

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2020

2020

Socialnämnd

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	4
2	Inledning	5
2.1	Vad är kvalitet i verksamheten?	5
2.2	Vad är patientsäkerhet?	5
2.3	Lagar och föreskrifter	5
2.4	Fokusområden under året	6
2.5	Verksamhetens förutsättningar	6
2.6	Övergripande mål för kommande år	6
3	Kvalitetsberättelse	8
3.1	Utifrån mål, planer och värdegrund	8
3.2	Offentlig statistik och kvalitetsnycklar	8
3.2.1	Nyckeltal	9
3.3	Egna undersökningar	9
3.4	Avvikelser	9
3.5	Synpunkter och klagomål	10
4	Patientsäkerhetsberättelse	11
4.1	Övergripande mål	11
4.2	Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	11
4.3	Struktur för uppföljning och utvärdering	12
4.4	Beskrivning av patientsäkerhetsarbete som genomförts för ökad patientsäkerhet	12
4.5	Samverkan för att förebygga vårdskador	14
4.5.1	Intern samverkan	14
4.5.2	Extern samverkan	15
4.5.3	Samverkan med patienter och närstående	16
4.6	Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	17
4.7	Hantering av synpunkter och klagomål	17
4.7.1	Sammanställning och analys	17
4.8	Resultat	18
4.8.1	Uppföljning av genomförda egenkontroller på våra processer	18
4.8.2	Noterade avvikelser under året	19
4.8.3	Kvalitetsregister	22
4.9	Framtid	24

1 Sammanfattning

Den sammanfattande bilden av år 2020 är att pandemin kraftigt påverkat det systematiska kvalitetsarbetet både inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Vi ser en del positiva effekter av tidigare års förbättringsarbeten men med viss frustration har inte de fortsatta planerade insatserna kunnat genomföras. Konsekvensen av detta blir att kvalitetsåret 2020 har till viss del gått förlorat eller pausats. Detta innebär också att kommande år behöver innehålla 2020 års planerade insatser ihop med ytterligare åtgärder. En viss prioritering kommer därför bli nödvändig.

Det systematiska kvalitetsarbetet har under året förflyttats ut ett steg närmare verksamheterna - från verksamhetsplan ut i enhetsplaner.

Antal avvikelser har ökat markant och detta ser vi främst inom hemtjänsten. Inställningen till att skriva avvikelser har förändrats från att man uppfattat det som att man skriver en avvikelse "på en annan medarbetare" till en större förståelse för att den upprättas på en händelse som vi vill undvika ska upprepas.

2 Inledning

2.1 Vad är kvalitet i verksamheten?

Socialförvaltningen i Burlövs kommun har tagit fram en definition av kvalitet i verksamheten. Utöver mål och krav i lagar som rör verksamheten ska kvalitetsarbetet inom Socialtjänsten i Burlöv:

- Präglas av Burlövs värdegrund med bemötande, tillgänglighet, förtroende, delaktighet och likabehandling som ledord.
- Erbjuder stöd och insatser som är trygga, säkra, pålitliga, lämpliga, hållbara och kunskapsbaserade.
- Ha medborgarfokus där medborgarens/brukarens/patientens behov står i centrum.
- Sträva efter att medborgaren ska vara så självständig som möjligt.

Med kvalitet menar vi även att vara tydliga med vad medborgare kan förvänta sig av oss eftersom det är i mötet mellan människor som kvalitet uppstår och upplevs. Kvalitet kan uttryckas som förhållandet mellan förväntning och upplevelse. Det är relationen mellan upplevelsen av det man får i relation till förväntningarna som är den främsta drivkraften för hur nöjd eller missnöjd en medborgare/brukare/patient är.

2.2 Vad är patientsäkerhet?

Patientsäkerhet definieras som "skydd mot vårdskada" i patientsäkerhetslagen. Patientsäkerhet handlar alltså om att patienter inte ska skadas i samband med hälso- och sjukvårdande åtgärder, eller på grund av att vården inte vidtar de åtgärder som är motiverade med hänsyn till patientens tillstånd.

Patientsäkerhet är en grundläggande kvalitetsdimension i vården och är nära förknippat med god vård som bland annat innebär att vården särskilt ska

- vara av god kvalitet
- vara lätt tillgänglig
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
- tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

2.3 Lagar och föreskrifter

Flera lagar och föreskrifter styr kvalitetsarbetet och patientsäkerheten inom socialförvaltningen:

Socialtjänstlagen, SoL

Hälso- och sjukvårdslagen, HSL

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS

Patientsäkerhetslagen, PSL

Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU

Lagen om vård av missbrukare i vissa fall, LVM

Socialförsäkringsbalken

Tandvårdslagen, TL

Föreskriften SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete gäller för samtliga ovanstående lagrum. Denna kvalitetsberättelse är i huvudsak en berättelse som beskriver hur Burlövs kommuns socialförvaltning uppfyller föreskriftens intentioner.

2.4 Fokusområden under året

Det systematiska kvalitetsarbetet har behövt stå tillbaka under året. Implementeringen av digitalt signeringsystem för hälso- och sjukvårdsinsatser, framförallt läkemedelsinsatser, påbörjades men fick pausas. De flesta utbildningsinsatser fick också ställas in. Fokus under året har varit att hantera pandemin och alla aspekter av denna: minska risk för smittspridning, få tag på skyddsutrustning under perioder då det var brist, upprätta och uppdatera diverse rutiner, svara på frågor från medarbetare och medborgare samt nära dialog och samarbete med Region Skåne. Verksamheten har också behövt hantera personalfrånvaro och att anpassa sig och följa direktiv från Folkhälsomyndigheten, Smittskydd Skåne och Vårdhygien Skåne. Nya arbetsuppgifter har tillkommit i form av hantering av smittspårningar samt att hantera lägesrapporteringar internt och externt. Verksamheten har också behövt introducera nya medarbetare samt utbilda alla medarbetare inom basala hygienrutiner och smittskydd.

2.5 Verksamhetens förutsättningar

En omfattande omorganisation har genomförts i verksamheten under året. Tre verksamhetsområden har blivit två och flera nya enheter har skapats samtidigt som andra har ändrats. Det har inneburit förändringar i verksamheten som i vissa led skapat oro även om de flesta medarbetarna har ställt sig positiva till förändringen.

Digitalisering. I syfte att utveckla och säkra verksamheterna har det påbörjats ett införande av ett signeringsverktyg för främst läkemedelsöversäkning, byte av digitala lås i ordinärt boende och planeringsverktyg för personalen i hemtjänsten har genomförts.

Tillgänglighet - medborgare i Burlövs kommun kan genom flera e-tjänster ansöka om insatser på ett enklare sätt, förutsatt att tillgång till internet finns. Det pågår också arbete med att automatisera processen när medborgare ansöker om ekonomiskt bistånd.

Andra kvalitetshöjande åtgärder är att Burlövs kommun beslutat att chefer inte ska ha max 30 medarbetare att arbetsleda. Inom äldreomsorgen sätts ett lägsta krav på utbildad undersköterska samtidigt som det erbjuds utbildning till dem som ännu inte har utbildningen. Även kurser i svenska språket erbjuds.

Två nya funktioner och uppdrag har skapats för att ytterligare säkra kvaliteten för brukare och patienter. Det är Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och Socialt ansvarig Socionom (SAS)

2.6 Övergripande mål för kommande år

Hur kommande år kommer att se ut är fortfarande oklart. Förhoppningar finns att vaccinationer som genomförs ska minska smittspridningen i samhället och minska trycket på verksamheterna att hantera pandemin. Om detta sker finns flertalet förbättringsåtgärder Socialförvaltningen planerar att genomföra:

Utöka det processororienterade arbetssättet genom att identifiera och kartlägga fler verksamhetsprocesser samt genomföra förbättringsåtgärder i processerna.

