



# Kvalitetsberättelse 2020

*Omsorgsnämnden*



## Innehållsförteckning

1	Inledning.....	3
1.1	Lagens krav på systematiskt kvalitetsarbete.....	3
1.2	Kvalitetsberättelse.....	3
1.3	Vad är kvalitet?.....	3
1.4	Struktur för uppföljning och utvärdering.....	4
1.4.1	Resultatstyrning – Att styra efter resultat.....	4
1.5	Omsorgsnämnden.....	5
1.5.1	Organisatoriskt ansvar för kvalitetsarbetet.....	5
2	Processer och rutiner.....	6
3	Samverkan.....	6
4	Systematiskt förbättringsarbete.....	8
4.1	Risikanalyser.....	8
4.1.1	Internkontrollplan 2019.....	8
4.2	Egenkontroll.....	10
4.2.1	Nationella undersökningar.....	10
4.2.2	Ej verkställda beslut 2019.....	13
5	Omsorgsnämndens nyckeltal.....	13
5.1	Omsorg i hemmet.....	13
5.2	Särskilt boende.....	15
5.3	Projekt Hälsofrämjande perspektiv i vardagen.....	18
5.4	LSS.....	19
5.4.1	Stöd och Service i hemmet.....	20
5.4.2	Bostad med särskild service.....	21
5.5	Anhörigstöd.....	22
6	Utredning av avvikelser.....	23
6.1	Synpunkter och klagomål.....	23
6.2	Avvikelser enligt SoL och LSS.....	24
6.3	Lex Sarah.....	25
7	Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet.....	25
8	Lärdomar av hanteringen av Covid-19.....	26
9	Prioriteringar 2019.....	27



## 1 Inledning

### 1.1 Lagens krav på systematiskt kvalitetsarbete

Omsorgsnämnden i Hylte Kommun är politiskt ansvarig för kommunens äldreomsorg, funktionshinderomsorg och socialpsykiatri. Det är verksamhetsområden med stora krav på rättsäkerhet och omfattande lagstiftning som Socialtjänstlagen (SoL), Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Enligt föreskriften och allmänna råd "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete" **SOSFS 2011:9** ska arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras.

### 1.2 Kvalitetsberättelse

Från och med år 2016 har omsorgsnämnden presenterat en sammanhållen kvalitetsberättelse. Syftet med kvalitetsberättelsen är att beskriva vad som skett inom kvalitetsarbetet under det gångna året som ett led i att uppfylla föreskriften om systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). I kvalitetsberättelsen framgår också vilka åtgärder som har vidtagits för att förbättra verksamhetens kvalitet och vilka resultat som uppnåtts under årets gång, samt vilka insatser som planeras för 2021. Berättelsen bör hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

Hälso- och sjukvården (HSL) och patientsäkerheten på området redovisas i omsorgsnämndens patientsäkerhetsberättelse, samt individ- och familjeomsorgens områden presenteras i Kultur- och folkhälsokontorets (KFK) kvalitetsberättelse.

### 1.3 Vad är kvalitet?

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) definieras kvalitet som en ram som ska fyllas med det innehåll som finns i lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst samt stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Krav på kvalitet i verksamheten och uppföljning sker på flera nivåer. Det finns en nationell nivå med krav i form av lagstiftning och uppföljning via granskningar för att bara nämna några. Kommunfullmäktige ställer krav på uppföljning av verksamheter genom nyckeltal. Enheter har egna kvalitetsmått liksom enskilda brukare/omsorgstagare vars uppfattning följs upp via synpunktshantering, brukarundersökningar och avvikelshantering.



## **1.4 Struktur för uppföljning och utvärdering**

Hylte kommun står, liksom många andra kommuner, inför stora utmaningar i framtiden. För att använda resurser effektivt och svara upp mot medborgarnas behov krävs en gemensam riktning och samordning av verksamheterna, ett styrdokument som hanterar såväl olika roller i organisationen som ekonomiska- och kvalitativa resultat. Under 2015 beslutade kommunfullmäktige om ett nytt styrdokument och en ny styrmodell med uppgift att hålla samman styrningen av kommunens verksamheter som trädde i kraft 2016.

### **1.4.1 Resultatstyrning – Att styra efter resultat**

Styrmodellen benämndes som resultatstyrning som förenklat betyder att politikerna styr kommunen utifrån mål som de sätter upp och de kvalitetsnivåer som kommunens verksamheter ska uppnå. Resultatstyrning är en del i kommunens förbättringsområde. Genom att mäta, följa upp och jämföra det egna resultatet med andras resultat blir det möjligt att identifiera framgångar och utvecklingsområden. Det ger erfarenheter som kan användas för att utveckla kommunens verksamheter mot ökad kvalitet gällande service och tjänster. Enligt den antagna styrmodellen ska både fullmäktige samt kommunens nämnder arbeta fram nyckeltal som ska vägleda arbetet.

Systematiskt kvalitetsarbete kan sammanfattas vid; HUR utvecklas och säkras verksamhetens kvalitet, VILKA åtgärder krävs för att säkra verksamhetens kvalitet och VILKA resultat har uppnåtts.

Enligt föreskriften om systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) handlar struktur för uppföljning om att kontrollera så att nämnden och verksamheterna lever upp till de krav som ställs utifrån lagar och förordningar. För att så ska ske krävs en god kännedom om vilka krav eller mål som finns i de lagar och föreskrifter som styr verksamheterna.

Struktur för uppföljning av kvalitet på tjänster som nämnden ansvarar för utvärderas oftast via brukarenkäter vilket ger en fingervisning om vad man som individ tycker. Ett annat sätt att följa upp kvalitet är att genomföra olika egenkontroller i verksamheterna.

### **Analys**

När det gäller kvalitetsarbetet är målet att använda Ensolutions IT-stöd för att bygga upp ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete utifrån de krav och föreskrifter som ställs på verksamheten. För att skapa förståelse för ledningssystemet krävs att arbetet går att visualisera både för politiker och medarbetare på alla nivåer i organisationen. När denna möjlighet ges skapas den reella nyttan för både organisation, medarbetare och individ.

### **Förbättringsområde**

Att följa upp och utvärdera kvalitet på olika nivåer i organisationen behöver tydliggöras och förbättras. Det finns behov av en tydlig struktur om när och hur riskanalyser ska genomföras, samt revidering av hur egenkontroller och uppföljning av resultat ska ske, för att kunna skapa



en röd tråd för hur det systematiska kvalitetsarbetet hänger samman. Framkomna brister behöver analyseras och lyftas gemensamt i ledningsgruppen för att skapa ett kollegialt lärande, samt att åtgärder måste vidtas och följas upp systematiskt.

## **1.5 Omsorgsnämnden**

Varje dag möter medarbetare på omsorgskontoret ett stort antal individer med individuella behov och i varierande åldrar. För att varje individ ska uppleva trygghet, delaktighet, engagemang och god kvalitet i service- och omsorgsinsatser har omsorgsnämnden formulerat serviceåtaganden och nyckeltal som verksamheterna ska leva upp till. För att på bästa sätt tillgodose individernas behov och krav från lagstiftning, nationella och kommunala mål, samt ekonomiska ramar arbetar verksamheterna enligt omsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

*Hylte kommun har en aktiv inställning till utveckling och förbättringsarbete genom att:*

- Synliggöra och ta fram resultat
- Analysera resultaten
- Alla medarbetare medverkar i kvalitetsarbetet

### **1.5.1 Organisatoriskt ansvar för kvalitetsarbetet**

*Omsorgsnämnden* ansvarar för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i verksamheterna. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Omsorgsnämnden ansvarar för att verksamheter enligt SoL och LSS med stöd av ledningssystemet ska planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Omsorgsnämnden har ett övergripande ansvar för att verksamheter enligt SoL, LSS och den kommunala hälso- och sjukvården är av god kvalitet. Nämnden beslutar om nyckeltal för verksamheterna, specifika serviceåtaganden och värdighetsgarantier.

