



# Kvalitetsberättelse 2019

*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.....	7
4	Systematiskt förbättringsarbete.....	7
4.1	Risکانalyser.....	8
4.1.1	Internkontrollplan 2019.....	8
4.2	Egenkontroll.....	9
4.2.1	Nationella undersökningar.....	10
4.2.2	Ej verkställda beslut 2019.....	12
5	Omsorgsnämndens nyckeltal.....	13
5.1.1	Omsorg i hemmet.....	13
5.1.2	Särskilt boende.....	14
5.1.3	LSS.....	17
5.1.4	Anhörigstöd.....	18
6	Utredning av avvikelser.....	19
6.1	Synpunkter och klagomål.....	19
6.2	Avvikelser enligt SoL och LSS.....	20
6.3	Lex Sarah.....	21
7	Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet.....	21
8	Prioriteringar 2019.....	22



## 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), Lagen om stöd, 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 2020. 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 kvalitetsberättelser för arbets- och näringslivsnämnden (ANN) respektive barn- och ungdomsnämnden (BUN).

### 1.3 Vad är kvalitet?

Enligt 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, öppna jämförelser 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**

Resultatstyrning i Hylte betyder förenklat 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. Styrmodellen visar att nyckeltal ska arbetas fram för både fullmäktige och för kommunens nämnder samt tjänstemän.

Systematiskt kvalitetsarbete kan sammanfattas vid; HUR utvecklas och säkras verksamhetens kvalitet, VILKA åtgärder 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 ledningsgrupp 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 verksamheter ska leva upp till. För att på bästa sätt tillgodose individens behov och krav från lagstiftning, nationella och kommunala mål, samt ekonomiska ramar arbetar verksamheter 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 ska med stöd av ledningssystemet 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 ansvarig 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 avvikelser 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 individens 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 arbets- och näringslivskontoret (ANK) och barn- och ungdomskontoret (BUK) har arbetet kartlagts och fortskridit för att kunna skapa en gemensam öppenvård där socialtjänstens alla verksamheter samverkar.
- Gemensamma frukostmöten med omsorgskontoret, barn- och ungdomskontoret, arbets- och näringslivskontoret, samt elevhälsan för att lära känna varandra och informera om varandras verksamheter.
- Regelbundna enhetsmöten med enhetschefer för IFO barn, IFO vuxen samt myndighets- och kvalitetsenheten (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).
- 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 där fokus ligger på varje individs behov och god kvalitet i det arbete som utförs.

#### Förbättringsområden

Det pågår en gemensam upphandling mellan omsorgskontoret, IFO barn och unga samt IFO vuxen vad gäller ett gemensamt verksamhetssystem. Olika verksamhetssystem kan göra det svårt med samverkan, samt att bland annat få fram likvärdig avvikelse rapportering, problematik vid dokumentation mellan kontoren och verksamhetsstatistik.



## 4 Systematiskt förbättringsarbete

I det systematiska förbättringsarbetet läggs vikt vid förebyggande åtgärder som riskanalyser för att kunna förhindra att missförhållanden och andra avvikelser inträffar. Även egenkontroller betonas där den som bedriver verksamhet ska undersöka verksamhetens resultat och kontrollera kvaliteten. Därutöver ska inkomna rapporter, klagomål och synpunkter tas emot, utredas, sammanställas och analyseras för att säkra kvaliteten.

### 4.1 Riskanalyser

Hylte kommuns reglemente för internkontroll (sedan 2011) anger att det årligen ska antas nämndsvisa interna kontrollplaner. Kontrollplanerna ska revideras årligen utifrån en förnyad risk- och väsentlighetsanalys och för att kunna säga att den interna kontrollen fungerar krävs kontinuerlig uppföljning.

#### 4.1.1 Internkontrollplan 2019

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

ID	Rutin/process	Kontrollmoment	Risk-värde	Kontrollmetod	Acceptabel avvikelse	Frekvens	Resultat
1	Rekrytering	Antal vakanta tillsvidare-tjänster som inte kunnat tillsättas. Anställning av medarbetare utan relevant kompetens.	5	Enhetschefer rapporterar till kontorschef som sammanställer och redovisar i delårs- och bokslut.	0-15 procent	Jan, aug	Totalt har 0 tillsvidare-tjänster inte kunnat tillsättas under året.
2	Verkställighet vid beslut om bostad med särskild service	Antal icke verkställda beslut.	5	Rapportering om ej verkställda beslut till IVO.	0-5 procent av antal beslut	Kvartalsvis	Totalt 12 beslut och ett som inte gått att verkställa. 8 %