Fortsätta implementeringen med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete genom att addera fler risker och egenkontroller.

Tillsammans med Arlövs vårdcentral arbeta mot intentionerna i "Nära vård" och uppfylla målen i hälso- och sjukvårdsavtalet bl.a. genom att skriva in fler patienter i mobil vårdform och öka antalet SIP:ar av god kvalitet.

Genom ett utökat stöd hjälpa verksamheterna återuppta arbetet med BPSD-metoden så att fler medborgare med demenssjukdom får bedömning och åtgärder enligt Socialstyrelsens riktlinjer (2017).

Förbättra dokumentationen framförallt uppförandet av hälsoplaner.

Arbeta strukturerat och målinriktat med att förbättra kvalitet och patientsäkerhet genom att färdigställa införandet av samt införa nya digitala verktyg.

3 Kvalitetsberättelse

3.1 Utifrån mål, planer och värdegrund

I Burlövs kommun bedrivs en strukturerad och systematisk målstyrning på alla nivåer. Burlövs beslutade värdegrund ska beaktas då nya mål antas. Den politiska nivån beslutar om övergripande mål som sedan bryts ner i verksamheterna till enhetsnivå. De fyra målområdena är: attraktiva Burlöv, hållbara Burlöv, trygga Burlöv och tillgängliga Burlöv. Genom ett digitalt verktyg följs måluppfyllelsen kontinuerligt under året. I verksamhetsberättelsen beskrivs hur verksamheterna arbetat med målarbetet och i en verksamhetsplan görs planeringen för kommande års aktiviteter för att nå målen. Kommunens verksamhetscontroller, socialförvaltningens kvalitetsstrateg, MAS, MAR och SAS utför regelbundna uppföljningar i syfte att kontrollera följsamheten till regelverk och upprättade planer. Under året har det digitala verktyget för systematiskt kvalitetsarbete förts längre ut i organisationen så att enheterna gör egna enhetsplaner med mål och uppföljning.

Socialförvaltningen leder och styr kvalitetsarbetet genom följsamhet till föreskriften Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 2011:9. Det innebär att verksamheten identifierar processer, aktiviteter och rutiner samt gör riskanalyser och egenkontroller för att optimera ett processorienterat arbetssätt med medborgaren i fokus. Hittills har socialförvaltningens huvudprocess, missbruksprocessen, avvikelseprocessen, särskilt-boendeprocessen kartlagts. Efter kartläggning av processen tittar vi på förbättringar för att optimera kvaliteten för medborgarna. Oftast handlar det om att ta fram nya eller revidera befintliga rutiner. Socialförvaltningens kvalitetsråd utgör navet i kvalitetsarbetet och ser hela tiden till att föra det systematiska arbetet framåt.

3.2 Offentlig statistik och kvalitetsnycklar

Flera av kommunens och socialförvaltningens mål är kopplat till brukarens upplevelse av trygghet och tillgänglighet med förvaltningens insatser. För att få en uppfattning om brukarnas upplevelse av trygghet, kvalitet och tillgänglighet genomförs flera brukarundersökningar. Resultatet analyseras och varje enhet formulerar mål och planerar aktiviteter utifrån brukarundersökningens resultat. Resultatet återkopplas till brukare och anhöriga i form av ett informationsblad. Socialförvaltningen informerar även om resultatet på hemsidan.

Brukarundersökningens resultat för särskilt boende är fortfarande bra även om det är något sämre än förra året. För hemtjänsten blev resultatet sämre vilket vi tror beror på oron i personalgrupper åsamkat av förändringar i organisationen och Covid-19 pandemin.

Även brukarundersökningar inom funktionshinderområdet genomförs på gruppboendestäder, daglig verksamhet och i boende med särskild service. Värdena för trygghet är jämförbart med rikets men det finns områden att arbeta vidare med.

Brukarundersökningar genomfördes inom IFO-området för ekonomiskt bistånd och missbruks- och beroendevård. Resultatet blev något bättre än föregående år och framför allt hade svarsfrekvensen ökat vilket gör att resultatet blir mer tillförlitligt.

Förutom brukarundersökningar följer socialförvaltningen resultaten i Kommunens Kvalitet i Korthet (KKiK) och Öppna jämförelser för att få en bild på vad vi behöver analysera vidare och förbättra. När socialförvaltningen formulerar årets verksamhetsplan finns detta med som ett underlag i framtagandet av aktiviteter för året.

3.2.1 Nyckeltal

Nyckeltal KKiK	Utfall 2020	Utfall 2019	Utfall 2018
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	Utfall 2020 80	Utfall 2019 89	Utfall 2018 74
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	Utfall 2020 65	Utfall 2019 85	Utfall 2018 85
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren är aldrig rädd för något på sin dagliga verksamhet, andel (%)		Utfall 2019 71,4	Utfall 2018 80,6
Brukarbedömning gruppbostad LSS - Brukaren är aldrig rädd för något hemma, andel (%)	Utfall 2020 68,8	Utfall 2019 70,6	Utfall 2018 57,1
Brukarbedömning individ- och familjeomsorg totalt - helhetssyn, andel (%)	Utfall 2020 82,4	Utfall 2019 77,6	Utfall 2018 86,3

3.3 Egna undersökningar

De inplanerade verksamhetsuppföljningarna ersattes med uppföljning under hösten inriktad specifikt mot förhindrande av smittspridning av Covid-19 (se bilaga 1). Underlaget för uppföljningen är framtaget av Socialstyrelsen och liknande uppföljningar kommer genomföras i andra kommuner runt om i Sverige. Syftet med det framtagna materialet är att stödja kommunerna i att få en bild av förutsättningar, åtgärder, utmaningar och goda exempel för att hindra smitta av Covid-19 inom särskilda boenden för äldre. Underlaget bidrar till ett systematiskt kvalitetsarbete.

Uppföljningen har genomförts genom intervjuer efter en frågemall framtagen av Socialstyrelsen. Stödmaterial Covid-19 socialstyrelsen Intervjuerna har genomförts med enhetschef på boendet samt med en omvårdnadspersonal och sjuksköterska på varje boende.

Analysen visar att det inledningsvis fanns en stor oro bland brukare, anhöriga och personal. Svåra situationer kopplade till tystnadsplikt och sekretess samt ständigt förändrade förhållningsregler var svåra att hantera för verksamheten. Inledningsvis fanns också oro för brist på skyddsutrustning. Detta blev bättre efterhand som tiden gick och.

3.4 Avvikelser

Under året rapporterades 370 avvikelser inom SoL och LSS. Rapporterade avvikelser har ökat från föregående år.

Ökningen härleds främst till hemtjänsten. 2019 rapporterades hemtjänsten 59 avvikelser i jämförelse med 230 avvikelser för år 2020. Den kategori av avvikelse som ökat mest inom hemtjänsten är brister i utförande av insatser (insatser som utförs felaktigt eller inte alls) Även inom individ- och familjeomsorg har antalet rapporterade avvikelser ökat jämfört med 2019. Totalt rapporterades 49 avvikelser under 2019 och 72 under 2020.



Totalt 5 Lex Sarah anmälningar om allvarliga missförhållanden har skickats till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) under året.

Analys

Ökningen av antalet rapporterade missförhållanden inom hemtjänsten har sannolikt flera orsaker. Dels har verksamheten genomfört en omorganisation, ett nytt planeringsverktyg har införts och på enhetschefsnivå har flera nya chefer tillträtt. Troligtvis är det inte är avvikelserna som ökat utan personalen är mer uppmärksam på att rapportera.

Planeringsdagar med all hemtjänstpersonal har genomförts under hösten. Ett fokusområde var avvikelshantering vilket vi tror har haft betydelse för det ökade antalet avvikelser i hemtjänst eftersom medarbetarna blir mer uppmärksammade på att rapportera.

