

*Denna PDF-version ger en överblick över samtliga enkätfrågor. Enkäten besvaras på webben. Alla frågor som finns i PDF-versionen ställs inte på webben till alla eftersom vissa följdfrågor anpassas utifrån tidigare svar i enkäten.*

## Öppna Jämförelser – Enhetsundersökningen LSS

### Enkät till verksamheter inom bostad med särskild service för vuxna

Öppna jämförelser är ett verktyg för analys, uppföljning och utveckling inom verksamheter på lokal, regional och nationell nivå. Socialstyrelsen tar fram öppna jämförelser med det övergripande målet att stödja nationella aktörer, ansvariga huvudmän och utförare i arbetet med att främja en god vård och omsorg för den enskilde.

#### **Om enkäten**

Denna enkät syftar till att samla in uppgifter till öppna jämförelser inom insatsen bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

Socialstyrelsen får inte samla in känsliga personuppgifter i denna enkät, ange därför inte uppgifter som kan kopplas till någon enskild persons hälsa eller levnadsförhållanden.

Enkät svar som kommer in till Socialstyrelsen är enligt huvudregeln allmänna handlingar. Det innebär att allmänheten har rätt till att ta del av innehållet, om det inte finns uppgifter som är sekretessbelagda enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

#### **Mät datum**

Frågorna i enkäten avser att mäta hur förhållandena ser ut på enheterna den 1 mars 2025, om inget annat anges i frågan.

**Ert svar är viktigt**

Denna enkät skickas till bostäder med särskild service för vuxna i hela Sverige. Till bostad med särskild service räknas gruppboende och serviceboende för vuxna enligt 9 § 9 LSS. Insatsen ”annan särskild anpassad bostad” ingår inte. **Varje enhet/bostad besvarar en enkät**, vilket kan innebära att en enhets- eller verksamhetschef som ansvarar för flera enheter besvarar flera enkäter. Ditt svar är viktigt för att resultatet ska bli så helhetsmässigt och användbart som möjligt. Det är dock frivilligt att besvara enkäten.

Bor det ingen eller endast en person med LSS-beslut på boendet, den 1 mars 2025, ska du enbart besvara frågorna 1, 2.1. och 2.2 och sedan skicka in enkäten.

Resultat från bostäder med särskild service publiceras på Socialstyrelsens webbplats preliminärt i oktober 2025. Då publiceras även resultat från dagliga verksamheter.

**Enkäten är öppen till och med den 25 april 2025.**

**Tekniska frågor om webbenkäten, t.ex. inloggningsproblem, ställs till Institutet för kvalitetsindikatorer AB:**

Telefon: 031-730 31 70

E-post: [enhetsundersokningLSS@indikator.org](mailto:enhetsundersokningLSS@indikator.org)

**Frågor om enkätens syfte och innehåll ställs till Socialstyrelsen:**

E-post: [enhetsundersokningLSS@socialstyrelsen.se](mailto:enhetsundersokningLSS@socialstyrelsen.se)

## Information om din verksamhet

Informationen nedan är ifylld i webbenkäten och kan ändras vid behov.

### Enkäten avser den enhet (det boende) som beskrivs nedan

**OBS:** *Enhetens namn* kommer att användas vid publiceringen av resultaten på Socialstyrelsens webbplats.

Enhetens namn: \_\_\_\_\_

Kommun där enheten (boendet) är geografiskt belägen: \_\_\_\_\_

Stadsdelsområde där enheten (boendet) är geografiskt belägen (gäller Stockholm): \_\_\_\_\_

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

## Driftsform och ägarförhållanden

Informationen nedan är ifylld i webbenkäten och kan ändras vid behov.

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

\_\_\_\_\_

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

**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.

Vid enskild regi

Organisationsnummer: \_\_\_\_\_

Organisationens namn: \_\_\_\_\_

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

## Kontaktuppgifter

Informationen nedan är ifylld i webbenkäten och kan ändras vid behov. Det är Socialstyrelsens kontaktperson för Enhetsundersökningen LSS i kommunen/stadsdelsområdet som har lämnat era kontaktuppgifter. För verksamheter i enskild regi har, vid behov, kompletteringar hämtats från IVO:s omsorgsregister och/eller organisationens webbplats.

