



FALKENBERG

2016-02-26

Kvalitetsberättelse 2015

Kvalitets- och utredningsavdelningen

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
<i>Utvecklingsområden äldreomsorg</i>	3
<i>Utvecklingsområden LSS</i>	3
<i>Utvecklingsområden myndighetsavdelningen</i>	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 Kvalitetsuppföljning avseende kostverksamhet.....	6
2.4 Brukarundersökningar.....	7
2.5 Öppna jämförelser äldreomsorg	7
3 LSS-verksamheter	9
3.1 Avvikelsehantering	9
3.2 Kvalitetsuppföljningar	9
3.3 Brukarundersökningar.....	10
3.4 Öppna jämförelser LSS.....	11
4 Myndighetsavdelningen, individ- och familjeomsorg	12
4.1 Avvikelsehantering	12
4.2 Kvalitetsuppföljningar	12
4.3 Brukarundersökningar.....	13
4.4 Öppna jämförelser individ- och familjeomsorg.....	14
5 Avtal alternativa driftsformer	15

Sammanfattning

Under 2015 har Kvalitets- och utredningsavdelningen utfört ett antal kvalitetsuppföljningar inom äldreomsorg och LSS-verksamheter med fokus på områden och förutsättningar som bedömts viktiga för att verksamheten ska hålla en god kvalitet. Uppföljningarna har omfattat såväl verksamheter i egen regi som de som är utlagda på alternativa utförare. Inom Myndighetsavdelningen påbörjades ett arbete med att kartlägga ett urval processer i syfte att lägga grunden till ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, där avsikten är att det inom varje process ska utföras ett kontinuerligt kvalitetsarbete.

I likhet med föregående år har Kvalitets- och utredningsavdelningen under det gångna året genomfört brukarundersökningar inom socialnämndens olika verksamhetsområden, där brukarna själva fått uppge hur de upplever kvaliteten i de tjänster 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.

Utvecklingsområden äldreomsorg

- Säkerställa att samtliga verksamheter inom äldreomsorgen bedriver egenkontroll av gällande genomförandeplan. Ett pilotprojekt har startats med två äldreboenden där resultatet av egenkontrollerna registreras i planeringsverktyget Stratsys och kan följas upp över tid. Målsättningen är att alla verksamheter inom äldreomsorgen kontinuerligt ska göra egenkontroller av genomförandeplaner i Stratsys.
- Att samtliga verksamheter inför egenkontroller av att genomförandeplanen upprättats inom 14 dagar efter att insatsen påbörjats och att dessa kontroller kan följas upp över tid i Stratsys.
- Fortsätta att utveckla de centrala och lokala kvalitetsråden. Dessutom är det viktigt att de lokala kvalitetsråden arbetar vidare med bland annat det som beslutas i det centrala kvalitetsrådet.
- Utveckla analys- och utredningsarbetet avseende de sociala avvikelserna.

Utvecklingsområden LSS

- Verksamheterna behöver arbeta mer systematiskt med avvikelshantering enligt SoL/LSS samt synpunkter och klagomål.
- Säkerställa att samtliga verksamheter har rutiner för uppföljning och utvärdering av arbetssätt och metoder som används i verksamheten.
- Säkerställa att samtlig personal har adekvat gymnasial utbildning och följer regionalt kompetensutvecklingsprogram för anställda inom funktionshinderområdet.
- Att det finns dokumenterade samverkansrutiner mellan LSS-verksamheter och kommunens hälso- och sjukvård i alla verksamheter.

Utvecklingsområden myndighetsavdelningen

- Att under 2016 införa rutiner som säkerställer att samtliga synpunkter, klagomål och avvikelser dokumenteras, sammanställs och följs upp i enlighet med socialnämndens rutiner.
- Fortsätta kartläggningen av myndighetsavdelningens processer som grund för att utveckla och kvalitetssäkra verksamheternas kvalitet.

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Kvalitets- och utredningsavdelningen har under 2015 utfört kvalitetsuppföljningar, processkartläggningar och brukarundersökningar av valda delar av socialförvaltningens verksamhetsområden 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 nämnda insatser vad avser äldreomsorg, LSS och Myndighetsavdelningen samt individ- och familjeomsorg i egen regi. Under respektive avsnitt framgår även de förbättringsområden som har identifierats.