Åtgärder/Utveckling

Det krävs en ständig dialog kring avvikelser på alla nivåer i organisationen. Dels behövs det utifrån de enskilda händelserna och dels utifrån regelverk och rutiner. Det kan finnas ett motstånd eller rädsla att rapportera trots skyldigheten eftersom det är obekvämt att anmäla kollegor. Därför ska det vara en ständig punkt på dagordningen vid teamträffar, ledningsgrupper och kvalitetsråd. I kvalitetsrådet diskuteras avvikelserna kontinuerligt utifrån ett systemperspektiv samt vilka åtgärder på systemnivå som behöver vidtas.

Verksamhetsuppföljningar kommer genomföras i fyra enheter inom Vård och omsorg under hösten 2021. Vid verksamhetsuppföljningarna fokuserar vi på om regelverk, riktlinjer och rutiner följs i verksamheten. Ett av uppföljningsmomenten avser avvikelser.

Enhetschefer gör egenkontroller enligt Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete tre ggr/år. Ett kontrollmoment är om avvikelserna utreds och avslutas i tid.

3.5 Synpunkter och klagomål

Inkomna synpunkter och klagomål fördelas till ansvarig handläggare av kommunens Medborgarservice om de inte själva hanterar dem. Under 2020 har det lämnats 86 synpunkter och klagomål som skickats vidare till ansvarig handläggare i socialförvaltningen. Det går inte att få ut statistik i kategorier i det verktyg som används idag, därför finns ingen statistik över vad synpunkterna eller klagomålen gäller. 28 av dem har gällt Individ- och familjeomsorg och resterande rör Vård och omsorg.

4 Patientsäkerhetsberättelse

4.1 Övergripande mål

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren årligen skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.

4.2 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Socialnämndens ansvar

Vårdgivaren, Socialnämnden i Burlövs kommun, är ansvarig för patientsäkerhetsarbetet. Vårdgivaren fastställer mål och strategier för det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet samt kontinuerligt följer upp och utvärderar mål.

Socialchefens ansvar

Socialchefen (Verksamhetschefen enligt HSL § 29) ansvarar för att det inom förvaltningen arbetas med uppföljning och analys av händelser och avvikelser, fördjupade analyser inom kvalitets- och patientsäkerhetsområdet och utvecklingsarbeten inom kvalitets- och patientsäkerhetsområdet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar

MAS bevakar att patientsäkerheten upprätthålls i hemsjukvården som bedrivs inom kommunens ansvarsområde. MAS har även en delegering från socialnämnden att göra anmälningar enligt Lex Maria till Inspektion för Vård och Omsorg, IVO, samt ansvarar för att felaktigheter på medicintekniska produkter anmäls till Läkemedelsverket.

MAS ansvarar för en säker läkemedelshantering, att delegeringar sker i enlighet med gällande författningar samt att patientjournaler förs i den omfattning som lagen anger.

MAS är också en länk för kontakten mellan Region Skåne, de privata aktörerna och kommunen.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvar

MAR bevakar patientsäkerhet och kvalitet kopplat till rehabilitering och habilitering samt är vårdgivarens sakkunnig inom dessa områden.

MAR ansvarar även för att felaktigheter på medicintekniska produkter anmäls till Läkemedelsverket.

Kvalitetsstrategens ansvar

Kvalitetsstrategen har ett sammanhållande uppdrag för det systematiska kvalitetsarbetet inom socialtjänstens verksamhetsområde. I ansvaret ingår att bygga en struktur för kvalitetsarbetet utifrån intentionerna i SOSFS 2011:9 "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete" med kartläggning av verksamhetens processer, aktiviteter och rutiner, systematiskt förbättringsarbete med egenkontroller, riskanalyser, avvikelser, synpunkter och klagomål.

Verksamhetschefens och enhetschefens ansvar

Verksamhetschefer/enhetschefer ansvarar för att alla medarbetare engageras och har rätt kompetens och befogenheter för att bedriva en god och säker hälso- och sjukvård. De ansvarar också för att enheterna systematiskt arbetar med kvalitets- och patientsäkerhet och följer riktlinjer och rutiner utfärdade av MAS och kvalitetsrådet samt att avvikelser rapporteras. De ansvarar för att operativa mätbara mål formuleras i enheten och för att målen nås samt att utfallet analyseras och att medarbetare delges resultatet och att åtgärder initieras. Det ingår också i deras ansvar att samverkan sker med övriga yrkesfunktioner i förvaltningen såsom sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, biståndshandläggare och omvårdnadspersonal.

Legitimerad personals ansvar

Legitimerad personal dvs. sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård och vården ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och/eller dess närstående.

Omvårdnadspersonalens ansvar

Omvårdnadspersonal ansvarar för att följa upprättade riktlinjer/rutiner, aktivt medverka vid utbildning och handledning samt återkoppla/kommunicera till närmsta chef om riktlinjer/rutiner inte fungerar.

4.3 Struktur för uppföljning och utvärdering

Den systematiska uppföljningen och utvärderingen sker på individnivå, verksamhetsnivå och nationell nivå. Sammanställning och analys av inkomna avvikelser, egenkontroller och riktade undersökningar utgör underlag för kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen. Arbetet med att ta fram egenkontroller i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete kommer utvecklas ytterligare under nästa år. Andra former för uppföljning och utvärdering kan vara journalgranskning, oanmälda besök m.m.

Uppföljning sker även via nationella kvalitetsregister som ger statistik både på verksamhets- och individnivå. Senior Alert används för uppföljning av preventivt arbete gällande trycksår, fall, undernäring, munhälsa och blåsdysfunktion. Den palliativa vården följs upp via Svenska Palliativregistret och vården för demenssjuka personer via BPSD-registret.

En del i den systematiska uppföljningen på individnivå är teamträffar. Legitimerad personal, enhetschef för omvårdnadspersonalen samt omvårdnadspersonal träffas regelbundet för att ge brukare/patient äldreomsorgens samlade resurser för att möjliggöra en god och säker vård och omsorg samt förstärka livskvalitén. Träffarna ska även utveckla och stärka det professionsövergripande teamarbetet.

4.4 Beskrivning av patientsäkerhetsarbete som genomförts för ökad patientsäkerhet

Risikanalys

Risikanalys görs både regelbundet inom ramen för systematiskt kvalitetsarbete och löpande under året i samband med händelser/avvikelser.

I intern kontrollplan är det konstaterat att brister i avvikelshanteringen kan leda till allvarliga konsekvenser och att det finns en stor sannolikhet för att detta ska kunna inträffa. Därför genomförs det kontroller i avvikelssystemet två gånger per år och resultaten presenteras i intern

kontrollrapport.

För att säkerhetsställa att uppföljning av lagar och förordningar sker systematiskt och regelbundet har en del av egenkontrollerna som görs inom hälso- och sjukvården lagts in i Stratsys. Exempel på dessa är extern läkemedelsgranskning 1 gång/år, journalgranskning 1 g/år, mätning av följsamhet till basala hygienrutiner 1 g/år, uppföljning av förebyggande underhåll på vissa hjälpmedel 1 g/år

Informationssäkerhet

Vårdgivaren har ett ansvar för att obehöriga inte ska kunna ta del av dokumenterade personuppgifter. För att kontrollera detta finns en rutin för loggkontroller av hälso- och sjukvårdsjournalen. Enligt denna rutin ska 100% av den legitimerade personalen loggas en gång/år. Enhetschef skickar namn på 25% av medarbetarna till systemförvaltare 1 gång/kvartal. Under 2020 gjordes detta 3 gånger, således är 75% av legitimerad personal loggad under året. I denna loggkontroll framkom inga oegentligheter. Ett förbättringsområde för 2021 är att lägga in loggkontrollerna som egenkontroll i ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Stratsys, för att lättare kunna följa upp hur väl rutinen följs samt få tydligare översikt av resultatet.