*Kontorschef* ansvarar för att det finns ett ändamålsenligt ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet för att fortlöpande styra, följa upp, utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheten. Kontorschefen tillika verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ansvarar för att verksamheten tillgodoser god kvalitet i vården och hög patientsäkerhet. Kontorschefen fastställer hur kontoret ska arbeta för att uppnå de politiska målen och har det övergripande ansvaret för att anmäla allvarliga missförhållanden, eller påtagliga risker för allvarliga missförhållanden till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) enligt lex Sarah.

*Enhetschefer* ska inom respektive verksamhetsområden ta fram verksamhetsmål och är direkt ansvariga för att inom sin/sina verksamheter leda, planera, genomföra, följa upp, utvärdera, förbättra verksamheten och dokumentera det systematiska kvalitetsarbetet enligt ledningssystemet för kvalitetsarbete. Enhetschefer ska säkerställa att riktlinjer, instruktioner



och rutiner för verksamheten är kända och följs av medarbetarna. Vid missförhållanden eller risk för missförhållanden ska enhetschefen utreda och dokumentera dessa och snarast anmäla till kontorschefen.

*Kvalitetsutvecklare* ansvarar för att ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete och dess processer, riktlinjer och rutiner följs upp och revideras årligen i samråd med kontorschef, MAS och enhetschef för myndighets- och kvalitetsenheten. Samt tillsammans med verksamheternas enhetschefer upprätta en risk- och väsentlighetsanalys som ligger till grund för den interna kontrollplanen.

*Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)* har tillsammans med kontorschef det övergripande ansvaret för patientsäkerhetsarbetet. MAS utreder och beslutar om eventuell anmälan till IVO om en avvikelse inom hälso- och sjukvården är av så allvarlig karaktär att den har medfört eller kunnat medföra en allvarlig vårdskada/sjukdom eller dödsfall enligt Lex Maria.

*Medarbetare på omsorgskontoret* ska följa de målsättningar och krav som omsorgsnämnden, lagstiftning och föreskrifter ställer. Medarbetare ska vara delaktiga i kvalitetsarbetet och ska informera sig om och arbeta enligt ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Det innebär att alla medarbetare ska känna till gällande riktlinjer, instruktioner och rutiner och följa dessa i sitt arbete. Medarbetare ska rapportera missförhållanden, eller risker för missförhållanden i verksamheten genom avvikelshantering i verksamhetssystemet Treserva och känna till sin rapporteringsskyldighet enligt Lex Sarah och Lex Maria.

## **2 Processer och rutiner**

På omsorgskontoret finns en mängd huvudprocesser som kan delas in i delprocesser för att tydliggöra ett flöde. Till dessa finns en mängd rutiner, checklistor, och handlingsplaner som i detalj beskriver till exempel hur arbetet ska genomföras och vem som ska göra vad och i vilken ordning. Processer och rutiner är grundläggande delar i ledningssystemet och därför viktiga för kvalitetssäkringen av verksamheterna.

## **3 Samverkan**

Omsorgskontoret arbetar utifrån olika former av samverkan och informationsöverföring för att tillgodose individers behov för att kunna skapa en god kvalitet i mötet och i utförandet av beslutande vård- och omsorgsinsatser. Den samverkan som bland annat bedrivs i Hylte är:

- Tillsammans med Kultur-och folkhälsokontoret som har verksamheterna IFO vuxen och IFO barn och unga har arbetet kartlagts och fortskridit för att kunna skapa en gemensam öppenvård där socialtjänstens alla verksamheter samverkar. Under januari år 2020 hade alla verksamheter en gemensam planeringsdag för att implementera arbetet. Tanken var att det skulle följas upp med en processkartläggning men det



fortsatta arbetet pausades på grund av Covid-19. Det material som uppkom under planeringsdagen kommer att användas för att fortsätta arbetet när förutsättningarna finns.

- Gemensamma frukostmöten med Omsorgskontoret, Kultur- och folkhälsokontoret samt elevhälsan för att lära känna varandra och informera om varandras verksamheter. I början på året ansvarade Omsorgskontoret för temat. Temat för det första frukostmötet handlade om sekretess. Senare under våren var tanken att elevhälsan skulle ansvara för frukostmötet med fokus på HBTQ frågor men med tanke på covid-19 ställdes det in. Det förekom inga fler frukostmöten under året.
- Regelbundna enhetsmöten med enhetschefer för IFO barn och unga, IFO vuxen, Omsorgskontoret Socialpsykiatri/LSS samt chefen för Myndighet- och kvalitetsenheten på Omsorgskontoret.
- Kommunens socialtjänst har ett konsultationsteam och teamet träffas några gånger per år där handläggare, rektorer och medarbetare från elevhälsan och gemensam öppenvård kan anmäla ärenden där det finns behov av insatser från mer än ett kontor.
- Samverkan på Regional nivå; strategisk grupp samt taktiska grupper (senior, mitt i livet och barn, unga och familj) och fokusgrupper (funktionsnedsättning, digitalisering, psykisk hälsa och hälso- och sjukvård).
- Analysgrupp med samtliga halländska kommuner samt Region Halland gällande Covid-19. I analysgruppen delas lärdomar från respektive kommuner kring hanteringen av Covid-19.
- Regional överenskommelse mellan Hallands kommuner och Region Halland om en gemensam hantering av beställning och leverans av skyddsmaterial genom Regionservice. Avstämning veckovis mellan deltagare från kommunerna samt Region Halland om smittläget samt behovet av skyddsutrustning.
- Daglig samverkan med Region Halland och närsjukvården vad gäller SIP:ar på sjukhus/videolänk.

## Analys

Samverkan mellan kontoren bidrar till och skapar en mer sammanhållen socialtjänst i Hylte kommun där fokus ligger på varje individs behov och god kvalitet i det arbete som utförs. I början av året inleddes samverkans möten med kommunens övriga kontor men på grund av Covid-19 så uppkom svårigheter i att träffas. Det berodde dels på grund av den avrådan från



fysiska möten av Folkhälsomyndigheten men även på grund av en ökad arbetsbelastning på Omsorgskontorets tjänstepersoner.

### **Förbättringsområden**

Det pågår en gemensam upphandling mellan omsorgskontoret, IFO barn och unga samt IFO vuxen vad gäller ett gemensamt verksamhetssystem som förväntas trädas i kraft under år 2021. Olika verksamhetssystem kan göra det svårt med samverkan, samt att bland annat få fram likvärdig avvikelserapportering, problematik vid dokumentation mellan kontoren och verksamhetsstatistik.

Den pågående pandemin lär fortsätta även under år 2021 vilket innebär att nya former för att mötas behöver skapas. Digitala mötesforum kommer bli allt vanligare och Omsorgskontoret behöver följa med i denna utveckling för att kunna fortsätta samverka över kontorsgränser.

## **4 Systematiskt förbättringsarbete**

Systematiskt förbättringsarbete handlar om att systematiskt och fortlöpande utveckla, följa upp och säkra kvaliteten i verksamheten enligt bestämda processer och rutiner. Det systematiska förbättringsarbetet ska bestå av riskanalyser, egenkontroller samt hantering av avvikelser och synpunkter.

### **4.1 Riskanalyser**

Omsorgsnämnden upprättar årligen en risk- och väsentlighetsanalys med syfte att identifiera eventuella omständigheter som kan utgöra risker i verksamheten. Risk- och väsentlighetsanalysen ligger sedan till grund för den internkontrollplan som antas av nämnden. Nämnden har regelbunden uppföljning av internkontrollplanen och vid behov fattas beslut om åtgärder.

