



# Kvalitetsberättelse 2022

*Omsorgsnämnden*

## Innehåll

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 .....	3
1.4.1	<b>Resultatstyrning – Att styra efter resultat</b> .....	4
1.5	Omsorgsnämnden.....	4
1.5.1	<b>Organisatoriskt ansvar för kvalitetsarbetet</b> .....	4
2	Processer och rutiner .....	5
3	Samverkan 2022 .....	5
4	Systematiskt förbättringsarbete.....	6
4.1	Riskanalyser .....	6
4.2	Internkontrollplan 2022.....	6
4.3	Egenkontroll .....	9
4.4	Nationella undersökningar .....	9
4.4.1	<b>Vad tycker de äldre om äldreomsorgen</b> .....	9
4.4.2	<b>Brukarundersökning funktionsnedsättning</b> .....	9
5.	Omsorgsnämndens nyckeltal.....	11
5.1	Omsorg i hemmet.....	12
5.2	Särskilt boende .....	14
5.3	LSS .....	17
5.4	Anhörigstöd.....	20
6	Utredning av avvikelser.....	21
6.1	Synpunkter och klagomål.....	21
	Analys.....	21
	Förbättringsområden .....	21
6.2	Avvikelser enligt SoL och LSS.....	21
6.3	Lex Sarah.....	22
7	Prioriteringar 2023.....	23

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd enligt ”Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” SOSFS 2011:9 ska arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras.

## 1

### Inledning

#### 1.1 Lagens krav på systematiskt kvalitetsarbete

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

#### 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 i ett led att uppfylla föreskriften om systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). I kvalitetsberättelsen framgår vilka åtgärder som har vidtagits för att förbättra verksamhetens kvalitet, vilka resultat som har uppnåtts under året samt vilka insatser som planeras för 2023. Berättelsen bör hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

Hälso- och sjukvården (HSL) och patientsäkerheten inom området redovisas i omsorgsnämndens patientsäkerhetsberättelse.

#### 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 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. Styrmodellen trädde i kraft 2016.

### 1.4.1 Resultatstyrning – Att styra efter resultat

Styrmodellen benämndes som resultatstyrning vilket förenklat betyder att politikerna styr kommunen utifrån mål och resultat, dvs att politiken anger målen för de kvalitetsnivåer som kommunens verksamheter ska uppnå. Genom att mäta, följa upp och jämföra det egna resultatet med andras blir det möjligt att identifiera framgångar och utvecklingsområden. Detta arbetssätt ger erfarenheter som kan användas för att utveckla kommunens verksamheter mot en ökad kvalitet gällande service och tjänster till medborgarna. Enligt den antagna styrmodellen ska både fullmäktige samt kommunens nämnder arbeta fram nyckeltal som ska vägleda arbetet.

### Analys

När det gäller kvalitetsarbetet används 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

Uppföljning och utvärdering av resultat på olika nivåer i organisationen behöver tydliggöras och förbättras. Organisationens behöver skapa en tydlig struktur för analys, åtgärdsförslag och uppföljning av resultat. Framkomna brister behöver analyseras och lyftas gemensamt i ledningsgruppen och i verksamheterna för att skapa ett kollegialt lärande.

## 1.5 Omsorgsnämnden

Varje dag möter medarbetare på omsorgskontoret ett stort antal individer med individuella behov och i varierande åldrar där det gemensamma syftet är att leverera en god service till medborgarna. Omsorgsnämnden i Hylte kommun har utformat värdighetsgarantier inom nämndens samtliga verksamheter. Värdighetsgarantierna utgår från den nationella värdegrunden inom omsorgsarbete och vilar på en god människosyn och ett etiskt förhållningssätt. För att kunna mäta och jämföra kommunens service och resultat har omsorgsnämnden beslutat om nyckeltal med tillhörande kvalitetsnivåer för omsorgsnämndens verksamheter. Nyckeltalen följs upp två gånger om året med syftet att synliggöra resultat och förbättra verksamheterna.

### 1.5.1 Organisatoriskt ansvar för kvalitetsarbetet

*Omsorgsnämnden* ansvarar för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i verksamheterna som är anpassat till verksamheternas inriktning och omfattning. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. I systemet organiseras och beskrivs struktur, rutiner, riktlinjer, processer och resurser som är nödvändiga för ledning och styrning av verksamheten.

*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 det systematiska förbättringsarbetet som består av riskanalyser, egenkontroller, utredning av rapporter, klagomål och synpunkter, förbättrande åtgärder samt förbättring av processer och rutiner.

*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 avvikelsehantering 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 delas in i delprocesser för att tydliggöra ett flöde. Till dessa finns en mängd rutiner, checklistor, och handlingsplaner som i detalj beskriver hur arbetet ska genomföras, 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 2022**

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

- Samverkan på Regional nivå i olika grupper med god och nära vård, koordinatorgrupp, indikatorgrupp samt genomförandegrupp för utskrivningsprocessen.
- Regelbundna möten med enhetschefer för IFO barn och unga, IFO vuxen, Omsorgskontoret Socialpsykiatri/LSS samt cheferna för Myndighet- och kvalitetsenheterna på Omsorgskontoret.
- Kommunens socialtjänst har ett konsultationsteam och teamet träffas vid behov där handläggare, rektorer, medarbetare från elevhälsan och gemensam öppenvård kan anmäla ärenden där det finns behov av insatser från mer än ett kontor. Under året har gruppen sammankallats vid behov.