Vidare redovisar kvalitetsberättelsen 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 övriga kommuner samt i förekommande fall med riket som helhet.

Kvalitetsberättelsen för 2015 syftar till att ge en samlad bild av resultatet i de kvalitetsuppföljningar, processkartläggningar och brukarundersökningar som genomförts under året. Tillsammans med inkomna synpunkter, klagomål och rapporterade avvikelser utpekas vilka områden och delar i verksamheterna som behöver utvecklas och kvalitetssäkras. I likhet med tidigare år skrivs en patientsäkerhetsberättelse som redovisas i en separat rapport.

Under 2015 inleddes ett arbete med att kartlägga socialförvaltningens olika processer som ska utgöra grunden i det ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet som är under uppbyggnad. I ledningssystemet kommer kvalitetsarbetets olika delar i form av riskbedömningar, egenkontroller, åtgärder, avvikelser m.m. att hanteras och säkerställas med stöd av Stratsys styr- och ledningssystem.

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 definition av kvalitet 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 avvikelsetyp, inom parentes anges motsvarande uppgift för 2014 samt tendenser i de avvikelser som rapporterats.

Vad gäller sociala avvikelser, dvs. händelse eller försummelse i förhållande till rutin eller sedvanligt arbetssätt vid handläggning eller utförande av insatser enligt SoL, rapporterades sådana vid totalt 194 (207) tillfällen för samtliga särskilda boenden i kommunen. De flesta av de sociala avvikelserna handlade om våld mellan brukare. Inom hemtjänsten rapporterades 12 (23) sociala avvikelser under året. Avvikelseerna handlade främst om utebliven insats i förhållande till genomförandeplanen.

Angående inkomna synpunkter och klagomål inom särskilda boenden registrerades 11 (12) stycken under året medan motsvarande antal för hemtjänsten uppgick till 10 (22). Vad gäller särskilda boenden fanns inga särskilda synpunkter eller klagomål som tenderade att återkomma, utan de handlade bl.a. om städning, aktivering, bemötande, ej utförd insats m.m. För hemtjänstens del handlade det främst om synpunkter och klagomål som rör personalens bemötande och brister i utförandet.

Under 2015 inkom nio lex Sarahrapporter inom särskilt boende, varav en rapport angående utebliven insats bedömdes som allvarligt missförhållande och anmäldes till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Av de lex Sarahrapporter som inte bedömdes som allvarliga missförhållanden handlade tre rapporter om bemötande och två om stöld.

2.2 Kvalitetsuppföljningar

Inriktning och omfattning

Kvalitetsuppföljningarna inom äldreomsorgen i Falkenbergs kommun har under 2015 haft inriktningen att säkerställa att de privata utförarna inom särskilt boenden uppfyller de åtaganden som framgår av gällande avtal, dvs. att de lever upp till de kvalitetspunkter som de utlovat i anbudet.

Vidare har uppföljningar skett av att det finns gällande genomförandeplan enligt SOSFS 2014:5 hos samtliga enheter inom särskilt boende och hemtjänst, både vad gäller egen regi och alternativa utförare. Uppföljningarna har även inriktats på om genomförandeplanerna har upprättats inom 14 dagar efter det att en insats har startats.

Granskning har också genomförts av samtliga enheter inom särskilt boende och hemtjänst, såväl egen regi som entreprenad, vad avser de egenkontroller som utförs gällande genomförandeplaner.

Därutöver har uppföljningsbesök gjorts av RehAbilitys handlingsplan mot bakgrund av brister gällande det systematiska kvalitetsarbetet som noterades vid genomförd granskning i juni 2014. En uppföljning av handlingsplan från samtliga särskilda boenden inom Falkenbergs egen regi har också skett med anledning av de granskningar som utfördes 2014 utifrån ett antal kvalitetsområden.

Genomförande

De kvalitetspunkter som entreprenaden ska svara upp till enligt avtal har följts upp på samrådsmöten med entreprenaderna.

Vid granskningen av genomförandeplaner har 20 % eller minst 10 stycken genomförandeplaner på varje enhet gått igenom. Uppföljningarna utfördes i verksamhetssystemet, vilket följdes upp med avstämningar på enheterna då genomgång av utskrivna genomförandeplaner gjordes med återkoppling av iakttagelser.