#### **4.1.1 Internkontrollplan 2020**

Internkontrollplanen ska minst innehålla:

- Vad som ska granskas under året
- Vilka reglementen, regler/policys som berörs.
- Vilken tidsperiod som granskningen avser
- Kontrollmetod
- Vem som är ansvarig för granskningen





	Rutin/proce s	Kontroll - moment	Risk - värde	Kontroll – metod	Acceptabel avvikelse	Konstaterad avvikelse/ Resultat	Förslag på åtgärder
1	Rekrytering	Antal vakanta tillsvidare- anställningar som inte har kunnat tillsättas. Anställning av medarbetare utan relevant kompetens.	4	Enhetschefer rapporterar till kvalitets- utvecklare som sammanställer och rapporterar till kontorschef inför delår och bokslut.	0-5 %	4,3 %  1 av totalt 23 tillsvidare- anställningar har inte kunnat tillsättas med relevant kompetens.	Ta fram åtgärder för att möta framtidens behov av rekrytering till Omsorgskontoret.
2	Verkställighet vid beslut om bostad med särskild service	Antal ej verkställda beslut.	3	Rapportering om ej verkställda beslut till IVO.  Kvalitets- utvecklare rapporterar kvartalsvis till IVO.	0-1 % av totalt antal beslut om bostad med särskild service.	10 %  1 beslut av totalt 10 har inte verkställts.	Beslutet har inte kunnat verkställas p.g.a. att individen har tackat nej till erbjudet boende.
3	Debitering	Antal felaktiga fakturor till omsorgstagaren.	3	Avgifts- handläggare sammanställer statistik på antal felaktiga fakturor och orsak.  Sammanställning sker månadsvis i samband med debitering.	0 % avvikelse av totalt antal fakturor.	0,45 %  25 felaktiga fakturor av totalt 5500.	Nytt avgiftssystem (1 april) har inte påverkat antal felaktiga fakturor.  Antal felaktiga fakturor grundas i ett felaktigt underlag där rätt insatser inte är reglerade i verksamhetssystemet. Åtgärder kommer att lyftas i ledningsgruppen.

## Analys

Resultatet rapporteras till omsorgsnämnden oavsett utfall. Vid upptäckta brister lämnas också förslag på åtgärder för att förbättra kontrollen. Identifierade riskområden ligger till grund för nämndens internkontroll.

## Förbättringsområden

Resultatet för 2020 års internkontroll visar att debiteringen till omsorgstagaren kräver åtgärdsförslag. Uppföljningen visar att den felaktiga debiteringen grundas i ett felaktigt underlag där rätt insatser inte är reglerade i verksamhetssystemet, bristen har därmed ingen koppling till det nya avgiftssystemet. Åtgärdsförslag kommer att lyftas i ledningsgruppen.



## 4.2 Egenkontroll

Den som bedriver verksamhet ska utöva egenkontroll. Till skillnad från riskanalyser som innebär att arbeta förebyggande, innebär egenkontroll att granskning ska göras av den verksamhet som har bedrivits eller bedrivs enligt processer och rutiner. Egenkontroll kan också bedrivas som en intern granskning av att den egna verksamheten uppnår ställda krav och mål. Den övergripande egenkontrollen med tillhörande uppföljning och analys baseras på resultat från bland annat:

- Nationella undersökningar; ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2020?” och ”Brukarundersökning funktionsnedsättning”.
- Rättssäkerhet; handläggningstider och ej verkställda beslut enligt SoL och LSS till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) (var tredje månad) samt avvikelser.
- Granskning av social dokumentation (två gånger om året). Under 2020 har ett utvecklingsarbete påbörjats vad gäller genomförandeplaner och social dokumentation. Under 2021 planeras en granskning av genomförandeplanerna.
- Loggkontroller av användare i verksamhetssystemet Treserva (en gång/månad).

### Förbättringsområden

Fortsätta med egenkontrollplaner för att verksamheterna bättre ska kunna arbeta systematiskt med utvecklingsarbetet. En förbättringsåtgärd är också att göra egenkontrollerna mer verksamhetsnära och konkreta vilket kan innebära att involvera verksamheterna i arbetet. Det ökar förståelsen för våra mål och vad verksamheterna ska arbeta mot. Ambitionen är också att delar av egenkontrollplanen ska kunna utformas gemensamt över nämnderna.

### 4.2.1 Nationella undersökningar

#### Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2020

Syftet med Socialstyrelsens nationella enkätundersökning för äldreomsorgen är att synliggöra de äldres uppfattning om sin vård och omsorg. Enkäten skickas ut till alla över 65 år som har hemtjänst (individer med enbart matdistribution och trygghetslarm och de som enbart hade korttidsboende som insats under rapporteringsperioden är exkluderade i undersökningen) och särskilt boende.

*Svarsfrekvens ur ”vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2020”*

	2019	2020	Differens
<b>Särskilt boende:</b>	50,5 % (45 st)	45,9 % (45 st)	- 4,6 %
<b>Omsorg i hemmet:</b>	64,6% (106 st)	62 % (85 st)	- 2,6 %



## Analys

En analys kopplat till resultaten för ”vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2020” har tagits upp på Omsorgskontorets ledningsgrupp där resultatet har presenterats. Enhetscheferna har fått ta del av både det generella resultatet men även hur resultatet ser ut i respektive verksamhet. Det är därtill upp till vardera enhetschefen att arbeta med resultatet i respektive arbetsgrupp.

## Förbättringsområden

För att få fler att besvara enkäten har man under våren 2020 skickat ut ett informationsmaterial om undersökningen till omsorgstagare, närstående och medarbetare på omsorgskontoret. I resultatet för 2020 har svarsfrekvensen minskat för särskilt boende och omsorg i hemmet. Stor anledning bakom den minskade svarsfrekvensen är på grund av Covid-19. Många av omsorgstagarna får hjälp av anhöriga att besvara enkäten men med tanke på både besöksförbudet samt de hårdare restriktionerna gällande besök av äldre så kan det vara en anledning till den minskade svarsfrekvensen. Hylte Kommun ligger däremot över snittet för riket när det kommer till svarfrekvensen på undersökningen där genomsnittet i riket ligger på; 39,8 procent för särskilt boende och 57 procent för omsorg i hemmet. Under våren 2021 kommer informationsmaterial om enkäten skickas ut.

## Brukarundersökning funktionsnedsättning

2017 deltog omsorgskontorets verksamheter inom området för funktionsnedsättning för första gången i SKL:s nationella brukarundersökning. Undersökningen har sedan dess genomförts årligen under perioden september-oktober och mäter kvalitén inom området för *självbestämmande, bemötande, trygghet och trivsel*. Brukarundersökningen riktar sig till vuxna personer med funktionsnedsättning inom boende, boendestöd, personlig assistans och daglig verksamhet/sysselsättning enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och socialtjänstlagen (SoL). Syftet med undersökningen är att få kunskap om hur brukare upplever kvalitén i verksamheterna.

*”Ur brukarundersökning inom funktionshinderområdet 2017 - 2020”*

Inflytande (%)					
<i>Brukaren får bestämma om saker som är viktiga</i>	2017	2018	2019	2020	Alla kommuner
<b>Gruppbostad LSS</b>	60 %	50 %	57 %	100 %	77 %
<b>Daglig verksamhet LSS</b>	43 %	45 %	75 %	83 %	75 %
<b>Boendestöd SoL</b>	-	57 %	-	-	85 %
<b>Sysselsättning SoL</b>	63 %	50 %	100 %	-	75 %



<b>Rätt stöd (%)</b>					
<i><b>Brukaren får den hjälp som behövs</b></i>	2017	2018	2019	2020	Alla kommuner
<b>Gruppbostad LSS</b>	60 %	60 %	57 %	100 %	82 %
<b>Daglig verksamhet LSS</b>	100 %	64 %	92 %	92 %	86 %
<b>Boendestöd SoL</b>	-	71 %	-	-	86 %
<b>Sysselsättning SoL</b>	75 %	83 %	78 %	-	86 %

## Analys

Resultatet från brukarundersökningen 2020 redovisar ett resultat inom två av fyra områden. De områden som finns representerade är gruppbostad LSS och daglig verksamhet LSS. Resterande områden fick fem eller färre än fem svarande och för att inte röja enskilda individers identiteter presenteras inga resultat för dessa områden. I tabellen kan man också utläsa jämförelsetal där man kan se resultat för övriga kommuner i landet och även egna resultat från år till år. Genom jämförelsen kan man få en fingervisning om verksamheternas utvecklingsnyckeltal.

