



FALKENBERGS
KOMMUN

2019-02-25

Kvalitetsberättelse

Socialnämnden 2018

Innehållsförteckning

Kvalitetsberättelse.....	3
Rutiner	4
Risikanalyis	5
Egenkontroll och brukarundersökningar	6
Avvikelser och Lex Sarah.....	8
Klagomål och synpunkter.....	9
Samverkan.....	10
Kost och måltider	11
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	12

Kvalitetsberättelse

Enligt SOSFS 2011:9 "Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete" ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Med stöd av ledningssystemet ska verksamheten planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Arbetet med ledningssystemet ska dokumenteras. Kravet på dokumentation omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet - processer, rutiner, arbetet med att planera och utföra riskanalyser, egenkontroller, klagomål och synpunkter. Verksamheten ska också dokumentera vilka förbättrande åtgärder som eventuella avvikelser har gett upphov till.

Socialförvaltningen sammanställer årligen verksamheternas kvalitetsarbete för det gångna året för att ge socialnämnden och övriga intresserade en inblick i kvalitetsarbetet.

Om kvalitetsberättelsen

Kvalitetsberättelsen tar sin utgångspunkt i vad ett kvalitetsledningssystem ska innehålla enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Kvalitets- och Utredningsavdelningen har inhämtat kvalitetsberättelser från myndighetsavdelningen, från de tre verksamhetsområdena inom egenregion (äldreboende, hälso- sjukvård och hemtjänst samt stöd- och behandling) och ifrån externa utförare. Inkomna underlag har sammanställts för att ge en övergripande bild över hur kvalitetsarbetet fortlöper. Detta är ett nytt arbetsätt jämfört med tidigare år då kvalitetsberättelsen varit mer av en verksamhetsberättelse för Kvalitets- och Utredningsavdelningen. Skälet till förändringen dels att ge en mer heltäckande bild över hur kvalitetsarbetet fortlöpt och dels en önskan att utförarna själva ska utveckla sitt analysarbete.

Analys handlar om systematisk identifiering av orsaker som kan leda till en negativ händelse, det kan både omfatta analys i förebyggande syfte och analys i utvärdering och uppföljningssyfte. Att jobba med analys innebär att man kan dels jobba med utredning av risker genom t.ex. riskanalys och riskbedömningar och dels genom utvärderingar av en händelse eller ett verksamhetsområde. I planeringsskedet arbetar man främst med riskanalyser för att identifiera risker, vilket ger oss möjligheter att arbeta proaktivt och vidta förebyggande åtgärder innan något inträffat. Genom analys i utvärderingsskedet får organisationen kunskap och underlag för att kunna göra en välgrundad bedömning av var organisationen befinner sig, vad som påverkar resultatet och vad som behöver förändras för att leda till en förbättring/förändring i verksamheten.

Kvalitets- och utredningsavdelningen kommer att återkoppla eventuella förbättringsområden till berörda verksamheter.

Vissa externa utförare har ej inkommit med begärda handlingar i tid till sammanställningen av kvalitetsberättelsen. Dessa kommer att kontaktas.

Rutiner

En rutin är ett skriftligt dokument som beskriver ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras samt anger hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten. Verksamhetsrutinerna ska omfatta sådana aktiviteter där det bedöms av vikt att de utförs på ett likartat sätt. Utöver verksamhetsrutiner kan verksamheten upprätta stöd- och hjälpdokument (t.ex. bokning av bil, bokning av tolk och så vidare). Dessa stöd- och hjälpdokument ingår inte i kvalitetsledningssystemet.

Egenregi och Myndighet

Gällande rutiner så framkommer att rutiner görs kända i verksamheterna vid bland annat arbetsplatsträffar och vid introduktion av nyanställd personal. På arbetsplatsträffar och verksamhetsmöten skapas även förståelse för hur man ska arbeta med rutiner och följa dem. Genomgång av rutiner görs i de flesta verksamheter i vart fall årligen och vid behov upprättas nya rutiner. Inom egenregin har ett årshjul upprättats för att säkerställa att rutinerna är aktuella och är kända.

