

# LSS och Socialpsykiatri 2018

Kvalitetsrapport/egenkontroll 170701-180630



Oktober 2018

Christina Forsberg

Ann-Louise Christensen

Susanna Ahlin

Helén Mårtensson

Pernilla Lindeberg

Sara Torres

Eva Sjöstedt

## Innehåll

1. Inledning.....	3
1.1 Syfte .....	3
1.2 Tillvägagångssätt och upplägg .....	3
2. Intern kvalitetsrevision .....	4
2.1 Intern kontroll "Drivmedelsförbrukning - Gemensam" .....	4
2.2 Intern kontroll "Säkra följsamheten till basala hygienrutiner" .....	4
2.3 Intern kontroll 2018 Verkställighet av vissa beslut enligt LSS.....	5
2.4 Utveckling av Procapita för att förbättra redovisning av nyckeltal .....	6
2.5 Granska processen från beslut till verkställighet gällande ledsagare, kontaktperson och avlösare. ....	6
2.6 Granskning av skälen till att brukare avslutar SoL-insatser inom Socialpsykiatri .....	6
3. Extern revision.....	7
4. Brukarundersökningar, lokala.....	7
4.1 Eyragården.....	7
5. Nationell brukarundersökning, kundlöften och uppföljning av extern utförare	8
5.1 Nationell brukarundersökning genom SKL höst 2017.....	8
5.2 Uppföljning av Kundlöften.....	9
5.3 Extern utförare - Attendo gruppboende .....	9
6. Nyckeltal .....	9
6.1 Nationella nyckeltalsjämförelser .....	9
6.1.1 Öppna jämförelser enheter LSS (Boenden och DV).....	9
6.1.2 Öppna jämförelser myndighetsutövning .....	9
6.1.3 KKIK .....	9
6.2 Lokala nyckeltal .....	10
6.2.1 Nyckeltal i bokslut.....	10
6.2.2 Uppföljning av beslut om insats enligt LSS och SoL.....	10
6.2.3 Rapport anhörigstöd.....	11
6.2.4 Ej verkställda beslut.....	11
6.2.5 Nyckeltal SIP.....	11
7. Ständiga förbättringar .....	12
7.1 Synpunkter från brukare, anhöriga och medborgare .....	12
7.1.1 Åsikt Kävlunge .....	12
7.2 Avvikelser och rapporter från personal i organisationen .....	12
7.2.1 Avvikelser och riskanalyser .....	12

7.2.2 Lex Sarah .....	13
7.3 Patientsäkerhetsberättelse .....	14
8. Samverkan .....	14
9. Kompetensförsörjning.....	16
10. Sammanfattning.....	17

## 1. Inledning

Kävlinge kommuns systematiska kvalitetsarbete symboliseras av ett kvalitetshjul. De årliga kvalitetsrapporterna är en central del i denna systematik.

### 1.1 Syfte

LSS och Socialpsykiatri (LoS) har tagit fram den årliga kvalitetsrapporten.

Syftet med skriften är att sammanställa en lättillgänglig rapport med de olika kvalitetsmätningar som tas fram under ett år inom LSS och Socialpsykiatri. Årets version omfattar tidsperioden 170701–180630.

Kvalitetsrapporternas tidsintervall omfattar perioden hösttermin-vårtermin. Anledningen till mätperioden med brutet kalenderår är att man ska kunna använda resultaten från kvalitetsrapporterna vid framtagande av mål i målstyrningen och omvänt.

### 1.2 Tillvägagångssätt och upplägg

En arbetsgrupp bestående av verksamhetschef för LoS, psykiatrihandläggare, LSS-handläggare, två enhetschefer samt kvalitetssamordnare har tillsammans valt ut områden för rapportens innehåll.

Den *interna kvalitetsrevisionen* har under året fokuserat på

- granska drivmedelsförbrukning (gemensam för socialtjänstens delar)
- granskning av följsamhet till basala hygienrutiner
- granskning av verkställighet av vissa beslut
- utveckla ProCapita för förbättrad redovisning av nyckeltal
- granskning av processen från beslut till verkställighet gällande ledsagare, kontaktperson och avlösare samt
- granskning av skälen till att brukare inom socialpsykiatri avslutar SoL-insatser.

Den *externa tillsynen* har i år inte inneburit någon tillsyn eller revision avseende kvalitetsområdet.

De *lokala brukarundersökningarna* har riktats till brukargrupper inom LoS verksamhetsområde enligt beslutad frekvens. Dessutom har LoS för andra gången deltagit i den av SKL anordnade nationella brukarundersökningen Funktionshinder. I år undersöktes daglig verksamhet LSS.

Ett kapitel redogör för resultat från *Nationella nyckeltalsjämförelser* där man kan se jämförelser mellan Kävlige och hela riket.

Ett kapitel kallat *ständiga förbättringar* beskriver synpunkts- och klagomålshantering, samt personalens rapportering om avvikelser och eventuella missförhållanden.

Kapitlet *Samverkan* redogör för samverkansparter och kapitlet *Kompetensförsörjning* sammanfattar åtgärder och status för året.