Årets resultat grundas i en mycket låg svarsfrekvens där majoriteten av de tillfrågade har valt att inte delta i undersökningen. Det finns anledning att tro att den låga svarsfrekvensen grundas i den pandemi av Covid-19 som präglade året 2020. Omsorgsnämnden beslutade under våren 2020 om tillfällig stängning av vissa verksamheter inom SoL och LSS med syfte att förhindra smittspridning och att skydda känsliga grupper. Verksamheterna som berördes av stängningen var daglig verksamhet LSS samt dag verksamheten för människor med psykisk funktionsnedsättning. Sannolikt grundas den låga svarsfrekvensen i stängningen av dagverksamheterna inom SoL och LSS.

Tidigare år har oberoende frågeassistenter vid upprepade tillfällen besökt verksamheterna för att ge information om undersökningen samt för att skapa kontakt med brukarna. På grund av stängningen av verksamheterna och den pandemi som ligger till grund för stängningen har fysiska besök inte varit möjliga att genomföra och detta kan troligen också ligga till grund för den dåliga svarsfrekvensen.

## Förbättringsområden

Undersökningen som genomfördes 2019 visade ett resultat där svarsfrekvensen hade ökat och resultat kunde även visas inom flera områden, vilket var mycket positivt. En bidragande faktor till ökningen kan ha varit den personliga kontakten till målgruppen i form av frågeassistenter som besökte verksamheterna vid upprepade tillfällen. Vid undersökningsperioden för 2020 var det inte möjligt att genomföra fysiska besök i den



utsträckning som man gjorde vid undersökningen 2019 vilket kan vara en bidragande orsak till den låga svarsfrekvensen.

Inför undersökningsperioden 2021 kan Omsorgskontoret förbättra informationen som går ut till brukarna inför undersökningens start, verksamheterna kan också göra medarbetarna mer delaktiga i processen genom att de pratar om undersökningen i verksamheterna.

#### **4.2.2 Ej verkställda beslut 2019**

Omsorgsnämnden är skyldig att rapportera ej verkställda beslut till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) vad gäller beviljade insatser enligt SoL och LSS som inte har kunnat verkställas inom tre månader från fattat beslut. 2020 rapporterades totalt 6 ej verkställda beslut, vilket kan jämföras med 2019 när det rapporterades 16 ej verkställda beslut till IVO.

#### **Analys**

De ej verkställda besluten inom myndigheten har minskat i antal. Vid årets slut registrerades endast 3 ej verkställda beslut till IVO och i samtliga fall har individen tackat nej till erbjuden plats då erbjudandet inte har levt upp till individens enskilda önskemål. De beslut som inte har kunnat verkställas har varit boende enligt SoL och LSS.

### **5. Omsorgsnämndens nyckeltal**

Kommunfullmäktige i Hylte kommun antog under 2015 övergripande nyckeltal för nämnderna. Omsorgsnämnden har brutit ner målen som fullmäktige beslutat om till specifika, årsvisa delmål. Nämnden kan också ta initiativ och formulera egna mål utöver de som kommunfullmäktige angett. Målen ska alltid kunna mätas och följas upp vilket betyder att det ska finnas nyckeltal med målnivåer till dem.

I Hylte kommun pågår ett ständigt arbete med att utveckla de olika verksamheterna. Ett led i denna utveckling är de serviceåtaganden som fastställts av omsorgsnämnden. De flesta av nyckeltalen är så kallade serviceåtagande, vilka innebär att medborgare ska få en tydlig bild av vilken service man har rätt att vänta sig för skattepengar och avgifter. Kommunens medarbetare får i sin tur en tydlig bild av sina arbetsuppgifter – vad som är viktigast och vad som förväntas av dem.

Omsorgskontoret har totalt 30 nyckeltal varav 5 har kommunfullmäktige (KF) och 25 har omsorgsnämnden (ON) fattat beslut om. Nedanstående nyckeltal visas alla i procentform.


#### **5.1 Omsorg i hemmet**

Medarbetare som arbetar i omsorg i hemmet arbetar med stöd och hjälp i det ordinära boendet för att främja kvarboende. Insatserna som utförs är behovsprövade och beslutade av




omsorgshandläggare. Omsorg i hemmet i Hylte kommun är geografiskt uppdelat med en arbetsgrupp i Hyltebruk, två i Torup samt en arbetsgrupp i Unnaryd.

#### KF17 Andel som är nöjda med sin hemtjänst (%)

2020	2019	2018	2017	Bedömning	Trend
95,0%	96,0%	94,0%	94,0%		↘

Värdet för 2020 är hämtat från undersökningen ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen”.

#### KF19 antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar

2020	2019	2018	2017	Bedömning	Trend
15	14	12	14		↘

Antal personal som en omsorgstagare möter har ökat i antal från 14 till 15 mellan 2019-2020.

#### ON01 Hemtjänst - Andel som fått beslut inom fyra veckor (Serviceåtagande)

2020	2019	2018	2017	Bedömning	Trend
99,6%	100,0%	100%	99,6%		↘

2 av 553 beslut enligt socialtjänstlagen har överstigit handläggningstiden på fyra veckor. Anledningen till dröjsmålet är inväntat underlag/intyg.

#### ON02 Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - bemötande, andel (%)

2020	2019	2018	2017	Bedömning	Trend
99,0%	98,0%	99,0%	98,0%		↗


Värdet är hämtat från 2020 års undersökning av ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen”.

#### ON03 Hemtjänst - Andel som har en personlig kontakt (Serviceåtagande)

2020	2019	2018	2017	Bedömning	Trend
100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		→


Uppföljning av serviceåtagande. Resultatet visar att alla omsorgstagare inom hemtjänsten har en utsedd personlig kontakt.

#### ON04 Hemtjänst - Andel upprättade genomförandeplaner (Serviceåtagande)

2020	2019	2018	2017	Bedömning	Trend
100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		→

Uppföljning av serviceåtagande. Samtliga omsorgstagare inom hemtjänsten har en upprättad genomförandeplan, med undantag för dem som har enklare insatser såsom trygghetslarm, städ och avlösarservice.

#### ON05 Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - möjlighet påverka tider, andel (%)

2020	2019	2018	2017	Bedömning	Trend
62,0%	71,0%	74,0%	66,0%		↘

Värdet är hämtat från 2020 års undersökning av ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen”.

## Analys

Resultatet kopplat till Omsorg i hemmet visar att omsorgstagarna är sammantaget nöjda med sin hemtjänst. Undersökningen visar positiva resultat där Hylte kommun står högt i relation



till både riket och Halland. 95 procent av de svarande anger att de är sammantaget nöjda med sin hemtjänst. Genomsnittet i riket ligger på 88 procent som anger att de är sammantaget nöjda med sin hemtjänst och genomsnittet för Halland ligger på 91 procent. Nyckeltalen för omsorg i hemmet har legat på en stadig nivå de senaste tre åren. Siffrorna visar på att hemtjänsten håller en hög kvalitet över de senaste tre åren. Ansvariga enhetschefer har under året gett löpande återkoppling till sina medarbetare på verksamhetsmöten för att kunna hålla dialogen levande gällande resultat som inkommit under året. Den återkoppling som skett till omsorgstagare har varit genom besök i deras hem där frågor kunnat besvaras direkt av omsorgspersonal alternativt har frågorna hänvisats till rätt person.

Antal beslut fattade för omsorg i hemmet var 2020 **553 stycken**, varav 2 beslut har haft en handläggningstid över fyra veckor. Orsaken var inväntan på relevanta intyg.

