



FALKENBERG

2017-02-23

Kvalitetsberättelse 2016

Kvalitets-och utredningsavdelningen

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
1 Inledning.....	4
1.1 Bakgrund.....	4
1.2 Vad är kvalitet?	4
2 Äldreomsorg	5
2.1 Avvikelsehantering	5
2.2 Kvalitetsuppföljningar	5
2.3 Kvalitetsuppföljningar avseende kostverksamhet	6
2.4 Brukarundersökningar.....	7
2.5 Öppna jämförelser äldreomsorg	8
3 Verksamheter för funktionsnedsatta och ensamkommande	9
3.1 Avvikelsehantering	9
3.2 Kvalitetsuppföljningar	9
3.3 Brukarundersökningar.....	10
3.4 Öppna jämförelser LSS.....	10
4 Myndighetsavdelning, Individ och familjeomsorg	12
4.1 Avvikelsehantering	12
4.2 Kvalitetsuppföljningar	12
4.3 Brukarundersökningar.....	13
4.4 Öppna jämförelser individ- och familjeomsorg.....	13
5 Avtal alternativa driftsformer	14

Sammanfattning

Kvalitets- och utredningsavdelningen har under 2016 genomfört kvalitetsuppföljningar inom äldreomsorg, LSS-verksamheter och Myndighetsavdelningen i syfte att identifiera och peka på utvecklingsområden som bedömts viktiga för att verksamheten ska hålla en god kvalitet.

Vidare har Kvalitets- och utredningsavdelningen tagit del av nationella brukarundersökningar avseende hur brukarna i kommunen upplever kvaliteten i det stöd och den omsorg som erbjuds. Genomförda uppföljningar, kartläggningar och brukarundersökningar pekar – tillsammans med inkomna synpunkter, klagomål och rapporterade avvikelser – på vilka förbättringsområden som verksamheterna behöver arbeta vidare med, varav de väsentligaste sammanfattas nedan.

Äldreomsorg

- Genomförda processkartläggningar av biståndsenhetens hantering av ansökningar om biståndsinsatser och processerna vid utförandet av äldreomsorg inom egenregi, bör i fortsättningen användas som verktyg i verksamheternas kontinuerliga kvalitetssäkrings- och förbättringsarbete.
- Berörda enheter behöver vidta åtgärder för att förbättra kvaliteten inom de områden som enligt Socialstyrelsens brukarundersökning har störst utrymme för förbättringar.
- Det under 2016 påbörjade arbetet med att införa egenkontroller av genomförandeplaner behöver intensifieras under 2017.
- Inom kostverksamheten bör en individanpassad kost för äldre införas som avser förbättrad måltidsordning, näringsinnehåll och kvalitet.

LSS-verksamheter

- Vad gäller LSS-verksamheterna är det angeläget att förbättra kunskapen om avvikelshantering bland medarbetare och chefer samt utveckla det systematiska kvalitetsarbetet kring avvikelser och synpunkter.
- På flertalet av dagliga verksamheter samt på grupp- och servicebostäderna behöver arbetet med genomförandeplaner utvecklas för att brukarens behov bättre ska framgå. Gode människors roll behöver också tydliggöras i samband med arbetet kring genomförandeplaner.

Verksamheter för ensamkommande

- Inom verksamheter för ensamkommande inom egenregi finns ett förbättringsarbete med att införa Socialstyrelsens föreskrifter för ledningssystem SOSFS 2011:9 gällande samtliga delar som rör innehållet i föreskriften.

Myndighetsavdelningen, individ-och familjeomsorg

- Inom försörjningsstöd, missbruksområdet och barn- och ungaområdet behöver den systematiska uppföljningen förbättras. Det finns även behov av en strukturerad kvalitetsuppföljning. Arbetet med dessa delar pågår och enheterna kommer framöver aktivare arbeta med kvalitetsledningssystemet.
- Vad gäller myndighetsdelarna konstateras att resultaten från Öppna jämförelser behöver tas om hand bättre. När årets resultat publiceras kommer detta att analyseras och vid behov kommer handlingsplaner att begäras in från enheterna. Frågor som kommer följas särskilt rör rutin för hantering av skyddade personuppgifter och samverkansöverenskommelser.