- Samverkan på kommunal nivå gällande en vecka fri från våld. Representanter från de olika kontoren samverkar kring förebyggande arbete mot våld i nära relationer.
- God och nära vård – GNV reformen är större än någon annan reform som vi tidigare sett eller varit med om. De som var med under den gamla och ibland goda tiden kommer ihåg ädelreformen, 1992. GNV är tänkt att ske utan skatteväxling men är betydligt mer omfattande. GNV reformen är i sin linda men påverkar allt mer. Omsorgsnämnden ser särskilt förskjutningen från vårdplatser på Regionen till insatser i hemmet i kommunen. Ska vi klara av denna reform hand i hand med demografiutvecklingen behöver vi göra ”mycket” på många olika ställen. Samverkan är ett nyckelord, internt och externt. Gränser mellan region och kommuner måste rivas. Lagstiftning behöver troligtvis skrivas om och omsorgsnämnden kommer vara en aktiv medskapare

## 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.

### 4.2 Internkontrollplan 2022

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

Den 2 mars 2022 tog omsorgsnämnden del av omsorgskontorets risk och väsentlighetsanalys och beslutade att anta internkontrollplanen.

Kommunfullmäktige 2011-12-15 § 92. Lokala riktlinjer och rutiner ska utformas för att säkerställa att kommunens nämnder upprätthåller tillräcklig intern kontroll för att bedriva en kvalitativ och kostnadseffektiv verksamhet av hög kvalitet som lever upp till givna uppdrag och satta mål.

Omsorgsnämnden ska årligen i samband med delårsbokslut, bokslut, patientsäkerhetsberättelse samt kvalitetsberättelse rapportera resultatet från uppföljningen av den interna kontrollen för omsorgsnämnden till Kommunstyrelsen.

## Uppföljning Internkontrollplan

ID	Rutin/process	Kontrollmoment	Risk-värde	Acceptabel avvikel-se	Konstaterad avvikelse	Kommentar
1	Genomförande plan	Alla omsorgstagare/brukare med beviljade omsorgs- och/eller serviceinsatser ska ha en upprättad och reviderad genomförandeplan. Omsorgstagare med enbart larm eller matleverans är undantagna.	4	0%	Avvikelsen är 35% då 65% av alla genomförandeplaner klarat granskningen efter de kvalitetskrav som ställts.	Under året 2022 genomförde omsorgskontoret en granskning av alla genomförandeplaner, granskningen föregicks av utbildning till medarbetare och chefer om de högre ställda kraven. Särskilt boende hade generellt sett starkare resultat än OiH
2	Kompetensförsörjning	Antal vakanta tillsvidareanställningar som inte har kunnat tillsättas med av medarbetare med rätt kompetens.	4	0–5 %	Viss avvikelse gällande legitimerad personal och undersköterskor. Den exakta avvikelsen är svår att uppskatta då rekryteringar sker löpande.	10 tillsvidareanställningar har inte kunnat tillsättas med rätt kompetens. Av dessa är 4 legitimerad personal och 6 undersköterskor.  Svårigheter att få sökande med rätt kompetens. En ökning gentemot förra året då totalt 5 tillsvidareanställningar inte kunde tillsättas.

## Analys

### Genomförandeplaner

Alla omsorgstagare/brukare med beviljade omsorgs- och/eller serviceinsatser ska ha en upprättad genomförandeplan. Genomförandeplanen är viktig utifrån aspekten att den enskilde ges möjlighet till delaktighet och inflytande över insatsernas genomförande. Grunden för en genomförandeplan bygger på respekten för människors rätt till självbestämmande och integritet. Genomförandeplanen är också ett viktigt arbetsredskap som beskriver hur en beviljad insats ska genomföras i praktiken för den enskilde. Genomförandeplanen ska hållas aktuell och revideras minst var sjätte månad eller vid behov.

Vid utförd granskning 2021 upptäcktes brister i antalet upprättade genomförandeplaner inom omsorgskontorets verksamheter. Omsorgskontoret tillsatte därför en uppdragsgrupp som initierade ett förbättringsarbete under årets början 2022. Gruppen tog fram ett underlag för hur verksamheterna skulle förbättra arbetet med upprättande/revidering av genomförandeplaner samt analysera vilka åtgärder som krävs för att verksamheterna systematiskt ska kunna arbeta med genomförandeplaner som ett arbetsredskap. Alla medarbetare fick utbildning om hur genomförandeplaner skulle skrivas.

I november 2023 genomfördes granskning av genomförandeplaner. Kriterierna för en godkänd genomförandeplan:

- Finns det en aktuell genomförandeplan och är den reviderad inom 6 månader.
- Framgår det när genomförandeplanen ska följas upp?
- Framgår det vem som är personlig kontakt?
- Har omsorgstagaren/brukaren varit delaktig i upprättandet?
- Finns det individuella mål upprättade? (vad är viktigt för mig utifrån beslutad insats?)

Resultatet för antal godkända genomförandeplaner vid granskningen var inte på acceptabel nivå. Under 2023 kommer omsorgskontoret kontinuerligt fortsätta följa upp hur genomförandeplaner upprättas och används i verksamheterna. Fokus under 2023 blir på att utveckla kvaliteten och innehållet i genomförandeplanerna.

### *Kompetensförsörjning*

Gällande kompetensförsörjningen så finns en viss avvikelse för legitimerad personal och undersköterskor. Andelen är svår att uppskatta då rekryteringar sker löpande.