<b>3</b>	Hälsöfrämjande arbetssätt: Förebyggande och behandling av undernäring (SOSFS 2014:10)*	Nattfastemätning	<b>5</b>	Punktprevalensmätning	0 % (om inte särskilda skäl föreligger)	Två ggr/år	De boende har i snitt en nattfasta på 12 antal timmar.
<b>4</b>	Föreskrifter om basala hygienrutiner (SOSFS 2015:10) *	Följsamhetsmätning och statistik för vårdrelaterade infektioner, VRI	<b>4</b>	Punktprevalensmätning	0 %	Två ggr/år	72.7 % - basal hygien 87.2 % - klädregler

\*Presenteras också i Omsorgsnämndens Patientsäkerhetsberättelse.

## 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

Kontrollplanerna ska revideras årligen utifrån en förnyad risk- och väsentlighetsanalys och för att kunna säga att den interna kontrollen fungerar krävs kontinuerlig uppföljning. Detta behöver utvecklas för att skapa bättre förståelse för det fortsatta arbetet med internkontrollplan.

Resultatet för 2019 års internkontroll har analyserats med enhetschefer inom omsorgskontoret. Under våren 2020 kommer ett arbete med att ta fram en ny risk- och väsentlighetsanalys att påbörjas tillsammans med enhetschefer i samband med framtagandet av ny internkontrollplan. Tillsammans behöver vi bli bättre på att lyfta eventuella risker. Enhetscheferna behöver arbeta med att skapa samsyn och delaktighet tillsammans med medarbetarna i sina verksamheter. Detta arbete ligger till grund i arbetet med internkontrollen.

Risker som uppkommer, men som inte får tillräckligt högt riskvärde blir eventuella egenkontroller i verksamheterna.

## 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 vars uppföljning och analys baseras på resultat



från bland annat:

- Nationella undersökningar; ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2019?” 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 2019 har sociala dokumentationen granskats, både vad gäller myndighetsutövning, social journal/daganteckningar och genomförandeplaner för att identifiera eventuella brister- och risker i den dagliga dokumentationen.
- Loggkontroller av användare i verksamhetssystemet Treserva (en gång/månad).

## Förbättringsområden

Fortsätta med egenkontrollplaner för verksamheterna bättre ska kunna arbeta systematiskt med detta i verksamheterna. Ambitionen är också att delar av egenkontrollplanen ska kunna utformas gemensamt över nämnderna.

### 4.2.1 Nationella undersökningar

#### Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2019

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.

*Ur ”vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2019”*

#### Svarsfrekvens

	2018	2019	Differens
<b>Särskilt boende:</b>	42,7 % (44 personer)	50,6 % (45 personer)	+ 7,9 %
<b>Omsorg i hemmet:</b>	55,6 % (79 personer)	64,6 % (106 personer)	+ 9 %



## Analys

En analys kopplat till resultaten för ”vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2019” har genomförts med ansvariga enhetschefer på området. Enhetscheferna har ansvar att följa upp med sina medarbetare för att kunna arbeta vidare med resultaten i verksamheterna.

## Förbättringsområden

För att få fler att besvara enkäten har man under våren 2019 skickat ut ett informationsmaterial om undersökningen till omsorgstagare, närstående och medarbetare på omsorgskontoret. I resultatet för 2019 kan vi se att svarsfrekvensen ökat för särskilt boende och omsorg i hemmet. Hylte Kommun ligger över snittet för riket; 50,0 procent för särskilt boende och 60,1 procent för omsorg i hemmet. Under våren 2020 kommer informationsmaterial om enkäten skickas ut.

## Brukarundersökning funktionsnedsättning

2017 deltog omsorgskontoret för första gången i SKL:s nationella brukarundersökning som genomfördes mellan september-oktober. Undersökningen avser att mäta fyra kvalitetsområden: *självbestämmande, bemötande, trygghet och trivsel*. Undersökningen omfattar sju verksamhetsområden och riktar sig till vuxna personer med funktionsnedsättning inom boende, boendestöd och daglig verksamhet/sysselsättning enligt LSS och SoL, samt personligassistans. Syftet är att få kunskap om hur brukare upplever kvaliteten i verksamheterna.

