



EKERÖ KOMMUN

Kvalitetsberättelse 2022, socialnämnden

SN23/25

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| Inledning..... | 2 |
| Bakgrund..... | 2 |
| Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete..... | 2 |
| Vad är kvalitet?..... | 3 |
| Ansvar och roller i kvalitetsarbetet..... | 3 |
| Processer och rutiner..... | 4 |
| Socialförvaltningens kvalitetsarbete 2022..... | 5 |
| Utslag i domstolar under 2022, enheten för personer med funktionsnedsättning..... | 6 |
| Avtals-/kvalitetsuppföljningar 2022..... | 7 |
| Systematiskt förbättringsarbete..... | 8 |
| Riskanalyser..... | 8 |
| Internkontroll..... | 8 |
| Egenkontroller..... | 9 |
| Ej verkställda beslut..... | 9 |
| Nationella resultat och brukarundersökningar..... | 9 |
| Kommunens kvalitet i korthet..... | 10 |
| Brukarundersökning socialförvaltningen – myndighetsutövning & placerade barn..... | 10 |
| Brukarundersökning placerade barn..... | 11 |
| Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?..... | 12 |
| Utredning av avvikelser..... | 13 |
| Synpunkter och klagomål..... | 13 |
| Avvikelser enligt SoL och LSS..... | 14 |
| Lex Sarah..... | 17 |

Inledning

Socialnämndens kvalitetsberättelse syftar till att redovisa en samlad bild av hur nämnden det gångna året har arbetat med att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten, vilka åtgärder som vidtagits inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet samt uppnådda resultat.

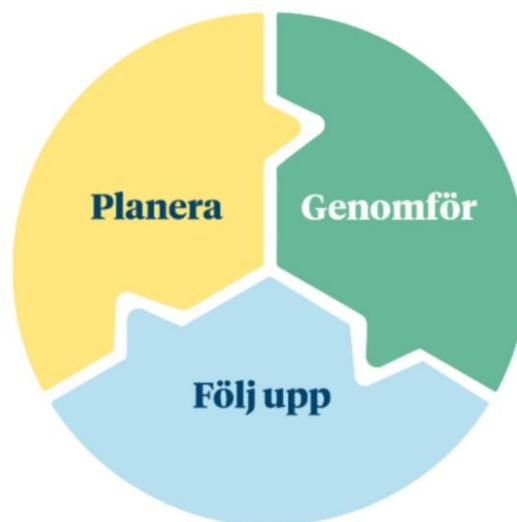
Kvalitetsarbetet som avser hälso- och sjukvård presenteras separat i socialnämndens patientsäkerhetsberättelse.

Bakgrund

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Socialnämnden ansvarar för kommunens uppgifter vad gäller äldreomsorg, insatser till personer med funktionsnedsättning samt individ- och familjeomsorg. Nämnden ansvarar även för mottagandet av nyanlända invandrare och ensamkommande asylsökande barn.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9 ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet ska stödja verksamhetens arbete med att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Ett välfungerande ledningssystem innebär att det finns en organisatorisk struktur för verksamheten med ett uttalat och tydligt ansvar, dokumenterade rutiner, samt identifierade processer och rutiner för uppföljning.





Vad är kvalitet?

Enligt SOSFS 2011:9 definieras kvalitet som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för en verksamhet enligt:

- Lagar och föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade, samt
- Beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Krav på kvalitet i verksamheten och uppföljning finns på flera nivåer, nationell-, kommunal-, nämnds- och enhetsnivå.

Ansvar och roller i kvalitetsarbetet

Socialnämnden

Socialnämnden har ett övergripande ansvar för att det finns ett ledningssystem för kvalitet för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.

Förvaltningschef

Förvaltningschef har på nämndens uppdrag ett övergripande tjänstemannaansvar för verksamheten och för att det ska finnas en organisation och förutsättningar för det systematiska kvalitetsarbetet.

Verksamhetschef

Verksamhetscheferna ansvarar inom verksamhetsområdet bland annat för att:

- Leda och utveckla sina verksamheter
- Skapa förutsättningar för ett systematiskt kvalitetsarbete i verksamheterna.

Enhetschef

Enhetscheferna ansvarar bland annat för att:

- Skapa förutsättningar för ett systematiskt kvalitetsarbete inom verksamheten.
- Definiera, följa upp och redovisa verksamhetens kvalitet samt,
- Arbeta för ständiga förbättringar och åtgärda fel och brister i verksamheten.

Medarbetare

Medarbetarna ansvarar bland annat för att:

- Vara engagerade och ta initiativ till verksamhetens utveckling samt,
- Arbeta för ständiga förbättringar, rapportera, åtgärda fel och brister i verksamheten.