I socialtjänstens kvalitetsledningssystem finns angivet hur man vid "*ledningens lokala genomgång*" på *verksamhetsnivå* går igenom, analyserar och skapar eventuella *handlingsplaner och strategier* på rapportens olika resultatområden. Detta har gjorts i september 2018. Analyser och strategier har därefter redovisats vid "*ledningens centrala genomgång*".

De upprättade *handlingsplanerna* finns i ett separat dokument. I detta separata dokument för handlingsplaner anges vem som är ansvarig. Efter varje kapitel i denna kvalitetsrapport finns ett sammandrag av handlingsplanerna.

## 2. Intern kvalitetsrevision

### 2.1 Intern kontroll "Drivmedelsförbrukning – Gemensam"

Syftet var att säkerställa att ingen otillbörlig tankning sker samt att personalen ska känna sig trygg i att det inte förekommer misstankar om otillbörlig tankning.

#### Metod

Då stickprovskontroller per bil inte gick att genomföra, genomfördes istället en stickprovsundersökning på de 20 fakturor med högst belopp, som inkommit under året.

#### Resultat och analys

Ingen faktura visar på något avvikande mönster.

#### Handlingsplan

- Vid upphandling överväga möjligheterna att få ut statistik per tankad bil.
- Överväga att se över möjligheterna att digitalisera redovisningen av körmilen för att bättre kunna följa förbrukade mil och på så sätt optimera kommunens nyttjande av leasingavtalen.

### 2.2 Intern kontroll "Säkra följsamheten till basala hygienrutiner"

Syftet var att säkra följsamheten till basala hygienrutiner och arbetskläder.

#### Metod

Dialogronder tillsammans med "Vårdhygien Skåne" har genomförts, samt hygienronder.

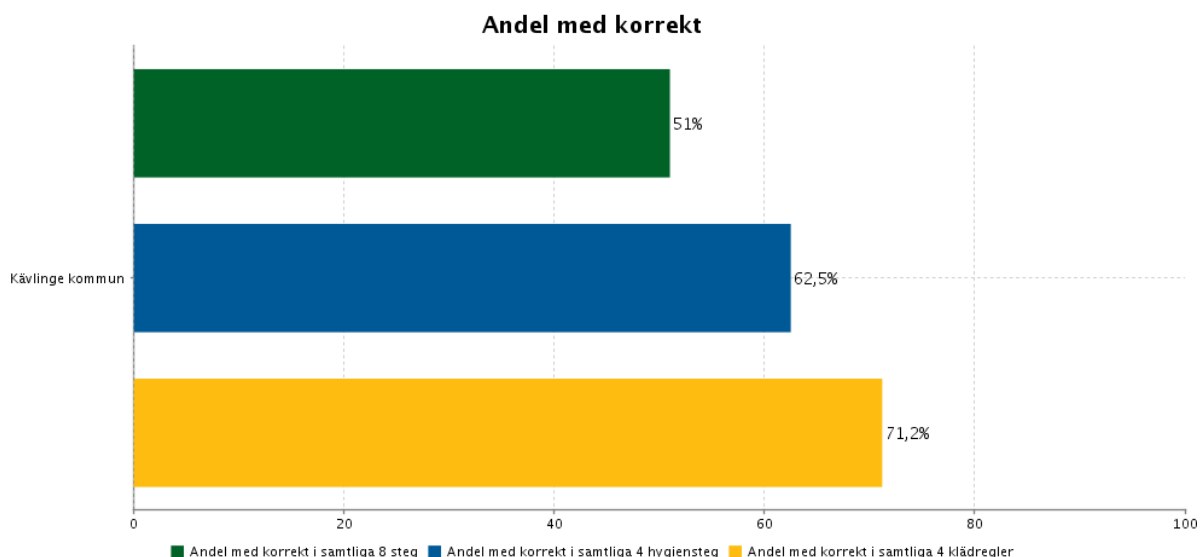
Enhetschefer, legitimerad personal, MAS samt undersköterskor har deltagit.

En nationell mätning; SKL` s " Punkt Prevalens Mätning" (PPM) har också genomförts. Här gjordes sammanlagt 207 mätningar.

#### Resultat och analys

PPM-mätningen genomförs i åtta steg varav fyra berör basala hygienrutiner och fyra berör arbetskläder.

Resultatet av mätningen:



### Handlingsplan

- Under hösten 2018 planeras ytterligare hygienronder genomföras.
- Samtliga chefer kommer att få resultatet från mätningen för sina enheter för dialog på APT och andra forum. Dialog i facklig samverkan kommer också ske. Följsamhet till basala hygienrutiner föreslås ingå i medarbetar/lönesamtal.
- Introduktionen för nyanställd personal ses över där rutinen ingår.
- Årlig mätning av följsamhet planeras att genomföras.

## 2.3 Intern kontroll 2018 Verkställighet av vissa beslut enligt LSS

Syftet var att granska att beslut om kontaktperson och ledsagarservice enligt LSS och SoL samt avlösarservice enligt LSS verkställs inom rimlig tid.

### Metod

För att minimera risken att beslut om de granskade insatserna inte verkställs har en rutin upprättats. En del i denna rutin är att biståndshandläggare och enhetschef, ansvarig för verkställandet träffats en gång var fjortonde dag för att stämma av processen.