Myndighetsavdelningen lyfter särskilt fram processkartläggningar som ett arbetssätt som används för att skapa ett gemensamt arbetssätt.

Kommentar

Verksamheterna beskriver till vissa delar olika sätt att göra rutiner tillgängliga för personalen. Samtliga verksamheter bedöms dock ha en fungerande systematik.

Inom hälso- och sjukvård och hemtjänst kommer ett förbättringsarbete göras under 2019 för att samla lokala rutiner på intranätet.

Externa utförare

Inom LSS har samtliga utförare ett kvalitetsledningssystem med framtagna processer och rutiner som behövs för att säkra att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller enligt SOSFS 2011:9.

Utförarna har ett tydligt arbetssätt för att säkerställa att medarbetarna har god kännedom om aktuella rutiner som oftast introduceras i samband med anställningar. Rutinerna uppdateras årligen och vid behov enligt information från utförarna.

Inom socialpsykiatri finns externa utförare vid sysselsättning enligt LOV. Inom dessa verksamheter finns en del verksamheter som har jobbar systematisk med att identifiera sina processer och rutiner men kunskapsnivå varierar.

Inom såväl hemtjänst som inom särskilt boende beskriver verksamheterna att de använder både egenskapade och kommunens rutiner.

De nyare företagen håller fortfarande på med framtagande av de rutiner de upptäcker att de behöver. De flesta använder en rutinpärm och har löpande uppdatering och håller all personal informerad.

Kommentar

Verksamheterna arbetar systematiskt med att skapa och implementera nödvändiga rutiner. En systematik i att hålla rutinerna uppdaterade samt att hålla dem kända i verksamheterna finns.

Risikanalyt

Med risikanalyt menas här en systematisk identifiering och bedömning av risker i ett visst sammanhang. Bedömning om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Utöver detta görs risikanalyt gällande arbetsmiljö samt vid förändring av verksamheten.

Egenregi och Myndighet

Det finns i organisationen en viss sammanblandning mellan risikanalyt som görs för att identifiera risker kring verksamhetens kvalitet och de risikanalyt som görs utifrån ett medarbetarperspektiv. Riskanalyt utifrån medarbetarperspektiv och i samband med förändringar av verksamheten sker på ett systematiskt vis medan det på vissa håll saknas en tydlig systematik gällande förebyggande risikanalyt kring kvalitén. Det finns i verksamheterna generellt sett en stor kunskap kring vilka risker som finns i verksamheten men risikanalyt är inte dokumenterad. Verksamheterna beskriver också på ett tydligt sätt hur de -när risker upptäcks, har ett välfungerande och systematiskt sätt att analysera orsaker till risken samt genomföra åtgärder.

Exempel på risker som identifierats under året är:

- Fullmakter för personal att hämta ut mediciner på apoteken för brukare inte kontrollerades och visade sig till stor del vara inaktuella. Tillsammans med apoteken gjordes en rutin att säkerställa kvalitén med att tidsbegränsa fullmakter till att bara gälla i ett år.
- Enheterna för barn och unga har under året gjort risikanalyt avseende verksamhetssystemet Pulsen Combine. Handläggarna uppfattade att systemet var så komplicerat att det uppstod risker att utredningar och beslut drog ut på tiden. Ett omfattande arbete för att reda ut svårigheterna har gjorts. En handläggare är avsatt för att enbart hjälpa sina kollegor med systemet för att undvika att klienter drabbas.

Kommentar

Verksamheterna bedöms ha kännedom kring flertalet av de risker som finns i verksamheten. I många fall är risikanalyterna dock inte dokumenterade. För 2019 finns ett förbättringsområde kring att dokumentera verksamhetens risikanalyt.

Externa utförare

Inom så väl LSS verksamheterna som inom särskilt boende för äldre har utförarna ett systematiskt arbetssätt för att genomföra risikanalyt för att identifiera och förebygga brister i verksamheten.