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

Du som uppgiftslämnare heter: \_\_\_\_\_

Din e-postadress: \_\_\_\_\_

För att vi ska kunna återkoppla era resultat behöver vi ha kontaktuppgifter till dig som lämnar uppgifter. Uppgifterna publiceras inte i samband med resultaten.

## Personuppgiftsbehandling

Kontaktuppgifter är personuppgifter och behandlas hos Socialstyrelsen i enlighet med dataskyddsförordningen (EU) 2016/679. Mer information om hur Socialstyrelsen behandlar personuppgifter finns här: <https://www.socialstyrelsen.se/personuppgifter>. Se särskilt under rubriken Enkätundersökningar riktade till verksamheter.

## Uppgifter om enheten

### 1. Är enheten en gruppboende eller en serviceboende?

- Gruppboende  
 Serviceboende

Kommentar:

**Gruppboende** är ett bostadsalternativ för personer med ett omfattande tillsyns- och omvårdnadsbehov där stöd ges alla tider på dygnet av en fast, kollektiv bemanning. Antalet boende i en gruppboende bör vara litet, 3–5 boende. Ytterligare någon boende bör kunna accepteras men endast under förutsättning att samtliga som bor i gruppboenden tillförsäkras goda levnadsvillkor. Lägenheten är den enskildes permanenta bostad och ska vara fullvärdig, d.v.s. uppfylla generella

*byggnormer. I en gruppbostad ska det även finnas gemensamma utrymmen i nära eller direkt anslutning till de enskildas lägenheter. De gemensamma utrymmena ska vara så dimensionerade att de som bor i gruppboastaden kan delta samtidigt i olika aktiviteter.*

***Servicebostad** består av ett antal lägenheter där de boende har tillgång till gemensam service och fast anställd personal. Stöd och service ska kunna ges alla tider på dygnet utifrån den enskildes behov. Lägenheterna ska vara fullvärdiga, d.v.s. uppfylla generella byggnormer, ligger ofta samlade i samma hus eller i kringliggande hus. Gemensamma utrymmen för service och gemenskap ska finnas. Antalet personer som bor i ett serviceboende bör vara så begränsat att serviceboendet integreras i bostadsområdet och en institutionell miljö undviks.*

### **Antal personer som bor på enheten**

Med frågor om antal personer vill vi skilja ut de enheter som inte har någon eller endast en person med LSS-beslut. Vi vill också se om det finns andra personer på enheten än de med LSS-beslut.

#### **2.1 Ange hur många personer som bodde på enheten den 1 mars 2025. Det spelar ingen roll om personerna befann sig på boendet just detta datum.**

*Om svaret är noll, skriv 0*

Antal:

#### **2.2 Ange antal personer som bodde på enheten med verkställt beslut på boende enligt 9 § 9 LSS, den 1 mars 2025. Det spelar ingen roll om personerna befann sig på boendet just detta datum.**

*Om svaret är noll, skriv 0 (svaret kan inte vara högre än svaret på fråga 2.1).*

Antal: *Bor ingen eller endast en person med LSS-beslut på enheten ska inte fler frågor besvaras.*

## Frågor om verksamhetens kvalitet

### Genomförandeplaner

**3.1 Du svarade på fråga 2.2 att det fanns (infoga svar) personer vid enheten som hade ett verkställt beslut enligt 9 § 9 LSS. Av dessa, hur många hade en aktuell genomförandeplan den 1 mars 2025?**

*Om svaret är noll, skriv 0 (svaret kan inte vara högre än svaret på fråga 2.2)*

Antal: Om 0 – Hoppa till fråga 4

*En **genomförandeplan** är en dokumenterad planering som beskriver hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras för den enskilde.*

*Planen är **aktuell** om den utformats för mindre än 12 månader sedan eller följts upp under de senaste 12 månaderna, d.v.s. efter den 1 mars 2024. Uppföljningen ska ha noterats i genomförandeplanen eller journalen.*

**3.2 Du svarade på fråga 3.1 att det fanns (infoga svar) personer vid enheten som hade en aktuell genomförandeplan den 1 mars 2025. Av dessa, hur många hade en dokumentation i planen om hur den enskilde varit delaktig vid upprättande eller förändring av planen?**

*Om svaret är noll, skriv 0 (svaret kan inte vara högre än svaret på fråga 3.1)*

Antal:

*Med delaktighet i genomförandeplanen menas här möjlighet att utöva inflytande vid upprättande eller förändring av genomförandeplanen.*

*Läs mer om att arbeta med delaktighet i kunskapsstödet "Delaktighet och inflytande i arbetet med genomförandeplaner"*

**3.3 Du svarade på fråga 3.1 att det fanns (infoga svar) personer vid enheten som hade en aktuell genomförandeplan den 1 mars 2025. Av dessa, hur många hade en plan som innehåller individuellt utformade mål?**

*Om svaret är noll, skriv 0 (svaret kan inte vara högre än svaret på fråga 3.1)*

Antal:

*Med **individuellt utformade mål** menas mål som den enskilde varit delaktig i att utforma, som är konkreta och uppföljningsbara och kopplade till de aktiviteter som ryms i insatsen och till den enskildes behov. Här avses inte de övergripande mål som anges i lagstiftningen, till exempel att leva som andra och full delaktighet i samhällslivet.*

*Ett sätt att beskriva mål är genom att använda IBIC, Individens behov i centrum. Beskrivning och exempel på hur mål/avsett funktionstillstånd kan beskrivas både hos handläggare och utförare med stöd av ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) finns i vägledningen "Individens behov i centrum"*

## **Brukarinflytande på verksamhetsnivå**

**4.1 Hur ofta har ni under perioden 1 mars 2024 – 1 mars 2025 haft gemensamma möten där personer som bor i bostaden är med och bestämmer i gemensamma frågor?**

- En gång i veckan
- En gång varannan vecka
- En gång i månaden
- En gång i kvartalet
- Mer sällan
- Vi har inte sådana möten

***Gemensamma möten** ("boråd") kan till exempel handla om att planera för gemensamma aktiviteter eller för den gemensamma boendemiljön.*

*Läs mer om hur organisation, rutiner och arbetsformer kan stödja delaktighet i kunskapsstödet "Vägar till ökad delaktighet"*

**4.2a Har ni gjort en undersökning om enskildas uppfattning om verksamhetens kvalitet under perioden 1 mars 2023 – 1 mars 2025 (24 mån)?**

- Ja  
 Nej

*Med **undersökning** avses här enkäter eller strukturerade intervjuer riktade till enskilda där resultaten sammanställs på gruppnivå. Undersökningen genomförs systematiskt vilket t.ex. innebär att den genomförs med en viss regelbundenhet, under en bestämd tidsperiod och riktar sig till ett bestämt urval. Det behöver säkerställas att mottagaren kan ta del av undersökningen utifrån individuella förutsättningar. Om någon annan har gjort en undersökning på uppdrag av kommunen/verksamheten ska denna räknas. Exempelvis finns den nationella brukarundersökning inom funktionshinderområdet som genomförs av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Med undersökning om enskildas uppfattning om verksamheten avses inte klagomålshanteringen eller uppföljning av genomförandeplaner.*

*Undersökning om **verksamhetens kvalitet** inkluderar t.ex. frågeområden såsom information, bemötande, tillgänglighet och inflytande.*

*Med den **enskilde** avses här en person som bor i bostad med särskild service.*

**4.2b Har ni använt resultaten från undersökningen för att utveckla verksamheten (enheten)?**

*(besvaras bara om Ja på fråga 4.2a)*

- Ja  
 Nej

Kommentar:

*Med att **utveckla verksamheten** avses att konkreta förändringar införts med syfte att leda till förbättringar i verksamheten för brukaren (t.ex. ändrade rutiner, förändringar i verksamhetens innehåll, förändringar i verksamhetens gemensamma miljö).*

**Rutiner för att säkerställa tillgång till hälso- och sjukvård**

**5.1a Har enheten den 1 mars 2025 en skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för att säkerställa att de som bor på boendet får tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver?**

- Ja  
 Nej



Med **rutin** avses ett bestämt tillvägagångssätt för hur aktiviteter ska genomföras samt ange ansvarsfördelningen. Rutinen ska vara känd och användas av ansvarig personal. Det innebär till exempel att personalen vet vem eller vilka personer som kontaktas när det finns behov av eller stöd för ställningstagande till lämplig åtgärd. Rutinerna behöver här omfatta till exempel hur personalen ska agera i olika situationer, vem som ska kontaktas och vem som ansvarar för vad.