Vid rekryteringar är det svårt att hitta rätt kompetens för alla halländska kommuner så även för Hylte kommun. Omsorgskontoret ser kontinuerligt över annonsering i olika medier, deltar på mässor samt besöker skolor som några exempel. Genom Äldreomsorgslyftet ges vårdbiträden möjlighet att bli undersköterskor. För att ha rätt kompetens, på rätt plats vid rätt tid håller omsorgskontoret på att utveckla en serviceorganisation och en sammanhållen Hälso- och sjukvårdsorganisation.

## **Förbättringsområden**

Resultatet för antal godkända genomförandeplaner vid kontrollen var inte på acceptabel nivå. Under 2023 kommer omsorgskontoret kontinuerligt arbeta med och följa upp hur medarbetare arbetar med genomförandeplaner. En del verksamheter har i dagsläget ombud med ansvar att stötta upp och vara behjälpliga i arbetet med planerna. Det hade varit önskvärt om samtliga verksamheter har ett ombud. Fokus blir vidare att utveckla kvalitén och innehållet i planerna. Medarbetarna har uttryckt det positivt med utbildning. Frågor som dykt upp handlar dels om verksamhetssystemet Treserva men också om hur man skriver på ett enkelt och tydligt sätt. Förutom kontinuerliga uppföljningar har omsorgskontoret som ambition att under 2023 introducera medläring för medarbetarna där de tillsammans går igenom varandras genomförandeplaner för att lära av varandra.

Gällande kompetensförsörjning så finns det en svårighet i alla halländska kommuner med rekryteringar. Omsorgskontoret ser kontinuerligt över annonsering, även utbildningar genomförs för att fler vårdbiträden ska kunna bli undersköterskor. Annat som omsorgskontoret gör är även att se över



vilken omsorg man framöver kan erbjuda så att befintlig omsorgspersonal arbetar med just omsorg.

### 4.3 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?” 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. Under 2022 genomfördes en intern granskning av den egna verksamheten där granskningen gällde upprättade och reviderade genomförandeplaner.
- Loggkontroller av användare i verksamhetssystemet Treserva (en gång/månad).

### Förbättringsområden

Egenkontroller är viktiga instrument för att säkerställa att verksamheterna arbetar utifrån beslutade processer och rutiner. En förbättringsåtgärd kopplat till egenkontroller är att göra kontrollerna mer verksamhetsnära och konkreta där medarbetarna får en aktiv roll i genomförandet. Exempel på en sådan egenkontroll kan vara en granskning av genomförandeplaner där ansvariga kontaktpersoner granskar varandras genomförandeplaner vilket då också blir en lärandeprocess där medarbetarna lär och utvecklas genom varandra. Genom att involvera verksamheterna och medarbetarna i förbättringsarbetet ökar vi också förståelsen för våra mål och vad verksamheterna ska arbeta mot.

## 4.4 Nationella undersökningar

### 4.4.1 Vad tycker de äldre om äldreomsorgen

*Vad tycker de äldre om äldreomsorgen* är en enkätundersökning som skickas till äldre personer som bor i ordinärt boende med stöd av hemtjänst eller som bor på särskilt boende för äldre. Syftet med undersökningen är att synliggöra de äldres uppfattning om sin vård och omsorg. Undersökningen görs på uppdrag av Socialstyrelsen och är nationell.

### 4.4.2 Brukarundersökning funktionsnedsättning

2017 deltog omsorgskontorets verksamheter inom området för funktionsnedsättning för första gången i dåvarande 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 - 2022”*

<b>Inflytande (%)</b>						
<i>Brukaren får bestämma om saker som är viktiga</i>	2022	2021	2020	2019	2018	Nationellt 2022
<b>Gruppbostad LSS</b>	100%	100 %	100 %	57 %	50 %	78 %
<b>Daglig verksamhet LSS</b>	78%	94 %	83 %	75 %	45 %	75 %
<b>Boendestöd SoL</b>	89%	90 %	-	-	57 %	87 %
<b>Sysselsättning SoL</b>	-	100 %	-	100 %	50 %	79 %

<b>Rätt stöd (%)</b>						
<i>Brukaren får den hjälp som behövs</i>	2022	2021	2020	2019	2018	Nationellt 2022
<b>Gruppbostad LSS</b>	100%	71 %	100 %	57 %	60 %	81 %
<b>Daglig verksamhet LSS</b>	94%	81 %	92 %	92 %	64 %	86 %
<b>Boendestöd SoL</b>	89%	100 %	-	-	71 %	87 %
<b>Sysselsättning SoL</b>	-	86 %	-	78 %	83 %	88 %

## Analys

Resultatet från brukarundersökningen 2022 redovisar ett resultat inom tre av fyra områden brukarna som omfattas av sysselsättning SoL tenderar att inte svara på frågorna då frågorna inte upplevs som relevanta de få som svarade i år gav tyvärr inte ett tillräckligt stort urval för att presentera ett resultat. Slutsatsen som omsorgskontoret kan dra utifrån årets resultat är att brukarna är förhållandevis nöjda där resultatet inom alla mätbara områden ligger över de nationella nivåerna på nöjdhet. Att färre anser sig få bestämma om vad som är viktigt för dem på daglig verksamhet 2022 än 2021 förklaras med att det finns ett fåtal brukare som anser sig höra hemma på utflyttad verksamhet trots att de provat det och man funnit att de inte har kapacitet för det.