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Kvalitets- och utredningsavdelningen har under det gångna året utfört kvalitetsuppföljningar, processkartläggningar och tagit del av brukarundersökningar i syfte att bedöma hur det systematiska kvalitetsarbetet bedrivs i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9). I föreliggande kvalitetsberättelse redovisas inriktning, omfattning och resultat av de kvalitetsuppföljningar och brukarundersökningar som har genomförts under det gångna året. Under respektive avsnitt avseende äldreomsorg, funktionsnedsatta och ensamkommande samt myndighetsavdelningen framgår de förbättringsområden som har identifierats.

När det gäller avvikelshantering redovisas översiktligt vad som framkommit i form av lämnade synpunkter och klagomål samt rapporterade avvikelser. Därutöver redovisas ett antal nyckeltal och indikatorer som speglar kvaliteten i verksamheterna, där Falkenberg jämförts med såväl övriga kommuner som med riket som helhet. Kvalitetsberättelsen för 2016 syftar till att förmedla en samlad bild av resultatet i de kvalitetsuppföljningar och brukarundersökningar som genomförts under året. Tillsammans med inkomna synpunkter, klagomål och rapporterade avvikelser ger underlaget tydliga signaler om vilka delar i verksamheterna som behöver förbättras. I likhet med tidigare år skrivs en patientsäkerhetsberättelse som redovisas i en egen rapport.

1.2 Vad är kvalitet?

Enligt Socialtjänstlagen (SoL) 3 kap § 3 skall insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet. För utförande av socialnämndens uppgifter skall finnas personer med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) § 6 innehåller motsvarande bestämmelse. Lagkraven på god kvalitet gäller såväl verksamhet i egen regi som den som bedrivs av privata utförare.

I enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd definieras kvalitet som en verksamhet som uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt:

- Tillämpliga lagar, förordningar och andra föreskrifter
- Beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter eller politiska beslut som har sin grund i lagstiftningen

Socialstyrelsens kvalitetsdefinition har varit utgångspunkt i de uppföljningar av kvaliteten som genomförts under året.

2 Äldreomsorg

2.1 Avvikelsehantering

Hantering av sociala avvikelser, synpunkter och klagomål samt lex Sarah sker i enlighet med socialnämndens antagna rutiner för detta. Nedan redovisas antal för respektive avvikelseyp, inom parentes anges motsvarande uppgift för 2015.

Vad gäller sociala avvikelser, dvs. händelse eller försummelse i förhållande till rutin eller sedvanligt arbetssätt vid handläggning eller utförande av insatser enligt SoL, rapporterades detta vid totalt 245 (194) tillfällen vad avser samtliga särskilda boenden i kommunen. De flesta avvikelserna inom särskilt boende handlade i likhet med föregående år om våld mellan brukare. Inom hemtjänsten rapporterades 51 (12) sociala avvikelser under året. Den stora ökningen jämfört med föregående år kan bero på att personalen blivit bättre på att rapportera avvikelser. Avvikelseerna handlade främst om bristande informationsöverföring och felaktigt utförd eller utebliven insats.

När det gäller inkomna synpunkter rörande särskilda boenden registrerades två (11) stycken under det gångna året medan motsvarande antal som avsåg hemtjänsten uppgick till åtta (10). Två synpunkter som lämnades gällde biståndsenhetens handläggning. Det fanns inga återkommande mönster i de synpunkter som framfördes utan det handlade bl.a. om väntetid efter att ha larmat, genomförandeplanens innehåll, brister i kommunikation med sjuksköterska och synpunkt på erbjudet äldreboende.

Under 2016 inkom totalt fyra lex Sarah-rapporter, varav två ärenden bedömdes som allvarliga missförhållanden och anmäldes till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Den ena av dessa handlade om en utebliven tillsyn nattetid med följd att brukaren blev liggande på golvet utan att det upptäcktes omgående medan den andra avsåg misstänkt fysiskt övergrepp av personal gentemot brukare. Övriga två rapporter rörde dels en misstänkt stöld av brukares kontanter på särskilt boende, dels en utebliven insats för en brukare inom hemtjänsten.

2.2 Kvalitetsuppföljningar

2.2.1 Inriktning och omfattning

Under 2016 genomfördes en kvalitetsuppföljning av äldreomsorgens myndighetsdel i form av en genomlysning och kartläggning av biståndsenhetens process för ansökan om biståndsinsatser. Processkartläggningen hade som syfte att skapa en helhetsbild av processen som grund för kvalitetssäkring och kontinuerlig utveckling av handlägningsprocessen. Genom kartläggningen identifierades vilka aktiviteter som ingår i processen, aktiviteternas ordningsföljd och hur de olika stegen i processen hänger ihop.