### Inflytande (%)

<i>Brukaren får bestämma om saker som är viktiga</i>	2017	2018	2019	Alla kommuner
<b>Gruppboestad LSS</b>	<b>60</b>	<b>50</b>	<b>57</b>	<b>78</b>
<b>Daglig verksamhet LSS</b>	<b>43</b>	<b>45</b>	<b>75</b>	<b>73</b>
<b>Boendestöd SoL</b>	-	<b>57</b>	-	<b>83</b>
<b>Sysselsättning SoL</b>	<b>63</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>73</b>

### Rätt stöd (%)

<i>Brukaren får den hjälp som behövs</i>	2017	2018	2019	Alla kommuner
<b>Gruppboestad LSS</b>	<b>60</b>	<b>60</b>	<b>57</b>	<b>80</b>
<b>Daglig verksamhet LSS</b>	<b>100</b>	<b>64</b>	<b>92</b>	<b>84</b>
<b>Boendestöd SoL</b>	-	<b>71</b>	-	<b>84</b>
<b>Sysselsättning SoL</b>	<b>75</b>	<b>83</b>	<b>78</b>	<b>84</b>



## Analys

2019 finns resultat för tre verksamhetsområden presenterade; gruppboendestöd LSS, daglig verksamhet LSS och sysselsättning SoL. Resterande verksamhetsområden fick fem eller färre än fem svaranden. För att inte röja enskilda individers identitet presenteras inga resultat för dessa områden. Boendestöd hade 2017 färre än fem svaranden där av presenterades inga resultat för det området. Även i år har endast fem svarat under boendestöd och därför har resultatet inte valts att redovisas. Vi kan bland annat se att daglig verksamhet förbättrat sina resultat i år jämfört med förra året.

Resultatet för Hylte jämförs med övriga kommuner i landet. Genom landets resultat kan man på omsorgskontoret få en fingervisning om hur man ligger till i jämförelse med resterande kommuner och därefter arbeta med egna resultaten samt möjlighet att jämföra hur utvecklingen på omsorgskontoret ser ut från år till år.

## Förbättringsområden

En anledning till att svarsfrekvensen ökat och att resultat kunnat visas på fler områden kan vara att de oberoende frågeassistenter som var behjälpliga att fylla i enkäterna tillsammans med brukarna/deltagarna åkte till verksamheterna vid upprepade tillfällen för att få kontakt och ge dem möjlighet att svara på undersökningen vid flera tillfällen. Resultaten tas upp med medarbetare på respektive arbetsplats och ambitionen är att diskutera resultaten och skapa eventuella handlingsplaner för att kunna identifiera hur och vad verksamheterna behöver arbeta med och utveckla, samt hur de ska arbeta för att behålla goda resultat i verksamheterna.

### 4.2.2 Ej verkställda beslut 2019

Omsorgsnämnden är skyldig att rapportera in ej verkställda beslut till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) vad gäller beviljade insatser enligt SoL och LSS som inte verkställts inom tre månader efter beslut är fattat. 2019 rapporterades in totalt **16 icke verkställda beslut**, vilket kan jämföras med 2018 när det rapporterades 38 ej verkställda beslut till IVO.

## Analys

Anledningar till att beslut ej verkställts inom tre månader har varit att individen tackat nej till erbjudande, men också att saknats tillgängliga resurser/lämpliga uppdragstagare samt intyg från andra instanser. Beslut som ej verkställts har varit bland annat personlig assistans och boendestöd.



## 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.

### 5.1.1 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 är geografiskt uppdelat med två arbetsgrupper i Hyltebruk, två i Torup samt en arbetsgrupp i Unnaryd.

Nivå	Nyckeltal	2017	2018	2019	Måluppfyllnad
KF	Nöjdhet, hemtjänst i sin helhet	94	94	96	
KF	Personalkontinutet	14	12	15	

### *Serviceåtaganden*

Nivå	Nyckeltal	2017	2018	2019	Måluppfyllnad
ON	Andel som fått beslut inom fyra veckor	99,6	100	100	
ON	Bemötande	98	99	98	
ON	Andel som har en personlig kontakt	100	100	100	
ON	Andel upprättade genomförandeplaner	100	100	100	
ON	Möjlighet att påverka tider	66	74	71	



## Analys

Nyckeltalen för omsorg i hemmet har näst intill i alla resultat ökat sedan 2017. Ansvariga enhetschefer har under året gett löpande återkoppling till sina medarbetare på både APT och 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 2019 **529 stycken**, varav 1 beslut har haft en handläggningstid över fyra veckor. Orsaken var inväntan på ADL-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.