Tillvägagångssättet inför årets undersökning består av en förinformation där deltagarna har fått ta del av ett informationsbrev om undersökningen. I brevet gavs en tydlig beskrivning varför undersökningen genomförs, när den genomförs, hur den genomförs, att det är frivilligt att delta, att man som deltagare är anonym samt att deras medverkan är viktig. Inför undersökningen fick deltagarna också information om undersökningen genom de affischer som omsorgskontoret hängde upp på boendena samt daglig verksamhet. Genom deltagandet är de med och påverkar utvecklingen av verksamheterna.

Under genomförandet av undersökning agerade omsorgskontorets kvalitetsutvecklare för undersökningen som en oberoende frågeassistent och lämnade stöd och hjälp till brukare som var i behov av detta. Undersökningen genomfördes med både pappersenkäter samt digitala enkäter på Ipad. Digitalt bildstöd samt digital uppläsning av enkäten var hjälpmedel som fanns att tillgå.

## Förbättringsområden

Föregående år uppgav omsorgskontoret förbättrad information om undersökningen som en förbättringsåtgärd. Denna förbättringsåtgärd kan vara en bidragande faktor till årets positiva utslag vad gäller deltagande i undersökningen. I den information som delgavs tryckte omsorgskontoret på vikten av deltagande, där brukarnas åsikter har betydelse för omsorgskontoret fortsatta utvecklingsarbete.

Slutsatsen av detta är att informationen som går ut inför undersökningens start är viktig för att förbereda målgruppen på vad som kommer. Det är också viktigt att förmedla att deras svar tillför något, att deras svar är viktiga för det framtida utvecklingsarbetet. För att få fler respondenter från utflyttad verksamhet behöver frågor anpassas efter deras behov, detta för att väcka ett intresse att svara på frågorna.

### 4.5 Ej verkställda beslut 2022

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. 2022 rapporterades totalt 24 ej verkställda beslut, vilket kan jämföras med 2021 när det rapporterades 15 ej verkställda beslut och 2020 6 ej verkställda beslut till IVO.

Under 2021 efterfrågade Inspektionen för vård och omsorg (IVO) även rapportering av förändringar i verkställighet med anledning av covid-19. Kommunen ombads att lämna individrapport i varje enskilt fall där kommunen har gjort förändringar i verkställigheten av beslut på grund av covid-19. Detta gällde även för avbrott/paus helt eller delvis i verkställigheten under minst tre månader. Med anledning av detta lämnade omsorgskontoret ca 40 rapporter gällande avbrott/paus helt eller delvis i verkställighet på grund av covid-19. De brukare som har blivit berörda av förändring i verkställighet av beslut är alla med beviljade insatser inom daglig verksamhet LSS och Socialpsykiatri.

## Analys

Ej verkställda besluten enligt SoL och LSS har ökat i antal. I två tredjedelar av fallen har individen tackat nej till erbjuden plats då erbjudandet inte har levt upp till individens enskilda önskemål eller att de blivit erbjudna plats på önskat boende men velat vara hemma under sommaren innan de tackar ja. De beslut som inte har kunnat verkställas har varit boende enligt SoL.

## 5. Omsorgsnämndens nyckeltal

Kommunfullmäktige i Hylte kommun antog 2015 övergripande nyckeltal för nämnderna. Omsorgsnämnden har brutit ner målen som fullmäktige beslutat om till specifika, årsvisa delmål. Målen ska alltid kunna mätas och följas upp vilket betyder att det ska finnas nyckeltal med tillhörande kvalitetsnivåer.


I Hylte kommun pågår ett ständigt arbete med att utveckla de olika verksamheterna. Ett led i denna utveckling är de serviceåtaganden som har fastställts av omsorgsnämnden. De flesta av nyckeltalen grundas i de serviceåtaganden som nämnden har beslutat om. Genom dessa åtaganden får kommuninvånare en tydlig bild av vilken service man kan 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 är beslutade av kommunfullmäktige (KF) och 25 är beslutade av omsorgsnämnden (ON). 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 (%)

Utfall 2022	2021	2020	2019	Bedömning	Trend
95,0%	95,0%	95,0%	96,0%		→

#### Senaste kommentar (2022-12-31):

Resultatet är hämtat ur den nationella undersökningen - Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2022.


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

Utfall 2022	2021	2020	2019	Bedömning	Trend
17	17	15	15		→

#### Senaste kommentar (2022-12-31):

Antal personal som en omsorgstagare möter har ett medelvärde på 17 för 2022. Målvärdet är nära. En anledning är att allt fler omsorgstagare har ett större omsorgsbehov och detta kräver fler besök per dygn vilket i sig leder till att fler personer krävs för besöken samt fortsatt relativt hög personalfrånvaron som konsekvens av Covid-19. Värdet kan sättas i relation till andelen som är nöjda med sin hemtjänst.


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

Utfall 2022	2021	2020	2019	Bedömning	Trend
99,3%	100,0%	99,6%	100,0%		→

#### Senaste kommentar (2022-12-31):

Under 2022 har 555 omsorgsbeslut fattats var av 4 har överskridit handläggningstiden på 4 veckor.


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

Utfall 2022	2021	2020	2019	Bedömning	Trend
99,0%	99,0%	99,0%	98,0%		→

#### Senaste kommentar (2022-12-31):

Resultat inhämtat från Socialstyrelsens nationella undersökning - Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2022.