Utöver kartläggningen av processen för ansökan om biståndsinsatser har under året kvalitetssäkring genomförts av tidigare framtagna processkartor avseende den äldreomsorg (hemtjänst och särskilt boende) som bedrivs inom egenregin.

För tredje året i rad redovisade Socialstyrelsen sin nationella brukarundersökning "Så tycker de äldre om äldreomsorgen". Resultatet för Falkenbergs kommun sammanställdes i en rapport, vilken redovisade hur brukarna upplever kvaliteten inom en rad områden inom såväl hemtjänsten som särskilda boenden.

När det gäller de under 2015 genomförda granskningarna av brukarnas genomförandeplaner följdes dessa under det gångna året upp med att särskilda boenden inom Falkenbergs egenregi själva fick utföra och rapportera egenkontroller av innehållet i de genomförandeplaner som upprättats på respektive enhet.

2.2.2 Genomförande

Kartläggningen av processen "Hantera ansökan om biståndsinsatser" genomfördes i projektform och följde i tillämpliga delar Region Hallands projektstyrningsmodell. Projektgruppen bestod av biståndsenhetens chef och verksamhetsledare samt projektledare från Kvalitets- och utredningsavdelningen. Chefen för Myndighetsavdelningen har varit formell beställare av projektets resultat.

Projektgruppen träffades ett antal gånger under hösten för att steg för steg kartlägga de olika aktiviteter som ingår i processen och hur dessa hänger ihop. Vid projektgruppens möten har chef och verksamhetsledare beskrivit vilka aktiviteter som utförs i processen och i vilken ordningsföljd, vilket har synliggjorts i den processkarta som successivt vuxit fram. I samband med genomgången av processens olika delar identifierades ett behov av att se över, tydliggöra och uppdatera befintliga rutinbeskrivningar, blanketter och broschyrer.

Vad gäller införandet av egenkontroller i verksamheterna har arbetet under 2016 koncentrerats på att få enhetscheferna på särskilda boenden i egenregi att utföra regelbundna kontroller av innehållet i brukarnas genomförandeplaner. En mall med frågeställningar som grund för verksamheternas egenkontroller av genomförandeplaner har tagits fram. Under året introducerades arbetsmallen för berörda enhetschefer inom egenregin och hur de kvartalsvis ska rapportera in resultatet av egenkontrollerna i planerings- och uppföljningsverktyget Stratsys.

2.2.3 Resultat, analys och förbättringsområden

Kartläggningsprojektet avseende processen "Hantera ansökan om biståndsinsatser" har i enlighet med projektmålet resulterat i en processkarta som beskriver de aktiviteter som ingår i processen samt de kopplingar mellan aktiviteterna som finns. Till en del av aktiviteterna har även infogats beskrivande information som vägledning för den enskilde handläggaren. Vidare har en översyn av befintliga styrdokument och mallar genomförts av biståndsenheten som ett resultat av kartläggningen. Ett flertal av de rutiner som identifierats har sammanfogats i en enhetsgemensam övergripande handläggningsrutin.

Bedömningen är att projektets resultat har lagt en grund till biståndsenhetens egna kontinuerliga arbete med kvalitetssäkring och ständiga förbättringar i handläggningen av ansökningar om biståndsinsatser. Använd på avsett sätt blir processkartan dessutom ett stöd för både mindre erfarna och mer erfarna handläggare, vilket säkerställer att ärendena handläggs enhetligt oavsett vilken medarbetare som handlägger ärendet. Det är angeläget att framtagna processkarta i fortsättningen används som ett underlag i enhetens systematiska kvalitetsarbete.

När det gäller övriga processkartor som rör utförandet av äldreomsorg inom egenregin, är det också av stor vikt att dessa implementeras i utförandeorganisationen och blir ett verktyg för det systematiska kvalitetssäkrings- och förbättringsarbetet.

Resultatet från Socialstyrelsens brukarundersökning "Så tycker de äldre om äldreomsorgen" visar bl.a. att det finns några områden med stor förbättringspotential inom både hemtjänsten och särskilda boenden att döma av de svar som brukarna lämnat. Det gäller i första hand brukarnas vetskap om vart man vänder sig med synpunkter och klagomål, personalens benägenhet att i förväg informera om tillfälliga förändringar samt upplevelsen av ensamhet hos en stor andel brukare.

Vad avser utförda egenkontroller av genomförandeplaner för brukare på särskilda boenden inom egenregin, har framkommit att några enheter kommit igång med detta och identifierat brister som behöver åtgärdas i planerna. Dock återstår att få igång samtliga enheter att återkommande utföra egenkontroller och rapportera resultatet i uppföljningsverktyget. Avsikten är att under 2017 initiera motsvarande egenkontroller inom egenregins hemtjänstenheter.