Med **ledningsnivå** avses här den nivå inom organisationen/verksamheten som har mandat att besluta om rutiner. Det kan handla om egna lokala skriftliga rutiner eller gemensamma skriftliga rutiner som organisationen/verksamheten har tagit fram.

Med **hälso- och sjukvård** avses här den enskildes hela behov av hälso- och sjukvård, d.v.s. den hälso- och sjukvård (inklusive rehabilitering, rehabilitering och hjälpmedel) som kommunen ansvarar för enligt 12 kap Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, men även hälso- och sjukvård genom andra vårdaktörer (t.ex. läkare i primärvård, akut-sjukvård eller specialistvård).

**5.1b Har ni någon gång under perioden 1 mars 2024 – 1 mars 2025 följt upp rutinen för att säkerställa att de som bor på boendet får tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver?**

(besvaras bara om Ja på fråga 5.1a)

- Ja  
 Nej  
 Ej aktuellt, då rutinen upprättades nyligen, d.v.s. efter den 1 mars 2024

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

## Rutiner för samverkan kring hjälpmedel

**6.1a Har enheten den 1 mars 2025 en skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för hur samverkan med förskrivare av hjälpmedel till de som bor i boendet ska ske?**

- Ja  
 Nej

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

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

Med **samverkan** avses övergripande gemensamt handlande på ett organisatorisk plan för ett visst syfte. Samverkan kan ske inom och mellan t.ex. enheter, myndigheter och samhällsaktörer och t.ex. gälla aktivt utbyte av information eller att planera gemensamma aktiviteter.

Med **förskrivare** menas den som förskriver hjälpmedel utifrån Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Förskrivaren kan finnas i den egna verksamheten eller hos andra vårdgivare.

Med **hjälpmedel** menas individuellt utprovad produkt som syftar till att bibehålla eller öka aktivitet, delaktighet eller självständighet genom att kompensera en funktionsnedsättning. Här avses inte de hjälpmedel som räknas som arbetstekniska hjälpmedel eller grundutrustning i bostaden. Exempel på hjälpmedel för det dagliga livet är rullstolar och gånghjälpmedel, hörapparater, och synhjälpmedel. Det kan även vara hjälpmedel för alternativ kommunikation, t.ex. samtalsapparater eller kognitivt stöd som appar för påminnelser eller tids-hjälpmedel.

Här avses inte samordnad individuell plan enligt Socialtjänstlagen 2 kap § 7 och Hälso- och sjukvårdslagen 16 kap 4 § HSL.

**6.1b Har ni någon gång under perioden 1 mars 2024 – 1 mars 2025 följt upp rutinen för hur samverkan med förskrivare av hjälpmedel till de som bor i boendet ska ske?**

(besvaras bara om Ja på fråga 6.1a)

Ja

Nej

Ej aktuellt, då rutinen upprättades nyligen, d.v.s. efter den 1 mars 2024

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

## Antal personal på enheten

### 7.1 Ange antal tillsvidare- och visstidsanställd personal som var anställda på enheten den 1 mars 2025.

Antal:

*Räkna enbart den baspersonal som arbetar direkt med de som bor på boendet, oavsett sysselsättningsgrad.*

*Räkna inte med timavlönad personal eller personal som varit tjänstlediga/sjukskrivna i sex månader eller mer.*

### 7.2. Du svarade på fråga 7.1 att det var (infoga svar) tillsvidare- och visstidsanställd personal på enheten den 1 mars 2025. Av dessa, hur många anställdes före den 1 mars 2024?

Antal: (svaret kan inte vara högre än svaret på fråga 7.1)

## Personal med adekvat utbildning

### 8.1 Du svarade på fråga 7.1 att det var (infoga svar) tillsvidare- och visstidsanställd personal anställda på enheten den 1 mars 2025. Av dessa, ange hur många som hade adekvat utbildning på gymnasienivå, utbildning till stödpedagog på yrkeshögskola, annan yrkeshögskoleutbildning eller högskoleutbildning som är relevant för verksamheten eller övrig utbildning/saknar utbildning per anställningsform.