### **Förbättringsområden**

Belysa och lyfta fram olika arbetsprocesser för att kunna underlätta arbetet som utförs, men även för att öka trygghet och välbefinnande för omsorgstagarna i det egna hemmet.

Processkartlägga huvudprocesser samt att bygga in nyckeltal i processer så dessa synliggörs och blir en del av styrningen. Processkartläggning av huvudprocesser för omsorg i hemmet påbörjades i januari 2019 tillsammans med enhetschefer och medarbetare i verksamheterna och bör fortskrida.

Det nyckeltalet som visar en negativ trend och där den godkända nivån inte uppnås gäller omsorgstagarens upplevelse av att kunna påverka vilka tider man får hjälp. Att omsorgstagarna upplever möjligheten att påverka sin vård är en viktig del i kvalitetsarbetet. Dels stärker det omsorgstagarnas självständighet, dels är det en viktig del för omsorgstagarnas delaktighet och inflytande över sin egen vård. En möjlig förbättringsåtgärd är att arbeta ännu mer med genomförandeplanerna och ha en kontinuerlig uppföljning av dessa så att omsorgstagaren får möjligheten att ge sin åsikt. Enhetscheferna har fått resultatet för sin enhet och har nu ansvaret att arbeta med detta framöver.

## **5.2 Särskilt boende**

Hyltes särskilda boenden är bemannade dygnet runt och finns belägna i Torup, (Fredrikslundsvägen 9) med 42 lägenheter fördelade på fyra enheter. Långaryd, (Långarydsvägen 34), med 16 lägenheter och i Hyltebruk, (Realgatan/Malmagatan) med 75 lägenheter fördelade på fem enheter varav tio lägenheter används som korttidsplatser och inryms på en av enheterna på Malmagatan. Två av enheterna på särskilt boende är även inriktade till personer med minnesproblematik/demens.






### KF18 Andel som är nöjda med sitt särskilda boende (%)

2020	2019	2018	2017	Bedömning	Trend
85,0%	83,0%	87,0%	84,0%		↗


Värdet är hämtat från 2020 års undersökning av ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen”.

### KF20 Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende

2020	2019	2018	2017	Bedömning	Trend
42	24	64	33		↘


Väntetiden till särskilt boende har ökat från 24 till 42 dagar. En anledning till ökningen har varit pågående renoveringar av Hylte bostäder i kombination med många sökande och få platser. Ytterligare en anledning har varit den osäkra utvecklingen av Covid-19 som har bidragit till att myndigheten har avvaktat med att erbjuda tomma platser.

### ON06 Särskilt boende - Andel som fått beslut inom fyra veckor (Serviceåtagande)

2020	2019	2018	2017	Bedömning	Trend
98,3%	98,2%	96,3%	96,0%		↗

Antal beslut enligt socialtjänstlagen 2020 har varit totalt 56 stycken, 1 beslut har haft en handläggningstid längre än fyra veckor. Anledningen till dröjsmålet har varit inväntat underlag/intyg.

### ON07 Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - bemötande, andel (%)

2020	2019	2018	2017	Bedömning	Trend
95,0%	98,0%	97,0%	96,0%		↘

Värdet är hämtat från 2020 års undersökning av ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen”.

### ON08 Särskilt boende - Andel som har en personlig kontakt (Serviceåtagande)

2020	2019	2018	2017	Bedömning	Trend
100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		→

Uppföljning av serviceåtagande. Resultatet visar att alla omsorgstagare inom särskilt boende har en personlig kontakt utsedd.

### ON09 Särskilt boende - Andel upprättade genomförandeplaner (Serviceåtagande)

2020	2019	2018	2017	Bedömning	Trend
100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		→

Uppföljning av serviceåtagande. Resultatet visar att alla omsorgstagare inom särskilt boende har en upprättad genomförandeplan.

### ON10 Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - möjlighet påverka tider, andel (%)

2020	2019	2018	2017	Bedömning	Trend
54,0%	61,0%	68,0%			↘

Värdet är hämtat från 2020 års undersökning av ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen”.





## Analys

Resultatet kopplat till Särskilt boende visar att Hylte kommun ligger i samma nivå som Halland och något högre än riket när det kommer till den sammantagna nöjdheten. 85 procent anger att de är sammantaget nöjd med sitt särskilda boende, genomsnittet i riket ligger på 81 procent.

Antal beslut fattade för särskilt boende var 2020 **56 stycken**, varav 1 beslut har haft en handläggningstid över fyra veckor. Orsaken var inväntan på relevant intyg. Som en del i det hälsofrämjande arbetssättet på särskilt boende har vård- och omsorgsplaneringsmötena lett till ett ökat samarbete och förståelse mellan olika yrkesprofessioner, samt mellan dag- och nattpersonal vilket kan medföra ökad kvalitet i den personcentrerade vård- och omsorgen.

Vad gäller nyckeltalet väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum blev resultatet **42 dagar**. Förra året var resultatet 24 dagar.

Föregående år angavs som en förbättringsåtgärd att öka kännedomen bland omsorgstagare samt närstående kring vart de vänder sig om de har någon synpunkt eller klagomål. Arbetet som har genomförts i detta ändamål har gett resultat då det har skett en ökning i resultatet de senaste tre åren. Däremot bör arbetet fortsätta då siffrorna inte är helt önskvärda ännu och kommer därför ligga kvar som en förbättringsåtgärd även det kommande året. Enligt rapportering om personlig kontakt har alla omsorgstagare en utsedd sådan och deras uppdrag har tydliggjorts på vård- och omsorgsplaneringsmöten (VOP). Medarbetarna kommer under 2021 också att fortsätta arbeta med levnadsberättelser och VOP-beslut för att i slutändan kunna skapa bra genomförandeplaner. Levnadsberättelsen ligger till grund för upprättandet av genomförandeplaner. Det har skett ett utvecklingsarbete gällande genomförandeplanerna som bör fortskrida under 2021. Kvalitetsutvecklarna kommer att genomföra en granskning av genomförandeplanerna under året för att kvalitetssäkra dem.

## Förbättringsområden

Ett förbättringsområde som framkommit som kan kopplas till den totala nöjdheten på särskilt boende är att det behövs ett mer konkret underlag för både omsorgstagare, närstående och medarbetare för att tydliggöra vad en synpunkt/klagomål är och hur man som omsorgstagare eller närstående går tillväga för att fylla i och lämna en sådan. Föregående år arbetades det mycket med att tydliggöra hur omsorgstagare samt anhöriga kan lämna synpunkter och klagomål. Alla omsorgstagare ska ha en folder där de kan lämna synpunkter och klagomål. Framöver är det viktigt att informationen om hur synpunkter och klagomål lämnas sprids till personalen, omsorgstagaren samt anhöriga. Ledningsgruppen har diskuterat denna fråga vid flertalet tillfällen men arbetet bör fortsätta under 2021 för att ännu tydligare nå ut till omsorgstagarna samt anhöriga.




Det har även skett en negativ trend i nyckeltalet kopplat till hur omsorgstagarna upplever möjligheten att kunna påverka vilken tid de ska få hjälp. Detta är ett förbättringsområde som behöver förbättras och arbetas med under det kommande året. Förslag på förbättringsåtgärd är arbeta ännu mer med genomförandeplanerna så att omsorgstagarna är delaktiga i planeringen av sin egen vård. Då många anhöriga hjälper omsorgstagarna att besvara enkäten så kan de även vara bra att anhöriga blir medvetna om arbetet som görs med genomförandeplanerna och vilka önskemål som omsorgstagarna faktiskt har.

### 5.3 Projektet hälsofrämjande perspektiv i vardagen

Ett bra socialt innehåll skapar en trivsamt miljö för både omsorgstagare/brukare samt medarbetare och kan också ha positiv inverkan på den fysiska och psykiska hälsan. Projektet hälsofrämjande perspektiv i vardagen startade under 2015. Syftet med projektet har varit att lägga grunden till ett övergripande förbättringsarbete med fokus på måltider och måltidsmiljöer, den dagliga sysselsättningen samt det sociala sammanhanget.