2.3 Kvalitetsuppföljningar avseende kostverksamhet

2.3.1 Inriktning och omfattning

I kvalitetsuppföljningarna har fokus legat på genomförandeplaner, senior alert, beställningar av måltider, kvalitetsföreskrifter för måltider, samverkan/kommunikation mellan avdelning och produktionskök, egenkontroll av avdelningskök samt miljön i kök och matsalar.

Under 2016 besöktes samtliga särskilda boenden i kommunen, varav sex boenden i egen regi och fyra boenden i privat regi.

2.3.2 Genomförande

I samband med platsbesök vid respektive boenden intervjuades avdelningarnas kostombud/omsorgspersonal. Vidare har en granskning utförts av dokumentation samt inspektion av avdelningars kök, matsalar och sällskapsrum.

2.3.3 Resultat, analys och förbättringsområden

När det gäller genomförandepplaner hade omsorgspersonalen genomgående fört in kommentarer om brukarnas måltidssituationer på ett tillfredsställande sätt i genomförandepplanen. Beträffande arbetet med senior alert konstaterades att nattfastan översteg 13 timmar vid två särskilda boenden jämfört med ett boende år 2015. Andel brukare som hade en nattfasta på över 13 timmar låg på 60 % jämfört med 61,5 % föregående år. Av dessa hade 23 % blivit erbjudna något att äta nattetid men tackat nej.

Idag har brukarna möjlighet att beställa lunchmåltiden som ett tvårättsval en dag före servering och en del brukare och personal har upplevt detta som en kvalitetshöjning. För att kunna ge brukare med demenssjukdom valmöjlighet beställer avdelningarna 50 % av vardera maträtt och valet görs av brukaren vid serveringstillfället.

I måltidsverksamheten används en rullande matsedel som omfattar 11 veckor och följer de nordiska näringsrekommendationerna (NNR 2012). Ett förbättringsområde inför år 2017 är att implementera en individanpassad kost för äldre såsom en förbättrad måltidsordning, näringsinnehåll och kvalitet. Samverkan mellan produktionskök och boenden sker minst två gånger årligen i form av platsmöten/kostråd såsom gemensamt utbyte av verksamhetsanpassad information. Övrig information sker telefonledes.

Vad gäller arbetet med egenkontrollen och analys av hygien uppvisades brister hos ett av 18 avdelningskök. Aleris hade inte genomfört kontroller i samband med verksamhetsbesöken. Vad gäller utförd kontroll och kalibrering av termometrar i avdelningskök, konstaterades brister vid samtliga avdelningar utom en. Vid temperaturmätning av matleveranser, kylar och frysar hade ingen avdelning någon anmärkning. Kvalitetsuppföljningen visade att miljön i avdelningskök och matsalar vid besökta boenden har förbättrats jämfört med 2015.

2.4 Brukarundersökningar

Från och med 2015 genomför socialförvaltningen inga egna enkätundersökningar riktade till samtliga personer med hemtjänstinsatser eller plats i särskilt boende. För uppföljning av hur brukarna under 2016 har upplevt äldreomsorgen i kommunen, har istället uppgifter hämtats från Socialstyrelsens nationella brukarundersökning *Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2016*.

Falkenbergs kommun tillhandahåller listor över aktuella brukare och Socialstyrelsen sköter sedan utskick och sammanställning av uppgifterna. Enkätundersökningen består av två delar; särskilt boende och hemtjänst, där personer med äldreomsorg får möjlighet att ange vad de tycker om äldreomsorgen. I enkäten har brukarna fått besvara frågor som rör tillgänglighet, inflytande, bemötande, trygghet m.m. i hemtjänsten eller på boendet.

Vad gäller 2016 års resultat för brukare med plats i särskilt boende var 87 % ganska eller mycket nöjda med boendet i sin helhet, medan motsvarande siffra för hemtjänsten uppgick till 90 %. De områden som utifrån de svar som lämnats hade störst förbättringspotential oavsett om den enskilde hade hemtjänst eller plats i särskilt boende, handlade om upplevelser av ensamhet, att brukarna vet vart de vänder sig med synpunkter och klagomål samt att personalen meddelar i förväg om tillfälliga förändringar.