*Räkna enbart den baspersonal som arbetar direkt med de som bor på boendet, oavsett sysselsättningsgrad.*

*Räkna endast varje anställd en gång. Om någon personal har flera utbildningar, ange den högsta utbildningen.*

*Om svaret är noll, skriv 0.*

	Adekvat utbildning på gymnasienivå	Stödpedagog på yrkeshögskola	Annan yrkeshögskoleutbildning eller högskoleutbildning som är relevant för verksamheten	Övrig utbildning/saknar utbildning
Tillsvidareanställda				
Visstidsanställda				

Kan inte ta fram informationen på rimlig tid

Kommentar:

Med **personal** avses den baspersonal som arbetar direkt med de som bor på boendet.

Med **adekvat utbildning på gymnasienivå** avses här de utbildningar som rekommenderas i Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2014:2) om kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning:

– Kurser om 1 400 gymnasiepoäng i vård- och omsorgsprogrammet, innefattande 1 300 i de programgemensamma ämnena och kurs eller kurser om minst 100 gymnasiepoäng i svenska eller svenska som andraspråk.

– Kurser om 1 400 gymnasiepoäng i barn- och fritidsprogrammet, innefattande 600 i de programgemensamma ämnena, 300 inom inriktningen pedagogiskt och socialt arbete, kurserna grundläggande vård och omsorg, kost och hälsa, specialpedagogik 1, specialpedagogik 2 och kurs eller kurser om minst 100 gymnasiepoäng i svenska eller svenska som andraspråk.

– Kurser om 1 500 gymnasiepoäng som ingår i Skolverkets nationella yrkespaket för arbete som undersköterska.

Kunskaperna och förmågorna kan även uppnås genom godkänt resultat på någon annan utbildning som motsvarar dem som anges ovan.

Med **annan yrkeshögskoleutbildning eller högskoleutbildning som är relevant för verksamheten** avses personal som har annan yrkeshögskoleutbildning eller högskoleutbildning som verksamheten bedömt vara relevant utifrån behovet av kompetens i verksamheten.

*Med **övrig utbildning/saknar utbildning** avses personal utan adekvat utbildning på gymnasienivå, utbildning till stödpedagog på yrkeshögskola eller annan yrkeshögskoleutbildning eller högskoleutbildning som är relevant för verksamheten.*

## Individuell plan för kompetensutveckling

**9.1 Av de (infoga svar) som var tillsvidare- och visstidsanställda och anställdes före den 1 mars 2024, hur många hade en aktuell individuell kompetensutvecklingsplan den 1 mars 2025?**

Antal: (svaret kan inte vara högre än svaret på fråga 7.2)

*Med **kompetensutveckling** menas att personalen utvecklas i sin yrkesroll genom exempelvis utbildning, kurser eller handledning, utifrån verksamhetens uppdrag.*

*Med **kompetensutvecklingsplan** avses en överenskommelse mellan arbetsgivaren och den anställde om kompetensutvecklingsinsatser. En sådan planering kan till exempel göras i samband med medarbetarsamtal.*

*Planen är **aktuell** om den utformats för mindre än 12 månader sedan eller följts upp under de senaste 12 månaderna, d.v.s. efter den 1 mars 2024.*

## Samlad plan för kompetensutveckling

**10.1a Har ni den 1 mars 2025 en samlad plan för personalens kompetensutveckling som omfattar all personal vid enheten?**

- Ja  
 Nej

*Med **kompetensutveckling** menas att personalen utvecklas i sin yrkesroll genom exempelvis utbildning, kurser eller handledning, utifrån verksamhetens uppdrag.*

*Med **samlad plan för personalens kompetensutveckling** menas en enhetsgemensam eller verksamhetsgemensam plan för personalens kompetensutveckling som bygger på brukarnas behov, verksamhetens uppdrag/mål och kartläggning av personalens individuella kompetenser.*

**10.1b Har ni någon gång under perioden 1 mars 2024 – 1 mars 2025 följt upp den samlade planen för personalens kompetensutveckling?**

(besvaras bara om Ja på fråga 10.1a)

- Ja  
 Nej  
 Ej aktuellt, då planen gjordes nyligen, d.v.s. efter den 1 mars 2024

*Med **uppföljning** avses att ni har kontrollerat att den samlade planen för personalens kompetensutveckling används och fungerar på avsett sätt samt att den vid behov har reviderats.*