En mall för verksamheternas egenkontroll av genomförandeplaner har tagits fram. Mallen har introducerats i organisationen genom att den tagits upp på centrala kvalitetsrådet och vid genomgångar på APT inom Falkenberg's egen regi.

Uppföljningen av handlingsplaner har utförts som verksamhetsbesök då chef och medarbetare har intervjuats.

Resultat, analys och förbättringsområden

Resultatet av genomförda kvalitetsuppföljningar visar att entreprenaderna har uppfyllt merparten av de punkter som utlovades i anbudet. I övrigt pekar kvalitetsuppföljningarna på följande förbättringsområden:

- RehAbility har åtgärdat merparten av de brister som framkom i kvalitetsuppföljningen 2014. Det som återstod var att erbjuda alla brukare riskbedömning enligt Senior Alert och att alla genomförandeplaner skall vara inskrivna i verksamhetssystemet.
- Uppföljningen av genomförandeplanernas innehåll visar att de uppgifter som skall finnas i planen inte alltid finns med. Detta har resulterat i att kvalitetsavdelningen upprättat en mall för egenkontroll av genomförandeplanen. Alla verksamheter ska under 2016 göra egenkontroller av genomförandeplanerna.

Två enheter ingår i ett pilotprojekt som rör införande av egenkontroller i Stratsys. Där ska det över tid gå att följa kvaliteten i genomförandeplanerna. Egenkontrollen visar då tydligt vad enheterna behöver arbeta vidare med.

- Uppföljningen av huruvida genomförandeplaner upprättats 14 dagar efter att beviljad insats inletts visar genomgående att det inom såväl hemtjänsten som särskilda boenden oavsett egen regi eller entreprenad finns en övervägande andel planer som inte tagits fram inom denna tidsram.

Under året har ett centralt kvalitetsråd bildats bestående av representanter för äldreomsorgen under ledning av kvalitets- och utredningsavdelningen. Kvalitetsrådet inledde sitt arbete med en genomgång av samtliga rutiner som berör äldreomsorgen och ska fortsätta med att följa upp och analysera de egenkontroller som ska utföras vad gäller genomförandeplaner. Därutöver har lokala kvalitetsråd som bildats på samtliga enheter inom egen regin, varvid kvalitetschef och kvalitetscontroller besökt samtliga enheter och träffat enhetschefer för att gå igenom kvalitetsrådets uppdrag. Alla enheter har dock ännu inte kommit igång med sitt arbete ännu.

2.3 Kvalitetsuppföljning avseende kostverksamhet

Inriktning och omfattning

När det gäller kostverksamheten inom äldreomsorgen har kvalitetsuppföljningen genomförts som platsbesök. Samverkansmöten har genomförts med kost- och städservice, hemtjänst och boende vid införandet av val vid två alternativa rätter till middag måndag – fredag.

Fokus har legat på senior alert, beställning av måltider, kvalitetsföreskrifter för måltider, samverkan/kommunikation mellan avdelning och produktionskök, egenkontroller i avdelningskök samt miljön i kök och matsalar. Under 2015 besöktes sex äldreboenden i egen regi och fyra i alternativ regi.

Genomförande

Enkäter/frågeformulär har använts i samband med mätning av nattfasta samt rengöringskontroll i samband med egenkontrollen.

Kostkonsulenten har deltagit i samverkansmöten med kost- och städservice, hemtjänst och samtliga äldreboenden vid införande av val vid två alternativa rätter till middag måndag – fredag. Införandet är

en lång process där många har deltagit och kommer att följas upp under första halvåret 2016 i samband med verksamhetsbesök.

Vidare har kostkonsulenterna under hösten deltagit i samverkansmöten avseende träffpunkter/mötesplatser. Utvärderingen av Morups, Ätrons och Björkhagas träffpunkter kommer att följas upp under andra halvåret 2016 i samband med verksamhetsbesök.