2.5 Öppna jämförelser äldreomsorg

Hemtjänst	Falkenberg			Länet			Riket		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Mycket eller ganska nöjda med hemtjänsten som helhet, andel %	91	91	90	92	92	91	89	89	89
Mycket nöjda med bemötande, andel %	98	98	98	98	97	97	97	97	97
Möjligheter att framföra synpunkter och klagomål, andel %	56	56	63	63	63	66	62	62	63
Personal har alltid eller oftast tillräckligt med tid, andel %	73	76	82	83	84	84	82	82	82
Mycket trygga att bo kvar hemma med hemtjänstinsatser, andel %	86	87	88	88	88	87	86	86	85
Personalkontinuitet antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde	12	10	15	Uppgift saknas	14	Uppgift saknas	15	15	15
Särskilt boende	Falkenberg			Länet			Riket		
Mycket eller ganska nöjda med boendet som helhet, andel %	89	87	91	87	86	87	83	82	83
Mycket eller ganska bra möjligheter att komma utomhus, andel %	60	60	60	61	65	66	58	58	58
Mycket eller ganska nöjda med sociala aktiviteter som erbjuds, andel %	69	70	72	64	65	68	63	63	63
Mycket eller ganska trygga på boendet, andel %	92	91	93	92	90	91	89	89	89

3 Verksamheter för funktionsnedsatta och ensamkommande

3.1 Avvikelsehantering

Hantering av sociala avvikelser, synpunkter och klagomål samt lex Sarah sker i enlighet med socialnämndens antagna rutiner för detta. Nedan redovisas antal avvikelser, inom parentes anges motsvarande uppgift för 2015 samt tendenser i de avvikelser som rapporterats.

Rapporterade sociala avvikelser uppgick under året till 623 stycken (550), vilket innebär att denna avvikelsetyp har ökat något jämfört med föregående år. Ökningen av antal avvikelser beror främst på att personalen i större utsträckning dokumenterar avvikelser och att de arbetar mer systematiskt med detta. De sociala avvikelserna har i stor utsträckning handlat om att insatser inte utförs enligt genomförandeplanen och rutiner. Det har också förekommit omvårdnadsavvikelser där det ofta handlat om att andra boende har blivit oroliga/störda då någon på boendet har varit högljudd. Vid övergången till ny entreprenad från och med den 1 november visade det sig att kunskapen om hantering av avvikelser behöver förbättras ytterligare bland medarbetarna. Detta har uppdagats i samband med att synpunkter inkommit från närstående att insatser enligt genomförandeplanen inte genomförts. Det förekommer dock fortfarande verksamheter som rapporterade 0 avvikelser under året, vilket tyder på att avvikelsehantering fortfarande är ett förbättringsområde. Detta rör främst verksamheter inom daglig verksamhet och på vissa grupp- och servicebostäder.

Under 2016 har 29 synpunkter inkommit till socialförvaltningen. Verksamheter som berörts är Frösunda Omsorg, Strandskanten, Attendo och Nytida. Det är främst närstående/gode män som har synpunkter på att aktiviteter uteblivit samt synpunkter på innehållet i omsorgen. Verksamheter som inte haft några synpunkter är samtliga verksamheter inom ensamkommande, både egenregi och entreprenader, Humana samt Frösunda assistans.

Under året inkom två lex Sarahutredningar till socialförvaltningen som även anmäldes till inspektionen för vård och omsorg. Den ena händelsen inträffade på ett HVB hem för ensamkommande som drivs i egen regi och handlade bland annat om fysiskt våld från en personal. Den andra händelsen inträffade på en gruppboende som Humana ansvarade för och som handlade om ett suicidförsök.

3.2 Kvalitetsuppföljningar

3.2.1 Inriktning och omfattning

Under 2016 har kvalitetsuppföljning genomförts inom verksamheter som bedriver vård och omsorg för ensamkommande både inom egen regi och entreprenad samt inom personlig assistans. Ett första verksamhetsbesök har genomförts på Ätradalens HVB hem för ensamkommande samt på Medborgarskolans stödboende för ensamkommande. Utöver dessa har även ett första verksamhetsbesök samt ett uppföljningsbesök genomförts inom egen regins HVB hem för ensamkommande. Ett uppföljningsbesök har också genomförts inom personlig assistans som drivs av Frösunda. Flertalet uppföljningsbesök har genomförts på Strandskantens HVB hem för ensamkommande till följd av orosanmälningar och incidenter som inträffat på boendet. Avtalet mellan socialförvaltningen och Strandskanten gick ut 30 november 2016.