**Kompetensutveckling inom Alternativ och Kompletterande Kommunikation (AKK)**

**11.1 Har personalen på enheten erbjudits kompetensutveckling inom Alternativ och Kompletterande Kommunikation (AKK) under perioden 1 mars 2024 - 1 mars 2025?**

- Ja  
 Nej  
 Ej aktuellt

Om ej aktuellt, ange varför:

***Kompetensutveckling** kan här t ex vara externa kurser eller intern utbildning av personer med särskild kunskap om AKK.*

***Alternativ och Kompletterande Kommunikation (AKK)** är en samlingsterm för insatser som avser att förbättra en människas möjligheter att kommunicera och innebär att man kompletterar eller ersätter ett bristfälligt tal eller språk. De vanligaste formerna av AKK är tecken som stöd, foton, symboler, bilder, konkreta föremål eller talande hjälpmedel.*

*För mer information om AKK se Socialstyrelsens webbutbildning "AKK som kommunikationsstöd" samt "Att förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamhet" (ett kunskapsstöd med rekommendationer).*

## Tydliggörande pedagogik

**12.1 Du svarade på fråga 7.1 att det var (infoga svar) tillsvidare- och visstidsanställd personal anställda på enheten den 1 mars 2025. Av dessa, hur många hade kompetens i tydliggörande pedagogik?**

Antal: (svaret kan inte vara högre än svaret på fråga 7.1)

Kan inte ta fram informationen på rimlig tid

Ej aktuellt

Om ej aktuellt, ange varför:

**Kompetens** är de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som krävs för att framgångsrikt utföra en specifik uppgift eller ett specifikt arbete.

**Tydliggörande pedagogik** är ett arbetssätt för att ge personer med intellektuell eller annan kognitiv funktionsnedsättning kontroll över sin vardag, vilket kan minska frustration och utmanande beteende. Visuellt stöd är en viktig del av tydliggörande pedagogik. Enligt en rekommendation från Socialstyrelsen bör individuellt anpassad tydliggörande pedagogik användas för att förbereda personen med intellektuell funktionsnedsättning, ge förutsägbarhet och förståelse för aktiviteter och händelser för att undvika osäkerhet och frustration som kan leda till utmanande beteende. För mer information om tydliggörande pedagogik se Socialstyrelsens kunskapsstöd "Att förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamhet".

Med **personal** avses här all personal som ger insatser vid boendet.

## Kontinuerlig handledning

**13.1 Har personalen på enheten erbjudits kontinuerlig handledning under perioden 1 mars 2024 – 1 mars 2025?**

Ja

Nej

Med **handledning** avses handledning av för uppgiften utbildad handledare som **inte** arbetar i den egna verksamheten. Med handledning avses här inte arbetsledning av chef. Syftet med handledning är att ha en stödjande funktion för personalen, bidra till den professionella utvecklingen och fungera som kvalitetssäkring i verksamheten. Handledningen kan ske i grupp eller enskilt och utformning/inriktning behöver väljas efter de behov som finns i verksamheten.

*Kontinuerlig* innebär att här inte avses handledning vid enstaka tillfällen. Handledningen ska vara regelbunden under en längre tidsperiod, d.v.s. erbjudas återkommande med jämna mellanrum.

## Rutiner för personalens agerande vid misstanke om eller upptäckt av våld eller missbruk/beroende

**14.1a** Har ni den 1 mars 2025 skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner som beskriver hur personalen vid enheten ska agera vid...

	Ja	Nej
... misstanke om eller upptäckt av att den enskilde som bor på boendet har utsatts för våld eller andra övergrepp (t.ex. av en anhörig/närstående, av andra personer som bor på boendet eller av personal)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... misstanke om eller upptäckt av att den enskilde som bor på boendet är beroende av/missbrukar läkemedel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... misstanke om eller upptäckt av att den enskilde som bor på boendet är beroende av/missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel (ej läkemedel)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Med **rutin** avses en beskrivning av ett bestämt tillvägagångssätt för hur aktiviteter ska genomföras samt ange ansvarsfördelningen. Rutinen ska vara känd och användas av ansvarig personal. Det innebär till exempel att personalen vet vem eller vilka personer som kontaktas när det finns behov av eller stöd för ställningstagande till lämplig åtgärd. Observera att dessa rutiner inte ersätter den rapporteringsskyldighet som föreligger enligt bestämmelserna i Lex Sarah.