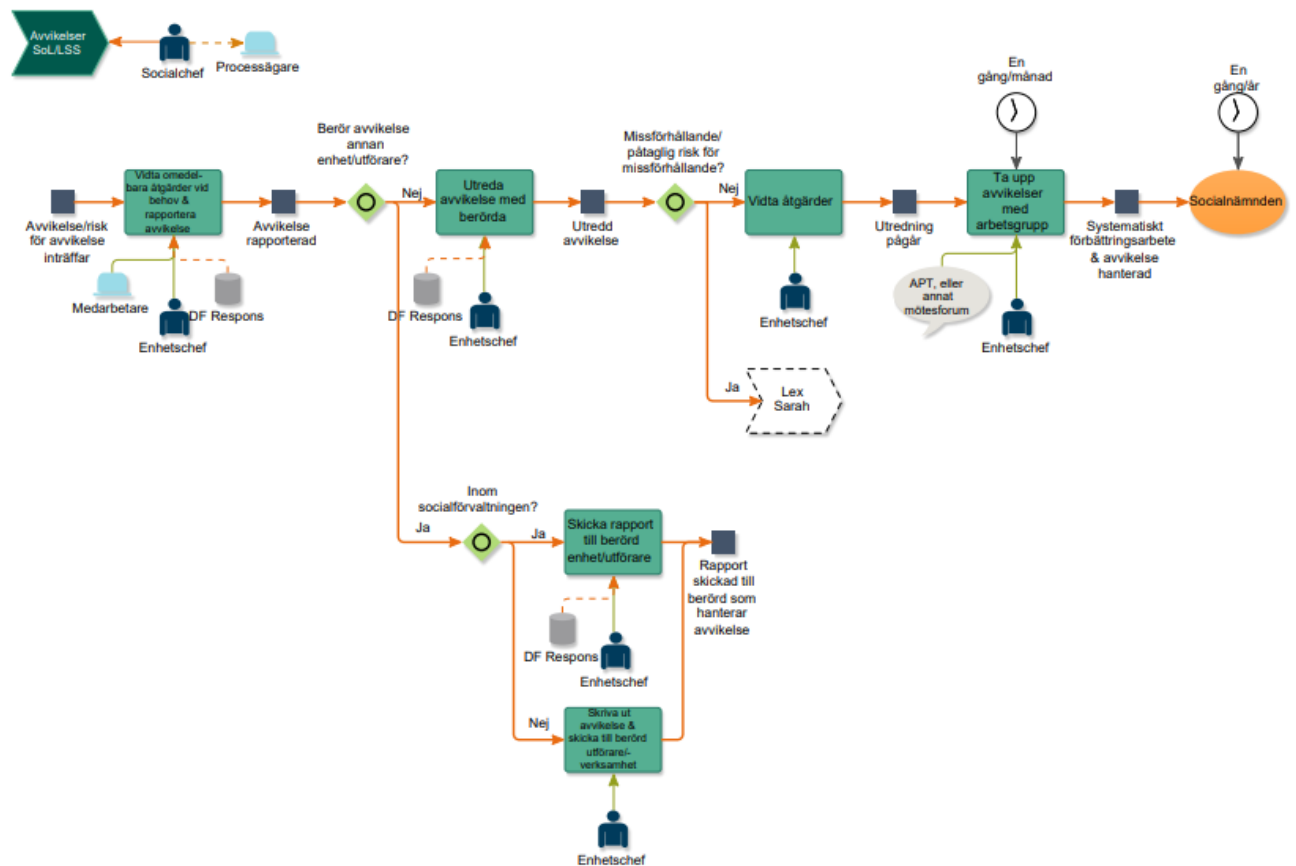
Externa utförare

Privata utförare ska bedriva sitt eget kvalitetsarbete, det följer av socialtjänstlagen (2001:453), samt av de avtal och förfrågningsunderlag som ligger till grund för de uppdrag som socialnämnden har lämnat till utförarna.

Processer och rutiner

Den som bedriver verksamhet ska bedöma vilka processer och rutiner som behövs för att säkra att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten.

Processer är byggstenar och grunden i ledningssystemet och ska användas för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Inom ramen för införandet av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete i det digitala verktyget Stratsys har samtliga myndighetsenheter och stabens arbetsprocesser setts över och revideras under året. Vidare har största delen av egenregiverksamheternas arbetsprocesser kartlagts.



Utdrag av processen *Avvikelse SoL/LSS*

Under senare delen av 2022 har process för återkommande utbildningar inom socialförvaltningen börjat ta form. Socialförvaltningen har ambition att erbjuda återkommande utbildningar inom olika områden för medarbetare i syfte att höja kvaliteten, bibehålla och hålla kunskapen levande i verksamheterna. Årshjulet för de återkommande utbildningarna behöver kompletteras utifrån verksamhetsområdenas behov samt tillgängliggöras och delges till samtliga inom förvaltningen.

Sedan 2021 fram till senare delen av 2022 har ett projekt gällande social dokumentation inom egen regiverksamheterna pågått som innefattat bland annat kartläggning av kunskap och kompetens, upprättade av rutin samt utbildningssatsningar på området. Målet var att samtliga medarbetare skulle erhålla kompetens och förutsättningar att dokumentera enligt



gällande lagar, föreskrifter och lokala rutiner. Projektet har inneburit en större förändringsresa för flertalet verksamheter som gått från att dokumentera på papper till att dokumentera digitalt i verksamhetssystemet Pulsen Combine. Projektet är avslutat och övergått till förvaltning med stöd av upprättad rutin och egenkontroll. Utbildning på området kommer fortsättningsvis erbjudas centralt i förvaltningen en gång per år.

Vidare har *riktlinjer* och andra dokument upprättats och reviderats under 2022, däribland:

- Riktlinjer för våld i nära relationer
- Rutin för social dokumentation, egen regi
- Rutin för gåvor och arv
- Sekretessförbindelse

Därtill har enhetsspecifika rutiner och andra dokument identifierats i samband med kartläggningar av arbetsprocesser, nya dokument har upprättats och reviderats. Inom individ- och familjeomsorgen har översyn av rutiner och dokument varit ett stort fokus med anledning av genomförd omorganisering.

Utvecklingsområde 2023

Resterande arbetsprocesser för egen regi, främst inom hälso- och sjukvård och särskilt boende för äldre ska kartläggas för att samla samtliga processer i systemstödet Stratsys. Processer ska revideras vid behov, om ändringar i lag eller förändring i arbetssätt sker och är ett ständigt pågående arbete. Det saknas idag en överskådlig och tillgänglig publicering av processer och rutiner. Det innebär att medarbetare inte kan se och följa sina arbetsprocesser. Under året finns en ambition att tillgängliggöra processer på Ekerö kommuns intranät för ökad tillgänglighet.

Det kommer under året fortsatt vara fokus på att skapa förvaltningsgemensamma rutiner och riktlinjer. Upprättande av rutin för hantering av enskildas privata medel inom egen regi pågår och vidare kommer styrdokumentet för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete revideras.

Socialförvaltningens kvalitetsarbete 2022

Nedan redovisas ett urval av genomförda aktiviteter och fokusområden på socialförvaltningen under 2022 i syfte att vidareutveckla och förbättra kvaliteten i verksamheten.

Övergripande

- Arbetet med implementering av barnkonventionen har fortgått inom projektet "Barnrättsresan".
- Sedan omorganisationen från beställar-utförarorganisation till socialförvaltning 2020 har förvaltningen arbetat med att ta fram en styrmodell i syfte att förenas i ett gemensamt arbetssätt för förvaltningens arbete med verksamhet, ekonomi och



kvalitet. Samtliga chefer har introducerats till styrmodellen och under 2023 kommer den implementeras i samtliga verksamheter.