### Resultat och analys

Arbetet har bidragit till ökad kontroll beträffande vilka ärenden som är pågående samt vilka som behöver prioriteras. Det har även lett till möjlighet för bättre framförhållning för verkställaren. Under perioden oktober 2017- april 2018 har inga icke verkställda beslut beträffande ovan insatser rapporteras.

### Handlingsplan

- Att ansvarig enhetschef och handläggare fortsätter att träffas kontinuerligt med syfte att stämma av hur enhetschef har arbetat med pågående ärenden och var i verkställighetsprocessen man befinner sig, i samklang med ny organisation.

## 2.4 Utveckling av Procapita för att förbättra redovisning av nyckeltal

Syftet var att samordna utvecklingen av verksamhetsstödet Procapita i syfte att förbättra redovisningen av nyckeltal.

### Metod

Ansvariga LSS-handläggare har tillsammans med systemförvaltare Procapita och verksamhetschef LoS kontinuerligt diskuterat vilka förändringar som behövde göras i Procapita med syfte att öka möjligheterna att söka fram nyckeltal. Förändringar har gjorts i Procapita i form av ett nytt insatsträd.

### Resultat och analys

Målsättningen var att samtliga LSS-beslut skulle justeras och registrerats i det nya insatsträdet per 170831. Stickprovskontroller med positivt resultat har gjorts avseende nya utredningar.

Omregistrering av befintliga beslut har inte kunnat prioriteras hittills.

### Handlingsplan

- Resultatet förs över till handläggargenerationen för vidare åtgärder.

## 2.5 Granska processen från beslut till verkställighet gällande ledsagare, kontaktperson och avlösare.

Syftet var att granska processens effektivitet från beslut till verkställighet gällande ledsagare, kontaktperson och avlösare. Syftet var även att ge optimala förutsättningar för att insatsen ska fungera med hög kvalitet och för att målen med insatsen ska uppnås.

### Metod

För att få fram en nulägesbeskrivning har intervjuer genomförts med LSS-handläggarna samt tidigare enhetschef (kartläggning av processen).

### Resultat och analys

Processen från beslut till verkställighet framgår i en gjord processbeskrivning.

### Handlingsplan

Man har tagit fram 8 olika förbättringsområden i processen, som sammanfattas:

- utökade möten mellan enhetschef och brukare för bästa matchning
- utökad uppföljning med uppdragstagare och brukare samt
- nya rekryteringsvägar.

## 2.6 Granskning av skälen till att brukare avslutar SoL-insatser inom Socialpsykiatri

Syftet var att undersöka varför brukarna väljer att avsluta sina SoL-insatser inom Socialpsykiatri.

### Metod

Mätperioden var 170101-171231. Genom verksamhetsstödet Procapita hämtades uppgifter om antal brukare som avslutat en SoL-insats, vilka insatser som avslutades och skälen till detta.

### Resultat och analys

Totalt avslutade 14 klienter sina insatser. I samtliga ärenden hade brukarna angett ett skäl till varför man önskade avsluta insatsen. Orsakerna var till exempel att man upplevde sig självständig, att man får sina behov tillgodosedda genom föräldrar eller att man avbokar trots motiveringsarbete. I rapporten beskrivs vikten av motiveringsarbete när man arbetar med denna målgrupp.

### Handlingsplan

- Ständig dialog med personalen om vikten av att kontinuerligt jobba motiverande med denna målgrupp.
- Metodologiskt: Undersöka möjlighet att standardisera avslutningssamtal i Procapita för att möjliggöra en sökbarhet så att statistik blir digitalt åtkomlig.

## 3. Extern revision

Ingen revision gällande kvalitetsledning har genomförts under perioden.

## 4. Brukarundersökningar, lokala

### 4.1 Eyragården

#### Metod

Enkät till samtliga brukare som deltog i verksamheten under maj månad 2017. 9 av 33 möjliga brukare besvarade enkäten, vilket ger en svarsfrekvens på 27%. Svarsfrekvensen har sjunkit från 67% i fjor. En fråga ställdes "Anser du att du kan vara med och påverka utbudet av aktiviteter på Eyragården?".

#### Resultat och analys

Jämfört med förra årets undersökning har svarsfrekvensen sjunkit från 67% till 27%. Orsaker kan vara att det var nya brukare som inte kunnat svara och att insamlaren inte var så "pådrivande" som tidigare.

Av de 9 som har svarat har 8 personer (89%) ansett att man kan vara med och påverka utbudet av aktiviteter. Förutom befintliga brukarråd finns även månadsmöte en fredag i månaden där besökarna har möjlighet att tycka till.

#### Handlingsplan

- Fortsätta regelbundna brukarråd där personalen är tydlig med att verksamheten är till för besökarna och att deras önskemål av innehåll är det som formar verksamheten.
- Under 2018 öppna upp för att fler aktiviteter pågår samtidigt i huset, samt möjlighet till aktiviteter i mindre grupper för de besökare som föredrar att inte delta i för stora grupper.
- Att under 2019 motivera fler besökare att delta i undersökningen samt se över möjligheten till en annan form av brukarundersökning – undersöka något annat?