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

Utfall 2022	2021	2020	2019	Bedömning	Trend
100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		→

#### Senaste kommentar (2022-12-31):

Hemtjänsten utser alltid en personlig kontakt till brukare även om den inte alltid är dokumenterad i genomförandeplanen.


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

Utfall 2022	2021	2020	2019	Bedömning	Trend
48,6%	44,0%	100,0%	100,0%		↗

#### Senaste kommentar (2022-12-31):

Andel genomförandeplaner som klarat en granskning hösten 2022. Att resultatet inte ökat mer sedan föregående år kan förklaras med att det vid kontroll 2022 ställts högre krav av vad som betraktas som en genomförandeplan än tidigare.

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

Utfall 2022	2021	2020	2019	Bedömning	Trend
58,0%	62,0%	62,0%	71,0%		↘

#### Senaste kommentar (2022-12-31):

Resultat inhämtat från Socialstyrelsens nationella undersökning - Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2022. Accepterat värde är ej uppnått. Hylte kommun ligger i nivå med Hallands län och har bättre resultat än riket. Åtgärd är att alla ska en aktuell upprättad genomförandeplan

## Analys

Resultatet kopplat till Omsorg i hemmet, 2022, visar att omsorgstagarna är sammantaget nöjda med sin hemtjänst. Undersökningen visade positiva resultat där Hylte kommun står högt i relation till både riket och Halland. 95 procent av de svarande angav att de är sammantaget nöjda med sin hemtjänst. Genomsnittet i riket låg år 2022 på 86 procent och genomsnittet för Halland låg på 89 procent. Nyckeltalen för omsorg i hemmet har legat på en stadig nivå de senaste fem åren.

Under 2022 har myndigheten fattat 555 beslut gällande omsorg i hemmet, varav 4 har överskridit handläggningstiden på 4 veckor. Under 2021 fattades 804 beslut gällande omsorg i hemmet, inget beslut hade en handläggningstid på över fyra veckor. Anledningen till att 4 beslut överskred handläggningstiden förklaras med hög personalomsättning på omsorgskontoret. Att man fattat 555 beslut på myndighetsavdelningen gällande omsorg i hemmet jämfört med 804 beslut 2021 får betraktas som en återgång till normala beslutsnivåer, 2020 fatta man 535 beslut gällande omsorg i hemmet.

## 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. 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 förbättringsåtgärd är det grundläggande arbetet med genomförandeplaner och att ha en kontinuerlig uppföljning av denna så att omsorgstagaren får inflytande och delaktighet i de insatser som utförs. Leveransen av godkända, kvalitativa genomförandeplaner får betraktas som bristfällig även om trenden pekar i positiv riktning. En förklaring till detta är att omsorgskontoret avsevärt har höjt kraven i vad som betraktas som en godtagbar genomförandeplan. Hemtjänstindex som betygsätter och rangordnar kommuner i Sverige gällande hemtjänsten ger Hylte kommun generellt sett väldigt goda betyg, det området där Hylte kommun får lite mer mediokra siffror är tillgänglig information på kommunala sidor osv. Där har omsorgskontoret inlett arbetet att se över vad för information som ska finnas på hemsidorna samt se över innehållet för att öka relevansen av informationen.

## 5.2 Särskilt boende

Hyltes särskilda boenden är bemannade dygnet runt och finns belägna i Torup med 42 lägenheter fördelade på fyra enheter. Långaryd med 16 lägenheter och i Hyltebruk 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 (%)

Utfall 2022	2021	2020	2019	Bedömning	Trend
71,0%	85,0%	85,0%	83,0%		↘

#### Senaste kommentar (2022-12-31):

Resultat inhämtat från Socialstyrelsens nationella undersökning - Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2022. Acceperat målvärde är ej uppnått. En anledning till minskat resultat kan var en konsekvens av de restriktioner som rådde under pandemin och som i olika delar bestått.


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

Utfall 2022	2021	2020	2019	Bedömning	Trend
21	39	42	24		↗

#### Senaste kommentar (2022-12-31):

Mätningen gjordes våren 2022. Väntetiden är låg pga. en god tillgång till boendeplatser.


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

Utfall 2022	2021	2020	2019	Bedömning	Trend
90,0%	96,0%	98,3%	98,2%		↘

#### Senaste kommentar (2022-12-31):

Osedvanligt hög personalomsättning på myndighetsavdelningen, främst under årets första halva har påverkat arbetsbelastningen. Handläggarna har fått invänta intyg från sökanden och inte alltid haft tid att påskynda processen själva.


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

Utfall 2022	2021	2020	2019	Bedömning	Trend
91,0%	95,0%	95,0%	98,0%		↘

##### Senaste kommentar (2022-12-31):

Resultat inhämtat från Socialstyrelsens nationella undersökning - Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2022. Resultatet är nära målvärdet. Hylte kommun ligger i nivå över Hallands län och riket.


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

Utfall 2022	2021	2020	2019	Bedömning	Trend
100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		→

##### Senaste kommentar (2022-12-31):

Resultatet visar att alla omsorgstagare på särskilt boende har en personlig kontakt


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

Utfall 2022	2021	2020	2019	Bedömning	Trend
89,3%	95,0%	100,0%	100,0%		↘

##### Senaste kommentar (2022-12-31):

Att målvärde inte uppnåtts beror dels på nyinflyttningar samt att det vid kontroll 2022 ställs högre krav av vad som betraktas som en genomförandeplan samt att ett fåtal genomförandeplaner inte blivit reviderade. Kontrollen genomfördes november 2022.