Funktionsnedsättning

- Kostnader för bostad med särskild service har analyserats genom att utgå från brukarnas individuella behov och jämföra det med den faktiska resursförbrukningen.
- Utvärdering av aktivitetshuset Helios som tar emot personer med biståndsbeslut om sysselsättning och arbetssupport samt personer inom ramen för öppen verksamheten har genomförts med deltagare/brukare personal, handläggare och andra berörda.

Individ- och familjeomsorg

- Pilotprojektet Samordnad familjeplan som syftar till att underlätta för familjer som har kontakt med flera enheter inom socialförvaltningen samt till att förbättra samverkan har fortgått under året. Projektet ska under kommande år utvärderas för beslut om modellen ska ingå i ordinarie verksamhet.
- Medarbetare på vuxenenheten som arbetar mot nyanlända har genomgått utbildning i social dokumentation under året för att säkerställa kvalitet och rättssäkerhet för klienterna.

Äldreomsorg

- Det särskilda boendet Söderströmsgården har deltagit i utbildningar för Silviacertifiering och har under hösten erhållit certifiering.
- Den öppna verksamheten Seniorliv har fortsatt utvecklats med ett flertal aktiviteter bland annat eventen Seniordagen och de Gamlas dag.
- Beslut om att avveckla möjligheten till anhöriganställningar inom hemtjänsten har fattats av socialnämnden under 2022.

Utslag i domstolar under 2022, enheten för personer med funktionsnedsättning

Nämnden har önskat statistik över överklagningar inom funktionsnedsättning för 2022, vilket redovisas nedan.

Under 2022 har 28 ärenden överklagats av enskilda till domstol, där merparten har avgjorts i Förvaltningsrätten. Ett fåtal har gått vidare för avgörande i Kammarrätten eller Högsta förvaltningsdomstolen, det vill säga till en högre instans.

I nuvarande rutiner informerar handläggarna den enskilde om rätten att överklaga ett beslut som går hen emot. Flest mål har avsett hemtjänst och boendestöd och i 7% har den enskilde fått delvis rätt gentemot kommunen. Ur detta kan följande slutsats dras: kommunen får rätt eller delvis rätt i 93% av de överklagade besluten, vilket visar att verksamhetsområdet följer gällande tolkning av lagstiftningen i sin bedömning av brukares behov. Domsluten visar vidare att befintliga riktlinjer och arbetssätt ligger i linje med rättspraxis och utifrån lagstiftningen.



Avtals-/kvalitetsuppföljningar 2022

En uppföljningsplan skapas varje år med vilka avtals-/kvalitetsuppföljningar som ska genomföras. Syftet är bland annat att ta reda på hur väl utföraren lever upp till krav på god kvalitet och i avtal, samt bidra med förslag på förbättringsåtgärder som bidrar till ökad kvalitet i verksamheten.

Under 2022 har följande uppföljningar genomförts:

Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS (inklusive hälso- och sjukvård)

Uppföljning genomfördes under hösten riktat mot kommunens egenregiverksamheter samt enheter upphandlade enligt LOU (lagen om offentlig upphandling) i Ekerö kommun. Den sammantagna bedömningen är att det ges en god vård och omsorg inom bostad med särskild service enligt LSS. Det identifierades vissa förslag på förbättringsåtgärder inom verksamheterna som:

- Behov av förbättrad struktur för individuella kompetensutvecklingsplaner (t.ex. enhetliga mallar) inom egen regi.
- En eventuell underrapportering gällande avvikelser inom egen regi ses, där enbart 90 avvikelser enligt LSS och HSL har rapporterats under 2022.
- Utvärdering av samverkansmöten som införts under 2022 mellan Attendo och socialförvaltningen.

Daglig verksamhet enligt LSS (inklusive hälso- och sjukvård)

Uppföljningen genomfördes under hösten riktat mot daglig verksamhet egen regi. Den sammantagna bedömningen är att det ges en god vård och omsorg inom daglig verksamhet enligt LSS. Det identifierades förslag på förbättringsåtgärd inom verksamheten som:

- En eventuell underrapportering gällande avvikelser inom daglig verksamhet ses, där enbart 17 avvikelser enligt LSS och HSL har rapporterats under 2022.

Särskilt boende för äldre enligt SoL (inklusive hälso- och sjukvård)

Uppföljning genomfördes under våren riktat mot kommunens egen regi verksamheter samt enhet upphandlade enligt LOU i Ekerö kommun. Den sammantagna bedömningen är att det ges en god vård och omsorg samt säker hälso- och sjukvård. Det identifierades vissa förslag på förbättringsåtgärder som:

- Rutin för hantering av enskildas privata medel behöver tas fram för egen regi.
- Inom området social dokumentation har flertalet kompetenssatsningar genomförts inom egen regi som bör förvaltas vidare. Vidare bör arbetet med att få genomförandeplaner att vara ett levande dokument inom Attendo arbetas vidare med. Fokus under 2022 på hur boenden får stöd och hjälp med sin munhygien.



Ramavtalsuppföljning korttidsvistelse och daglig verksamhet enligt LSS

Ekerö kommun har upphandlat ett gemensamt ramavtal tillsammans med Vaxholm kommun, Sigtuna kommun, Sundbybergs stad, Upplands-Bro kommun och Upplands-Väsby kommun. Under hösten har uppföljning skett på två dagliga verksamheter genom fysiska platsbesök av kvalitetsutvecklare, avtals- och boendesamordnare och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) efter att verksamheterna besvarat en enkät.

De sammantagna bedömningarna är att verksamheterna möter avtalets krav och bedöms i helhet vara fungerande verksamheter med tydliga arbetsätt, metoder och rutiner. De arbetar systematiskt med riskanalyser, egenkontroller och hantering av avvikelser. Det har identifierats vissa förslag på förbättringsåtgärder gällande hälso- och sjukvård som verksamheterna bör arbeta vidare med för en ökad patientsäkerhet, men inga behov av vidare åtgärder krävs utifrån uppföljningarna.

Utvecklingsområden 2023

Ett arbete med att följa upp uppdragstagare (t.ex. familjehem, stödboende) inom individ- och familjeomsorgen ska påbörjas.

Systematiskt förbättringsarbete

För att säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt med att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten krävs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete. I förbättringsarbetet läggs vikt vid förebyggande åtgärder, som riskanalyser för att 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 avvikelserapporter, klagomål och synpunkter tas emot, utredas, sammanställas och analyseras för att säkra kvaliteten.