Resultat och förbättringsområden

- Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg där nattfastan ingår som en del i Senior alert. Vad gäller nattfastan har andelen brukare på särskilda boende där nattfastan understiger 11 timmar ökat markant jämfört med 2014. Undantag är två särskilda boendena i privat regi. Det goda resultatet kan bero på den kampanj som genomförts för att slå ett slag för hemlagade näringsdrycker och snacks som mellanmål och hur de kan användas.
- Under året har det införts tvårättssystem till middag (måndag – fredag). Sex av våra boenden är klara och de fyra återstående startar i vecka 9-2016. Fördelarna med detta är att det blir en bättre måltidsuppföljning eftersom beställning görs dagligen. Brukare får en möjlighet att välja vad som serveras i samband med sitt middagsmål.
- Samverkan mellan avdelning och kök blir bättre i och med tätheten i beställningarna.
- Andelen inköpta ekologiska livsmedel i kommunen ligger på 24 % för 2015. En ökning med 12 % i förhållande till 2014. Kommunens ambitionsnivå är att andelen ska öka.
- Medverkat under året så att träffpunkterna Björkhaga, Ätran, och Morup anpassas även för trygghetsboende eller pensionärer i närområdet. Gästerna skall ges möjlighet att kunna inta sitt middagsmål i gemensam lokal. Inriktningen av förändringen sker under 2016. Björkhaga är klar i januari. Morup och Ätran beräknas bli klara i maj/juni.
- Tvårättssystem har införts för hemtjänstens brukare. 2016-01-01 har Falkenbergss kommun LOV-företag tagit över distributionen för sina brukare, i snitt 45 portioner per dag.
- Rengöringskontrollen enligt avdelningarnas egenkontroll var genomgående tillfredsställande. Av 20 utförda kontroller var endast två avdelningar underkända.

2.4 Brukarundersökningar

Brukarundersökningar gällande äldreomsorgen genomförs normalt sett årligen, dock har denna inte genomförts under 2015. Anledningen till att den inte kunde genomföras berodde på svårigheter att hantera den omfattande undersökningen i de egna verktygen för brukarundersökningar. För uppföljning av verksamheten 2015 används istället Socialstyrelsens nationella brukarundersökning *Så tycker de äldre om äldreomsorgen* ur vilken resultat kan tas fram så väl för kommunen som helhet som per utförare på kommunal nivå. Det är kommunen som förser Socialstyrelsen med listor över aktuella brukare, Socialstyrelsen sköter sedan utskick och sammanställning av uppgifterna. Undersökningen består i två delar; särskilt boende och hemtjänst.

Bland 2015 års resultat kan lyftas fram att inom särskilt boende var 87 % ganska eller mycket nöjda med stödet i sin helhet, motsvarande siffra för hemtjänsten var 91 %. Bland förbättringsområden kan noteras att det inom särskilda boenden endast är hälften som anser att personalen meddelar i förväg om tillfälliga förändringar, motsvarande siffra för hemtjänsten är 58 %. Även på frågan om personalen har tillräcklig tid ses det finns utrymme för förbättring då cirka en fjärdedel av brukarna inom hemtjänsten och särskilda boenden ansåg att personalen endast ibland, sällan eller aldrig har tillräckligt med tid.

2.5 Öppna jämförelser äldreomsorg

Nedanstående uppgifter är hämtade ur ”Öppna jämförelser 2014 – Vård och omsorg om äldre – Jämförelser mellan kommuner och län”, där Falkenberg har jämförts med övriga kommuner i Hallands län samt med riket som helhet. För 2015 finns indikatorerna ännu inte sammanställda men ett flertal av uppgifterna går att hämta ut ur den ovan nämnda brukarundersökningen. Enligt uppgift från Socialstyrelsen kommer sammanställning av indikatorerna att publiceras i slutet av mars.

Hemtjänst	Falkenberg		Länet		Riket	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Mycket eller ganska nöjda med hemtjänsten som helhet, andel %	91	91	92	92	89	89
Mycket nöjda med bemötande, andel %	73	-	77	-	76	-
Möjligheter att framföra synpunkter och klagomål, andel %	56	56	63	63	62	62
Personal har alltid eller oftast tillräckligt med tid, andel %	73	78	83	84	82	82
Mycket trygga att bo kvar hemma med hemtjänstinsatser, andel %	41	-	45	-	43	-
Personalkontinuitet antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde	12	10	-	-	15	-
Särskilt boende	Falkenberg		Länet		Riket	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Mycket eller ganska nöjda med boendet som helhet, andel %	89	87	86	87	83	82
Mycket eller ganska bra möjligheter att komma utomhus, andel %	60	60	65	66	58	58
Mycket eller ganska nöjda med sociala aktiviteter som erbjuds, andel %	69	70	65	68	63	63
Känner sig trygga på boendet, andel %	57	-	55	-	50	-

3 LSS-verksamheter

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 för respektive avvikelseyp, inom parentes anges motsvarande uppgift för 2014 samt tendenser i de avvikelser som rapporterats.