#### ON10 Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - maten, andel (%)

Utfall 2022	2021	2020	2019	Bedömning	Trend
79,0%	74,0%	74,0%	66,0%		↗

##### Senaste kommentar (2022-12-31):

Nyckeltalet är kopplat till projektet hälsofrämjande perspektiv. Resultat är inhämtat från Socialstyrelsens nationella undersökning - Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2022. Resultatet är nära målvärdet. En anledning är en konsekvens av covid-19 och restriktioner att inte kunna äta tillsammans i större sällskap.


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

Utfall 2022	2021	2020	2019	Bedömning	Trend
62,0%	65,0%	65,0%	74,0%		↘

##### Senaste kommentar (2022-12-31):

Nyckeltalet är kopplat till projektet hälsofrämjande perspektiv. Resultat inhämtat från Socialstyrelsens nationella undersökning - Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2022. Målvärdet är ej uppnått. En anledning är en konsekvens av covid-19 och restriktioner att inte kunna äta tillsammans i större sällskap


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

Utfall 2022	2021	2020	2019	Bedömning	Trend
58,0%	69,0%	69,0%	74,0%		↘

##### Senaste kommentar (2022-12-31):

Nyckeltalet är kopplat till projektet hälsofrämjande perspektiv. Resultat inhämtat från Socialstyrelsens nationella undersökning - Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2022. Målvärdet är ej uppnått. En anledning är en konsekvens av covid-19. Sociala aktiviteter har skett enskilt och inte i grupp.


#### ON13 Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - möjligheten att komma utomhus, andel (%)

Utfall 2022	2021	2020	2019	Bedömning	Trend
47,0%	69,0%	69,0%	68,0%		↘

##### Senaste kommentar (2022-12-31):

Resultat inhämtat från Socialstyrelsens nationella undersökning - Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2022. Målvärdet är ej uppnått. En anledning är en konsekvens av covid-19.

#### ON25 Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - möjlighet påverka tider, andel (%)

Utfall 2022	2021	2020	2019	Bedömning	Trend
56,0%	54,0%	54,0%	61,0%		↗

### Analys

Resultatet kopplat till särskilt boende, 2022, visar att Hylte kommun ligger på något lägre nivå än både Halland och Riket i snitt (Laholm undantaget då de inte rapporterat in sina siffror) 71 % anger att de är mycket eller ganska nöjda på sitt boende i Hylte kommun medan siffran för Halland är 76% och för riket 75%. Det har skett en ganska signifikant minskning av resultaten på alla nivåer sedan mätningen 2020 och mycket av minskningen kan förklaras med pandemin som varit. Den stora minskningen för Hylte kommun är att fler äldre upplever att det varit svårare att komma ut vilket stämmer med tanke på alla karantänåtgärder som behövts. Sedan har andra siffror ökat från föregående år så som att man är mer nöjd med maten än man var tidigare.

Under 2022 beslutade myndigheten om 52 beslut gällande särskilt boende, av dessa har 5 beslut överskridit handläggningstiden på fyra veckor. Orsaker till dröjsmålet har varit inväntat intyg samt frånvaro hos omsorgshandläggare.

Väntetiden till särskilt boende har under året varit i genomsnitt 21 dagar vilket är en minskning i jämförelse med föregående år då resultatet var 39 dagar förklaringen ligger i ökad omsättning av platser.



## Förbättringsområden

Det är av största vikt att kontinuerligt arbeta med informationsinsatser kopplat till synpunkter och klagomål då dessa är viktiga informationskällor för att kommunen ska kunna förbättra, utveckla och förstärka de verksamheter som kommunen bedriver. Alla omsorgstagare ska ha en folder tillgänglig där de kan lämna synpunkter och klagomål, foldern ska också finnas att tillgå på kommunens särskilda boenden.

Ett förbättringsområde kopplat till nyckeltalen är möjligheten att påverka vilken tid man ska få hjälp. Nyckeltalet har en negativ trend och resultatet behöver förbättras med målet att öka den enskildes upplevelse av inflytande och självbestämmande i sin egen vård. I detta förbättringsarbete är upprättande av genomförandeplan ett viktigt redskap för den enskilde för att öka självbestämmandet och delaktigheten i utförandet av insatser.


Ett gott utbud av aktiviteter inom särskilt boende är viktigt för det individuella väl måendet och hälsan och är något som bör prioriteras framöver. En annan del är utvecklandet av utemiljön så att den blir trivsam plats att vistas i.

### 5.3 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.

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.


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

Utfall 2022	2021	2020	2019	Bedömning	Trend
97,0%	76,0%	100,0%	79,0%		↗

#### Senaste kommentar (2022-12-31):

Kommentar: Värdet är hämtat från den nationella brukarundersökningen inom funktionshinder 2022. Värdet är ett medelvärde av frågorna "Stöd och service i hemmet ON17- Andel som upplever god kvalitet i service- och omsorgsinsatser" och "Bostad med särskild service ON22 - Andel som upplever god kvalitet i service- och omsorgsinsatser". Medelvärdet ska spegla den sammantagna nöjdheten inom LSS.


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

Utfall 2022	2021	2020	2019	Bedömning	Trend
97,0%	76,0%	100,0%	79,0%		↗

#### Senaste kommentar (2022-12-31):

Kommentar: Värdet är hämtat från den nationella brukarundersökningen inom funktionshinder 2022. Värdet är ett medelvärde av frågorna "Stöd och service i hemmet ON17- Andel som upplever god kvalitet i service- och omsorgsinsatser" och "Bostad med särskild service ON22 - Andel som upplever god kvalitet i service- och omsorgsinsatser". Medelvärdet ska spegla den sammantagna nöjdheten inom LSS.