Riskanalyser

Att analysera risker är ett arbete som syftar till att vidta förebyggande åtgärder innan något har inträffat och ska också ses som en del i arbetet med ständiga förbättringar.

Olika typer av riskanalyser har skett återkommande i verksamheterna i samband med organisationsförändringar, förändrat arbetsätt, riskbedömningar kring brukare, utveckling av arbetsmetoder, i samband med kartläggning av arbetsprocesser och i utredning av avvikelser. Ett arbete att dokumentera riskanalyser och åtgärda risker som identifieras pågår kontinuerligt.

Internkontroll

Internkontrollplanen för 2022 har omfattat 14 kontrollområden, varav de flesta följdes upp i maj. De områden som påvisade förbättringsbehov följdes upp på nytt i oktober, tillsammans med kvarstående kontrollområden.

Uppföljningen har visat att fastställda processer och rutiner till största del efterlevs. De kontrollområden som rör myndighetsutövningen, så som beslut om att inleda/inte inleda

utredning fattas inom lagstadgad tid och att barn och ungdomar känner sig delaktiga i beviljad behandlingsinsats, visar generellt bäst resultat.

Vid uppföljningen i maj hade kontrollområdet *"upprättad handlingsplan finns i ärenden där individen är aktuell för en handlingsplan som pågått sex månader eller längre inom ekonomiskt bistånd"* ett icke tillfredställande resultat. Vid den kompletterande kontrollen i oktober visade området ett något förbättrat resultat.

Vissa kontrollområden, bland annat *"representation, kurser/konferenser och uppvaktning"* och *"barns delaktighet i övervägande/omprövning"* följdes inte upp i maj utan enbart i oktober. Uppföljningen av områdena påvisade till största del ett tillfredställande resultat.

Egenkontroller

Egenkontroll syftar till att följa upp och utvärdera den egna verksamhetens resultat. Egenkontroll kan innefatta jämförelser av resultat från bland annat öppna jämförelser, inkomna synpunkter och klagomål och granskningar.

Egenkontroller ska genomföras utifrån verksamhetens individuella behov och med den frekvens och omfattning som krävs för att säkra kvaliteten. Exempel på egenkontroller som genomförts är bland annat loggkontroller i verksamhetssystemet Pulsen Combine, analys av rapporterade avvikelser inom verksamheterna och granskning av social dokumentation (genomförandeplan och journal). Mallar för granskning av dokumentation för egen regi har tagits fram under året och används vid granskning i verksamheterna.

Ej verkställda beslut

Enligt 16 kap. 6 f -h §§ SoL och 28 f-g §§ LSS ska socialnämnden rapportera samtliga gynnande beslut som inte har verkställts inom tre månader från dagen för beslut. Nämnden ska ange vilken typ av bistånd beslutet gäller, samt kortfattat ange skäl för dröjsmål. Det avser även gynnande beslut som har avbrutits och inte verkställts på nytt inom tre månader. Rapporteringen ska även ske kvartalsvis till Inspektionen för Vård och Omsorg, IVO.

Socialnämnden har under 2022 rapporterat sammanlagt 36 gynnande beslut som ej verkställts till IVO. Av dessa rapporter avsåg 6 beslut enligt SoL och 30 beslut enligt LSS. Orsaker till att beslut ej verkställts inom tre månader har varit främst på grund av att det saknats lämplig uppdragstagare eller att den enskilde valt att tacka nej till erbjudandet.

| År | 2020 | 2021 | 2022 |
|--|------|------|------|
| Antal rapporterade ej verkställda beslut | 84 | 64 | 36 |

En orsak till att socialnämnden rapporterat färre ej verkställda beslut 2022 än under 2020 och 2021 är att vissa verksamheter under vissa delar av tidigare år varit pausade eller helt stängda med anledning av Coronapandemin och för att minska risk för smittspridning, vilket medfört avbrott i verkställighet.

Nationella resultat och brukarundersökningar

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) samordnar olika brukarundersökningar inom socialtjänsten varje år. Nationella jämförelser av kvaliteten inom socialtjänsten som sammanställs i tabeller som möjliggör jämförelser med andra kommuner. Kommunerna i nordväst arbetar under ledning av FoU-Nordväst och Fou Nu med att kvalitetssäkra jämförelserna mellan kommunerna

Kommunens kvalitet i korthet

Kommunens kvalitet i korthet (KKiK) är ett nationellt nätverk som pågått sedan 2006. Det grundläggande syftet har varit att ta fram ett kunskapsmaterial som stärker de förtroendevalda att styra mot mål och resultat i dialog med medborgarna. Idén är att kunna jämföra sig med andra kommuner och att jämförelser driver utveckling.

Nyckeltalen i KKiK har olika karaktär och syften och gemensamt är att de på ett kortfattat och enkelt sätt ger en övergripande bild av var kommunen befinner sig i förhållande till andra kommuner.

Resultaten av KKiK finns att tillgå i *”Bilaga – Kvalitetsberättelse 2022, socialnämnden – Resultat nationella resultat och brukarundersökningar”*.

Brucarundersökning socialförvaltningen – myndighetsutövning & placerade barn

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) tillhandahåller brukarundersökningar för individ- och familjeomsorgens myndighetsutövande verksamheter och placerade barn.

Socialförvaltningen i Ekerö kommun har valt att komplettera med lokala undersökningar för äldreheten samt enheten för personer med funktionsnedsättning för att täcka samtliga grupper som kommer i kontakt med socialtjänstens myndighetsutövning.

Syftet med brukarundersökningarna är att få kunskap om hur brukarna upplever kvaliteten på individ- och familj-, äldre- och funktionshinderomsorgens myndighetsutövning, samt placerade barn. Undersökningarna omfattar sex kvalitetsområden: tillgänglighet, information, bemötande, delaktighet, helhetsomdöme och förändring. För individ- och familjeomsorgen besvarade klienterna enkäten på dator, surfplatta, smartphone, eller på papper. För äldre och funktionsnedsättning har undersökningen genomförts via papper. Enkäterna fanns översatt till nio språk och genomfördes mellan 15 september - 21 oktober.

