

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

Öppna jämförelser av bostäder 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. Arbetet görs i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och i samråd med Famna och Vårdföretagarna.

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.

Mätdatum

Frågorna i enkäten avser att mäta hur förhållandena ser ut på enheterna den 1 mars 2019, 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. Insatsen ”annan särskild anpassad bostad” ingår inte. Varje enhet/bostad besvarar en enkät, vilket kan innebära att en enhets- eller verksamhetschef som ansvarar för fler enheter besvarar flera enkäter. Ditt svar är viktigt för att resultatet ska bli så heltäckande 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 2019, ska du enbart besvara frågorna 1, 2.1. och 2.2 och sedan skicka in.

Resultat från bostäder med särskild service publiceras på Socialstyrelsens webbplats preliminärt i oktober 2019. Då publiceras även resultat från dagliga verksamheter.

Enkätsvaren ska vara oss tillhanda senast den 25 april 2019.

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

Telefon: 031-730 31 70

E-post: enhetsundersokningLSS@indikator.org

Frågor om enkätens syfte och innehåll ställs till Socialstyrelsen:

Maria Rude

Säkrast per e-post: enhetsundersokningLSS@socialstyrelsen.se

Telefon: 075-247 34 46

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) ligger: _____

Stadsdel där enheten (boendet) ligger

(gäller Göteborg och 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/stadsdelen som har lämnat dina kontaktuppgifter.

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 dina resultat behöver vi ha kontaktuppgifter till dig som lämnar uppgifter. Vi behandlar dina kontaktuppgifter (namn, e-postadress) med stöd av ett samtycke från dig. Uppgifterna publiceras inte i samband med resultaten. Genom att skicka in denna enkät samtycker du till behandling av dina personuppgifter.

Du har rätt att begära ett registerutdrag, rätt att få felaktiga uppgifter rättade eller raderade, rätt att begära begränsning, rätt att invända mot behandlingen, samt rätt att begära att uppgifterna flyttas. Du har även rätt att närsomhelst återkalla ditt samtycke. Är du missnöjd med hur vi behandlar dina personuppgifter har du även rätt att lämna in ett klagomål till Datainspektionen.

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 gruppboende 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 gruppboenden kan delta samtidigt i olika aktiviteter.

Serviceboende 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.

2. 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 2019. 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 2019. 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

3. 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 2019?

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 2018. 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 2019. 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"

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-10-6>

3.3 Du svarade på fråga 3.1 att det fanns (infoga svar) personer vid enheten som hade en aktuell genomförandeplan den 1 mars 2019. 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" <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-6-26>

4. Brukarinflytande på verksamhetsnivå

4.1 Hur ofta har ni under perioden 1 mars 2018 – 1 mars 2019 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"

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-12-21>

4.2a Har ni gjort en undersökning om enskildas uppfattning om verksamhetens kvalitet under perioden 1 mars 2017 – 1 mars 2019 (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 Landsting (SKL). Med undersökning om enskildas uppfattning om verksamheten avses inte klagomålshantering 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).

5. Rutiner för att säkerställa tillgång till hälso- och sjukvård

5.1 Har enheten den 1 mars 2019 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 vårdgivaren eller kommunen/stadsdelen har tagit fram för sina verksamheter.

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

5.2 Har ni någon gång under perioden 1 mars 2018 – 1 mars 2019 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 5.1)

- Ja
 Nej
 Ej aktuellt, då rutinen upprättades nyligen, d.v.s. efter den 1 mars 2018

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.

6. Rutiner för samverkan kring hjälpmedel

6.1 Har enheten den 1 mars 2019 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 kommunen/stadsdelen har tagit fram för sina verksamheter.

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

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

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

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

6.2 Har ni någon gång under perioden 1 mars 2018 – 1 mars 2019 följt upp rutinen för hur samverkan med förskrivare av hjälpmedel till de som bor i boendet ska ske? (besvaras bara om Ja på fråga 6.1)

Ja

Nej

Ej aktuellt, då rutinen upprättades nyligen, d.v.s. efter den 1 mars 2018

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.

7. Antal personal på enheten

7.1 Ange antal tillsvidare- och visstidsanställd personal som var **anställda** på enheten den 1 mars 2019.

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 2019. Av dessa, hur många anställdes **före** den 1 mars 2018?

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

8. Individuell plan för kompetensutveckling

8.1 Av de (infoga svar) som var tillsvidare- och visstidsanställda och anställdes före den 1 mars 2018, hur många hade en aktuell **skriftlig** och **individuell** kompetensutvecklingsplan den 1 mars 2019?

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 skriftlig överenskommelse mellan arbetsgivaren och den anställde om kompetensutvecklingsinsatser. En sådan planering och dokumentation 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 2018. Uppföljningen ska vara dokumenterad och försedd med datum.

9. Samlad plan för kompetensutveckling

9.1 Har ni den 1 mars 2019 en samlad plan för personalens kompetensutveckling som omfattar all personal vid enheten? Planen ska vara **skriftlig**.

- 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.

9.2 Har ni någon gång under perioden 1 mars 2018 – 1 mars 2019 följt upp den samlade planen för personalens kompetensutveckling?

(besvaras bara om Ja på fråga 9.1)

- Ja
 Nej
 Ej aktuellt, då planen upprättades nyligen, d.v.s. efter den 1 mars 2018

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. Uppföljningen ska vara dokumenterad och försedd med datum.

10. Kompetensutveckling inom Alternativ och Kompletterande Kommunikation (AKK)

10.1 Har personalen på enheten erbjudits kompetensutveckling inom Alternativ och Kompletterande Kommunikation (AKK) under perioden 1 mars 2018 - 1 mars 2019?

- 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.

Se vidare om AKK i "Att förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamhet" (ett kunskapsstöd med rekommendationer).

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-12-3>

11. Kontinuerlig handledning

11.1 Har personalen på enheten erbjudits kontinuerlig handledning under perioden 1 mars 2018 – 1 mars 2019?

- 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.

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

12.1 Har ni den 1 mars 2019 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 vårdgivaren eller kommunen/stadsdelen har tagit fram för sina verksamheter.

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 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.

(Svara endast för de alternativ ni svarat ja på i fråga 12.1)

12.2 Har ni någon gång under perioden 1 mars 2018 – 1 mars 2019 följt upp rutinerna om agerandet vid...

	Ja	Nej	Ej aktuellt ¹
... 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"/>

¹ Rutinen upprättades nyligen d.v.s. efter den 1 mars 2018

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 dokumentera och försedd med datum.

13. Övriga synpunkter

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