#### ON14 Stöd och service i hemmet - Andel som fått beslut inom åtta veckor (Serviceåtagande)

Utfall 2022	2021	2020	2019	Bedömning	Trend
96,0%	90,0%	89,3%	90,5%		↗

##### Senaste kommentar (2022-12-31):

Under 2022 har 4 beslut av 99 överskridit handläggningstiden på åtta veckor. Orsakerna i tre fall har varit att invänta intyg från externa parter samt i ett ärende pga. arbetsutskottets sammanträdestid.


#### ON15 Stöd och service i hemmet - Andel som upplever att de blir bemötta med respekt (Serviceåtagande)

Utfall 2022	2021	2020	2019	Bedömning	Trend
89,0%	93,0%				↘

##### Senaste kommentar (2022-12-31):

Värdet är hämtat från den nationella brukarundersökningen inom funktionshinder 2022. Bemötande och respekt är svåra och abstrakta ord för målgruppen. Frågan som avser att mäta bemötande är därför ställd i en förenklad form "Bryr sig personalen på din dagliga verksamhet om dig?". Resultatet avser endast daglig verksamhet.


#### ON16 Stöd och service i hemmet - Andel som får hjälp och stöd att planera och genomföra aktiviteter i sitt dagliga liv (Serviceåtagande)

Utfall 2022	2021	2020	2019	Bedömning	Trend
94,0%	81,0%				↗

##### Senaste kommentar (2022-12-31):

Värdet är hämtat från den nationella brukarundersökningen inom funktionshinder 2022. Frågan som avser att mäta nyckeltalet är "Får du den hjälp du vill ha i din dagliga verksamhet?". Resultatet avser endast daglig verksamhet


#### ON17 Stöd och service i hemmet - Andel som upplever god kvalitet i service- och omsorgsinsatser

Utfall 2022	2021	2020	2019	Bedömning	Trend
94,0%	81,0%				↗

##### Senaste kommentar (2022-12-31):

Värdet är hämtat från den nationella brukarundersökningen inom funktionshinder 2022. Vad som är av god kvalitet är en svår och abstrakt upplevelse för målgruppen. Frågan som avser att mäta nyckeltalet är därför ställd i en förenklad form "Får du den hjälp du vill ha i din dagliga verksamhet?". Resultatet avser endast daglig verksamhet

#### ON18 Bostad med särskild service - Andel som fått beslut inom åtta veckor (Serviceåtagande)

Utfall 2022	2021	2020	2019	Bedömning	Trend
100,0%	100,0%	100,0%	83,3%		→

##### Senaste kommentar (2022-12-31):

Av sex beslut har inget överskridit handläggningstiden på åtta veckor 2022.


#### ON19 Bostad med särskild service - Andel som upplever att de blir bemötta med respekt (Serviceåtagande)

Utfall 2022	2021	2020	2019	Bedömning	Trend
100,0%	86,0%				↗

##### Senaste kommentar (2022-12-31):

Värdet är hämtat från den nationella brukarundersökningen inom funktionshinder 2022. Bemötande och respekt är svåra och abstrakta ord för målgruppen. Frågan som avser att mäta bemötande är därför ställd i en förenklad form "Bryr sig personalen hemma om dig?".


#### ON20 Bostad med särskild service - Andel som har en personlig kontakt (Serviceåtagande)

Utfall 2022	2021	2020	2019	Bedömning	Trend
100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		→

##### Senaste kommentar (2022-12-31):

Resultatet visar att alla inom bostad med särskild service har en personlig kontakt 2022.


#### ON21 Bostad med särskild service - Andel upprättade genomförandeplaner (Serviceåtagande)

Utfall 2022	2021	2020	2019	Bedömning	Trend
100,0%	94,0%	100,0%	100,0%		↗

##### Senaste kommentar (2022-12-31):

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

#### ON22 Bostad med särskild service - Andel som upplever god kvalitet i service- och omsorgsinsatser (Serviceåtagande)

Utfall 2022	2021	2020	2019	Bedömning	Trend
100,0%	71,0%				↗

##### Senaste kommentar (2022-12-31):

Värdet är hämtat från den nationella brukarundersökningen inom funktionshinder 2022. Vad som är av god kvalitet är en svår och abstrakt upplevelse för målgruppen. Frågan som avser att mäta nyckeltalet är därför ställd i en förenklad form "Får du den hjälp du vill ha hemma?".

## Analys

Under 2022 beslutade myndigheten om 4 beslut gällande bostad med särskild service, samtliga beslut

har behandlats inom handläggningstiden på 8 veckor. Antal beslut gällande stöd och service i hemmet har under samma period varit 99 stycken, av dessa har 6 beslut överskridit handläggningstiden på 8 veckor. Orsaker till dröjsmålet har varit inväntat intyg samt orsaker hos den enskilde.

Utfallet gällande nyckeltalet "Andel som är nöjda med den hjälp och stöd de får inom LSS" är högre än föregående år 97% 2022 nöjda jämfört med 76% 2021. Resultatet är ett genomsnitt för frågorna "Stöd och service i hemmet - Andel som upplever god kvalitet i service- och omsorgsinsatser" och "Bostad med särskild service - Andel som upplever god kvalitet i service- och omsorgsinsatser". Detta för att medelvärden av frågorna ska spegla den sammantagna nöjdheten inom LSS.