Brucarundersökning individ-och familjeomsorg omfattar kontakten med myndighetsutövningen inom följande områden:

- Social barn- och ungdomsvård: vårdnadshavare för barn och ungdomar 0–18 år
- Social barn- och ungdomsvård: ungdomar 13 år och äldre
- Ekonomiskt bistånd
- Missbruk- och beroendevård

Kompletterande undersökningar Ekerö:

- Funktionshinderomsorg
- Äldreomsorg

Samtliga brukare som hade kontakt med socialtjänsten under perioden för undersökningen fick möjlighet att delta.

Totalt lämnades 135 enkäter ut under perioden 15 september – 21 oktober varav 52 personer svarade, vilket är en svarsfrekvens på 39%. Det innebär en förbättring av svarsfrekvens jämfört med 2020 då 113 enkäter lämnades ut, varav 36 personer svarade vilket var en svarsfrekvens på 32%. Orsaker till att svarsfrekvensen förbättrats kan delvis bero på att under 2020 präglade Coronapandemin stora delar av verksamheten och antalet fysiska möten med brukare/klienter ersattes med digitala möten för att minska smittspridningen. En annan orsak kan vara att vid 2022 års undersökning fanns stödfunktioner som nära stöd till vid planering, genomförande och uppföljning av resultat.

Sammantaget är resultatet från brukarundersökningen positiv där en majoritet uppgett positiva svarsalternativ (*Bilaga – Kvalitetsberättelse 2022, socialnämnden – Resultat nationella resultat och brukarundersökningar*). Återkoppling, analys och förbättringsåtgärder har skett tillsammans med samtliga enheter. Medarbetarna upplever att svarsfrekvensen behöver vara ett fokusområde framåt, eftersom en låg svarsfrekvens eller ett litet antal deltagare i undersökningen innebär att resultatet ska tolkas med försiktighet. Få svar kan också ge stora variationer i resultat över tid.

Förbättringsförslag som har framkommit är bland annat att ambassadörer ska utses i arbetsgrupperna för påminnelse till kollegor om undersökningen. Ett annat förslag är att pappersenkäter ska finnas utskrivna i besöksrummen som kan lämnas i samband med möte.

Brucarundersökning placerade barn

Brucarundersökningen för placerade barn har genomförts nationellt sedan 2021 och 2022 var första året socialförvaltningen deltog i undersökningen på området.

Brucarundersökningen är en totalundersökning, vilket innebär att samtliga ungdomar i målgruppen ska erbjudas att delta.

Brucarundersökningen för placerade barn omfattade följande områden:

- Familjehem
- HVB
- Stödboende

Totalt lämnades 33 enkäter ut till placerade ungdomar under perioden 15 september – 21 oktober varav 13 svarade, vilket är en svarsfrekvens på 39%. Det finns inga jämförelser med tidigare år då 2022 var första gången Ekerö deltog i undersökningen. Vad gäller resultat på enhetsnivå krävs minst fem svarande per enkät. Därav presenteras enbart resultat i "*Bilaga – Kvalitetsberättelse 2022, socialnämnden – Nationella resultat och brukarundersökningar*" för enkäten familjehem.

Utvecklingsområde 2023

Individ- och familjeomsorgen har hittills genomfört brukarundersökningen vartannat år, men från och med 2023 kommer undersökningarna genomföras årligen. Dels för enklare

uppföljning av resultat och i förflyttningar av eventuella åtgärder och förbättringar som vidtagits. För att öka svarsfrekvensen är ett förslag att skapa en tävling mellan enheterna.

Gällande undersökningen placerade barn är ett mål för nästkommande år att få enhetsresultat för samtliga enkäter/målgrupper (HVB, stödboende och familjehem).

Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?

Syftet med undersökningen är att kartlägga de äldres uppfattning om sin vård och omsorg. Resultaten används för jämförelser mellan kommuner och verksamheter och som underlag för utveckling och förbättring av vården om omsorgen om äldre. Samtliga personer, 65 år och äldre som den 31 december 2021 hade hemtjänst eller bodde på särskilt boende fick möjlighet att delta i undersökningen. Personer som enbart hade insatserna matdistribution och/eller trygghetslarm, och/eller kvälls-/natt-/helginsats och/eller boendestöd eller enbart beslut om korttidsboende exkluderas från undersökningen.

Undersökningen genomfördes mellan januari och mars 2022. Resultaten visar sammanfattningsvis att hemtjänsten har mycket goda resultat, samtidigt som det finns förbättringsområden inom särskilt boende.

Särskilt boende

Totalt svarade 29 626 personer nationellt inom särskilt boende, vilket är 43,4 av de tillfrågade. I Ekerö svarade 66 personer, vilket är 39,9% av de tillfrågade. 61% var kvinnor och 39% var män.

I jämförelse med 2020 svarade 72 personer i Ekerö på undersökningen, vilket var 42,6% av de tillfrågade.

Sammanfattningsvis har särskilt boende i Ekerö kommun generellt genomsnittliga resultat jämfört med andra kommuner. Det ses därtill en överlag negativ trend i relation till resultat tidigare år.

Hemtjänst

Totalt svarade 81 902 personer nationellt inom hemtjänsten, vilket är 58,6% av de tillfrågade. I Ekerö svarade 185 personer, vilket är 61,5% av de tillfrågade. 65% var kvinnor och 35% var män.

I jämförelse med 2020 års undersökning svarade 250 personer, vilket var 70,4% av de tillfrågade.

Sammanfattningsvis kan sägas att hemtjänstens resultat över lag är mycket bra. På flera områden är hemtjänsten bland de 25% bästa kommunerna i riket. Vidare ska dock tilläggas att det ses en genomgående negativ trend sett till resultat tidigare år.

Delar av 2022 års resultat från brukarundersökningen finns att tillgå i "*Bilaga – Kvalitetsberättelse 2022, socialnämnden – Resultat nationella uppföljningar och brukarundersökningar*".

Resultaten för egen regiverksamheterna (privata utförare genomför egna analyser och förbättringsarbeten) har presenterats i olika forum. Workshop med fokus på orsaker har genomförts med stöd av staben på äldreomsorgens ledningsgrupp kring gemensamma positiva resultat och utmaningar för särskilt boende och hemtjänst. Vidare har enhetsspecifika workshops genomförts tillsammans med medarbetare för hemtjänst och särskilda boenden under hösten med fokus på åtgärder. Därefter har handlingsplaner utifrån genomförda workshops upprättats och kommunikationsmaterial har tagits fram för återkoppling till brukarna för möjlighet att inkomma med förslag på förbättringar kring resultat och planerade åtgärder.