Med **ledningsnivå** avses här den nivå inom organisationen/verksamheten som har mandat att besluta om rutiner. Det kan handla om egna lokala skriftliga rutiner eller gemensamma skriftliga rutiner som organisationen/verksamheten har tagit fram.

Med **personal** avses här all personal som ger insatser vid boendet.

**Våld eller andra övergrepp** – kan handla om fysiskt och/eller psykiskt våld (t.ex. slag sparkar, hot, tvång, kränkningar) eller sexuella övergrepp men också om handlingar som enligt rådande lagstiftning inte definieras som brott, men som kan ingå i ett mönster av utsatthet: verbala sexistiska kränkningar, isolering från familj, vänner och omgivning, ekonomiskt utnyttjande eller emotionell utpressning.



**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 symptomen 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.

(Svara endast för de alternativ ni svarat ja på i fråga 14.1a)

**14.1b Har ni någon gång under perioden 1 mars 2024 – 1 mars 2025 följt upp rutinerna om agerandet vid...**

	Ja	Nej	Ej aktuellt <sup>1</sup>
... misstanke om eller upptäckt av att den enskilde som bor på boendet har utsatts för våld eller andra övergrepp (t.ex. av en anhörig/närstående, av andra personer som bor på boendet eller av personal)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... misstanke om eller upptäckt av att den enskilde som bor på boendet är beroende av/missbrukar läkemedel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... misstanke om eller upptäckt av att den enskilde som bor på boendet är beroende av/missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel (ej läkemedel)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> Rutinen upprättades nyligen d.v.s. efter den 1 mars 2024

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

## Rutiner för att förebygga utmanande beteende

**15.1a Har ni den 1 mars 2025 skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner som beskriver hur personalen vid enheten ska arbeta förebyggande och agera om de som bor på boendet riskerar att skada sig själva och/eller andra eller har andra utmanande beteenden?**

	Ja	Nej
Rutiner för förebyggande arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rutiner för hur personalen ska agera om en situation med utmanande beteende uppstår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Med **rutin** avses en beskrivning av ett bestämt tillvägagångssätt för hur aktiviteter ska genomföras samt ange ansvarsfördelningen. Rutinen ska vara känd och användas av ansvarig personal. Det innebär till exempel att personalen vet vem eller vilka personer som kontaktas när det finns behov av eller stöd för ställningstagande till lämplig åtgärd. Observera att dessa rutiner inte ersätter den rapporteringsskyldighet som föreligger enligt bestämmelserna i Lex Sarah.

Med **ledningsnivå** avses här den nivå inom organisationen/verksamheten som har mandat att besluta om rutiner. Det kan handla om egna lokala skriftliga rutiner eller gemensamma skriftliga rutiner som organisationen/verksamheten har tagit fram.

Med **personal** avses här all personal som ger insatser vid boendet.

Med **utmanande beteende** avses här ett beteende som är av en sådan svårighetsgrad, intensitet, frekvens eller varaktighet att det riskerar att påverka nivån av livskvalitet eller den fysiska säkerheten för personen själv eller personer i dess närhet. Det är omgivningen som utmanas av beteendet. I omgivningen ingår personalen och deras sätt att förstå och interagera med personen. Det är omgivningens ansvar att hitta lösningar så att en person som utvecklat utmanande beteenden kan leva ett gott liv.

**15.1b Har ni någon gång under perioden 1 mars 2024 - 1 mars 2025 följt upp rutinerna om hur personalen vid enheten ska arbeta förebyggande och agera om de som bor på boendet riskerar att skada sig själv och/eller andra eller har andra utmanande beteenden?**

	Ja	Nej	Ej Aktuellt <sup>1</sup>
Rutiner för förebyggande arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rutiner för hur personalen ska agera om en situation med utmanande beteende uppstår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> Rutinen upprättades nyligen d.v.s. efter den 1 mars 2024

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

## 16 Övriga synpunkter

Beskriv till exempel områden som saknas eller frågor som kan förbättras i enhetsundersökningen LSS

### Tack för din medverkan!

Enkäten är öppen till och med den 25 april 2025. 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 15 maj 2025 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 2 juni 2025 stängs enkäten slutgiltigt.

---