Under 2016 har processkartläggning genomförts kring processen In- och utflytt på service- och gruppboende. Med i processarbetet var LSS-handläggare, ekonomiavdelningen, lokalsamordnare och avgiftshandläggare. Syftet med detta var att tydliggöra för berörda vem som ansvarar för vad i samband med bland annat att lägenheter blir lediga. Processkartan har delgetts samtliga verksamhetschefer inom LSS.

3.2.2 Genomförande

Metoden som använts i samband med första verksamhetsbesöket innebär att frågor ställs till chef och medarbetare inom olika kvalitetsområden. Val av kvalitetsområden utgår ifrån lagar och föreskrifter som styr verksamheterna. Kvalitetsområden som det har ställts frågor kring är systematiskt kvalitetsarbete, dokumentation, avvikelse- och synpunktshantering, samverkan, information, sekretess och kompetens. I samband med verksamhetsbesöken följdes även rutiner upp samt de broschyrer som finns i verksamheten.

3.2.3 Resultat, analys och förbättringsområden

Resultatet utifrån genomförda granskningar vid första verksamhetsbesöket 2016 visar att identifierade förbättringsområden inom egenregin som bedriver verksamhet för ensamkommande är;

- Att samtliga ungdomar har en vårdplan och en aktuell genomförandeplan.
- Att det systematiska arbetet med att genomföra riskanalyser av verksamheten samt genomföra egenkontroller 2 gånger per år påbörjas.
- Att samtliga verksamheter systematiskt börjar arbeta med avvikelshantering.
- Att det finns tillgängliga synpunktsbroschyrer på varje HVB hem.
- Att det finns boendeavtal som ungdomarna skriver på i samband med inflyttning.
- Att det finns en dokumenterad kompetensutvecklingsplan för samtliga medarbetare.
- Att det finns en checklista på samtliga HVB hem där det framgår vilken information som ska överlämnas i samband med nyanställning av medarbetare, verksamhetsledare och chefer.
- Att även vikarier har behörighet att dokumentera och ta del av dokumentation i verksamhetssystemet.

Förbättringsområden inom entreprenader som bedriver verksamhet för ensamkommande är:

- Att samtliga ungdomar har en vårdplan och en aktuell genomförandeplan.
- Att samtlig personal har tillgång till verksamhetssystemet.
- Att synpunktsbroschyren finns tillgänglig på stödboendet.
- Att det finns underskrifter från ungdomarna att de tagit del av information i samband med inflyttning.
- Att det finns dokumenterad rutin gällande samverkan med samarbetspartner.

Det andra besöket (uppföljningsbesöket) inom Frösundas personliga assistans visade att de åtgärdat samtliga förbättringsområden som framkom vid första verksamhetsbesöket utom att placera bärbara datorer i brukarnas hem.

3.3 Brukarundersökningar

Under oktober 2016 deltog socialförvaltningen i den nationella brukarundersökningen som Sveriges kommuner och landsting höll i. Resultatet är sedan februari 2017 publicerat i Kolada. Syftet med brukarundersökningen är att fånga upp hur brukarna upplever sin gruppbostad, servicebostad och daglig verksamhet. Undersökningen genomfördes innan nuvarande entreprenader tog över verksamheterna från och med 1 november, vilket gör det intressant att jämföra detta resultat med resultat på nästa brukarundersökning som genomförs hösten 2017.

Hälften av brukarna som har daglig verksamhet samt hälften av brukarna som bor på grupp- respektive servicebostad har deltagit i undersökningen. Urvalet har styrts utifrån brukare som kan och vill delta i undersökningen. Brukarna har fått ta ställning till samma påståenden oavsett boendeform eller daglig verksamhet. Brukarna har fått poängbedöma i % hur påståendena stämmer på en skala 0-100% inom följande sju områden; Inflytande, rätt stöd, personalen pratar så brukaren förstår, personalens omtanke, trygg med personalen, aldrig rädd för något hemma och trivsel.

Resultatet visar att brukarna som bor på gruppbostäder sammantaget är mycket nöjda och andel svar där brukarna är nöjda ligger mellan 91-100 % beroende på delpåstående. För brukare som bor på servicebostäder ligger andel nöjda svar mellan 86-92% beroende på delpåstående. För brukare som har daglig verksamhet ligger andel nöjda svar mellan 82-92% beroende på delpåstående.