Utvecklingsområde 2023

Under 2023 fortsätter arbetet med förbättringsåtgärder utifrån de framtagna handlingsplanerna på respektive enhet. Samtliga enheter upplever att svarsfrekvensen bör vara ett fokusområde och behöver förbättras. I arbetet med att öka svarsfrekvensen kommer enheterna ta stöd av kommunikationsenheten inför undersökningen med att ta fram underlag för information och kommunikation med brukare och dess anhöriga kring undersökningen.

Utredning av avvikelser

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att verksamheten ska kunna se mönster och trender som indikerar på brister i verksamhetens kvalitet.

Juni 2021 implementerades ett digitalt avvikelshanteringssystem, DF Respons för hantering av inkomna synpunkter och klagomål samt avvikelser enligt SoL, LSS och HSL. Det har inneburit att samtliga medarbetare rapporterar avvikande händelser som inträffar i systemet. Införandet har bidragit till en mer kvalitetssäkrad verksamhet, ökad systematik i analysen av händelser, samt enklare rapportering för medarbetare och utredning för chefer.

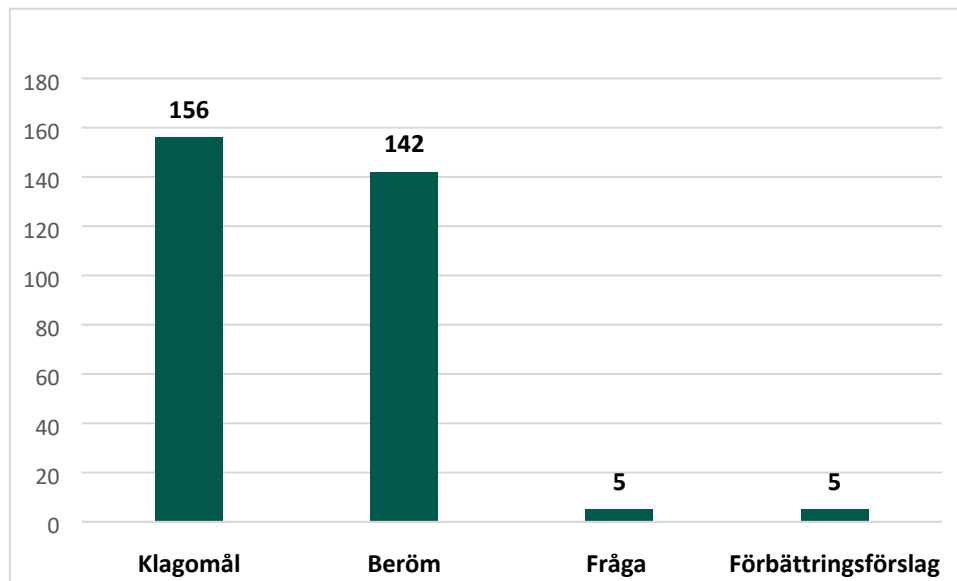
Synpunkter och klagomål

Klagomål avser när någon till exempel brukare/klienter, anhöriga eller organisationer klagar på att verksamheten inte uppnår kvalitet. Med synpunkter avses övrigt som till exempel förslag på förbättringar eller beröm. Mottagna synpunkter och klagomål ska utredas och leda till att den som bedriver verksamhet ska ta ställning till om det förekommit avvikelser i verksamheten.

Synpunkts- och klagomålshanteringen gäller för samtliga verksamheter inom socialnämndens ansvarsområde enligt nämndens riktlinje och ska redovisas efter årets slut.

Med anledning av att socialförvaltningen införde DF Respons i juni 2021 finns enbart samlad statistik för perioden 2021-06-01 – 2021-12-31, därav är jämförelser mellan 2021 och 2022 ofullständig och ger inte en samlad bild.

Under 2022 har totalt 308 synpunkter och klagomål registrerats och hanterats.



De synpunkter och klagomål som inkommit har hanterats och återkoppling har i de flesta ärenden skett till synpunktslämnaren inom svarstiden sju dagar enligt beslutade riktlinjer. Orsak till att återkoppling inte skett inom svarstiden är att ärendet har genererat i vidare utredning och informationsinhämtning innan återkoppling har kunnat ske till synpunktslämnaren.

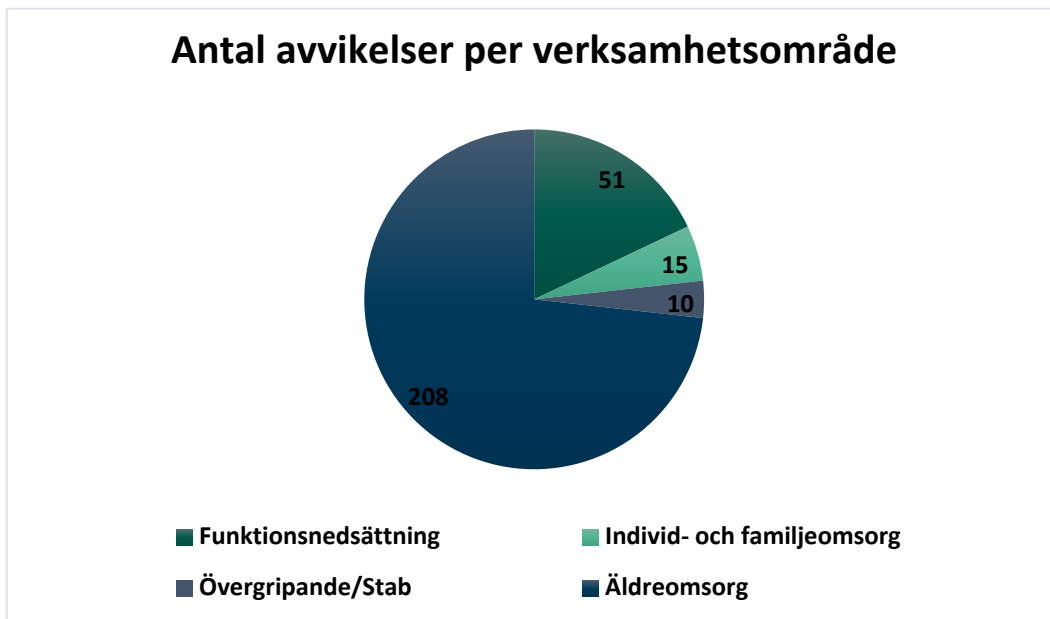
Åtgärder som vidtagits har bland annat varit att förändrat serviceutbud, informationsatsningar, planering av utbildningar, och ändring i lokaler för en mer trivsam miljö. Resultaten av en del klagomål har genererat i att verksamheten har utvecklats.