## 5. Nationell brukarundersökning, kundlöften och uppföljning av extern utförare

### 5.1 Nationell brukarundersökning genom SKL höst 2017

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har erbjudit de svenska kommunerna att delta i en återkommande enkätundersökning inom Funktionshinderområdet. Hösten 2017 deltog LoS för insatsen Daglig verksamhet. SKL står för enkätmaterial och kommunen genomför själva undersökningen. Frågorna mäter tre kvalitetsområden: inflytande, trygghet och bemötande. Det ingår också en mera övergripande fråga om trivsel. Enkäten innehåller 9 frågor.

Under hösten 2018 kommer LoS för andra gången att genomföra denna undersökning till brukare inom insatserna Gruppbofastad LSS och Servicebofastad LSS. Man kommer därefter att fortsätta genomföra undersökningarna vartannat år, bedömningen är att det kan "trötta ut" brukarna om man kör varje år.

#### Metod

Enkäten har kunnat besvaras i pappersform eller digitalt genom Pict-o-stat light, ett ljud- och bildbaserat webbenkätverktyg som presenterar och förtydligar frågeställningar och svarsalternativ för personer med olika former av kognitiv funktionsnedsättning. Både pappersenkäten och webbenkäten har kunnat besvaras med eller utan bildstöd (pictogram). Webbenkäten har också funnits med eller utan ljud, det vill säga uppläsning av frågor. Det har funnits möjlighet att få hjälp av en stödperson vilka har bestått av LSS-handläggare och stödpedagoger som varit ansvariga för genomförandet av undersökningen.

Brukare och personal har i god tid fått information om undersökningen och det har även funnits möjlighet för brukarna att prova på en demoversion i läsplattan.

#### Resultat Daglig verksamhet LSS

Totalt 87 brukare har beslut om daglig verksamhet enligt 9§10 LSS. Av dessa 87 har 72 utifrån SKL´s urval bedömts kunna delta i undersökningen.

Av 72 möjliga respondenter har 43 deltagit. Svarsfrekvensen uppgår till 60%.

På några frågor ligger Kävlings resultat högre än för riksgenomsnittet. Det är bland annat frågor som rör inflytande, stöd i rätt form och personalens omtanke

På några frågor ligger Kävlings resultat lägre än för riksgenomsnittet. Det är bland annat frågor som rör trygghet med personal och att personalen pratar så att brukaren förstår.

#### Analys och handlingsplan

- För att få fler brukare att delta i undersökningen så behövs en längre framförhållning och planering. Speciellt de som har en individuell utflyttad plats och inte vill bli störda på sin dagliga sysselsättning.
- En fundering att ta med sig till nästa gång är om man som genomförare av intervjun ska skriva ner fritext för att underlätta kring vidare arbete med resultatet.
- För att inte utesluta någon från undersökningen bör man nästa gång undersökningen genomförs skicka frågorna till företrädare för den grupp som enligt SKL:s instruktioner av urval inte ingår i undersökningen. Detta resultat kan redovisas separat.



## 5.2 Uppföljning av Kundlöften

Redovisas i Årsredovisning 2018.

## 5.3 Extern utförare - Attendo gruppboende

Uppföljning av avtalet med Attendo gällande Kungsgatan 39 i Furulund genomfördes under våren 2017. Då granskades områdena kvalitetsledningssystem, rutiner inom HSL-området till exempel delegering, basala hygienrutiner och vårdplaner samt rutiner gällande klagomål, avvikelser, lex Sarah och lex Maria.

Under perioden 170701-180630 har Attendos åtgärdsplan efter första uppföljningen följts upp vid ett antal dialogmöten. Deltagare i dessa har varit från Kävlinge kommun: utbildningssamordnare och dåvarande verksamhetschef LoS, samt från Attendo verksamhetschef.

# 6. Nyckeltal

## 6.1 Nationella nyckeltalsjämförelser

### 6.1.1 Öppna jämförelser enheter LSS (Boenden och DV)

Under våren 2018 besvarades enkäter från Socialstyrelsen "Öppna jämförelser – enheter LSS".

Samtliga resultat är värderade och analyserade. Efter bedömning är resultaten omhändertagna för utveckling och/eller överförda till indikatorer i målstyrningen.

### 6.1.2 Öppna jämförelser myndighetsutövning

Under våren 2018 besvarades enkäter från Socialstyrelsen "Öppna jämförelser myndighetsutövning". För LoS gällde det 1) del av gemensam enkät samt 2) enkät LSS och 3) enkät Socialpsykiatri. Frågorna berör framförallt om det finns rutiner för olika frågor inom myndighetsutövningen.

Samtliga resultat är värderade och analyserade. Efter bedömning är resultaten omhändertagna för utveckling och/eller överförda till indikatorer i målstyrningen.

### 6.1.3 KKiK


KKiK (Kommunens Kvalitet i Korthet) är ett verktyg för att jämföra kommuner med varandra och beskriver kommunernas kvalitet ur ett medborgarperspektiv. KKiK drivs av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Under 2016 arbetade 260 kommuner med verktyget. Resultaten tas framgenom att kommunerna själva redovisar sina resultat/sin statistik till undersökningens databas "Kolada".

### Resultat och analys

Den senaste undersökningen gällande 2017 publicerades i januari 2018.