Verksamhetsuppföljning

Den verksamhetsuppföljning som planerats för våren 2020 fick ställas in pga rådande pandemi. Socialförvaltningen valde istället att göra en uppföljning av arbetet med Coronapandemin under våren 2020 utifrån material från Socialstyrelsen. Samtliga särskilda boenden involverades i verksamhetsuppföljningen och rapporten finns som bilaga till denna kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse.

Utbildning/handledning

Under året har flertalet utbildningar behövts ställas in, dels pga. ansträngd verksamhet men även pga. att det varit olämpligt att samla medarbetare utifrån smittspridningssynpunkt. En del utbildningar har prioriterats och genomförts eller genomförts digitalt:

- Samtliga medarbetare har vid två tillfällen fått genomgå en webbaserad utbildning i basala hygienrutiner. Medarbetarna har även tagit del av digital utbildning gällande skyddsutrustning kopplat till Covid-19.
- Som ett sätt att höja kompetensen hos omvårdnadspersonal har Socialförvaltningen initierat ett kompetenslyft tillsammans med Komvux där vårdbiträden kan läsa upp sina betyg för att bli undersköterskor.
- Kompetensgrupp för förflyttning har genomfört 4 grundutbildningar inom förflyttning samt 1 tillfälle kopplat till lyftlicens.
- Delegeringsutbildningar för nyanställd omvårdnadspersonal har genomförts vid 9 tillfällen av utvalda sjuksköterskor samt en undersköterska med särskilt intresse och kompetens inom området.
- VISAM är ett beslutstöd för sjuksköterskan inom kommunal vård och omsorg som ska användas när en patients hälsotillstånd försämrats. Utbildning för nyanställda sjuksköterskor har inte kunnat genomföras under året.

Demenssjuksköterska har under året genomfört utbildning/handledning inom flera områden:

- Under 2020 fortsatte arbetet med grundutbildningen i demens från Kunskapscentrum demens. Under året utbildades 29 personer uppdelat i smågrupper, men många utbildningstillfällen har behövts ställas in på grund av rådande Coronapandemi.
- Under året har 45 handledningstillfällen av personal inom och då främst på SÄBO

genomförts.

- Silviasyster påbörjade sin tjänst sommaren 2020 och har under hösten haft fokus på att handleda och stötta hemvården i BPSD arbetet.
- Under 2020 utbildades 23 nya BPSD administratörer vid tre olika tillfällen. Alla enheter har nu utbildade BPSD administratörer men arbetet ser olika ut på de olika enheterna. Arbetet med att alla personer med demenssjukdom och insatser från hemsjukvård eller boende på SÄBO ska erbjudas en BPSD bedömning per år är inte uppnått.
- Målet var också att alla enhetschefer skulle genomgå BPSD utbildningen och för att nå detta mål behöver tre av enhetscheferna genomföra utbildningen under 2021.

Nya/reviderade riktlinjer och rutiner

Under året har en rutin med koppling till hälso- och sjukvård reviderats; rutin för skyddsåtgärder. Utöver denna har fokus legat på att ta fram rutiner för hanteringen av Covid-19. Burlövs kommun har följt de rutiner som Vårdhygien Skåne och Smittskydd Skåne tagit fram. En del lokala rutiner har tagits fram för att komplettera dessa. Under pandemins gång har rutinerna från Region Skåne periodvis förändrats flera gånger per månad och stor ansträngning har lagts på att förmedla ut förändringar i rutiner/nya rutiner ut i verksamheterna.

Kompetensgrupper

Inom socialförvaltningen finns ett antal kompetensgrupper inom olika områden. Dessa grupper innehåller olika yrkeskategorier med särskilt intresse och kompetens för de olika områdena. Grupperna arbetar självständigt med olika förbättringsåtgärder, mätningar, framtagande av rutiner/handböcker m.m.

- Kompetensgrupp för dokumentation hade planerat att genomföra en workshop för legitimerad personal som fick ställas in.
- Kompetensgrupp för förflyttningsteknik har genomfört fyra utbildningar. Relaterat till pandemin har flera utbildningar fått ställas in.
- Kompetensgrupp hjälpmedel har reviderat interna förrådsrutiner samt reviderat uppdragsbeskrivningen för servicetekniker.
- Kompetensgrupp för kognitiv sjukdom Demenssjuksköterskan är samordnare och under 2020 sammanställdes en enhetlig levnadsberättelse och har påbörjat arbetet med att uppmuntra och stötta enheterna att aktivt arbeta med levnadsberättelsen. Gruppen hade planerat en temavecka våren 2020 med aktiviteter, föreläsare osv inom kognitiv sjukdom. Temaveckan ställdes in på grund av rådande Coronapandemi.
- Kompetensgrupp delegering. Har genomfört utbildningar för nyanställda medarbetare.
- Kompetensgrupp nutrition. Hade planerat inför en nutritionsmässa i mars -20 tillsammans med kostenheten i kommunen samt att genomföra nattfastemätningar på särskilda boenden. Även dessa aktiviteter fick ställas in.

4.5 Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan mellan olika aktörer krävs för att undvika att personer med behov av vård och omsorg drabbas av vårdskada eller får insatser av bristande kvalitet.

4.5.1 Intern samverkan

- Kvalitetsrådet är ett beslutsforum där samtliga nya/revideringar i riktlinjer och rutiner går igenom gemensamt.

- MAS är adjungerad till ledningsgrupp inom vård och omsorg. Vanligtvis ligger fokus på att hantera diverse kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor rörande brukarna, ex. förbättra teamarbete, avvikelshantering och nationella kvalitetsregister. Under 2020 har fokus mest legat på att hantera frågor kopplade till Covid-19. Periodvis under året har ledningsgrupp och MAS haft dagliga digitala avstämningar för att hantera nya rutiner kopplat till Covid-19, skyddsutrustning och bemanningsfrågor.
- HSL-träffar sammanför samtlig legitimerad personal, MAS, MAR, verksamhetschef för Vård och omsorg samt enhetschef för hemsjukvården. Under dessa träffar lyfts aktuella avvikelser/patientärenden, frågor kopplade till hälso- och sjukvård, nya riktlinjer och rutiner samt ny information från MAS omvärldsbevakning. En del av dessa träffar har under året ställts in pga. pandemin.
- Uppdrag psykisk hälsa (UPH) gruppen, tidigare PRIO grupp har splittrats under året och inför 2021 kommer en annan struktur att införas för arbetet med Uppdrag psykisk hälsa. Socialförvaltningens arbete med UPH kan i stort redovisas genom en handlingsplan som från början omfattade tre fokusområden; öka kunskapen om psykisk hälsa, tidiga insatser samt ledning, styrning och organisation. De aktiviteter som planerades var ett samarrangemang med biblioteket, diakoni och brukare för aktiviteter under Skåneveckan. Detta blev inställt på grund av Coronapandemin. Det planerades för två utbildningstillfällen för Första hjälpen utbildningar (MHFA) men dessa blev också inställda på grund av Coronapandemin. Ett arbete med kommunal handlingsplan för suicidprevention påbörjades men har pausats till följd av organisationsförändring. Den aktivitet som genomfördes under året var att fortsätta stödja vårt fleråriga ESF-projekt med att få personer med psykisk ohälsa i sysselsättning/arbete/ praktik (Steget). Där det har tillförts både medel för samfinansiering och medel för anställning av en arbetsterapeut i projektet. Projektet har visat på goda resultat och kommer att implementeras i verksamheten våren 2021.
- Demenssjuksköterskefunktionen samverkar med alla aktörer internt i kommunen kring personen med demenssjukdom och deras anhöriga. Detta resulterar i regelbundna avstämningar/handledningstillfällen med biståndshandläggare, personal på dagverksamhet såväl som hemvård och särskilda boende. Demenssjuksköterskan är också tillgänglig för HSL-personal, LSS-verksamhet, socialpsykiatri, anhörigstöd och andra stödfunktioner i kommunen som t.ex. Medborgarservice.