Avvikelse enligt SoL och LSS

Avvikelse innebär att något inträffar som avviker från god kvalitet och god ordning genom avsteg från fastställda processer och rutiner. Avvikelse rapporteringen är en grundläggande del i kvalitetsarbetet för att minska risk att missförhållanden inträffar.

För 2021 presenterades enbart statistik för avvikelser enligt SoL och LSS som inträffade perioden 2021-06-01 – 2021-12-31 i kvalitetsberättelsen inom socialförvaltningens verksamheter. Sammanställningen visade att totalt 115 avvikelser enligt SoL och LSS hade rapporterats.

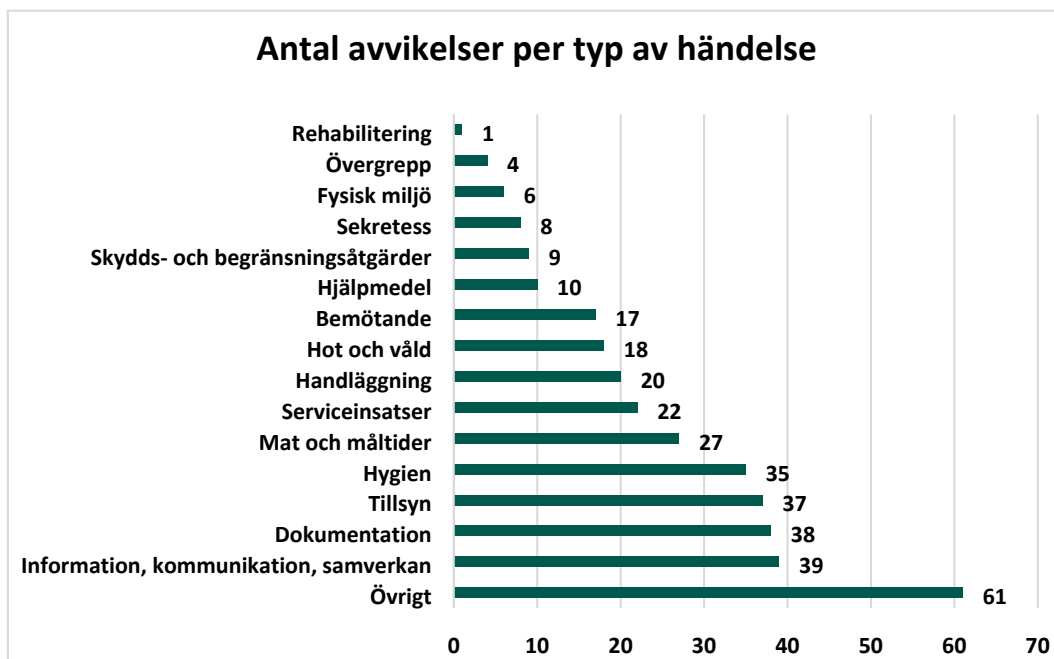
Sammanställningen för perioden 2022-01-01 – 2022-12-31 visar att totalt 284 avvikelser enligt SoL och LSS har rapporterats (avvikelse inom hälso- och sjukvården, HSL presenteras separat i patientsäkerhetsberättelsen).



Majoriteten rapporterade avvikelser har under 2022 skett inom äldreomsorgens verksamheter. Samtliga verksamheter förutom en inom verksamhetsområdet är dygnet runt verksamheter och stödjer ett stort antal brukare. Verksamheterna inom verksamhetsområde funktionsnedsättning är också till största del dygnet runt verksamheter, men stödjer i snitt färre brukare per enhet. Verksamheterna inom individ- och familjeomsorgen innefattar myndighetsenheter samt öppenvård som inte är dygnet runt verksamheter, vilket kan vara en orsak till att fördelningen mellan områdena ser följande ut.

Sedan införandet av avvikelshanteringssystemet ses en ökad mängd rapporterade avvikelser vilket är en positiv utveckling då det ger möjligheter att utveckla och förbättra verksamheten. Dock kan en viss underrapportering ses inom vissa enheter. Systemstödet DF Respons har gjort det möjligt att ta fram statistik och analysera inkomna avvikelser för respektive enhet. Under året har enheterna arbetat med statistik på ett mer systematiskt sätt än tidigare, då det är en möjlig väg att lyfta blicken och utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten på ett övergripande plan. Vidare diskuteras många avvikelser på enheternas olika mötes forum, vilket är viktigt inte minst utifrån ambitionen att vara en lärande organisation.

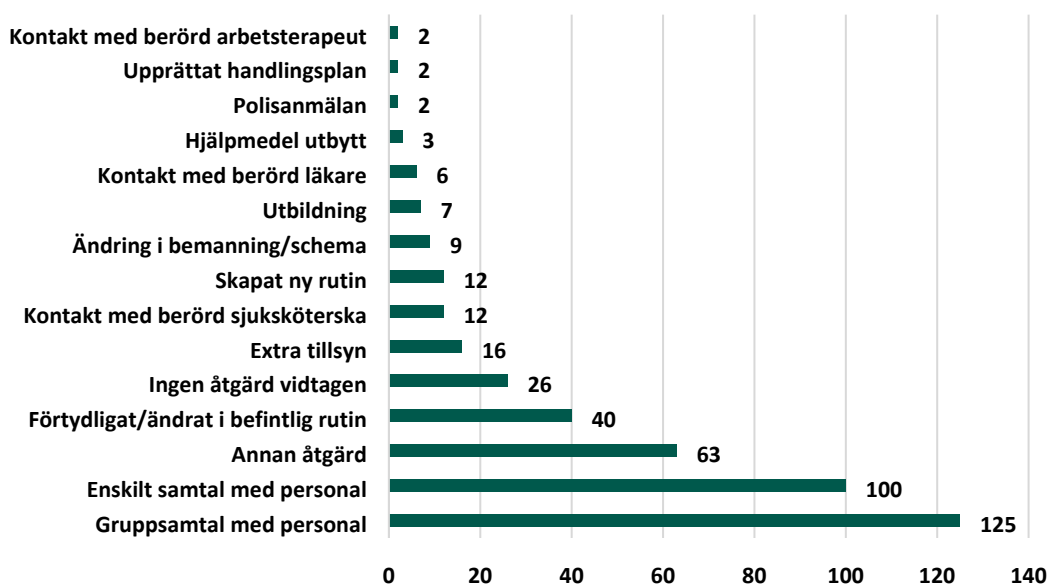
Samarbetet mellan chefer och legitimerad personal i utredningarna har varit en pågående dialog under året och utbildningsåtgärder för både chefer och legitimerad personal har genomförts för att förtydliga ansvar och roller för att skapa samsyn i utredningarna.