Rapporterade sociala avvikelser uppgick under året till 550 stycken (264), vilket innebar att denna avvikelseyp mer än fördubblades jämfört med föregående år. Ökningen av antal avvikelser beror främst på att personalens kunskaper kring avvikelsehantering har ökat 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 eller utåtagerande samt kommunikationsmissar mellan personal.

Vidare registrerades 27 (29) synpunkter och klagomål på socialförvaltningen som rör LSS-verksamheterna. Återkommande synpunkter var brister i samverkan mellan daglig verksamhet och privat assistansbolag som förvaltningen inte har tecknat avtal med, synpunkter på innehållet i daglig verksamhet samt brister i utförandet av insats och brister i bemötande.

Under 2015 inkom en lex Sarah som handlade om brister i omvårdnaden. Åtgärder som vidtogs var att rutiner skulle arbetas fram i samverkan med kommunens hälso- och sjukvård.

3.2 Kvalitetsuppföljningar

Inriktning och omfattning

Under det gångna året har samtliga verksamheter som drivs på entreprenad inom LSS granskats. För alla verksamheter som följts upp, förutom Humana, har även ett uppföljningsbesök genomförts inom sex månader om verksamhetens resultat inom ett eller flera kvalitetsområden låg lägre än sju på en tiogradig skala.

Entreprenader som granskats är Nytida, Humana, Frösunda och Attendo, där följande verksamheter har omfattats:

Nytida: Dagliga verksamheter och service/gruppboendestäder

Humana: Service/gruppboendestäder

Frösunda: Personlig assistans

Attendo: Korttidsvistelser och en gruppboendestad

Genomförande

Metoden som har använts i samtliga uppföljningar har varit att frågor ställts till chefer och medarbetare utifrån sju kvalitetsområden. De kvalitetsområdena var ledningssystem för kvalitet, dokumentation, avvikelsehantering, synpunkter och klagomål, sekretess, samverkan, information och kompetens.

Resultat, analys och förbättringsområden

Resultatet utifrån genomförda granskningar vid första verksamhetsbesöken 2014 visar att identifierade förbättringsområden för flertalet av verksamheterna var:

- att de behöver förbättra sitt arbete med avvikelsehantering samt att synpunkter och klagomål hanteras enligt rutin,
- att det finns rutin för uppföljning och utvärdering av arbetssätt och rutiner som finns i verksamheten,

- att samtliga brukare har en aktuell genomförandeplan samt genomförd riskanalys för brukarna, att samtlig personal har adekvat gymnasial utbildning och följer regionalt kompetensutvecklingsprogram för anställda inom funktionshinderområde
- att dokumenterade samverkansrutiner mellan LSS verksamheter och kommunens hälso- och sjukvård finns i alla verksamheter.

I samband med andra verksamhetsbesöket har samtliga entreprenader åtgärdat identifierade förbättringsområden och fått en poängbedömning över sju på en skala 1-10 inom samtliga kvalitetsområden.

För samtliga entreprenader är uppfattningen att identifierade förbättringsområden åtgärdas snabbt och det finns ett stort engagemang bland chefer och medarbetare kring ständiga förbättringar. För att kunna bibehålla en hög kvalitetsstandard förutsätts att chefer driver på sina verksamheter och hela tiden arbetar för att engagera sina medarbetare i kvalitetsarbetet. Att döma av genomförda granskningar finns detta engagemang både bland chefer samt medarbetare.

3.3 Brukarundersökningar

Inriktning och omfattning

En del i socialförvaltningens kvalitetsarbete är att genom brukarundersökningar följa upp hur brukarna upplever kvaliteten rörande bostad med särskild service och daglig verksamhet. Syftet har varit att ta reda på hur brukarna upplever kvaliteten i respektive verksamhet för att kunna följa upp och använda resultatet i verksamheternas förbättringsarbete.

Brukarenkät sändes till 184 personer med daglig verksamhet och 124 personer med boende med särskild service. Svarsfrekvensen var låg, för särskilt boende var svarsfrekvensen 56 % och för daglig verksamhet 39 %.