Under 2020 har intern samverkan uppstått i nya konstellationer pga. pandemin. MAS har deltagit i krisledningsstab som arbetat fortlöpande med att hantera frågor kopplade till Covid-19. I staben har representanter från kommunikation, HR, kansliet, städ och säkerhetssamordning samlats regelbundet. Under våren inrättades även en funktion som skulle hantera skyddsutrustningsfrågor. Uppdraget vars omfattning är 10 % finansieras centralt. I nuläget innehas uppdraget av enhetschef för rehab/MAR. Arbetet under detta år har bestått i att bistå de olika enheterna med skyddsutrustning samt att bygga upp ett centralt lager med skyddsutrustning enligt Länsstyrelsens anvisningar.

4.5.2 Extern samverkan

Samverkan mellan de skånska kommunerna och Region Skåne regleras av det så kallade HS-avtalet (Hälso- och sjukvårdsavtalet) - *Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne*. Avtalet består av tre delar: en grundöverenskommelse, en utvecklingsplan för 2016 - 2020 samt en del om organisering av regional samverkan mellan Region Skåne och Skånes kommuner avseende hälso- och sjukvård.

Extern samverkan sker också i andra former:

- Regelbundna möten med primärvården, Vårdcentralen i Arlöv, genomförs för att gemensamt arbeta mot att implementera HS-avtalet. Mötena handlar också om att diskutera aktuella patientfall och lösa diverse problemställningar i samarbetet mellan kommunens hemsjukvård och vårdcentralen.
- Burlövs kommun har representanter som deltar i olika möten och utvecklingsforum tillsammans med bl.a. Socialstyrelsen, Vårdhygien Skåne, rehabchefsnätverk, nätverk för MAS:ar i mellersta Skåne, Skånska demenssjukköterskenätverket, Kommunförbundet Skåne m.fl.
- Kvalitetsstrategi ingår i ett samverkansnätverk med tre andra kommuner i närområdet.
- Nätverket för psykisk hälsa (PRIO) Samverkans forum mellan fyra kommuner i närområdet har under året till följd av Coronapandemin och organisationsförändringar i kommunerna varit pausad.
- Minnesteam Arlövs vårdcentral - Burlövs kommun. Arbetet med det gränsöverskridande, tvärprofessionella Minnesteam som startade januari 2018 fortsätter. Under året har teamet träffats regelbundet där fokus har varit att lotsa patienter till minnesutredning, övervaka att utredningen slutförs, informationsöverföring mellan instanserna samt att personen med demenssjukdom och deras anhöriga får en tidig kontakt med kommunen. Under 2020 har Minnesteamet Arlövs vårdcentral-Burlövs kommun resulterat i att över 50 personer utretts för demenssjukdom och tidig kontakt med kommunen etablerats, vilket är ett bra resultat liknande 2019 och bör ses som positivt då dessa patienter inte prioriterats i utredningssyfte under 2020 av Region Skåne.
- Deltagare i projekt Jämlig demensvård. Projektet är en del av Region Skånes strategiska utvecklingsplan för jämlig demensvård där Burlövs kommun tillsammans med 6 (från början 4) andra Skånska kommuner ingår.
- Annan samverkan relaterad till demenssjukdomar utanför kommunens gränser är t.ex. Alzheimersfonden, HMC Hjärup, Kunskapscentrum för demenssjukdomar, Socialstyrelsen, Migrationsskolan, Consensus, Lunds universitet, Minneskliniken, Mobila teamet samt Yngre teamet på Minneskliniken.

År 2020 har inneburit att flertalet samverkansformer har ställts in eller genomförts digitalt. På grund av pandemin har nya samverkansformer uppstått:

- Regelbundna möten mellan Skånes MAS:ar, Vårdhygien och Smittskydd Skåne.
- Klustermöte mellan primärvården och kommunerna i mellersta Skåne
- Avstämning digitalt veckovis med Arlövs vårdcentral

4.5.3 Samverkan med patienter och närstående

Samverkan med patienter innebär att ge förutsättningar för medborgaren att själv kunna påverka sin livssituation och den vård och det sociala stöd som hen får. Personen ska ges möjlighet att delta i planeringen av vård och omsorg och när en samordnad individuell plan (SIP) upprättas samt ha inflytande över genomförandet. Om personen så önskar kan närstående medverka.

Patienter skall informeras när avvikelser sker. Om inte sekretessen hindrar bör även närstående informeras. Vid beslut om att anmäla en händelse enligt Lex Maria kontaktar alltid MAS patienten/närstående för att ge dem möjlighet att beskriva sin upplevelse av händelsen. Även beslutet från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) kommuniceras med patient/närstående.

För övrigt har patienter och deras närstående har erbjudits att medverka i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet via:

- Utbildningar för närstående till personer med demenssjukdom med demenssjuksköterska och Silviasyster.
- Via Kunskapscentrum demens och Geriatriska kliniken Helsingborgs lasarett var demenssjuksköterskan en del webbkonferensen "Vård i rörelse" med fokus på gränsöverskridande samarbete med patienten i centrum.

På grund av Covid-19 har närstående haft sämre möjlighet att besöka sina anhöriga kopplat till råd från Folkhälsomyndigheten och även under den period det var besöksförbud på särskilda boenden. Enhetschefer och övriga medarbetare har därmed haft mycket kontakt med närstående via telefon för att kunna ge information om patienternas mående.

4.6 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Avvikelse är händelser som innebär risk för vårdskada eller vårdskada för den enskilde och alla medarbetare är skyldiga att rapportera detta. Avvikelse rapporteringen ger förvaltningen möjlighet att komma tillrätta med brister i den egna verksamheten, att förhindra att bristerna upprepas och att förbättra rutiner och processer för att höja kvaliteten. Begreppet avvikelse omfattar avvikelse enligt SoL och LSS, avvikelse enligt HSL, lex Sarah och lex Maria.

Avvikelsen används i lärande syfte på ledningsgrupp vård och omsorg samt på HSL-möte med legitimerad personal.

Avvikelse kopplade till externa utförare, ex. primärvård och slutenvård, rapporteras av legitimerad personal och skickas till MAS för handläggning. Dessa avvikelse diarieförs och skickas till berörd extern utförare.

Avvikelse som inkommer från externa avvikelse kommer till MAS som sedan handlägger, utreder och svarar på avvikelsen.

4.7 Hantering av synpunkter och klagomål

De synpunkter och klagomål som kommer in till kommunen via telefon, brev eller via synpunktsbrevlådan på hemsidan och som rör hälso- och sjukvården från brukare/patienter/närstående utreds skyndsamt. Dessa ses som viktiga för kommunens förbättringsarbete och är viktiga i lärandet. Ibland kan en synpunkt registreras som en avvikelse och ärendet hanteras då även enligt avvikelseprocessen.

4.7.1 Sammanställning och analys

Det finns svårigheter när det gäller att ta fram statistik ur ärendehanteringssystemet när det gäller att få reda på vad synpunkterna och klagomålen handlar om. Det beror också på att många ärenden innehåller synpunkter kopplat till både HSL och SOL/LSS och därmed är svåra att särskilja statistiskt. Socialförvaltningen har påbörjat ett arbete med en processkartläggning över synpunkts- och klagomålshantering samt att ta fram en rutin kopplat till denna.

Under 2020 har 2 synpunkter inkommit kopplade till hälso- och sjukvården som föranlett utredning

och svar från MAS.