Orsak till att "antal avvikelser per typ av händelse" skiljer sig mot "Antal avvikelser per verksamhetsområde" är att rapportören vid rapportering kan välja flera typer av händelse i samma rapport.

Avvikelser som har rapporterats i kategorin *övrigt* är främst uteblivna insatser. När det gäller kategorin *information, kommunikation, samverkan* innefattar avvikelserna bland annat otydlig kommunikation inom en enhet, mellan personal eller i samverkan med andra enheter.

Åtgärder



Orsak till att "Åtgärder" skiljer sig mot "Antal avvikelser per verksamhetsområde" är att rapportören vid rapportering kan välja flera typer av händelse i samma rapport.

Vad gäller åtgärder kan ses en förflyttning från det att DF Respons infördes. Flera åtgärder relaterar till att utveckla verksamheten ur ett längre perspektiv. Det skapas nya rutiner och förtydliganden/ändringar i befintliga för att säkerställa kvaliteten på insatsen. Vissa åtgärder avser att ändra i bemanning/schema för att optimera insatsen, andra avser utbildningssatsningar för att öka kunskapen och kompetensen hos medarbetarna.

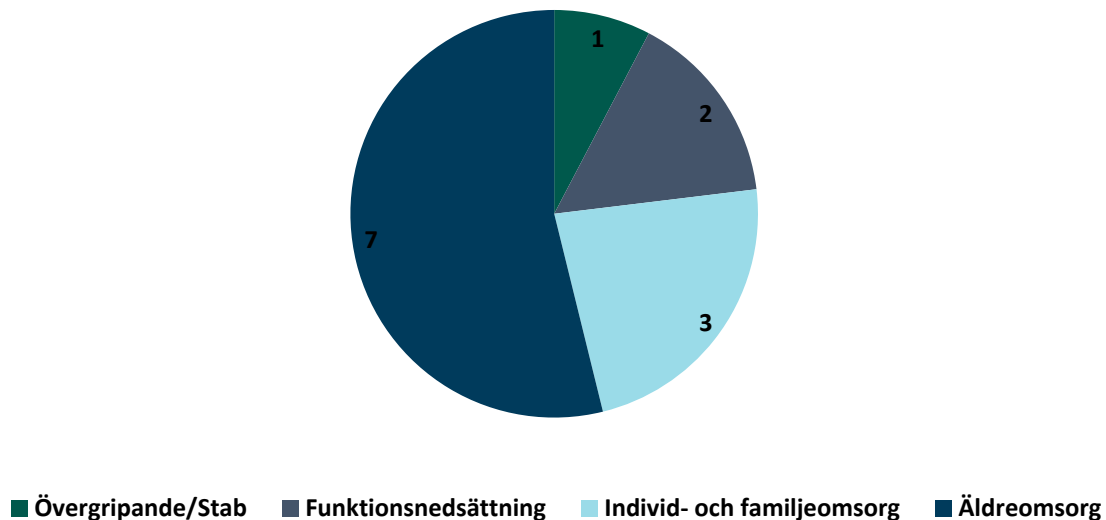
Lex Sarah

Missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden, lex Sarah är en del i det systematiska kvalitetsarbetet. Syftet med bestämmelserna om lex Sarah 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 händelser uppkommer igen.

I varje rapporterad händelse görs en bedömning om det föreligger ett missförhållande eller risk för missförhållande. Om bedömningen visar att det föreligger ett allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande föranleder det också en anmälan till Inspektionen för Vård och Omsorg, IVO.

| Lex Sarah | 2021 | 2022 |
|-------------------|------|------|
| Antal utredningar | 7 | 13 |

Lex Sarah utredningar per verksamhetsområde 2022



Under 2022 har 13 händelser utretts inom ramen för bestämmelserna om lex Sarah inom socialförvaltningens verksamheter. I fem av utredningarna var bedömning och beslut att det inte föreligger ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande vilket innebär att utredningen återgår till enheten som arbetar vidare med lärande och åtgärder för att minimera att liknande händelse inträffar på nytt inom ramen för det systematiska förbättringsarbetet.

Två av händelserna inom individ- och familjeomsorgen anmäldes till IVO efter bedömning och beslut om att det förelegat en påtaglig risk för allvarligt missförhållande. IVO har återkommit med beslut i båda ärendena om att de avslutar och inte vidtar några ytterligare åtgärder då de bedömer att socialnämnden fullgjort sin utrednings- och anmälningsskyldighet.

Resterande fem utredningar har visat att det förelegat ett missförhållande eller risk för ett påtagligt missförhållande där berörd enhet arbetat vidare med åtgärder och lärande för att säkerställa att liknande händelse inte inträffar på nytt.

Externa utförare

Enligt socialförvaltningens rutin för lex Sarah ska externa utförare snarast lämna kopia på utredning och/eller anmälan enligt lex Sarah till beställaren. Under året har fyra utredningar om missförhållanden inkommit där slutsats och bedömning i en utredning var att det inte förelegat ett missförhållande. I resterande tre var slutsats och bedömning att det förelegat ett missförhållande.

Utvecklingsområde 2023

Utbildning i synpunkter och klagomål, avvikelser SoL, LSS och HSL samt lex Sarah för medarbetare har genomförts i början av 2023. Syftet med utbildningen är att höja kompetensen och tydliggöra syftet med rapportering och hantering av avvikelser. Utbildningen är planerad att genomföras två gånger per år för samtliga av socialförvaltningens verksamheter.

Vidare planeras kontinuerliga utbildningar att genomföras för enhetschefer och andra utredare kontinuerligt för kunskapshöjning i avvikelshantering.