LoS redovisas i ett KKiK-mått och enligt Kävlinge kommuns indelning i fyra färg-nivåer.

	Kommuner med bäst resultat
	Kommuner med näst bäst resultat
	Kommuner med näst sämst resultat
	Kommuner med sämst resultat

Mått	Resultat	Färg
Kvalitetsaspekter inom LSS grupp- och serviceboende	88% uppfylls. Medel 81%. Trend 	

Bra resultat. En glidning neråt dock, från 94% föregående år. Måttet består av 10 delfrågor. Bästa resultat på alla delfrågor utom två; våld och hot brukare emellan samt möjlighet till internetuppkoppling i det egna rummet/lägenheten. Sänkningen beror framför allt på en striktare tolkning av frågan om internetuppkoppling denna gång.

### Handlingsplan

- Verksamheten arbetar enligt framtagna verktyg för att minska risken för våld och hot mellan brukare.

## 6.2 Lokala nyckeltal

### 6.2.1 Nyckeltal i bokslut

Bokslutsnyckeltalen kan läsas i Kävlings kommun samlade årsredovisning, och redovisas därför inte här.

### 6.2.2 Uppföljning av beslut om insats enligt LSS och SoL

En årlig granskning sker för att säkerställa att uppföljningar på beslut enligt SoL (Socialtjänstlagen) och LSS (Lag om särskilt stöd till vissa funktionshindrade) görs i enlighet med lagstiftningens intentioner.

### Metod

Handläggare registrerar alla uppföljningar i dataprogramet ProCapita efter en upprättad rutin och har därefter utvunnit statistik från detta dataprogram per mätdatum 171001.

### Resultat och analys

Andelen uppföljda beslut avseende LSS-insatser för perioden, är 76% (förra året 72%). En ökning således.

Andelen uppföljda beslut avseende SoL-insatser socialpsykiatri, boendestöd för perioden, är 100% (förra året 100%).

Andelen uppföljda beslut avseende SoL-insatser HUA-gruppen (Hjärnskada i vuxen ålder, lindrig Utvecklingsstörning samt Autismspektrumstörning), boendestöd för perioden, är 100% (förra året 100%).

Målsättningen är att samtliga brukare (100%) ska få minst en uppföljning per år.

Dessa nyckeltal är även ett kundlöfte (se Kundlöften LSS och Socialpsykiatri nr 1:5, 2:5, 3:5 och 4:5).

### Handlingsplan

- Att LSS-handläggare och psykiatrihandläggare fortsatt följer gällande rutin med målsättningen att andelen uppföljda beslut ska vara 100% per 12-månaders-period.

### 6.2.3 Rapport anhörigstöd

Anhörigstödet inom LSS och socialpsykiatri har erbjudit två informationskvällar under perioden ht 2017 - vt 2018. Teman för kvällarna har varit:

- Föreläsning runt neuropsykiatriska diagnoser (4 åhörare)
- LSS-lagen och dess innehåll (14 åhörare)

#### Resultat

Åhörarnas utvärdering efter föreläsningar och information har visat en god nöjdhet. Förslag till innehåll i kommande informationskvällar och föreläsningar har framkommit.

#### Handlingsplan

- Fortsatt verksamhet, samt utveckling inom ny organisation.

### 6.2.4 Ej verkställda beslut

Socialtjänsten rapporterar till IVO (Inspektionen för Vård och Omsorg) de beslut som inte verkställts inom 3 månader (90 dagar).

För LSS och socialpsykiatri rapporterades:

Period	Antal	Typ av beslut
Kvartal 3 2017	1 beslut	Avlösarservice LSS
Kvartal 4 2017	0 beslut	-
Kvartal 1 2018	0 beslut	-
Kvartal 2 2018	1 beslut	Bostad med särskild service LSS

Totalt 2 beslut avseende LoS har rapporterats. Motsvarande period i fjor rapporterades 4 beslut. Ej verkställda beslut redovisas även kvartalsvis till Socialnämndens sammanträden.

Se även kapitel 2.3 som beskriver arbetet som gjorts för att säkerställa att beslut om kontaktperson, ledsagarservice och avlösarservice verkställs inom stipulerad tid.

#### Handlingsplan

- Förbättrat resultat - inga specifika åtgärder planeras.

### 6.2.5 Nyckeltal SIP

Granskningen gäller brukare med beviljad insats inom socialpsykiatri enligt SoL.

I 2016 års kvalitetsrapport fanns detta område som en intern kvalitetsrevision. Nu fortsätter verksamheten att göra detta till en årlig mätning. Förra årets siffror inom parentes.

#### Metod

Perioden som granskades var hela 2017. Granskningen har skett genom sökverkyget i ProCapita.

#### Resultat och analys

LSS och Socialpsykiatri har under mätperioden arbetat intensivt med informationsspridning till brukare om SIP.

Av 49 (35) möjliga brukare hade 49 (35) personer minst en gång fått information om SIP. Alla 49 (35) hade av handläggaren erbjudits att upprätta en SIP, då handläggare hade bedömt att det fanns ett behov.

16 (19) brukare tackade ja och har fått en plan upprättad. 29 st SIP`ar upprättades för dessa 16 personer. En person kan ha flera SIP`ar beroende på att behoven förändrats snabbt och nya planer behöver upprättas.