Ett klagomål har inkommit via Patientnämnden under 2020 där medborgaren inte var inskriven i hemsjukvård och därmed inte hade hälso- och sjukvårdsinsatser som kommunen ansvarade för.

4.8 Resultat

4.8.1 Uppföljning av genomförda egenkontroller på våra processer

Verksamhetsuppföljning

Årets verksamhetsuppföljning som planerades till våren 2020 ställdes in pga Covid-19. Istället genomfördes en granskning av särskilda boendens hantering av pandemin under våren 2020. Resultatet återfinns i bilaga 1.

Journalgranskning

Utifrån förra årets journalgranskning planerades en workshop i dokumentation för legitimerad personal. Denna fick dock ställas in pga. pandemin. Ingen journalgranskning genomfördes under året.

Mätning mest sjuka äldre och SIP

År 2019 gjordes en mätning av antalet patienter som var inskrivna i mobil vårdform. Målet för 2020 var att skriva in ytterligare patienter samt att genomföra en ny mätning. Någon ny mätning kunde inte genomföras pga. pandemin. Hurvida antalet patienter ökat eller inte är således oklart.

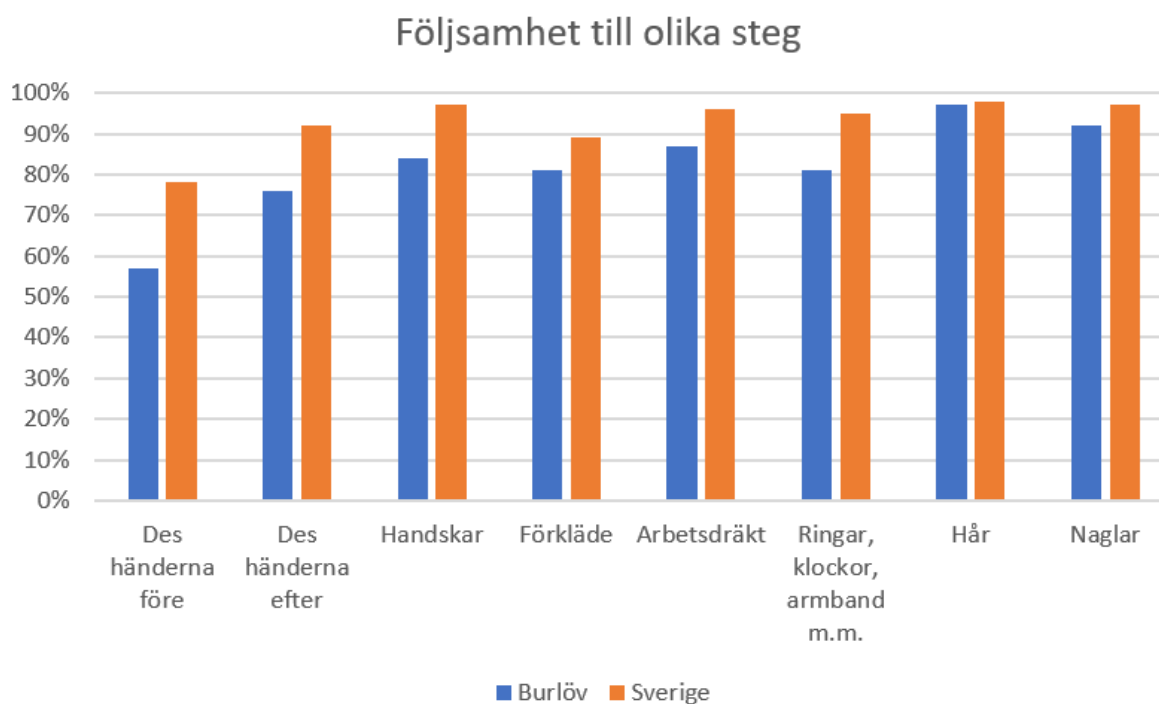
Extern granskning av läkemedelshantering

I december 2020 genomfördes en granskning av läkemedelshantering i Burlöv av extern aktör. I skrivande stund är rapporten ännu inte inkommit men i samtal med granskaren uppgav denne att inga stora avvikelser i hanteringen uppmärksammats.

Följsamhet till basala hygienrutiner - punktprevalensmätning

Under vecka 40-41 genomfördes en observation för att mäta följsamheten till de basala hygienrutinerna. Mätningen samordnas nationellt via Sveriges kommuner och regioner (SKR). Legitimerad personal genomförde observationerna inom särskilt boende och i ordinärt boende. Omvårdnadspersonalen var informerad om att mätningen skulle äga rum under vecka 40-41 men inte under vilket tillfälle.

Resultatet visade brister i följsamhet inom vissa områden och god följsamhet inom andra.



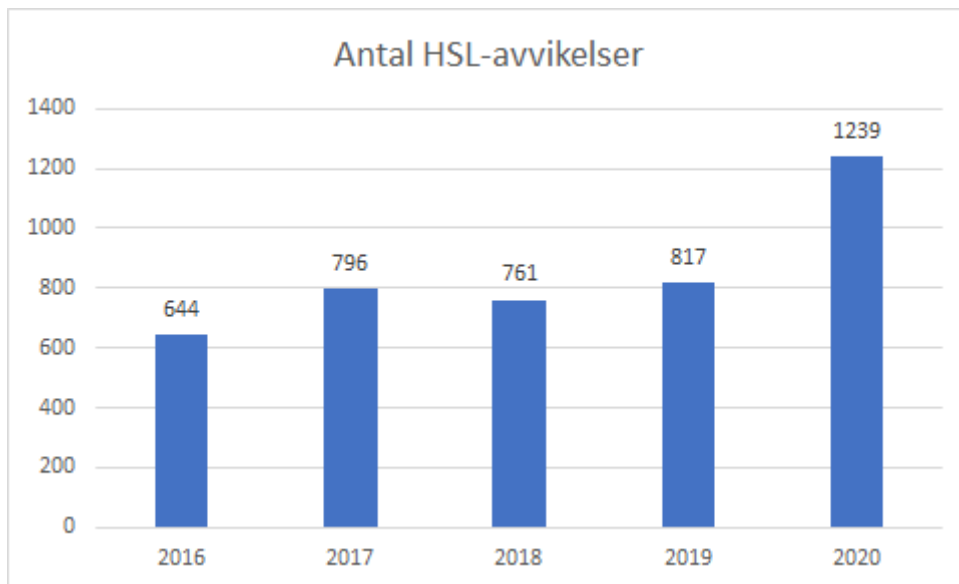
Burlövs kommun ligger under rikssnittet (genomsnittligt värde för samtliga kommuner som deltagit i mätningen) inom samtliga områden. SKR beskriver att detta resultat varit genomgående för de verksamheter som deltagit för första gången vilket även Burlöv har. Det finns en uppfattning om att rutinerna följs men mätningen uppmärksammar områden som behöver förbättras. Det skulle kunna antas att resultatet skulle varit bättre med tanke på de stora kunskapsinsatser som genomfördes under våren med anledning av Covid-19.

Att få full följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler kräver ett långsiktigt arbete och flera olika insatser. Några av de insatser som genomförts under året har varit utbildningsinsatser (webbutbildningar), regelbunden uppföljning, dialog med linjechefer och stöd från ledningen. En ny mätning planeras att genomföras via SKR v. 11-12 2021. Socialförvaltningens ledningsgrupp fattade beslut om att utdela ett pris till den verksamhet som förbättrat sina resultat mest sedan förgående mättillfälle.