3.4 Öppna jämförelser LSS

Vissa uppgifter som Socialstyrelsen fått rapporterat från socialförvaltningen stämmer inte och kommer att justeras av socialförvaltningen inför 2017. Dessa uppgifter är markerat med rött i tabellen. Brukarundersökning inom LSS har genomförts under flera år tillbaka och använts i syfte att utveckla verksamheten. Rutin för att pröva lönearbete har socialnämnden beslutat om i samband med upphandling av dagliga verksamheter som genomfördes 2016. Både Nytida och Attendo tog fram lokala rutiner gällande lönearbete under våren 2016. Enligt avtal kommer Bräcke Diakoni två gånger per år informera socialnämnden gällande deras arbete med att skapa förutsättningar för brukare att få ett lönearbete.

Stöd till funktionshindrade	Falkenberg			Länet			Riket		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Personer som har gått från daglig verksamhet till förvärvsarbete, andel %	Nej	Ja	Ja	33	33	50	16	22	31
Personer som har gått från daglig verksamhet till skyddad verksamhet, andel %	Ja	Nej	Ja	50	17	33	32	12	21
Brukarundersökningar om LSS används för att utveckla verksamheten, andel %	Ja	Ja	Nej	67	83	17	51	43	11
Aktuell rutin för att erbjuda individuell plan, andel %	Nej	Nej	Ja	nej	0	67	37	17	62
Aktuell rutin för att pröva lönearbete, andel %	Nej	Nej	Nej	0	0	50	0	17	14

4 Myndighetsavdelning, Individ och familjeomsorg

4.1 Avvikelsehantering

Under året har nio synpunkter inkommit genom kommunens synpunktshanteringssystem. Sju av dessa rör försörjningsstöd. Synpunkterna handlar bland annat om bemötande, att beslut gått den enskilde emot och att man ansett att utbetalning dröjt. Bemötandefrågorna handlar till stor del om att den enskilde inte fått den hjälp hen anser sig i behov av. De båda övriga synpunkterna rör Socialjouren och Barn och Unga. Synpunkt inlämnad till Barn och Unga kom senare att behandlas som en avvikelse.

4.2 Kvalitetsuppföljningar

4.2.1 Inriktning och genomförande

Kvalitetsuppföljningar av det slag som genomförts inom LSS-verksamheten och inom äldreomsorgen har tidigare inte gjorts inom de tidigare individ- och familjeomsorgsverksamheterna. En tidsplan för genomförande av verksamhetsbesök och kvalitetsuppföljningar har tagits fram och kvalitetsuppföljningar kommer börja genomföras på ett mer systematiskt sätt från och med 2017. Verksamhetens kvalitet har tidigare följts upp genom Öppna jämförelser och även om detta även kommer fortsätta vara en väsentlig del i kvalitetsuppföljningarna kommer det nu att kompletteras med strukturerade verksamhetsbesök.

Då ett nytt verksamhetssystem (Pulsen Combine) införs för verksamheten har det ej ansetts befogat att under senare delen av 2016 genomföra verksamhetsbesök. Fokus under 2016 var istället att säkerställa kvalitén i det nya verksamhetssystemet så att ärenden handläggs på ett korrekt sätt och med bibehållen rättssäkerhet. Försörjningsstöd är den verksamhet som tidigast kommer att gå över till det nya systemet och beslutsmotiveringar, ärendeflöde med mera har utvecklats.

Under 2016 kartlades delar av verksamheten i processkartor som kan ses som en form av kvalitetssäkring av verksamheten. Bland annat skapades/uppdaterades kartor för försörjningsstöd, förändringsarbete Vuxenheten och samverkan försörjningsstöd och arbetsmarknadsavdelningen. Även kring stöd i bostadsanskaffning har verksamheten förtydligats genom framarbetandet av riktlinjer, skapandet av rutiner och processkarta. Utvecklandet av processkartor är ett fortlöpande arbete som kommer att pågå även under 2017.

4.2.2 Genomförande

Genomförandet av arbetet med processkartor har skett genom att kvalitetsstrateg tillsammans med representanter från berörd enhet skapat kartan i verksamhetssystemet och till kartan fogat beskrivande texter, rutiner med mera.

4.2.3 Resultat, analys och förbättringsområden

Genom skapandet av processkartor har olikheter i arbetet och otydligheter i ärendeprocesserna uppmärksammats. Enheterna har tagit fram en stor mängd rutiner för att säkerställa att ärenden hanteras enhetligt och genom processkartan har ärendehantering förtydligats. Skapandet av processkartor har varit ett sätt att tillsammans med verksamheterna följa upp kvaliteten.