Genomförande

Under 2015 genomfördes två enkätundersökningar som riktades till brukare med ovan nämnda stödsinsatser. De kvalitetsområden som ingick i undersökningen var *delaktighet, trygghet – tillgänglighet, personal, verksamhetsinnehåll, nöjdhet* och *kost*. Gällande *trygghet - tillgänglighet* ingick även frågor kring trygghet och tillgänglighet till kommunens hälso- och sjukvårdsinsatser för de som hade sådana.

Enkäterna innehöll ett antal påståenden som brukarna fick ta ställning till, där de på en tiogradig skala kunde ange i vilken grad de instämmer i påståendet eller inte. Ett medelvärde har därefter räknats fram för varje kvalitetsområde. Om medelvärdet totalt sett ligger under fem för ett visst kvalitetsområde bedöms det inte vara godkänt, medan brukarna anses nöjda vid värden mellan fem och sju och mycket nöjda vid värden på åtta eller högre.

Resultat och förbättringsområden

Brukarundersökningarna visar sammanfattningsvis att alla kvalitetsområden ligger på medelvärdet sju eller högre. Av 22 frågor för särskilt boende var det endast för fyra frågor där medelvärdet låg under 8,0 och för daglig verksamhet var det endast på 2 av 19 frågor där medelvärdet var under 8,0. Detta innebär att de brukare som besvarat enkäten är mycket nöjda med de insatser som erbjuds. Resultatet är mycket bra överlag, där det trots allt finns ett förbättringsområde är verksamhetsinnehållet vid bostad med särskild service där detta värde ligger något lägre än övriga värden.

3.4 Öppna jämförelser LSS

Nedanstående uppgifter är hämtade ur ”Öppna jämförelser 2015 – Stöd till personer med funktionsnedsättning enligt LSS”, där Falkenberg har jämförts med övriga kommuner i Hallands län samt med riket som helhet.

Stöd till funktionshindrade	Falkenberg		Länet		Riket	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Beslut om bostad med särskild service som följs upp inom ett år, andel %	Nej	7	17	28	12	34
Beslut om daglig verksamhet som följs upp inom ett år, andel %	82	63	17	39	14	37
Beslut om ledsagarservice som följs upp inom ett år, andel %	18	100	17	77	31	57
Personer som har gått från daglig verksamhet till förvärvsarbete, andel %	Nej	Ja	33	33	16	22
Personer som har gått från daglig verksamhet till skyddad verksamhet, andel %	Ja	Nej	50	17	32	12
Brukarundersökningar om LSS används för att utveckla verksamheten, andel %	Ja	Ja	67	83	51	43
Aktuell rutin för att erbjuda individuell plan, andel %	Nej	Nej	nej	0	37	17
Aktuell rutin för att pröva lönearbete, andel %	Nej	Nej	0	0	0	17

4 Myndighetsavdelningen, individ- och familjeomsorg

4.1 Avvikelsehantering

Inom myndighetsavdelningen finns inga för verksamheten anpassade rutiner för hanteringen av avvikelser, synpunkter och klagomål. Enligt uppgift framförs emellanåt synpunkter och klagomål till handläggare från deras klienter men för närvarande saknas rutiner för att dokumentera, sammanställa och följa upp det som har framkommit. Som en del i det systematiska kvalitetsarbetet med ständiga förbättringar är det angeläget att avdelningen utarbetar rutiner som möjliggör en återkommande uppföljning för att vid brister kunna vidta åtgärder och arbeta förebyggande. Även när det gäller egenregins utförare av individ- och familjeomsorg finns ett behov av att ta fram tydliga rutiner för hur avvikelser ska hanteras och följas upp för att säkra verksamhetens kvalitet. Under 2016 kommer kvalitets- och utredningsavdelningen i samverkan med berörda enheter att ta fram enhetliga rutiner för avvikelsehanteringen, där avsikten är att rapportering och uppföljning ska ske i planeringsverktyget Stratsys.

Antal synpunkter och klagomål som rör individ- och familjeomsorgen, vilka inkommit genom socialförvaltningens kanal ”Tyck till! Vi vill bli bättre”, uppgick under det gångna året till åtta. Hälften av synpunkterna/klagomålen rörde klagomål på handläggning och beslut gällande brister i utförande av insatser och avslag på ansökan om ekonomiskt bistånd. Övriga klagomål handlade också om att anmälaren ansåg att utredningen var bristfällig och att felaktiga beslut fattats men gällde även att bemötandet från socialsekreteraren varit dåligt. Ett klagomål avsåg förhållandena på ett hem för vård och boende för ensamkommande barn.