Inom socialpsykiatrien jobbar verksamheterna löpande med att bedöma risker som skulle kunna medföra brister i verksamheter. När aktuell risk identifierats meddelas ansvarig, åtgärder vidtas och eventuella handlingsplaner upprättas.

Hemtjänstutförarna kan i vissa fall beskriva utförligt hur de gör en riskbedömning och varför den bör göras medan andra uppger att de inte gjort någon ännu på grund av att verksamheten är nystartad.

Kommentar

Risikanalyt arbetet bedrivs på ett tillfredsställande sätt. För vissa verksamheter behöver risikanalyterna dokumenteras.

Egenkontroll och brukarundersökningar

En egenkontroll innebär att verksamheten granskar sig själv. Det är en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Det ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Genom resultaten från egenkontrollerna kan förbättringsområden identifieras och genom att egenkontroller genomförs återkommande kan man följa förändring över tid.

I egenkontroller mäts:

- Att verksamheten följer gällande lagar och föreskrifter.
- Att verksamheten håller en hög kvalitet.
- Att arbetet sker i enlighet med fastslagna processer och rutiner.

Egenregi och Myndighet

Inom myndighetsavdelningen följs hur snart efter ansökan man får en första besökstid samt hur lång tid det tar tills beslut fattats. Vid situationer då det varit svårt att nå våra uppställda mål har planer för hur verksamheten ska återgå till normal väntetid gjorts. Exempelvis har tiderna för första besök varit längre under sommarsemesterperioden och vid storhelger. Resonemang om vilken bemanning som behövs har löpande förts och anpassats.

Inom utförardelarna har under året en gemensam egenkontroll genomförts gällande genomförandeplaner. Resultaten var goda och de förbättringsområden som identifierades har hanterats. Inom äldreomsorgen genomförs årligen den nationella brukarundersökningen. Så tycker de äldre om äldreomsorgen, resultaten från undersökningen har analyserats och åtgärdsplaner skapats i de fall de ansetts behövas.

Inom egenregin har ett årshjul tagits fram för att förtydliga vilka egenkontroller som ska genomföras och när de ska genomföras. Myndighetsavdelningen arbetar fram motsvarande årshjul för sina egenkontroller.

Kommentar

Det genomförs ett antal statistik- och uppgiftsinsamlingar varje år. I vissa fall är det svårt att kvalitetssäkra de uppgifter som rapporteras in och det finns inte alltid en plan för hur resultaten ska analyseras. Ett arbete har påbörjats och beräknas vara klart under 2019 kring att sammanställa vilken statistik förvaltningen lämnar ifrån sig, hur denna ska kvalitetssäkras och hur analys av resultaten ska genomföras.

Externa utförare

Inom LSS har utförarna ett systematiskt arbetssätt att genomföra egenkontroller. Samtliga verksamheter har analyserat sina resultat och vidtagit åtgärder vid eventuella förbättringsområden. Samtliga utförare jobbar med att återkoppla resultat på verksamhetsmöten eller planeringsdagar.

Inom socialpsykiatri är kännedom om och kunskap gällande arbetet med egenkontroller varierande och är ett utvecklingsområde för aktuella verksamheter.

Inom hemtjänsten framgår av verksamheternas kvalitetsberättelser att de gör löpande egenkontroller av vissa delar. Det verkar däremot vara svårare att formulera en analys av resultatet och vilka åtgärder som vidtagits.

Kvalitetsenheten gör bedömningen att verksamheterna har behov av stöd i att ta fram vad som kan kontrolleras via egenkontroll, och hur en analys kan skrivas utifrån resultatet. Dialogmöte planeras in för att öka kunskapen kring egenkontroller hos företagen.

Utförarna av särskilt boende har genomarbetade rutiner för att kontrollera sin verksamhet och planerar åtgärder utifrån resultatet.

Kommentar

För hemtjänstföretagen görs bedömningen att verksamheterna har behov av stöd i att ta fram vad som kan kontrolleras via egenkontroll, och hur en analys kan skrivas utifrån resultatet. Dialogmöte planeras in för Hemtjänst LOV under våren 2019.