Omsorgsnämnden har fattat beslut om fyra nyckeltal för särskilt boende kopplat till projektet hälsofrämjande perspektiv i vardagen:

#### ON11 Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - maten, andel (%)

2020	2019	2018	2017	Bedömning	Trend
74,0%	66,0%	68,0%	80,0%		↗


Nyckeltal kopplat till Hälsofrämjande perspektiv. Resultatet visar en ökning i jämförelse med 2019.

#### ON12 Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - måltidsmiljö, andel (%)

2020	2019	2018	2017	Bedömning	Trend
65,0%	74,0%	61,0%	75,0%		↘


Nyckeltal kopplat till projektet Hälsofrämjande perspektiv. Resultatet visar en minskning i jämförelse med 2019.

#### ON13 Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - sociala aktiviteter, andel (%)

2020	2019	2018	2017	Bedömning	Trend
69,0%	74,0%	80,0%	85,0%		↘

Nyckeltal kopplat till projektet Hälsofrämjande perspektiv. Resultatet visar en minskning i jämförelse med 2019.

#### ON14 Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - möjligheten att komma utomhus, andel (%)

2020	2019	2018	2017	Bedömning	Trend
69,0%	68,0%	70,0%	78,0%		↗

Värdet är hämtat från 2020 års resultat från undersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen".



## **Analys**

2018 var det sista året med stimulansmedel för hälsofrämjande perspektiv i vardagen. Resultaten har sjunkit, men mycket har gjorts på de särskilda boendena i kommunen. I verksamheterna finns personal som har ansvar för att veckovis planera aktiviteter efter omsorgstagarnas intresse och önskemål. Fokus har lagts på småaktiviteter på enheterna och som personlig kontakt har man också fått i uppgift att ha än mer "egentid" tillsammans med omsorgstagarna. Arbete pågår att hela tiden med att förbättra måltidsmiljön så att den är tilltalande utifrån alla sinnen. I verksamheterna har man också lagt ner mycket tid vad det gäller upplägg av maten, samt att omsorgspersonal sitter och äter tillsammans med omsorgstagarna under måltiderna. Det finns också boenderåd i verksamheterna, där ett stort fokus är maten och måltidsmiljön. Vilket kan ha återspeglat nyckeltalet kopplat till nöjdhet kring hur maten smakar där det har skett en positiv trend i jämförelse med föregående år.

Omsorgstagarna väljer om de vill sitta tillsammans i de gemensamma utrymmena vid måltider eller om de vill sitta och äta i sin lägenhet. På grund av nuvarande pandemi rekommenderades omsorgstagarna att äta i sina lägenheter. Ville de hellre äta i de gemensamma utrymmena så var lokalen anpassad så att omsorgstagarna kunde hålla avstånd. Det kan ha haft en påverkan på årets resultat då undersökningen genomfördes samtidigt som de hårdare restriktionerna samt besöksförbudet infördes.

## **Förbättringsområden**


Det har skett en negativ trend gällande omsorgstagarnas nöjdhet kopplat till de aktiviteter som anordnas på boendet samt om de upplever måltiden som en trevlig stund på dagen. Covid-19 och dess tillhörande restriktioner gällande offentliga utrymmen har säkerligen haft en påverkan på hur omsorgstagarna upplever måltidsmiljön. Arbetet behöver fortsätta för att skapa tilltalande måltidsmiljö även under rådande pandemi. Covid-19 har också haft en påverkan på de gemensamma aktiviteterna som anordnas på boendet och kan även det haft en påverkan på hur omsorgstagarna upplever utbudet av aktiviteter. Att se till att omsorgstagarna upplever att det finns ett gott utbud av aktiviteter på sitt särskilda boende är en viktig del för den individuella välmående och hälsan och det är något som bör arbetas med mer framöver. En annan del är utvecklandet av utemiljön så att den blir trivsamt att vistas i. Möjligheten att söka fonder för detta bör ses över då det är en ekonomisk aspekt.

## **5.4 LSS**

Verksamhetsområdet för LSS består av två gruppboendestäder och en servicebostad som erbjuder bostad med särskild service till personer med funktionsnedsättning. Inom området finns också ett korttidsboende för barn och ungdomar samt daglig verksamhet inom både SoL och LSS. Övriga insatser som utförs inom området är personlig assistans, kontaktperson, ledsagarservice, avlösarservice i hemmet samt stödfamilj.



#### KF21 Andel som är nöjda med den hjälp och det stöd de får inom LSS (%)

2020	2019	2018	2017	Bedömning	Trend
100,0%	79,0%	69,0%	64,2		↗

Värdet är hämtat från den nationella brukarundersökningen inom funktionshinder 2020.


Nyckeltalen inom området för LSS avser att mäta och följa upp kvalitén på de insatser som utförs inom verksamheterna för LSS. Nyckeltalen följs upp med hjälp av den årliga nationella brukarundersökningen inom området för funktionshinder. Undersökningen har dessvärre vissa brister i utformningen där frågorna inte till fullo motsvarar omsorgsnämndens nyckeltal. Det handlar bland annat om nyckeltal som ”andel som upplever att de blir bemötta med respekt” (se tabell nedan). Årets resultat visar dock en positiv trend där de svarande är mycket nöjda med den hjälp och det stöd som de får inom verksamheterna.

### Förbättringsområden

Under 2021 är det önskvärt att se över nuvarande nyckeltal och eventuellt revidera de nyckeltal som idag inte är mätbara.

#### 5.4.1 Stöd och service i hemmet

##### ON15 Stöd och service i hemmet - Andel som fått beslut inom åtta veckor (Serviceåtagande)

2020	2019	2018	2017	Bedömning	Trend
89,3%	90,5%	94,2%	87,0%		↘

6 av 56 beslut enligt LSS har överstigit handläggningstiden på 8 veckor. Anledning till dröjsmålet är inväntat underlag/intyg samt hög arbetsbelastning.

##### ON16 Stöd och service i hemmet - Andel som upplever att de blir bemötta med respekt (Serviceåtagande)

2020	2019	2018	2017	Bedömning	Trend
					-

Uppföljning av serviceåtagande. Nyckeltalet går inte att följa upp eftersom det inte finns resultat i den nationella brukarundersökningen funktionshinder som motsvarar nyckeltalet. Nyckeltalet kommer ses över och revideras.

##### ON17 Stöd och service i hemmet - Andel som får hjälp och stöd att planera och genomföra aktiviteter i sitt dagliga liv (Serviceåtagande)

2020	2019	2018	2017	Bedömning	Trend
					-

Uppföljning av serviceåtagande. Nyckeltalet går inte att följa upp eftersom det inte finns resultat i den nationella brukarundersökningen funktionshinder som motsvarar nyckeltalet. Nyckeltalet kommer ses över och revideras.



## ON18 Stöd och service i hemmet - Andel som upplever god kvalitet i service- och omsorgsinsatser

2020	2019	2018	2017	Bedömning	Trend
				○	-

Uppföljning av serviceåtagande. Nyckeltalet går inte att följa upp eftersom det inte finns resultat i den nationella brukarundersökningen funktionshinder som motsvarar nyckeltalet. Nyckeltalet kommer ses över och revideras.

### 5.4.2 Bostad med särskild service

## ON19 Bostad med särskild service - Andel som fått beslut inom åtta veckor (Serviceåtagande)

2020	2019	2018	2017	Bedömning	Trend
100,0%	83,3%	100,0%	100,0%	●	↗

Uppföljning av serviceåtagande. Resultatet visar att samtliga har fått beslut inom 8 veckor.

## ON20 Bostad med särskild service - Andel som upplever att de blir bemötta med respekt (Serviceåtagande)

2020	2019	2018	2017	Bedömning	Trend
				○	-

Uppföljning av serviceåtagande. Nyckeltalet går inte att följa upp eftersom det inte finns resultat i den nationella brukarundersökningen funktionshinder som motsvarar nyckeltalet. Nyckeltalet kommer ses över och revideras.