### 5.1.2 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.

Nivå	Nyckeltal	2017	2018	2019	Måluppfyllnad
KF	Nöjdhet, särskilt boende i sin helhet	91	87	83	
KF	Väntetid, särskilt boende (antal dagar från ansökningsdatum till erbjuden inflytt)	33	64	24	

## Serviceåtaganden

Nivå		2017	2018	2019	Måluppfyllnad
ON	Andel som fått beslut inom fyra veckor	99,9	96,3	98,2	



<b>ON</b>	Bemötande	<b>96</b>	<b>97</b>	<b>98</b>	
<b>ON</b>	Andel som har en personlig kontakt	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	
<b>ON</b>	Andel upprättade genomförandeplaner	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	
<b>ON</b>	Möjlighet att kunna påverka tider	<b>78</b>	<b>68</b>	<b>61</b>	

## Analys

Antal beslut fattade för särskilt boende var 2019 **56 stycken**, varav 1 beslut har haft en handläggningstid över fyra veckor. Orsaken har varit hög arbetsbelastning och därför svårighet att få till hembesök. 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 **24 dagar**. Förra året var resultatet 64 dagar. Anledning var att omsorgstagare tackat nej till den erbjudna platsen då boendet inte var det boende som man önskat flytta till. Under 2019 har man mätt från första ansökningsdatum till erbjuden inflytt.

## 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. Vilken information och hur denna skulle kunna se ut har diskuterats. Ett förslag är att ha en låda i varje verksamhet där synpunkter och klagomål lämnas. Tydligt ska det stå vad det innebär och hur man går tillväga. En generell folder för synpunktshantering finns för Hylte Kommun. Det är önskvärt om denna folder delas ut i samband med inflytt på särskilt boende.

Enligt rapportering om personlig kontakt har alla omsorgstagare en utsedd sådan och deras uppdrag har tydliggjorts än mer och implementerats på APT och vård- och omsorgsplaneringsmöten (VOP). Medarbetarna kommer under 2020 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.



## 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:

Nivå	Nyckeltal	2017	2018	2019	Måluppfyllelse
ON	Andel nöjda med hur maten smakar	80	68	66	
ON	Måltiden är en trevlig stund på dagen	75	61	74	
ON	Nöjdhet kring de aktiviteter som anordnas på boendet	85	80	74	
ON	Möjlighet att komma utomhus	78	70	68	

## 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.

Omsorgstagarna väljer om de vill sitta tillsammans i de gemensamma utrymmena vid måltider eller om de vill sitta och äta i sin lägenhet. Arbete pågår att hela tiden 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.

## Förbättringsområden

Flera upplever måltiden som en trevlig stund på dagen men färre andel är nöjda med hur maten smakar. Det är viktigt att arbeta vidare med att försöka skapa en tilltalande måltidsmiljö. 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. Vad förväntar man sig att det ska finnas i utemiljön och vad önskar man mer av där man bor.





### 5.1.3 LSS

Verksamhetsområdet LSS består av två bostäder med särskild service med vardera sex lägenheter samt en servicebostad med fyra lägenheter. Området består också av tre dagliga verksamheter med möjlighet till utflyttad daglig verksamhet, samt ett korttidsboende för barn och ungdomar. Verksamhetsområdet utför även personlig assistans, samt insatser som kontaktperson, ledsagarservice och avlösarservice i hemmet och stödfamilj.

Nivå	Nyckeltal	2017	2018	2019	Måluppfyllelse
KF	Andel nöjda med den hjälp och stöd de får	64,25	69	79*	

\*Värdet 2019 är uträknat genom att slå ihop alla positiva ja svar i brukarenkäten dividerat med antal frågor.

Det är tredje året som omsorgskontoret deltar i den nationella brukarundersökningen funktionshinder, men vissa av nämndens nyckeltal gällande bostad med särskild service och stöd och service i hemmet har inte gått att uppfylla eftersom de frågor som ställs i den nationella brukarundersökningen funktionshinder har inte motsvarat kommunens nyckeltal. Det handlar bland annat om nyckeltal som ”andel som upplever att de blir bemötta med respekt (se tabell nedan).

#### Förbättringsområden

Ansvariga enhetschefer inom LSS/socialpsykiatri har under 2019 tagit upp diskussionen om nuvarande och eventuell revidering av nyckeltal med sina medarbetare på arbetsplatsträffar (APT). Under 2020 är det önskvärt om en eventuell revidering av nyckeltal.