Inom socialpsykiatri behövs kunskapen om egenkontroller öka.

Brukarundersökningar

LSS – Brukarundersökning

SKL har för tredje året i rad genomfört brukarundersökningen inom funktionshinderområdet. Undersökningen visar att merparten av brukarna trivs med det stöd de får (varierar mellan 81 och 91 procent mellan verksamhetsområdena). Mest nöjda är brukare på daglig verksamhet.

Vad gäller personalens omtanke och brukarnas upplevelse att personalen bryr sig varierar dessa mellan 96 och 86 procent mellan verksamhetsområden. Mest nöjda med personalens omtanke är brukarna på gruppboendestäder.

Ett utvecklingsområde för samtliga verksamheter är att anpassa kommunikationen så att brukarna förstår det personalen säger. Enligt undersökningen är 71 procent på serviceboendestäder nöjda och förstår det personalen säger, 79 procent för daglig verksamhet och 83 procent av de som bor på gruppboendestäder förstår det personalen säger.

För att se statistikinformation från undersökningen se BILAGA 1.

Äldreomsorg – Vad tycker äldre om äldreomsorgen

”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?” är en rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden som utförs av Socialstyrelsen.

Syftet med undersökningen är dels att ge enskilda äldre en röst, dels att ta fram kvantitativa mått på äldreomsorgen utifrån ett brukarperspektiv.

Resultatet av 2018 års undersökning visar nationellt att de flesta äldre är nöjda med sin äldreomsorg. Men i jämförelse med tidigare år har andelen positiva svar minskat för nästan samtliga frågor i hela Sverige. Resultatet för Falkenberg liknar i stort det nationella.

Avvikelser och Lex Sarah

En avvikelse är när något oönskat har inträffat och som har lett eller skulle kunna leda till en oönskad händelse för den enskilde. Exempel på avvikelser kan vara att brukaren inte fått sin medicin, inte fått besvärshänvisning vid avslagsbeslut eller inte fått sin insats utförd på rätt sätt.

Egenregi och Myndighet

Information om avvikelser och lex Sarah ges till alla nyanställda. Informationen ges också vid en arbetsplatsträff under året.

Det har varit svårigheter att få fram tillförlitlig statistik i det system som används. Det har också bedömts svårt att rapportera avvikelser varför en misstanke finns att alla avvikelser ej rapporterats.

Ett nytt mobilt avvikelssystem har införskaffats och kvalitetssäkras under mars 2019. Planerad driftstart är i slutet av mars 2019.

Systemet för "Trygg och säker utskrivning från slutenvården" som används av regionen och kommunen har inneburit ett otal incidenter som borde varit rapporterade som avvikelser. Ett flertal av dessa är rapporterade men i vissa fall har troligen avvikelserapporteringen fått stå tillbaka för arbete med att trygga att enskilda individer fått akut hjälp vid hemgång.

Kommentar

Ett nytt system som underlättar att rapportera avvikelser kommer att införas. En uppföljning kring hur systemet fungerar planeras att genomföras under hösten 2019.

Externa utförare

Rutin för avvikelshantering finns i princip hos samtliga rapporterande verksamheter. Kännedom om vad en avvikelse är varierar dock hos utförarna av sysselsättning inom socialpsykiatri. På vissa enheter inom LSS har verksamheten själva identifierat att antalet omsorgsavvikelser är lågt i förhållande till antalet avvikelser enligt Hälso- och sjukvårdslagen.

Inom särskilt boende inom äldreomsorgen samt inom LSS finns rutin för hur personalen ska hållas informerad. Även inom hemtjänsten finns plan för detta.

Inom hemtjänsten har framkommit att det finns en otillräcklig kunskap kring den egna utredningsskyldigheten gällande ärenden som ska utredas enligt Lex Sarah.

Kommentar

Inom hemtjänsten behöver kunskapen kring utredningsskyldigheten i Lex Sarah ärenden stärkas.

På enheter inom LSS med lågt antal omsorgsavvikelser behöver den genomgång som påbörjats slutföras för att säkerställa att även omsorgsavvikelser rapporteras.