Fördelat på utförare har 24 planer upprättats med Aleris Lund, 4 med Vuxenpsykiatri Lund och 1 i brukarens ordinära boende.

Målet att uppnå 100% erbjudande har uppnåtts för 2017, dock har procentuellt färre personer tackat ja till erbjudandet, 32% (54%).

### Handlingsplan

Arbetet med att sprida kunskap om SIP kommer fortgå även 2018. Målsättningen är fortfarande att samtliga brukare med beslut inom Socialpsykiatri ska få skriftlig och muntlig information samt om behov finns ett erbjudande om SIP minst en gång per år.

## 7. Ständiga förbättringar

*Synpunkter* på verksamheten kan vara både beröm och klagomål. Synpunkterna kan komma från brukare, deras anhöriga och andra medborgare genom t ex "Åsikt Kävlunge".

För att fånga upp *avikelser och missförhållanden* i organisationen som upptäcks och rapporteras av personal i organisationen, finns rutiner för avvikelsehantering, Lex Sarah och Lex Maria.

### 7.1 Synpunkter från brukare, anhöriga och medborgare

#### 7.1.1 Åsikt Kävlunge

Åsikt Kävlunge är kommunens förvaltningsövergripande system för att hantera synpunkter från kommunens invånare. Analys och eventuella handlingsplaner görs i Socialtjänstens centrala ledningsgrupp och redovisas till Socialnämnden.

### 7.2 Avikelser och rapporter från personal i organisationen

I Socialstyrelsens Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 finns föreskrifter som handlar om utredning av avikelser och om personalens rapporteringsskyldighet.

#### 7.2.1 Avikelser och riskanalyser

Med avvikelse avses "en icke förväntad händelse som medfört eller hade kunnat medföra skada för vårdtagare/brukare". En viktig del i rutinen för avvikelsehantering är systematiken för att analysera händelser och för att vidta förbättringsåtgärder. På arbetsplatsträffar på de olika enheterna ska avikelser vara en stående punkt.

Erfarenheterna av negativa händelser som inträffat eller riskerar att inträffa ska användas i det systematiska kvalitetsarbetet för att förbättra de olika verksamheterna.

Arbetsätt och förhållningssätt ska vara inriktade på att:

- identifiera och förebygga risker som kan medföra skada för vårdtagare/brukare
- rapportera alla avikelser, fel och brister
- avikelser ska ses som en viktig del i en lärande organisation.

Ett nytt sätt att arbeta med avvikelser infördes under våren 2016. Det nya arbetssättet innebär att personalen rapporterar direkt in i avvikelsemodulen i ProCapita. Modulen har öppnats upp så den personal som rapporterat en avvikelse kan följa utredningen av avvikelsen.

Det nya arbetssättet innebär också att en riskbedömning ska göras av varje avvikelse. En händelseanalys utförs, åtgärdsbeskrivning görs samt återkoppling av händelsen som rapporterats. Efter riskbedömningen finns angivna nivåer (högre grad av allvarlighet och sannolikhet för upprepande) för att veta om det även ska göras en *riskanalys*.

### **Sammanfattning avvikelser och riskanalyser 170701-180630**

Föregående års siffra inom parentes. LoS har under mätperioden registrerat 46 (127) avvikelser. Liksom tidigare år utgör den största delen läkemedelshantering, men är samtidigt bara någon promille av det totala antalet överlämnade läkemedelsdoser per år.

### **Förbättrande åtgärder som genomförts under perioden**

Avvikelserna har troligen blivit färre tack vara e-signeringen.

### **Planerade förbättringar under kommande period**

- Fortsatt stort fokus på att informera medarbetare om vikten av att rapportera in avvikelser i verksamheten.
- Genom att ha avvikelser som en punkt på APT-dagordningen välkomnar verksamheten en öppen diskussion om att avvikelser är en del i kvalitetsarbetet.
- En fördjupad analys kommer att göras avseende läkemedelsavvikelser.
- Fortsatt utveckling inom ny organisation.

## **7.2.2 Lex Sarah**

I *Socialtjänstlagen (2001:453) (SoL)* och i *Lag(1993:387) om Stöd och Service till vissa funktionshindrade (LSS)* finns bestämmelser som anger att alla som är verksamma inom vård och omsorg har i uppgift att vaka över att enskilda får god omvårdnad/gott stöd och god service och lever under trygga förhållanden – samt att allvarliga missförhållanden rapporteras och anmäls.

Om ett missförhållande är allvarligt eller om det finns risk för ett allvarligt missförhållande inom Socialtjänsten och i verksamheter enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, ska verksamhetsansvarig anmäla detta till IVO (Inspektionen för Vård och Omsorg). I SOSFS 2011:5 finns föreskrifter om hur bestämmelserna om Lex Sarah i SoL, LVU, LVM och LSS ska tillämpas.

För Socialtjänsten finns en lokal rutin för Lex Sarah-rapportering.

### **Lex Sarah-rapporter 170701-180630**

Under perioden har 3 Lex Sarah-rapporter inkommit (föregående år 2). Två händelser bedömdes vara av den allvarlighetsgraden att de anmäldes till IVO. De handlade om brister i bemötande och i omsorgen. Händelserna har åtgärdats med information, översyn av rutiner, samtal och utbildning. Utredningarna har lämnats till Socialnämnden enligt rutin och information och dialog har skett på hemvårdens ledningsgrupp.