#### Bostad med särskild service

Nivå	Nyckeltal	2017	2018	2019	Måluppfyllelse
ON	Andel som får beslut inom åtta veckor	100	100	83.3	
ON	Andel som har en personlig kontakt	100	100	100	
ON	Andel upprättade genomförandeplaner	100	100	100	
ON	Andel som upplever att de blir bemötta med respekt	-	-	-	
ON	Andel som upplever god kvalitet i service- och omsorgsinsatser	-	-	-	

#### Stöd och service i hemmet

Nivå	Nyckeltal	2017	2018	2019	Måluppfyllelse
ON	Andel som får beslut inom åtta veckor	87	94.2	90.5	



<b>ON</b>	Andel som har en personlig kontakt	-	-	-	
<b>ON</b>	Andel upprättade genomförandeplaner	-	-	-	
<b>ON</b>	Andel som upplever att de blir bemötta med respekt	-	-	-	
<b>ON</b>	Andel som upplever god kvalitet i service- och omsorgsinsatser	-	-	-	

### Analys

Antal beslut fattade för bostad med särskild service var 2019 **12 stycken**. 83,3 procent fick beslut inom åtta veckor. Antal beslut fattade för insatser för stöd och service i hemmet service var 2019 **74 stycken**. 90,5 procent fick beslut inom åtta veckor.

Det som överstigit handläggningstiden på åtta veckor berodde på ökad arbetsbelastning, vakanser samt inväntan av intyg/andra insatsers beslut.

### Förbättringsområden

I samband med den kommande översynen av omsorgsnämndens riktlinjer för insatser enligt LSS som ska påbörjas och ses över 2020 kommer nuvarande utredningstid på åtta veckor för ärenden som handläggs enligt LSS att ses över och eventuellt revideras. För de nyckeltal där det i dagsläget inte finns resultat att presentera ska man se över och revidera dessa under 2020 tillsammans med ansvariga enhetschefer, samt medarbetare i verksamheterna.

#### 5.1.4 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.

### Serviceåtaganden

Nivå	Nyckeltal	2017	2018	2019	Måluppfyllelse
<b>ON</b>	Andel som fått en stödplan inom fyra veckor	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	
<b>ON</b>	Nöjdhet, anhörigstöd i sin helhet	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	



## Analys

Mätning av total nöjdhet utförs en gång per år för de ärenden som är aktiva inom anhörigstöd. 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.

## Förbättringsområden

En dialog har först med kommunens anhörigkonsulent under 2019 gällande dagens nyckeltal och eventuell revidering och utveckling av nuvarande under 2020.

## 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

Klagomål avser att någon klagar på att verksamheten inte uppnår kvalitet. Med synpunkter avses övrigt som till exempel förslag på förbättringar. De mottagna klagomål- och synpunkterna på verksamhetens kvalitet ska utredas och utredningen ska leda till att den som bedriver verksamhet ska kunna ta ställning till om det förekommit avvikelser i verksamheten.

Under 2019 har det totalt inkommit **19 stycken** synpunkter/klagomål/frågor som berört omsorgskontoret och dess verksamheter. Fyra var riktade till LSS-verksamheterna och rörde bland annat habiliteringsersättning. 11 stycken rörde särskilt boende med miljö, omvårdnad och rökning. Två stycken gällde omsorg i hemmet, ett ärende hemsjukvård och anhörigstöd. Ett ärende var en allmän synpunkt till omsorgskontoret. 2018 inkom det totalt 24 synpunkter/klagomål/frågor.

## Analys

Alla inkomna synpunkter/klagomål/frågor har besvarats inom svarstiden på 14 dagar där ansvarig för verksamheten, oftast ansvarig enhetschef kontaktat personen som lämnat in synpunkten.



## Förbättringsområden

Flertalet synpunkter som inkom under året var riktade mot samma verksamhetsområde och det finns en ambition att under 2020 följa upp synpunkterna på ett djupare plan genom att dessa delvis blir utgångsläge när Kvalitetsutvecklare och Medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) planerar för en granskning i verksamheter för att identifiera eventuella risker- och brister, eventuella förbättringsområden och åtgärder. Eventuella risker- och brister kan därefter möjligtvis lyftas in i en egenkontrollplan alternativt i den årliga internkontrollplanen.