Klagomål och synpunkter

En synpunkt eller ett klagomål är en uttalad uppfattning som framförts från någon i eller utanför organisationen. Klagomålet/synpunkten kan vara av allmän karaktär eller handla om specifika händelser eller situationer som inträffat. Exempelvis kan det handla om personalens bemötande, uteblivna eller felaktigt utförda insatser, aktivitetens innehåll eller synpunkter på lokaler.

Egenregi och Myndighet

Det finns en fungerande rutin för hur klagomål och synpunkter besvaras av enhetschef. Detta gör att den enskilde får möjlighet att framföra sina synpunkter och också att få dem behandlade och besvarade. Det saknas dock ett system för att samla ihop och kategorisera inkomna synpunkter. Detta medför att analys på en mer övergripande nivå ej kan göras.

Kommentar

Förväntningen att synpunkter ska sammanställas och analyseras är ny för verksamheterna och behöver en implementeringstid. Det system som i dagsläget används för synpunkter kräver mycket manuellt arbete och kan inte producera nödvändig statistik. Det arbete som pågår för att förbättra hanteringen av inkomna avvikelser är högt prioriterat. När det systemet har implementerats bör en liknande systematik införas för hantering av inkomna klagomål och synpunkter. En rutin för hantering av muntliga synpunkter bör då också utvecklas.

Externa utförare

Inom LSS och inom särskilt boende inom äldreomsorgen finns statistik kring skriftligt inkomna synpunkter. Inom vissa verksamheter, främst inom LSS, finns en systematik där synpunkter också analyseras.

Samtliga verksamheter har en systematik i att hantera och besvara enskilda synpunkter.

Kommentar

Kravet på att utförarna ska kunna redovisa en sammanställning och analys av inkomna synpunkter är nytt. På samma sätt som för verksamheten som drivs i egen regi krävs en implementeringstid. Det utvecklingsarbete som planeras för verksamheterna som bedrivs i egen regi kommer också spridas till externa utförare.

Samverkan

Egenregi och Myndighet

Samverkan med myndighetsavdelning och utförare beskrivs som god. Det sker en samverkan dels på strategisk nivå men också i individärenden, som till exempel i samband med att nya boende flyttar in.

Samverkan sker på flera nivåer i linjeorganisationen.

Det finns utöver den interna samverkan även om en omfattande samverkan med andra aktörer så som vård, polis och arbetsförmedling.

Kommentar

Nödvändiga samverkansrutiner bedöms finnas. Verksamheterna har identifierat de viktigaste samverkanspartnerna.

Externa utförare

Inom LSS finns tydliga rutiner över samverkansformer på olika nivåer så som individnivå och verksamhetsnivå. Utförarna har också identifierat de olika samverkanspartnerna och har regelbundna träffar.

Särskilt boende har regelbundna samrådsmöten med förvaltningen och en planerad samverkan med Hälso- och sjukvårdspersonal.

Även övrig verksamhet har identifierat de centrala samverkanspartnerna och har en strukturerad samverkan.

Kommentar

Nödvändiga samverkansrutiner bedöms finnas. Verksamheterna har identifierat de viktigaste samverkanspartnerna.

Kost och måltider

Egenregin

Egenkontroller där prov från avdelningskök och vattenprov tagits i verksamheterna har åtgärder vidtagits där man funnit brister.

Vad gäller egenkontrollen nattfastemätning har egenregins verksamheter uppvisat ett förbättrat resultat från föregående års mätning.

Externa utförare

En granskning av gruppbestädernas veckomatsedlar utfördes under 2018 vilket visade att verksamheterna behöver se över sin planering. Uppföljning av dessa kommer att göras under 2019.

Vad gäller egenkontrollen nattfastemätning har de externa verksamheterna uppvisat ett förbättrat resultat från föregående års mätning.

Kommentar

Verksamheterna har tydliga rutiner för hur egenkontroller ska genomföras och efter åtgärderna är resultaten tillfredsställande. Vidare uppföljning kommer att göras på LSS-verksamheternas veckomatsedlar.