4.8.2 Noterade avvikelser under året

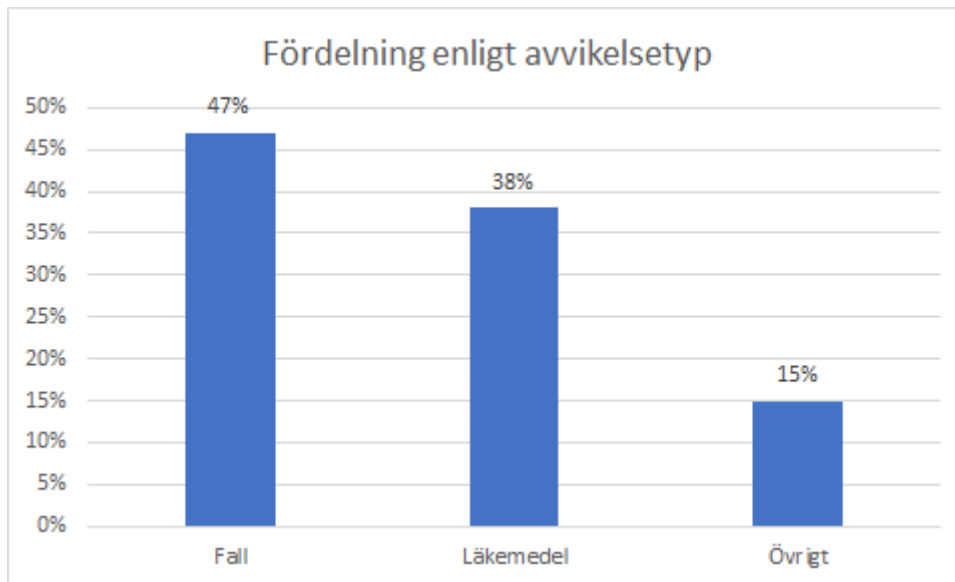
HSL-avvikelser

Antalet inrapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser har ökat kraftigt under 2020.



Ökningen kan härledas till hemtjänsten som rapporterat in fler avvikelser än föregående år.

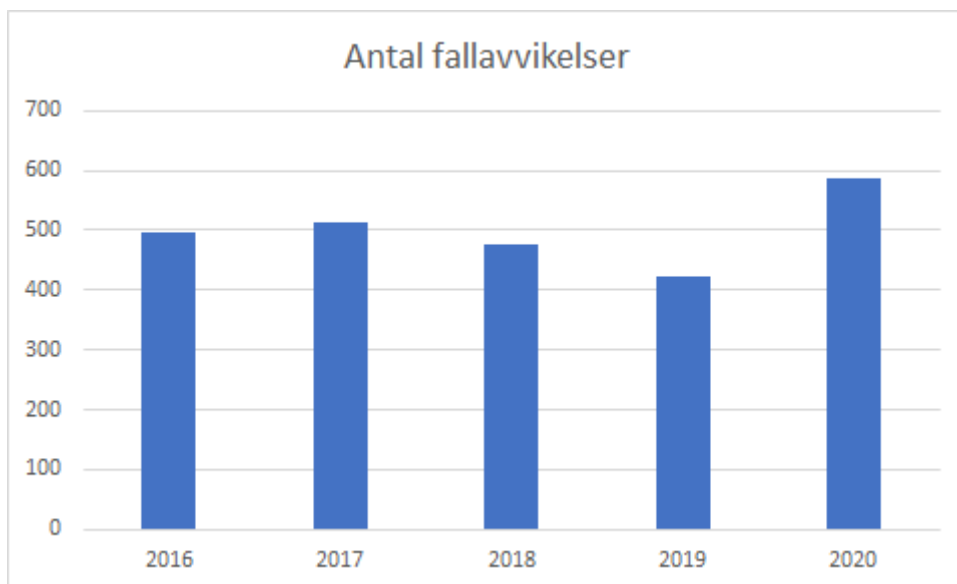
Fördelning enligt avvikelsetyp ses nedan:



Fördelningen har förändrats, där förra året fall stod för 60% av avvikelserna men i år står för 47%.

Fallavvikelser

Antal fallavvikelser har ökat, om detta beror på ett ökat antal fall eller om medarbetarna är mer följsamma till att rapportera in fallen enligt rutin är oklart. De flesta patienterna får lindriga eller inga konsekvenser av fallen, men det förekommer också fall som leder till frakturer och smärta.



Läkemedelsavvikelser

Läkemedelsavvikelser fortsätter att öka, nu kraftigt, under 2020 (se diagram nedan). Det är svårt att fastslå om detta beror på att man blivit mer uppmärksam och bättre på att rapportera läkemedelsavvikelser eller om det faktiskt är fler händelser. Klart är att hemtjänsten står för den största delen av ökningen och den vanligast inrapporterade avvikelsen är försenad/utebliven dos. Vanligaste konsekvensen för patienten har varit att de inte fått några besvär. Det ska dock påpekas den skyldighet verksamheten har att administrera och överlämna rätt läkemedel i rätt tid och att konsekvenserna inte alltid är lätta att identifiera. En förbättringsåtgärd har påbörjats genom att införa ett digitalt signeringssystem. Arbetet påbörjades men försenades pga. pandemin samt frånvaro av IT-resurs.



Övriga avvikelser

Jämfört med tidigare år har övriga avvikelser ökat, exempel på övriga avvikelser är omvårdnad och rehabilitering

Lex Maria

En fallavvikelse i samband med användning av lyft ledde till en lex Maria utredning och anmälan. Händelsen berörde en timvikarie som valt att själv förflytta en patient med lyft trots att detta inte får

genomföras enligt ordination från legitimerad personal.

Fallet i samband med förflyttningen resulterade i att patienten bröt båda underbenen i höjd med fotleden. Avvikelsen bedömdes som en allvarlig vårdskada. Åtgärderna blev förutom informationsåtgärder från enhetschef till berörda personalgrupper även att den aktuella timvikarien inte fick fler pass och avslutades som timvikarie i Burlövs kommun. MAR kommer som åtgärd också att ta fram en särskild rutin för lyft.

Externa avvikelser

Det inkom 6 avvikelser från externa vårdgivare under 2020, dessa rörde brister i informationsöverföring, felaktig läkemedelshantering, brister i medicinsk kompetens hos personlig assistans, trycksår och obesvarat larm.

Legitimerad personal sammanställde 20-talet avvikelser som skickades till externa utförare. Majoriteten rörde Arlövs vårdcentral, medicin- neurologi och ortopediavdelningar. Avvikelserna handlade främst om brister i utskrivningsprocessen så som bristande eller felaktig information och fel kopplade till läkemedelshantering.