## Förbättringsområden

Verksamheter kopplade till LSS har fått bra resultat i brukarundersökningen. Omsorgskontoret kommer under 2023 se över vilka framgångsfaktorer inom LSS arbetssätt som kan lyftas över och adapteras av andra delar av omsorgskontorets operativa funktion.

### 5.4 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 anhörigkonsulenterna har personliga samtal med anhöriga.


#### ON23 Anhörigstöd - Andel som fått en upprättad stödplan inom fyra veckor (Serviceåtagande)

Utfall 2022	2021	2020	2019	Bedömning	Trend
100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		→

#### Senaste kommentar (2022-12-31):

Resultatet för 2022 visar att alla har fått en upprättad stödplan inom 4 veckor.

#### ON24 Anhörigstöd - Nöjdhet, anhörigstöd i sin helhet (%) (Serviceåtagande)

Utfall 2022	2021	2020	2019	Bedömning	Trend
100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		→

## 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. Kvalitetsenheten erhåller datan från anhörigstöd

## Förbättringsområden

Kvalitetsenheten ser en svårighet i att man mäter nöjdhet hos sina brukare genom sin egna organisation så under 2023 kommer kvalitetsenheten ta över mätningen och skapa egna frågor som mäter nöjdheten på ett nytt vis kopplat till de nya nyckeltalen som togs av nämnd 2022.

## 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 2022 inkom det 16 synpunkter och klagomål som berört omsorgskontoret och dess verksamheter, i huvudsak äldreomsorgen. Synpunkterna har bland annat berört personalsituationen, städ och inköp samt hemtjänstens bilar.

Under 2021 inkom det 13 synpunkter/klagomål som har berört Omsorgskontoret och dess verksamheter, i huvudsak äldreomsorgen. Klagomålen har bland annat berört brister i omsorgen, felparkering av bilar inom hemtjänsten, öppning av dagcentralerna samt skötsel av utemiljön på särskilt boende.

### Analys

Alla synpunkter/klagomål som har inkommit till Omsorgskontoret har besvarats inom svarstiden på 14 dagar. Synpunkten/klagomålet har oftast hanterats av den som är verksamhetsansvarig, det vill säga enhetschefen. Omsorgskontoret har under året tydliggjort hanteringen av synpunkter och klagomål genom att införa användningen en utredningsrapport. Rapporten ska underlätta dokumentationen av vidtagna åtgärder och hantering samt diarieföras i ärendet.

### Förbättringsområden

Medborgarnas och omsorgstagarnas upplevelser av kommunens tjänster är en viktig informationskälla för att kommunen ska kunna förbättra, utveckla och förstärka de verksamheter som kommunen bedriver. Därför är det viktigt att fånga upp och dra lärdom av de synpunkter som inkommer. För att möjliggöra detta måste medborgare och omsorgstagare ha kännedom om hur man lämnar synpunkter/klagomål, vilket är ett ständigt förbättringsarbete

### 6.2 Avvikelser enligt SoL och LSS

Definitionen av en avvikelse enligt SoL/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 avvikelsehantering i enlighet med gällande lagstiftning, fastställda rutiner och processer. Avvikelserapporteringen 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.

Under 2022 rapporterades totalt 462 avvikelser enligt SoL/LSS, vilket är en ökning i jämförelse med år 2021 då 193 avvikelser rapporterades. Det områden där flest tillbud rapporterades under var fall som stod för mer än hälften av avvikelserna. Annat prominent område var också brister i vårdkedjan som stod för en tredjedel av alla avvikelser (brister i vårdkedjan är ofta kommunikationsbrister inom informationsöverföring antingen via teknik så som telefon eller elektronisk dokumentation eller muntlig informationsöverföring).

Under 2020 rapporterades totalt 370 avvikelser enligt SoL och LSS.

## 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.

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. Analys visar också att det har skett en större spridning av inrapporterade händelser än föregående år vilket visar att man blir mer precis i vad man rapporterar.

## Förbättringsområden

En uppgradering av det befintliga verksamhetssystemet Treserva implementerades under november 2021. Under 2022 har man börjat använda systemet tydligare med att rapportera in avvikelser. Under 2023 kommer omsorgskontoret tydligare instruera och följa upp hur chefer hanterar avvikelserna och vilka åtgärder som genomförs. När rapporteringen börjar bli tydlig är det viktigt att tillvarata den resursen i omsorgskontorets fortsatta kvalitetsarbete.

## 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 2022 rapporterades det en anmälan enligt lex Sarah till inspektionen för vård och omsorg. Upp till det här har omsorgskontoret gjort utredningar som inte lett till lex Sarah anmälningar till inspektionen för vård och omsorg.

## 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 Prioriteringar 2023**

- Implementering av verksamhetsmålen
- Implementering av arbetsmiljömålen
- Dokumentation - genomförandeplan
- Införa en serviceorganisation
- Införa sammanhållen HSL- organisation och skapa rutiner för trygg hemgång
- Ny struktur på intranätet med information och styrdokument
- Beslutet av nya nyckeltal kommer att innebära andra former av mätningar och statistik till nämnd
- Kompetensförsörjning
- Rätt till heltid och resursspass
- Se över omsorgskontorets information på hylte.se i samband med ombyggnad av denna
- Kompetenshöjande insatser, bland annat införandet av webutbildningar, metodrum samt nya rutiner för introduktionsutbildningar med särskilt utsedda handledare