Det förbättrade värdet för nattfastan kan bero på den implementering av anpassad äldre Kost som utfördes våren 2017 med syftet att införa för-frukost och mer näringstät mellanmål med recept. En uppföljning av implementering kommer utföras under våren 2019 för att bibehålla kvaliteten på äldrematen samt att bibehålla/förbättra nattfastan inom egenregin och externa utförare.

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Egenregin och Myndighet

Ett årshjul har tagits fram för verksamheterna inom egenregin så det enkelt ska synas vilka processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Detta årshjul ska under 2019 utvärderas av utvalda verksamheter och så småningom ska medarbetarna göras delaktiga i årshjulet.

Medarbetarna känner till de processer och rutiner som gäller för verksamheterna då de regelbundet går igenom på APT. Medarbetarna utför en hel del egenkontroller själva vilket gör de aktiva i det systematiska kvalitetsarbetet. Myndighetsavdelningen framarbetar ett liknande årshjul.

Processer och rutiner utarbetas tillsammans av chef och medarbetare.

Kommentar

Medarbetare är involverade i kvalitetsarbetet. Arbete med att ytterligare förtydliga kvalitetsarbetet och göra det mer överskådligt för medarbetarna görs genom skapandet av årshjul.

Externa utförare

Inom LSS verksamheter har de externa utförare en tydlig ansvarsfördelning och en inbyggd organisation för det systematiska kvalitetsarbetet. Medarbetarna känner till de processer och rutiner som finns. En del i introduktionsplanen för nyanställd personal är att genomgå interna utbildningar där bland annat utbildning och information om systematiska kvalitetsarbete finns. Uppdatering av rutiner genomförs på verksamhetsmöten/APT regelbundet, för vissa verksamheter årsvis och andra halvårsvis.

Personalen är delaktig och bär en stor del i arbetet med framtagandet av rutiner i verksamheter när det gäller utförare inom sysselsättning. En del utförare har arbetat fram en tydlig organisation som jobbar med kvalitetsfrågor i organisationer, där medarbetare är aktiva och information sprid via APT och andra mötesformer.

Inom äldreomsorgens särskilda boenden har utförarna ett tydligt kvalitetsarbete där medarbetarna deltar löpande i ett system som upplevs välkänt. När det gäller de små hemtjänstföretagen så är det tydligt i den lilla organisationen vem som ansvarar för att driva arbetet, och medarbetarna ges utrymme via tex APT att tex behandla avvikelser och förtydliga processer.

Kommentar

Medarbetare är involverade i kvalitetsarbete. De flesta utförare inom alla verksamhetsområden har en intern organisationsfördelning för sitt arbete med kvalitetsfrågor. Variation framgår för det strukturerade arbetssättet när det gäller utförare inom sysselsättning för socialpsykiatri.

BILAGA 1 – STATISTIK BRUKARUDNERSÖKNINGAR

ÄLDREMSORG

Nyckeltal Hemtjänst	Falkenberg			Länet			Riket		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Mycket eller ganska nöjda med hemtjänsten som helhet, andel %	90	93	91	92	91	91	89	89	88
Mycket nöjda med bemötande, andel %	98	97	98	97	98	98	97	97	97
Möjligheter att framföra synpunkter och klagomål, andel %	63	65	63	66	65	65	63	63	63
Personal har alltid eller oftast tillräckligt med tid, andel %	82	81	83	84	85	85	82	82	82
Mycket trygga att bo kvar hemma med hemtjänstinsatser, andel %	88	89	87	87	89	89	85	86	85
Personalkontinuitet antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde	15	15	13	Uppgift saknas	15	14	15	15	15
Nyckeltal särskilt boende	Falkenberg			Länet			Riket		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Mycket eller ganska nöjda med boendet som helhet, andel %	91	86	86	87	85	83	83	82	81
Mycket eller ganska bra möjligheter att komma utomhus, andel %	60	60	61	66	64	62	58	58	57
Mycket eller ganska nöjda med sociala aktiviteter som erbjuds, andel %	72	77	70	68	69	70	63	64	64
Känner sig trygga på boendet, andel %	93	87	91	91	89	90	89	88	88