Den händelse som inte ledde till rapport till IVO, har åtgärdats med information, översyn av rutiner och samtal samt redovisats som information till Socialnämnden och enhetschefer.

### Handlingsplan

- Information till all personal om lex Sarah utifrån aktuella föreskrifter inklusive lokala rutiner finns i introduktionsmaterial.

## 7.3 Patientsäkerhetsberättelse

Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) och föreskrift och allmänt råd "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete" SOSFS 2011:9, ska vårdgivare upprätta en patientsäkerhetsberättelse senast 1 mars för föregående kalenderår. MAS (Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska) är ansvarig för att ta fram patientsäkerhetsberättelsen.

Den senast publicerade patientsäkerhetsberättelsen är publicerad i mars 2017 och avser 2016. Här återfinns avsnitt som berör t ex avvikelser, Patientnämnden, Lex Maria, kvalitetsregisterna Svenska palliativregistret och Senior Alert samt övrigt patientsäkerhetsarbete.

## 8. Samverkan

LSS och socialpsykiatri (LoS) samverkar på många områden både internt och externt. Här framhålls ett urval av områden.

### *Intern samverkan*

#### *Individsamverkan*

"Individsamverkan" reglerar i en riktlinje ansvarsfördelningen mellan Socialtjänstens verksamheter Handikappomsorgen, Hemvården och Individ- och familjeomsorgen avseende handläggning och insatser för personer med olika typer funktionsnedsättningar, för att ge bästa möjliga stöd till den enskilde.

Exempel på fler interna samverkansforum:

- Hälsfokus, mellan enhetschefer, verksamhetschefer inom LoS, hemvården samt personalavdelningen och kommunens hälsostrateg.
- Kontinuerliga uppföljningar av verkställighet och beslut, enhetschefer och handläggare.
- Fritidsombud, fritidssamordnare och enhetschef.

#### *Extern samverkan*

- LoS har samverkansgrupp med 4 YES-kommunerna och brukarorganisationerna 4 ggr/år.
- Regelbundna samverkansmöten med Regionen 4 ggr/år enligt upprättat avtal.

#### *PRIO (plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa)*

Under 2013 startade Socialtjänsten (Individ -och familjeomsorgen, Hemvården och LSS och socialpsykiatri) arbetet med regeringens handlingsplan och uppnådde Socialstyrelsens första grundkrav och prestationsmålen för år 2013, och blev också tilldelade utvecklingsmedel.

Socialtjänsten har även under 2014 och 2016 tilldelats utvecklingsmedel efter att ha uppnått Socialstyrelsen grundkrav och satt upp nya prestationskrav. Fortsatt arbete har pågått inom våra tre verksamhetsområden under dessa år utifrån de prestationsmål (åtgärdsplaner) som redovisats till socialstyrelsen.

För 2017 har socialtjänsten blivit tilldelat stimulansmedel och har påbörjat arbetet med att analysera och göra handlingsplan utifrån fem fokusområden enligt överenskommelsen mellan stat och Sveriges

kommuner och Landsting. Redovisning av användning/planerad användning av erhållna medlen skall redovisas senast den 31 oktober 2017 annars ska medlen återbetalas.

#### *Kommunala handikapprådet (KHK)*

Det kommunala handikapprådet är ett organ för samråd mellan företrädare för handikapporganisationerna, kommunstyrelse och nämnder. Handikapprådet sammanträder fyra gånger årligen och ordförande är socialnämndens ordförande. Handikapprådet är en referensgrupp i frågor som berör personer med funktionsnedsättning. Information från kommunen ges angående planer för förändringar av samhällsinsatser samt utformning av organisationen. Därvid hämtas synpunkter från rådet. Handikapporganisationerna har möjlighet att lyfta frågor till diskussion i rådet. Rådet har också möjlighet att framföra synpunkter på den kommunala verksamhetens utformning och föreslå i frågor som har aktualitet för personer med funktionsnedsättning

#### *Nätverk*

\*Genom regelbundna träffar med andra kommuner samverkar LoS på chefs- och handläggarnivå, uppdragsamordnare, fritidssamordnare, arbeidskonsulent samt personligt ombud. Träffarna ger en bra omvärldsbevakning, vilket har en stor betydelse för erfarenhetsutbyte och LoS; s verksamhetsutveckling.

\*LoS handläggare har två externa nätverksgrupper som de är aktivt delaktiga i. TEKLA är inriktad främst på LSS-frågor och EBBA är inriktad på socialpsykiatrins frågor. Nätverksträffar äger rum i respektive grupp 2-4 gånger per år. Kommuner representerade i EBBA är Kävlinge, Lomma, Staffanstorp, Höör, Hörby, Eslöv, Åstorp, Klippan, Burlöv, Örkelljunga och Perstorp. Kommuner representerade i TEKLA är Kävlinge, Lomma, Vellinge, Staffanstorp, Svedala, Eslöv och Burlöv.