## ON21 Bostad med särskild service - Andel som har en personlig kontakt (Serviceåtagande)

2020	2019	2018	2017	Bedömning	Trend
100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	●	→

Resultatet visar att alla inom bostad med särskild service har en personlig kontakt.

## ON22 Bostad med särskild service - Andel upprättade genomförandeplaner (Serviceåtagande)

2020	2019	2018	2017	Bedömning	Trend
100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	●	→

Resultatet visar att alla inom bostad med särskild service har en upprättad genomförandeplan.

## ON23 Bostad med särskild service - Andel som upplever god kvalitet i service- och omsorgsinsatser (Serviceåtagande)

2020	2019	2018	2017	Bedömning	Trend
				○	-

Uppföljning av serviceåtagande. Nyckeltalet går inte att följa upp eftersom det inte finns resultat i den nationella brukarundersökningen funktionshinder som motsvarar nyckeltalet. Nyckeltalet kommer ses över och revideras.

### Analys

Antal beslut gällande bostad med särskild service har under året varit 10 stycken. Utav dessa fick 100 procent ett beslut inom åtta veckor. Antal beslut gällande stöd och service i hemmet har under samma period varit 56 stycken varav 89,3 procent fick ett beslut inom åtta veckor.



Orsaker till dröjsmålet har varit hög arbetsbelastning samt att man har inväntat underlag för beslut.

## Förbättringsområden

I samband med den kommande översynen 2021 av omsorgsnämndens riktlinjer för insatser enligt LSS planerar man att se över den nuvarande handläggningstiden. För de nyckeltal där det i dagsläget inte finns resultat att presentera ska man se över och revidera dessa under 2021 tillsammans med ansvariga enhetschefer, samt medarbetare i verksamheterna. Under 2021 planeras även att utföra granskningar av befintliga genomförandeplaner inom verksamheterna. Granskingen avser att kvalitetssäkra brukarnas självbestämmande och delaktighet i insatserna som utförs samt att de är uppdaterade enligt gällande rutin.

## 5.5 Anhörigstöd

Anhörigstödet är organiserat tillsammans med demensteamet och ligger organisatoriskt under Kommunrehab. Anhörigstödet arbetar förebyggande och är till för den som dagligen eller kontinuerligt vårdar en anhörig eller närstående med stora omsorgsbehov. Det kan handla om korttidsplatser i form av avlastning/växelvård, dagverksamhet för personer med demensdiagnos, avlösning i hemmet, anhöriggrupper, enskilda stödsamtal och föreläsningar. Minst en gång per år följs stödplanerna upp genom att anhörigkonsulenten har personliga samtal med anhöriga.

### ON24 Anhörigstöd - Andel som fått en upprättad stödplan inom fyra veckor (Serviceåtagande)

2020	2019	2018	2017	Bedömning	Trend
100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		→

Uppföljning av serviceåtagande. Resultatet visar att alla har fått en upprättad stödplan inom 4 veckor.

### ON25 Anhörigstöd - Nöjdhet, anhörigstöd i sin helhet (%) (Serviceåtagande)

2020	2019	2018	2017	Bedömning	Trend
100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		→

Uppföljning av serviceåtagande. Resultatet visar att samtliga är nöjda med anhörigstödet.

## Analys

Mätning av total nöjdhet utförs en gång per år för de ärenden som är aktiva inom anhörigstödet. Individer som haft anhörigstöd under året får svara på frågor kopplat till insatsen. Anhörigkonsulenten i kommunen upplever att det är rimlig tid att upprätta en stödplan inom fyra veckor. Totalt hade anhörigteamet 532 stödsamtal under år 2020, samma siffra för föregående år var 472. Vid avslut genomförs en utvärdering av anhörigstödet där den anhöriga får svara på två frågor kopplat till sin upplevelse av stödet som redovisas i tabellen nedan.



**Vilken betydelse hade den hjälp du fick från kommunen för att du skulle kunna vårda/stötta din närstående i hemmet?**

Helt avgörande	Stor betydelse	Viss betydelse	Liten betydelse	Ingen betydelse alls
64 %	27 %	9 %	0 %	0 %

**Om ni ej hade haft hjälp av kommunen, hur hade situationen troligen sett ut då?**

Den närstående hade behövt plats på särskilt boende/sjukhus	Kommunen hade fått sätta in betydligt större hjälpinsatser från början	Ingen skillnad	Vet ej
50 %	42 %	8 %	0 %

**Förbättringsområden**

En dialog har förts med kommunens anhörigkonsulent under 2020 gällande dagens nyckeltal och eventuell revidering och utveckling av nuvarande nyckeltal under 2021.

**6 Utredning av avvikelser**

Den som bedriver verksamhet ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Med avvikelse avses att verksamheten inte uppnår till krav och mål enligt lagar och föreskrifter.

**6.1 Synpunkter och klagomål**

De klagomål och synpunkter som inkommer till Omsorgskontoret ska utredas och utredningen ska leda till att den som bedriver verksamhet ska kunna ta ställning till om det förekommit avvikelser i verksamheten.

Under 2020 har det inkommit totalt 27 stycken synpunkter/klagomål/frågor som berört Omsorgskontoret och dess verksamheter, i huvudsak äldreomsorgen. Majoriteten av synpunkterna har haft en stark koppling till Covid-19 och berört frågor som skyddsutrustning eller stängning av verksamheter.

**Analys**

Alla synpunkter/klagomål/frågor som har inkommit till Omsorgskontoret har besvarats inom svarstiden på 14 dagar. Synpunkten/klagomålet eller frågan hanteras oftast av den som är verksamhetsansvarig, det vill säga enhetschefen.

Synpunkterna som har inkommit under året har haft en stark koppling till den rådande pandemin och berört frågor kopplat till denna snarare än riktad kritik mot verksamheterna.

**Förbättringsområden**

Förbättringsområden kopplat till synpunkter/klagomål/frågor är att öka kännedomen om hur





man kan ta kontakt med Omsorgskontoret om man har synpunkter på kommunens serviceåtaganden eller på insatserna som utförs inom kontorets verksamheter.

## 6.2 Avvikelser enligt SoL och LSS

Definitionen av en avvikelse enligt SoL och LSS är när det inträffar något som avviker från god kvalitet och god ordning genom avsteg från fastställda rutiner, genomförandeplaner, vårdplaner eller andra överenskommelser. Genom att följa upp och utvärdera kvaliteten i det arbete som bedrivs, kan en uppfattning skapas i vilken mån det bedrivs en systematisk avvikelshantering i enlighet med gällande lagstiftning, fastställda rutiner och processer. Avvikelserrapporteringen är en grundläggande del i kvalitetsarbetet för att minska risker för missförhållanden. Omsorgskontorets alla verksamheter arbetar idag med avvikelserapportering i verksamhetssystemet Treserva. De avvikelser som tillhör hälso- och sjukvården (HSL) redovisas i nämndens patientsäkerhetsberättelse.

Antal avvikelser har ökat. Under 2020 rapporterades totalt 370 avvikelser gällande SoL och LSS. De områden som berörde flest avvikelser var brister i vårdkedjan (105), dokumentation (82) och omvårdnad (61). Vanligast förekommande gällande brister i vårdkedjan har varit, uteblivna besök eller avvikelser kopplade till larm. Vanligaste avvikelserna gällande dokumentation är uteblivna insatser där omsorgstagare har tackat nej till insatsen.

Under 2019 var det totalt **262 avvikelser** gällande SoL och LSS. De områden som berörde flest avvikelser var omvårdnad (52), brister i vårdkedjan (45) och utebliven insats Sol/LSS (33).