BILAGA 1 – STATISTIK BRUKARE

Stöd och behandling

Missbruk	Falkenberg				Länet				Riket			
	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018
Utredningstid i antal dagar från påbörjad utredning till avslutad utredning, medelvärde	45	51	53	24	56	61	58	53	60	59	58	54
Ej återaktualiserade vuxna med missbruksproblem 21 år+ ett år efter avslutad utredning eller insats, andel i %	76	90	75	Uppg. saknas	59	71	77	77	73	72	74	74
Ekonomiskt bistånd	Falkenberg				Länet				Riket			
	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018
Väntetid i antal dagar från första kontakttillfället för ansökan vid nybesök till beslut, medelvärde	15	13	18	7	18	17	19	10	16	16	16	15
Ej återaktualiserade personer med försörjningsstöd ett år efter avslutad försörjningsstöd, andel (%)	81	85	82	Uppg. saknas	66	83	82	78	78	78	79	79
Barn och Unga	Falkenberg				Länet				Riket			
	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018
Utredningstid i antal dagar från påbörjad utredning till avslutad utredning inom barn och ungdom 0-20 år, medelvärde	111	49	70	94	99	91	98	100	108	109	109	103
Ej återaktualiserade barn 0-12 år ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%)	93	90	72	Uppg. saknas	83	86	72	73	75	77	77	75
Ej återaktualiserade ungdomar 13-20 år ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%)	79	97	84	Uppg. saknas	80	81	83	82	78	78	78	75

På grund av byte av verksamhetssystem har statistik för andel återaktualiserade ej kunnat lämnas av Falkenbergs Kommun för 2018.

BILAGA 1 – STATISTIK BRUKARUDNERSÖKNINGAR

LSS

Frågor- Servicebostad	Falkenberg			Riket		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Möjlighet till inflytande, andel (%)	91	94	90	82	82	82
Rätt stöd, andel (%)	91	86	81	76	78	76
Personalens omtanke, andel (%)	86	94	86	80	81	82
Personalen pratar så brukaren förstår, andel (%)	77	75	71	68	68	66
Känner sig trygg med personal, andel (%)	89	81	83	69	71	71
Känner sig aldrig rädd för något hemma, andel (%)	70	69	74	61	64	63
Upplevelsen av trivsel, andel (%)	86	89	88	80	75	76
Möjlighet att framföra synpunkter och klagomål, andel (%)		100	95		82	84

Frågor-Gruppbofastad	Falkenberg			Riket		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Möjlighet till inflytande, andel (%)	91	91	96	73	75	75
Rätt stöd, andel (%)	91	82	88	79	81	80
Personalen pratar så brukaren förstår, andel (%)	82	82	83	68	69	70
Personalens omtanke, andel (%)	100	82	96	79	83	82
Känner sig trygg med personal, andel (%)	82	73	83	72	74	76
Känner sig aldrig rädd för något hemma, andel (%)	91	82	83	64	66	63
Upplevelsen av trivsel, andel (%)	91	91	83	83	82	81
Möjlighet att framföra synpunkter och klagomål, andel (%)		91	100		85	85

Frågor-Daglig verksamhet	Falkenberg			Riket		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Möjlighet till inflytande, andel (%)	83	82	76	73	72	74
Rätt stöd, andel (%)	89	88	91	83	83	84
Personalens omtanke, andel (%)	92	89	91	86	85	87
Personalen pratar så brukaren förstår, andel (%)	82	82	79	75	73	75
Känner sig trygg med personal, andel (%)	87	87	86	79	80	81
Känner sig aldrig rädd för något på daglig verksamhet, andel (%)	78	80	74	72	73	72
Upplevelsen av trivsel, andel (%)	86	85	85	84	81	83
Möjlighet att framföra synpunkter och klagomål, andel (%)		93	84		88	84
Verksamheten är viktig för brukaren, andel (%)		87	93		81	89