ni vidtagit för att möjliggöra säkra besök? | *Text* | |  | |
| 12a) | Vad har varit svårt? | *Text* | |  | |
| 12b) | Vad har fungerat? | *Text* | |  | |
| 15. | Har ni vidtagit några nya åtgärder för **måltidssituationen** med anledning av covid-19? | | *Ja/Nej* |  | |
| 15a) | Om ja, vilka åtgärder? | *Text* | |  | |
| 15b) | Vad har varit svårt? | *Text* | |  | |
| 15c) | Vad har fungerat? | *Text* | |  | |
| 16. | Har ni vidtagit några åtgärder avseende **aktiviteter i grupp** med anledning  av covid-19? | | *Ja/Nej* |  | |
| 16a) | Om ja, vilka åtgärder? | *Text* | |  | |
| 16b) | Vad har varit svårt? | *Text* | |  | |
| 16c) | Vad har fungerat? | *Text* | |  | |
| 17. | Har ni vidtagit åtgärder för att **underlätta fysisk distansering** med anledning  av covid-19? | | *Ja/Nej* |  | |
| 17a) | Om ja, vilka åtgärder? | *Text* | |  | |
| 17b) | Vad har varit svårt? | *Text* | |  | |
| 17c) | Vad har fungerat? | *Text* | |  | |
| 18. | Vilken/vilka av nedanstående har ni haft kontakt med gällande smittskyddsarbetet avseende covid-19? (*Flera alternativ kan väljas.)* | | |  | |
|  |  | Ansvarig läkare | *Ja/Nej* |  | |
|  |  | Kommunens MAS | *Ja/Nej* |  | |
|  |  | Vårdhygien | *Ja/Nej* |  | |
|  |  | Smittskyddet | *Ja/Nej* |  | |
|  |  | Annan kontakt | *Ja/Nej* |  | |
| 18a) | Om Annan kontakt, vilken? | *Text* | |  | |
| 19. | Har följande åtgärder vidtagits avseende covid-19 på boendet? | | |  | |
|  |  | Utbildningsinsatser (upprepning, teori och praktik) | *Ja/Nej* |  | |
|  | Om ja, vilka? | *Text* | |  | |
|  |  | Personalplanering och bemanning | *Ja/Nej* |  | |
|  | Om ja, vilka? | *Text* | |  | |
|  |  | Arbetssätt - förberedelser och bemanning | *Ja/Nej* |  | |
|  | Om ja, vilka? | *Text* | |  | |
|  |  | Ledarskap och samarbete | *Ja/Nej* |  | |
|  | Om ja, vilka? | *Text* | |  | |
|  |  | Ändrade rutiner för boende och deras anhöriga | *Ja/Nej* |  | |
|  | Om ja, vilka? | *Text* | |  | |
| 19a) | Har några andra åtgärder vidtagits? *(T.ex. dialog med anhöriga)* | | *Ja/Nej* |  | |
|  | Om ja, vilka? | *Text* | |  | |
| 19b) | Vad har varit svårt? | *Text* | |  | |
| 19c) | Vad har fungerat? | *Text* | |  | |
|  | | | | | |
| **D. Personalfrågor** | | | | **Kommentar** | |
| 20. | Hur har ni informerat personalen om covid-19?  *(Flera alternativ kan väljas.)* | Mejl | *Ja/Nej* |  | |
|  |  | APT | *Ja/Nej* |  | |
|  |  | Nyhetsbrev | *Ja/Nej* |  | |
|  |  | Anslagstavla | *Ja/Nej* |  | |
|  |  | Intranät | *Ja/Nej* |  | |
|  |  | MAS | *Ja/Nej* |  | |
|  |  | SÄBO-läkare | *Ja/Nej* |  | |
| 20a) | På annat sätt, hur? | *Text* | |  | |
| 20b) | Vad har varit svårt? | *Text* | |  | |
| 20c) | Vad har fungerat? | *Text* | |  | |
| 21. | Bedömer du att covid-19 har skapat oro bland personalen i verksamheten? | *Ja, omfattande oro/Ja, viss oro/Nej, ingen oro* | |  | |
| 21a) | Om ja, på vilket sätt har personalens oro påverkat verksamheten? *(T.ex. frånvaro p.g.a. oro för smitta, eller större behov av närvarande ledning, information och handlingsplaner)* | *Text* | |  | |
| 22. | I vilken utsträckning bedömer du att personalen följer basala hygienrutiner? | *I hög utsträckning/I viss utsträckning/I låg utsträckning* | |  | |
| 22a) | Vad har varit svårt? | *Text* | |  | |
| 22b) | Vad har fungerat? | *Text* | |  | |
| 23. | Har det den senaste fyraveckorsperioden förekommit att personal arbetat med symtom som skulle kunna vara covid-19? *(Gäller all personal med någon form av kontakt med de boende.)* | | *Ja/Nej* |  | |
| 23a) | Om ja, vad upplever du att det beror det på? *Flera alternativ kan väljas.* | Kommit till jobbet med symtom som de haft svårt att värdera | *Ja/Nej* |  | |
|  |  | Insjuknat på jobbet | *Ja/Nej* |  | |
|  |  | Annan anledning | *Ja/Nej* |  | |
| 23b) | Om Annan anledning, vilken? | *Text* | |  | |
| 24. | I vilken utsträckning bedömer du att omsorgspersonal får stöd av boendets sjuksköterskor i det smittförebyggande arbetet/i arbetet med de basala hygienrutinerna | *I hög utsträckning/I viss utsträckning/I låg utsträckning* | |  | |
|  | | | | | |
| **E. Provtagning** | | | | **Kommentar** | |
| *Provtagning sker utifrån Folkhälsomyndighetens rekommendationer samt regionala och lokala direktiv och rutiner.* | | | | | |
| 25. | Upplever du att hanteringen av **utökad provtagning** för covid-19 av **personal med symtom** fungerar bra? | | *Ja/Nej* |  | |
| 26. | Upplever du att hanteringen av **egenprovtagning** för covid-19 av **personal med symtom** fungerar bra? | | *Ja/Nej* |  | |
| 27. | Upplever du att hanteringen av provtagning för covid-19 av **boende med symtom** fungerar bra? | | *Ja/Nej* |  | |
|  | | | | | |
| **F. Övrigt** | | | | **Kommentar** | |
| 28. | Vad befarar du är den största risken för smittspridning av covid-19 på boendet? | *Text* | |  | |
| 29. | Har du några övriga synpunkter eller kommentarer? | *Text* | |  | |