Det nya verksamhetssystemet (Pulsen Combine) har när det gäller försörjningsstöd införts. Ett stort arbete har lagts ner inför införandet. Uppföljning kring hur systemet fungerar i skarpt läge gällande avvikelser, sekretess, genomförandepplaner och liknande kommer att göras när verksamheten har använt systemet under en period. Vuxenheten är för närvarande i implementeringsfasen av Pulsen Combine och Barn och Unga kommer att införa systemet under våren. Att genomföra en uppföljning i tidigare verksamhetssystem (Magna Cura) har ej bedömts meningsfullt då föreslagna förbättringar ej skulle få något genomslag då systemet byts ut.

4.3 Brukarundersökningar

Under 2016 genomfördes brukarundersökningar gällande Vuxengruppens myndighetsutövning, Gruppverksamhet Barn och Tonår, Bryggan, Familjecentrum och Familjehem. Resultaten har generellt sett varit väldigt goda.

4.4 Öppna jämförelser individ- och familjeomsorg

Ett stort antal nyckeltal och andra uppgifter lämnas årligen gällande öppna jämförelser. Uppgifterna lämnas i början av nästkommande år. Nyckeltal som här publiceras inhämtades i början av 2016 och avser 2015. Nyckeltal för 2016 har ännu inte publicerats.

Av de öppna jämförelserna kan konstateras att det finns vissa gemensamma förbättringsområden för Vuxenenheten, Stöd och försörjningsenheten och Enheten Barn och Unga. Bland annat behöver det utvecklas rutiner för hanteringen av skyddade personuppgifter. Detta arbete har till viss del påbörjats inom Stöd och Försörjningsenheten men ytterligare åtgärder kommer att behövas. Systematisk uppföljning av verksamheten saknas till stora delar. Arbete pågår med att förtydliga och implementera kvalitetsledningssystemet inom Myndighetsavdelningens enheter. Det kan även konstateras att det till stor del saknas skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner för samverkan, detta gäller både internt mellan enheter och externt. Bland annat kan konstateras att vissa enheter inte har överenskommelser kring våldsutsatta.

Missbruksvård	Falkenberg			Länet			Riket		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Utredningstid i antal dagar från påbörjad utredning till avslutad utredning, medelvärde	54	45	51	57	56	61	63	60	59
Ej återaktualiserade vuxna med missbruksproblem 21 år+ ett år efter avslutad utredning eller insats, andel i %	59	76	90	69	59	71	74	73	72
Ekonomiskt bistånd	Falkenberg			Länet			Riket		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Väntetid i antal dagar från första kontakttillfället för ansökan vid nybesök till beslut, medelvärde	25	15	13	16	18	17	16	16	16
Ej återaktualiserade personer med försörjningsstöd ett år efter avslutad försörjningsstöd, andel (%)	70	93	90	73	83	86	77	76	77
Barn och Unga	Falkenberg			Länet			Riket		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Utredningstid i antal dagar från påbörjad utredning till avslutad utredning inom barn och ungdom 0-20 år, medelvärde	86	111	49	101	99	91	111	108	109
Ej återaktualiserade barn 0-12 år ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%)	70	93	90	73	83	86	77	76	77
Ej återaktualiserade ungdomar 13-20 år ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%)	72	79	97	75	80	81	78	78	78

5 Avtal alternativa driftsformer

Avtalsförvaltningen inom Kvalitets- och utredningsavdelningen innefattar bl.a. återkommande samråd med externa utförare, samverkan med Skatteverket samt bevakning av särskilda händelser som rör tillämpningen av avtalen. För närvarande innehåller avtalsdatabasen 142 avtal med olika utförare från olika områden. Målet är att samtliga avtal ska finnas i databasen.

Under 2016 har samråd med externa utförare genomförts vid fyra tillfällen per utförare och omfattat utförare inom både äldreomsorg och LSS-verksamheter. Det finns en samverkan etablerad med skattemyndigheten som innebär att de kvartalsvis lämnar en rapport över samtliga externa utförares status avseende redovisning av skatter och sociala avgifter samt eventuella skulder.

Vad gäller speciella händelser under året kan nämnas att en upphandling inom LSS-boende och daglig verksamhet avslutades. Upphandling av personlig assistans för brukare som valt kommunen som utförare startades under senare delen av året. Tre avtal med privata utförare avseende boenden för ensamkommande barn/ungdomar avslutades under året. Avtalen avser både HVB- och stödboende. Därutöver noteras att tre företag inom LOV-hemtjänst har tillkommit.