\*LSS-handläggare samverkar med skola, BUP, Barn-och ungdomshabiliteringen, Vuxenhabiliteringen, Arbetsförmedlingen samt Försäkringskassan. Dessa är viktiga samverkanspartner för att bereda och ha en bra framförhållning för målgruppens eventuella behov av LSS -insatser.

\*Daglig verksamhet samverkar med särskolan för att både ge ungdomarna bra information och stöd när de ska gå ut i vuxenvärlden samt att informera varandra om respektive verksamhet och hitta samverkansformer.

Daglig verksamhet har också ett större nätverk som består av bland andra handläggare LSS, Arbetsförmedlingen. Från daglig verksamhet enhetschef och arbeidskonsulent. Kuratorer från skolor samt studievägledare från vuxenhabiliteringen.

\*Nätverket kring unga vuxna har till syfte att skapa kännedom om vilka personer som kan förväntas vara behov av stöd från kommunen eller annan, efter avslutad gymnasieskola samt att planera hur stödet behöver vara utformat. Närvarande vid dessa möten är enhetschef daglig verksamhet, handläggare inom LSS, arbetsförmedlingen, lärcentrum, vuxenhabiliteringen, gymnasiesärskolan och Svalövs gymnasium.

\*Regionalt verksamhetsråd- funktionshinder träffas en gång per halvår med inriktning på strategiska verksamhetsfrågor och omvärldsbevakning.

\*Samverkansmöten med vuxenhabiliteringen, region Skåne och närliggande kommuner kom till när kommunerna skulle komma fram till riktlinjer med regionen angående hjälpmedelsansvaret. Nätverksgruppen har därefter fortsatt att träffas, för att delge varandra vad respektive arbetsgrupp just nu arbetar med.

## 9. Kompetensförsörjning

Utbildningssamordnare har tagit fram en rapport gällande kompetensförsörjning 2017-2018 avseende socialtjänstens verksamheter. De områden som berörs är utbildningsplaner, kompetens, introduktion, samt elever/studenter.

Den personal som arbetar efter Socialtjänstlagen ska enligt lagtext ha lämplig utbildning och erfarenhet för varje specifik uppgift samt inneha rätt kompetens. Det finns även Allmänna råd för LSS och Socialpsykiatri gällande kompetens och dessa stämmer väl överens med LoS kravprofiler.

På flera av dessa områden har utvecklande insatser gjorts som gäller alla socialtjänstens verksamheter, enligt fastställda utbildningsplaner.

Socialtjänsten erbjuder feriearbete enligt kommungemensamma riktlinjer.

Sedan 2014 har LSS och Socialpsykiatri haft den så kallade "kompletterande utbildningen" med i planen, det vill säga utbildningar som ska ges inom 2 år från anställning.

Utbildningar har skett, dels de kompletterande utbildningarna som är återkommande men även specifika utbildningar utifrån medarbetarnas och verksamheternas behov. I detta ingår även utbildningar som utförts utifrån särskilda handlingsplaner och utifrån åtgärder i utredningar, exempelvis från lex Sarah utredningar. En del utbildningar har varit webbutbildningar.

LSS och Socialpsykiatrins personal har gått en utbildning om mänskliga rättigheter och respektive arbetsplats har utarbetat en handlingsplan hur man ska fortsätta arbetet med mänskliga rättigheter.

23 personal har under perioden varit aktuella för validering och/eller fortsatt sina studier till formell kompetens.

När det gäller kravet på "formell utbildning" för LoS omvårdnadspersonal gjordes en mätning i juni 2018 som visade att av LoS omvårdnadspersonal hade 92 % adekvat utbildning.

Teampersonalen har formell kompetens genom sin legitimation alternativt adekvat högskoleutbildning (handläggarna). Enhetschefernas formella kompetens inom LoS är fullt uppnådd med 100% högskoleutbildade.

Vi den årliga gemensamma introduktionen för sommarvikarier inom Hemvård och LoS deltog 70 nya vikarier.

Feriearbete erbjuds enligt kommungemensamma riktlinjer under sommaren. Dessutom erbjuds vecka 44 10 platser inom LoS och Hemvård till årskurs 9-elever.

### Handlingsplan

- Fortsatt bevakning kring möjligheterna att utveckla och använda olika webbutbildningar.



## 10. Sammanfattning

LSS och Socialpsykiatri presenterar här sin kvalitetsrapport. Resultaten har analyserats på ett systematiskt sätt genom "Ledningens lokala genomgång", och man har tagit fram ett antal handlingsplaner. Sammantaget visar årets kvalitetsrapport på ett omfattande arbete för att ge bästa möjliga stöd och omsorg till brukare och anhöriga. Brukarnöjdheten har undersökts i lokal och nationell mätning.

De analyser som har gjorts av materialet, och eventuella handlingsplaner, framgår under respektive kapitel.

Den sammanfattande bedömningen är att verksamheten lever upp till kraven om ett systematiskt kvalitetsarbete för att säkra en godtagbar kvalitet.

Eva Sjöstedt  
Socialnämnden  
046-73 90 10 • [eva.sjostedt@kavlinge.se](mailto:eva.sjostedt@kavlinge.se)  
Kävlinge kommun, Kullagatan 2, 244 80 Kävlinge  
[www.kavlinge.se](http://www.kavlinge.se)