4.8.3 Kvalitetsregister

Svenska palliativregistret

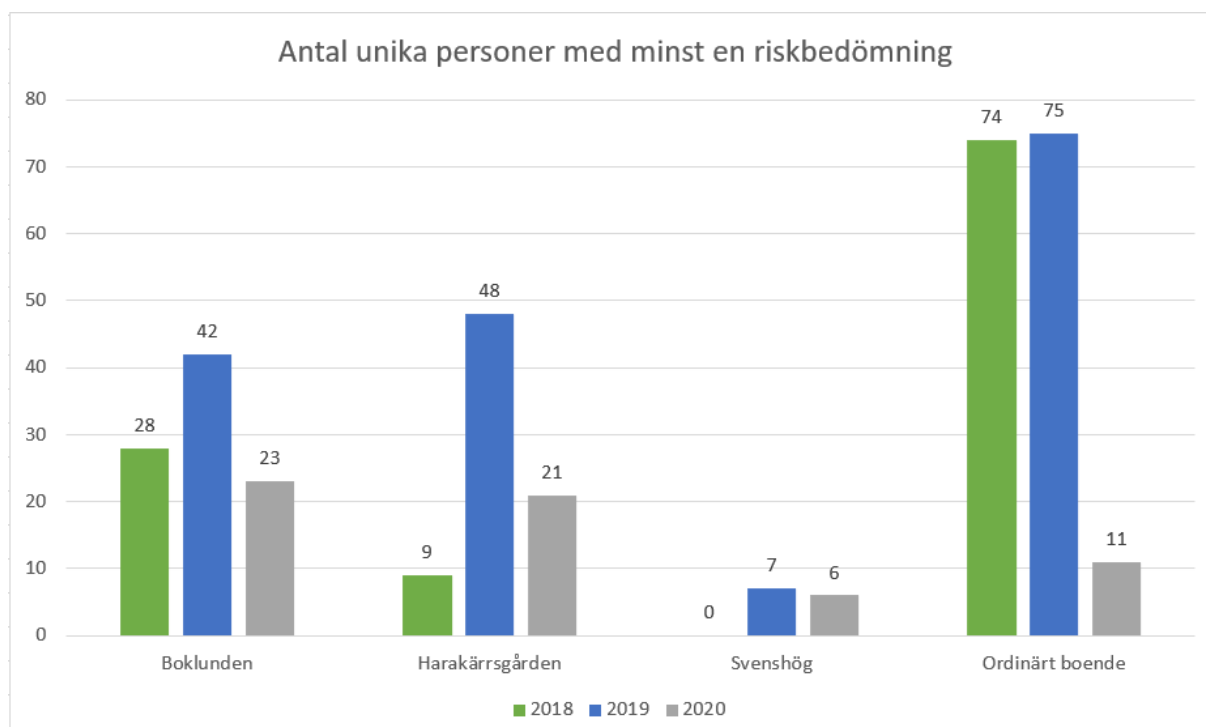
Socialstyrelsen tog under 2017 fram målbildindikatorer för palliativ vård i livets slutskede. Dessa indikatorer ligger till grund för mätningarna i Svenska palliativregistret. En del av målen kan vara svåra för kommunen att påverka, såsom brytpunktssamtal och ordination av olika läkemedel, då dessa utförs av läkare anställda av Region Skåne. De mål som är direkt berör vård och omsorg utförd i Burlövs kommun är "smärtskattning sista levnadsveckan" och "dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan". En dokumenterad munhälsobedömning har utförts i 8 % av de inrapporterade dödsfallen och en smärtskattning sista levnadsveckan har utförts hos 40 % (se tabell nedan). Munhälsobedömning har kraftigt minskat jämfört med 2019 (48 %). Även smärtskattningen har försämrats från föregående år. Endast 12 dödsfall har registrerats under 2020 vilket indikerar att inte alla dödsfall rapporteras in. En förklaring till detta kan vara arbetsbelastningen för sjuksköterskorna kopplat till Covid-19 som har lett till att de prioriterat bort arbete med kvalitetsregister.

Kvalitetsindikator	Sverige 2020	Burlöv 2019	Burlöv 2020	Målvärde
Dok. brytpunktssamtal	77	84	67	98
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	96	92	92	98
Ord. inj ångestdämpande vid behov	95	92	92	98
Smärtskattats sista levnadsveckan	52	60	42	100
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	59	48	8	90

Kvalitetsindikator	Sverige 2020	Burlöv 2019	Burlöv 2020	Målvärde
Utan trycksår (kategori 2–4)	88	88	100	90
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	79	84	75	90

Senior Alert

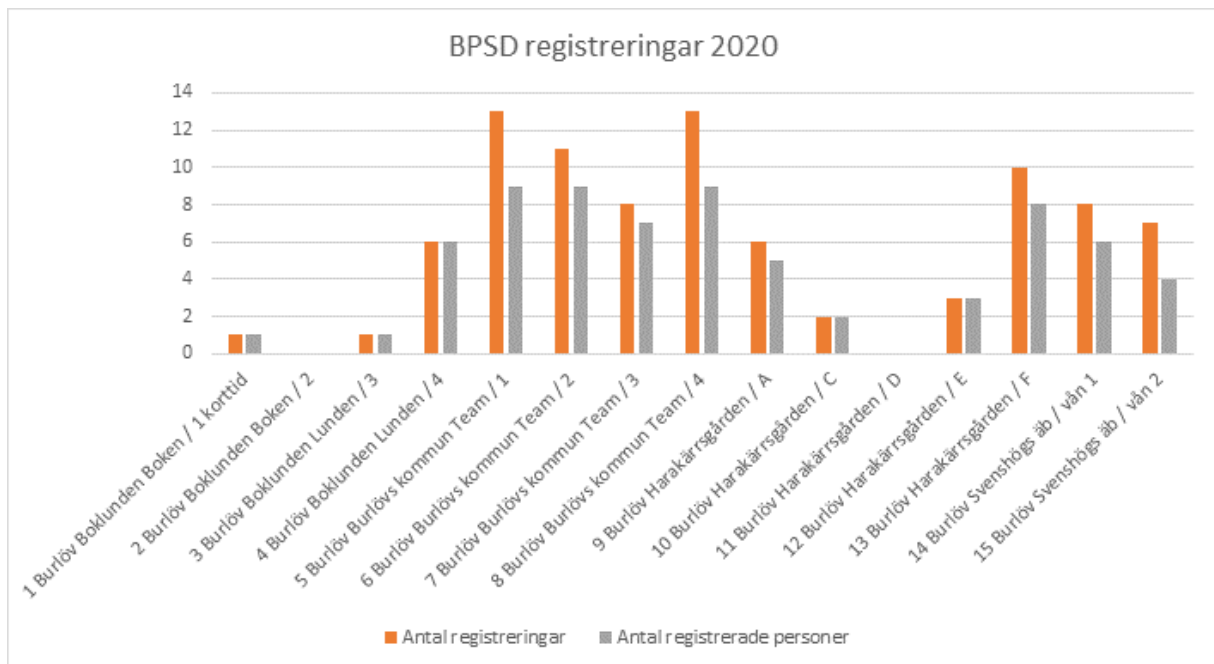
Arbetet med Senior Alert har förbättrats inom samtliga verksamheter. Orsaken härleds till belastningen på verksamheterna kopplat till Covid-19 där man prioriterat bort arbete med kvalitetsregister under 2020.



BPSD-registret (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)

BPSD-metoden har implementerats i kommunens olika verksamheter sedan 2016. Enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom (2017) bör alla med demenssjukdom erbjudas minst en BPSD bedömning varje år.

Under 2020 ses en ojämn aktivitet av registreringar i de olika enheterna, där vissa enheter är mycket aktiva och uppnått nära 100% och vissa enheter inte registrerat någon. Totalt antal registreringar i Burlövs kommun 2020 är 89 st. (53 st 2019, 27 st 2018). Då det i Burlövs kommun beräknas bo ca 275 personer med demenssjukdom och minst hälften av dessa har något slags vård eller omsorgsbehov och kontakt med kommunen finns ett fortsatt stort förbättringsbehov i användandet av registret. Sen sommaren 2020 har Silviasyster avsatt tid att handleda och stötta hemvården i arbetet med BPSD efter teamens önskemål. Demenssjuksköterskan stöttar upp Silviasyster i hennes arbete samt stöttar särskilda boende i arbetet när önskemål från legitimerad personal eller enhetschefer inkommer.



4.9 Framtid

Året 2020 har satt äldreomsorgen på kartan och debatteras flitigt bland politiker och media. Regeringen har tillsatt en utredning som ska se över behovet av en ny lagstiftning. Det har också diskuterats bemanning, kompetens och kvalitet inom äldreomsorgen. Socialförvaltningen behöver bevaka och följa denna diskussion nära för att förbereda sig för eventuella förändringar inom omsorgen.

Även IFO kan komma att påverkas av svallvågorna efter pandemin. Konsekvenser man eventuellt kan se som ett resultat kan vara ökad arbetslöshet och därmed ökat behov av ekonomiskt bistånd samt ökat våld i nära relationer.

Inom Socialförvaltningen behöver det förebyggande arbetet ta allt större plats för att kunna möta medborgarnas behov inom samtliga verksamheter.