### Analys

En viktig del i kvalitetsarbetet är att förebygga fel och brister genom avvikelshantering. Det primära syftet med avvikelshantering är inte att peka ut enskilda medarbetares misstag utan att upptäcka brister i verksamheterna och på så vis dra lärdom av händelsen och genom åtgärder förhindra att händelsen upprepas.

Medarbetarna inom Omsorgskontorets verksamheter har blivit bättre på att skriva avvikelser, därav ökningen. Vid en granskning av slumpmässigt valda avvikelser kan man se att det finns en stor variation i hur man fyller i avvikelser där en del är felaktiga eller ofullständiga. En korrekt ifylld avvikelserrapport är avgörande för att både enhetschef och arbetsgrupp tillsammans ska kunna följa upp avvikelserna, se samband med andra avvikelser samt att kunna sätta in rätt åtgärder.

Omsorgskontorets enhetschefer arbetar kontinuerligt med uppföljning av avvikelser genom att tillsammans med arbetsgruppen analysera de händelser som har föranlett en avvikelse för att ta reda på varför händelsen inträffade och vad man kan göra för att förhindra att händelsen inträffar igen.





## Förbättringsområden

En uppgradering av det befintliga verksamhetssystemet Treserva kommer att påbörjats under årets första månader 2021 och man beräknar att kunna implementera systemet i verksamheterna under första halvåret.

### 6.3 Lex Sarah

Bestämmelserna om lex Sarah regleras i socialtjänstlagen, SoL, och i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, lagen reglerar anställdas m.fl. skyldighet att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden. I lex Sarah ingår också en skyldighet för den som bedriver verksamhet att efter att ha tagit emot en rapport utreda, dokumentera och avhjälpa eller undanröja missförhållandet eller den påtagliga risken för ett missförhållande. Vidare ingår en skyldighet för den som bedriver verksamhet att snarast anmäla det inträffade till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Under 2020 rapporterades **2 anmälningar** enligt lex Sarah inom omsorgsnämndens verksamheter till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Anmälan berörde i båda fallen verksamhetsområdet SoL (Socialtjänstlagen).

Under 2019 rapporterades **1 anmälning** enligt Lex Sarah för omsorgsnämndens verksamheter till IVO. Anmälningen rörde verksamhetsområdet SoL (Socialtjänstlagen).

## Analys

Bestämmelserna om Lex Sarah är en del av arbetet med att säkra och utveckla kvaliteten i verksamheten. Syftet är att missförhållandet inte ska uppstå eller upprepas. Om ett missförhållande uppstår ska verksamheten lära av det för att förhindra att något liknande kan inträffa igen. Syftet med utredningen är inte att peka ut en enskild medarbetare utan att förstå varför missförhållandet kunde inträffa och förhindra att något liknande inträffar igen.

## 7 Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet

Att medarbetare har rätt kompetens är en förutsättning för att de ska kunna medverka i kvalitetsarbetet och ge god vård och omsorg. Utan rätt kompetens har medarbetare inte förutsättningar att fullgöra sin rapporteringsskyldighet eller i övrigt delta i kvalitetsarbetet, till exempel genom att lämna in klagomål och synpunkter. För att den som bedriver verksamheten ska kunna utveckla och säkra kvaliteten behöver denne planera för personalförsörjning och kompetensutveckling.

Under året har medarbetarna medverkat i kvalitetsarbetet genom:

- Processkartläggning
- Projektgruppsmöten – LSS/Socialpsykiatri
- Inventera dokument som rutiner/lathundar/instruktioner
- Delta och vara behjälpliga i enkätundersökningar



➤ Dialog kring kvalitet

## **8 Lärdomar av hanteringen av Covid-19**

Under den pågående pandemin/covid-19 fick Hylte Kommun och omsorgskontoret tänka om och prioritera utifrån rådande omständigheter. Hylte Kommun har klarat sig förhållandesvis bra gentemot andra kommuner när det kommer till att begränsa smittspridningen i verksamheterna. Samtliga enheter har gjort ett omsorgsfullt arbete med att förhindra ytterligare smittspridning. Många yrkeskategorier har hjälpts åt och bidragit med olika kompetenser för att minska smittspridningen. Teamarbetet har varit ytterst viktigt.

Omsorgskontoret har under våren 2020 arbetat fram nya rutiner, scenarioplaneringar utifrån personalförsörjning samt handlingsplaner. Effektivisering och prioritering genom bland annat digitala möten har genomförts. Analysgrupper med Hallands kommuner samt Region Halland har varit återkommande. Varje vecka har det inrapporterats lägesbilder från omsorgskontoret till Socialstyrelsen. Tidigt i pandemin gjordes även en regional överenskommelse om att kommunerna genom Region Halland skulle kunna beställa skyddsutrustning. Det har varje vecka varit avstämningar mellan deltagare från kommunerna och Region Halland om smittläget i Halland och behoven av skyddsutrustning utifrån det. Regionservice har tagit hand om leveranser enligt våra beställningar och även reklamationer av skyddsmaterial. Det har inneburit att Hylte kommun hela tiden haft skyddsutrustning utifrån rådande behov. Detta har fungerat mycket bra.

Den övergripande krisledningen aktiverades 2020-03-12. Två enhetschefer från omsorgskontoret har deltagit i den kommunövergripande staben. Dessa var från början dagligen, men har efterhand glesats ut. Ledningsgruppen hade under våren regelbundna avstämningar dagligen. En utmaning har varit att ge enhetlig information till samtliga medarbetare. Det har ställts stora krav på omsorgskontorets personals anpassningsförmåga då rutiner och riktlinjerna har kontinuerligt förändrats. För att underlätta situationen för medarbetarna på omsorgskontoret så har en snabblänk på intranätet skapats. Där har medarbetarna haft tillgång till uppdaterad information samt aktuella rutiner och riktlinjer. Målet med denna informationsinsats har varit att ge medarbetarna en lättillgänglig plattform att ta del av uppdaterad information samt rutiner och riktlinjer. Detta har underlättat kommunikationen då information löpande har ändrats beroende på rådande omständigheter. Det arbete som lades ner under våren 2020 var väldigt nyttigt när den andra vågen drog in under mitten av hösten 2020. Kontoret hade då en bra grund att stå på och var förbereda på det framtida arbetet. Med tanke på att kontoret hade arbetat fram rutiner och kommunicerat ut dem till personalen så fanns det ett känt tillvägagångssätt för hanteringen av Covid-19. Med tanke på att grunden fanns så upplevdes inte situationen lika överväldigande när det behövdes göras justeringar av rutiner och riktlinjer.



Under våren infördes ett besöksförbud för äldreboende som hade stor påverkan på våra omsorgstagare. Det innebar att omsorgspersonalen fick ett större ansvar att se till att omsorgstagarna var vid gott välmående då omsorgstagarna inte längre hade möjligheten att ta emot fysiska besök.

Det är viktigt att utvärdera kontorets hantering av pandemin och att lärdomar och erfarenheter tas tillvara på. Då pandemin inte är över så är det viktigt att kontoret fortsatt systematiskt utvärderar arbetet för att se om det finns några förbättringar som kan genomföras under kommande år. Genom att utvärdera hanteringen av pandemin så kan kontoret även stå bättre rustade inför andra potentiella kriser. En kommunövergripande delutvärdering har gjorts av mPowerment. Enligt den rapporten så anser 66 % av kommunens medarbetare att kommunen som helhet har gjort ett bra jobb med att hantera pandemin, endast 13 % anser att kommunen som helhet har gjort ett dåligt jobb.

De synpunkter samt frågor som har inkommit gällande covid-19 har främst varit kopplat till skyddsutrustning och besöksförbudet. Omsorgskontoret har haft en bra dialog och samarbete med kommunikatörerna och de har löpande publicerat information på hylte.se för kommunens invånare.

## **8 Prioriteringar 2021**

- Revidera nyckeltal LSS
- Kompetensförsörjning
- Revidera årshjul i kompassen
- Organisationsöversyn
- Rätt till heltid
- Dela på service och omsorgsinsatser