Under 2015 upprättades en anmälan om missförhållanden enligt lex Sarah, vilken rörde familjerätten och dess hantering av ett ärende avseende övervakat umgänge med den ena föräldern. Utredningen visade dock att det inte förelegat några allvarliga missförhållanden, varför ingen anmälan gjordes till IVO.

4.2 Kvalitetsuppföljningar

Kvalitetsuppföljningar av myndighetsavdelningens verksamheter har under 2015 genomförts i form av processkartläggningar av ett urval processer inom avdelningens verksamhetsområden.

Inriktning och omfattning

Processkartläggningarna har syftat till att ge en bild av verksamhetens processer som grund för kvalitetssäkring och ständiga förbättringar. Genom kartläggningarna gjordes en systematisk beskrivning av nuläget i utvalda processer och dess förutsättningar, varvid olika förbättringsområden identifierades. Kartläggningarna av processerna har skapat överblick och synliggjort sambanden mellan de aktiviteter som ingår i respektive process. Kartläggningar genomfördes av följande processer:

- Ansökan om missbruksvård
- Hantera LVM-vård
- Överklagan av beslut
- Ny ansökan om ekonomiskt bistånd

Genomförande

Kartläggningarna av nämnda processer har genomförts i projektform och i tillämpliga delar följt Region Hallands projektstyrningsmodell. I de projektgrupper som bildades medverkade chefer och medarbetare från berörda verksamheter under ledning av en projektledare från kvalitets- och utredningsavdelningen.

Projektgrupperna träffades ett antal gånger för att succesivt kartlägga de olika aktiviteter som ingår i respektive process och hur dessa hänger ihop. Tillvägagångssättet har varit att chefer och medarbetare som ingått i projektgruppen har beskrivit vilka aktiviteter som utförs i processen och i vilken ordningsföljd, vilket har dokumenterats i den processkarta som succesivt vuxit fram.

Resultat, analys och förbättringsområden

Projektet har i enlighet med projektmålet resulterat i en processkarta som beskriver de aktiviteter och verksamhetsobjekt som ingår i processen samt vilka kopplingar mellan aktiviteterna som finns. Processkartorna innehåller även beskrivande informationstext till respektive aktivitet och verksamhetsobjekt. Vidare har de aktuella styrande dokument som identifierats länkats till delar i processkartan som berörs. Genomlysningen av kartlagda processer har också medfört att befintliga styrdokument setts över och att nya styrdokument tagits fram när behov av detta konstaterats.

Slutsatserna av genomförda kartläggningsprojekt är att de gett en god helhetsbild av processerna, vilka aktiviteter som ingår och hur dessa hänger ihop. Därmed har förutsättningar skapats för att berörda verksamheter kontinuerligt kan arbeta med utveckling och kvalitetssäkring av arbetet. Under 2016 fortsätter kartläggningen av ytterligare processer inom myndighetsavdelningen varefter processer inom Falkenbergs egenregi kartläggs. Med processkartläggningarna som grund kommer ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet att byggas upp, där avsikten är att det inom varje process utförs ett kontinuerligt arbete med riskbedömningar, egenkontroller och åtgärder.

4.3 Brukarundersökningar

Inriktning och omfattning

Att genomföra brukarundersökningar för att följa upp brukares upplevda kvalitet av verksamheten är en del av socialförvaltningens kvalitetsarbete. Under 2015 har följande brukarundersökningar genomförts och redovisats för socialnämnden kring verksamheter riktade till barn och unga; Gruppverksamhet Barn och Unga och Föräldrarådgivningen. När det gäller Gruppverksamhet Barn och Unga delades dels en enkät ut till det deltagande barnet/ungdomen och dels en enkät till förälder/anhörig.