## 6.2 Avvikelse 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 avvikelsehantering i enlighet med gällande lagstiftning, fastställda rutiner och processer. Avvikelseberättelserna är en grundläggande del i kvalitetsarbetet för att minska risker för missförhållanden. Omsorgskontorets alla verksamheter arbetar idag med avvikelseberättelser i verksamhetssystemet Treserva. De avvikelser som tillhör hälso- och sjukvården (HSL) redovisas i nämndens patientsäkerhetsberättelse.

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

Under 2018 var det totalt **196 avvikelser** gällande SoL och LSS. De områden som berördes flest var även då omvårdnad, brister i vårdkedjan och utebliven insats SoL/LSS.

De ofullständigt och eller felaktigt ifyllda avvikelseberättelserna ökar, 2017 var dessa avvikelser 16 stycken och 2018 ökade dessa till 70 stycken. Under 2019 var det totalt 115 stycken som var ofullständigt och eller felaktigt ifyllda.

### Analys

Det finns variation i hur man fyller i avvikelser i verksamhetssystemet Treserva, där flera är ofullständiga och eller felaktigt ifyllda avvikelseberättelser. Medarbetarna är dock duktiga på att göra avvikelser även fast viss information saknas. Felaktigt och ofullständiga avvikelseberättelser innebär svårigheter att följa upp kvalitet i verksamheterna. En korrekt ifylld avvikelseberättelse är avgörande för både enhetschef och arbetsgrupp tillsammans ska



kunna se samband med andra avvikelser som gjorts i verksamheten och därmed kunna få möjlighet att identifiera olika brister- och risker, som sedan kan åtgärdas.

### Förbättringsområden

Under 2019 infördes en ny testversion i avvikelserapporteringssystemet Treserva. På grund av byte av tjänst så har metodstöd/utbildning för avvikelshantering inte genomförts. Ny upphandling av verksamhetssystem beräknas vara klar hösten 2020. Därefter väntar tid för implementering och utbildning i hur det nya systemet fungerar och hur avvikelserapporten ska fyllas i. Tanken är att respektive enhetschef har ansvar för att sprida kunskap vidare till sina medarbetare.

### 6.3 Lex Sarah

Lex Sarah är en del av det systematiska kvalitetsarbetet, och syftet med bestämmelserna är att verksamheten ska utvecklas och missförhållanden ska rättas till. Det är viktigt att komma till rätta med brister i verksamheten och förhindra att liknande missförhållanden uppkommer igen. Enligt bestämmelser om lex Sarah ska:

- Medarbetare genast rapportera missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden till den som bedriver verksamheten.
- Den som bedriver verksamheten ska utan dröjsmål utreda, dokumentera och avhjälpa eller undanröja missförhållandet eller den påtagliga risken för missförhållandet.
- Den som bedriver verksamheten, om missförhållandet eller den påtagliga risken för missförhållandet är allvarligt, snarast anmäla det till IVO.
- Den som tar emot rapporten ska informera de som omfattas av rapporteringsskyldigheten om denna skyldighet.

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

### Analys

Det är av relevans att identifiera risker och arbeta mer förebyggande för att förhindra att avvikelser och därmed lex Sarah anmälningar sker i verksamheterna. Skulle de finnas ett samband mellan de lex Sarah anmälningar som gjorts och att det samtidigt rapporterats flertalet avvikelser inom samma område är det av relevans att arbeta aktivt med de risker- och



brister som angetts i avvikelserna för att få till ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete i verksamheterna.

## **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 Prioriteringar 2020**

- De nyckeltal som omsorgsnämnden fattat beslut om kommer att ses över och vid behov revideras tillsammans med ansvariga enhetschefer och medarbetare från verksamheterna.
- Det har uppkommit från medarbetare i olika verksamheter att det finns behov av dokumentationsutbildning gällande SoL och LSS. Utbildning ska gälla enhetschefer och medarbetare.
- Det kommer påbörja ett förbättringsarbete våren 2020 gällande att se över arbetet med genomförandeplan.
- Fortsatt uppbyggnad av ledningssystemet. Grundprinciperna i systemet är klara och under 2020 är det önskvärt att dessa ska revideras i mindre delprocesser.
- Uppbyggnad av processkartläggning för gemensam öppenvård.
- Utökad kompetensutveckling vad gäller avvikelser i verksamheterna.



- Analysdagar hösten 2020.
- Fortsätta genomföra egenkontroll riktat mot social dokumenten.
- Omsorgsnämnden har tagit beslut om att införa personligt ombud.
- Fortsatt arbete med digitalisering i verksamheterna.
- IBIC (Individens behov i centrum) ska införas vid handläggning.