I de tre enkätundersökningarna ingick kvalitetsområdena *personal*, *verksamhetsinnehåll* och *nöjdhet*. I enkäten till barn/ungdomar på Gruppverksamheten fanns även kvalitetsområdet *trygghet* och gällande familjerådgivningen *tillgänglighet*. Enkäterna innehöll ett antal påståenden som brukarna fick ta ställning till, där de på en tiogradig skala kunde ange i vilken grad de instämmer i påståendet eller inte. Ett medelvärde har därefter räknats fram för varje kvalitetsområde. Om medelvärdet totalt sett ligger under värdet fem för ett visst kvalitetsområde bedöms det inte vara godkänt, medan brukarna anses nöjda vid värden mellan fem och sju och mycket nöjda vid värden på åtta eller högre.

Genomförande

Personalen har vid avslutad insats, på sista mötet, delat ut en enkät till deltagarna. Undersökningen pågick under maj och juni. Med enkäten fanns ett förfrankerat svarskuvert. Tillvägagångssättet att dela ut enkäterna på plats valdes eftersom deltagarna på de icke-biståndsbedömda insatserna inte är registrerade. Vid Gruppverksamhet delades enkäten ut till 18 deltagande barn/ungdomar. Av dessa svarade 17 personer. Bland föräldrar och anhöriga svarade 17 av 22. I familjerådgivningens enkät uppgick svarsfrekvensen till 53 av 65.

Resultat, analys och förbättringsområden

För Familjerådgivningen låg resultaten inom de fyra frågeområdena över 9,0 i samtliga områden. För Gruppverksamhet Barn och Unga var resultatet för verksamhetsinnehåll 7,7 på enkäten som barnen/ungdomarna besvarade och 7,1 på enkäten som föräldrarna besvarade. På de övriga områdena var resultaten över 9,0.

En generell slutsats som kan dras är att de som har svarat på enkäten är väldigt nöjda med det stöd de har fått från verksamheterna. Resultaten visar att det som de svarande framförallt är nöjda med överlag är personalens bemötande, att de har ett högt förtroende för personalen samt att de är nöjda med insatsen. Några direkta förbättringsområden är svårt att utläsa från resultatet av enkäten. Det handlar snarare om att upprätthålla den goda kvaliteten i insatserna.

4.4 Öppna jämförelser

Nedanstående uppgifter är hämtade ur Socialstyrelsens Öppna jämförelser av missbruks- och beroendevård, ekonomiskt bistånd och barn- och ungdomsvård, där Falkenberg har jämförts med övriga kommuner i Hallands län samt med riket som helhet.

Missbruksvård	Falkenberg		Länet		Riket	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Använt brukarrevisioner för verksamhetsutveckling inom missbruks- och beroendevård, andel i %.	Ja	Ja	50	100	50	63
Följt upp resultat av insatser utifrån mål- och individnivå, andel i %	Ja, vissa	Ja	50	83	15	20
Ekonomiskt bistånd	Falkenberg		Länet		Riket	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Vuxna med mycket långvarigt ekonomiskt bistånd, andel % av samtliga vuxna biståndsmottagare	26,1	22,2	22,5	19,9	23,7	23,8
Invånare vuxna och barn, som någon gång under året mottagit ekonomiskt bistånd, andel % av befolkningen	3,5	3,8	2,5	2,7	4,4	4,4
Barn i familjer med ekonomiskt bistånd, andel % av totala antalet barn i kommunen	5,9	6,3	3,7	4,0	7,4	7,3
Barn- och ungdomsvård	Falkenberg		Länet		Riket	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Aktuell rutin för samordning med verksamheten våld i nära relationer, andel %	Nej	Nej	80	60	71	80
Aktuell rutin för samordning med verksamheten missbruk, andel %	Nej	Ja	40	20	56	65
Användning av standardiserade bedömningsmetoder vid utredning av barn/unga med missbruk, andel %	Ja	Nej	60	20	75	75
Användning av standardiserade bedömningsmetoder vid utagerande beteende, andel %	Ja	Ja	20	20	28	26
Handläggare med socionomutbildning och minst tre års erfarenhet av barnutredningar, andel %	89	87	69	81	67	70
Nämnden har ordinarie BBIC-licens	Ja	Ja	100	100	81	92

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 134 (en ökning med 10 % från 2014) avtal med olika utförare från olika områden. Målet är att samtliga avtal ska finnas i databasen.

Under 2015 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 påbörjades. Vidare skapades avtal med ett antal boenden för ensamkommande barn/ungdomar med privata utförare. Avtalen avser både HVB- och stödboende.

Därutöver noteras att ett företag inom LOV-hemtjänst har tillkommit.