

Kvalitetsrapport VoB 2024

Vård- och omsorgsboende

Innehållsförteckning

Inledning	3
Kvalitetsrapporten.....	3
Systematiskt kvalitetsarbete.....	4
Riskanalys.....	4
Egenkontroll.....	6
Utredning av synpunkter och klagomål, avvikelser samt Lex Sarah rapporter och anmälningar till IVO	8
Granskningar och tillsyner.....	13
Brukarundersökningen – Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?.....	14
Sammanfattande bedömning	17
Sammanfattande bedömning för perioden	17

Inledning

Kvalitetsrapporten

Syftet med kvalitetsrapporten är att säkerställa och utveckla kvaliteten i utförandet till den verksamheten riktar sig till. Kvalitetsrapporten ska dessutom synliggöra det systematiska kvalitetsarbetet.

Kvalitetsrapporten är en del av den uppföljningen av verksamhetens uppdrag. Rapporten fungerar genom sin utformning som en sådan kvalitetsberättelse som beskrivs i ledningssystemet för kvalitet (SOSFS 2011:9).

Kvalitetsrapporten består av fyra avsnitt:

- Inledning
- Systematiskt kvalitetsarbete
- Brukarundersökning
- Sammanfattande bedömning

Systematiskt kvalitetsarbete

Risikanalys

Risker som är identifierade på avdelningsnivå

Eftersatt fastighetsunderhåll och bristande digital infrastruktur

Det eftersatta fastighetsunderhållet inom Göteborgs Stad innebär att många fastigheter behöver renoveras samtidigt. Fastighetsåtgärderna som genomförs under pågående verksamhet kan få en stor påverkan på hyresgästernas boendemiljö och medarbetarnas arbetsmiljö. Påverkan styrs av hur omfattande fastighetsåtgärderna är. Konsekvenserna blir högre vid de tillfällen då hyresgäster kan komma behöva flytta tillfälligt.

Flera fastigheter saknar tillräcklig infrastruktur för att kunna implementera digital teknik. Det riskerar att påverka förutsättningarna för att implementera nya IT-stöd.

Upphandlingen av trygghetssystem är genomförd under året med flera års försening.

Implementeringen av nya trygghetssystem kommer att ta tid. Utmaningen och risken är att nuvarande äldre lösningar har uppnått teknisk livslängd och är svåra att reparera om de skulle gå sönder.

Avsaknad av klimatanpassningar och krisförberedande åtgärder

Många av fastigheterna saknar klimatanpassningar för att uppfylla

Folkhälsomyndighetens allmänna råd om temperatur inomhus HSLF-FS 2024:10. Enligt de allmänna råden och tillsynsvägledningen bör inomhustemperaturen inte understiga 20 grader eller överstiga 24 grader under vår, vinter och höst för känsliga grupper.

Under sommaren gäller högst 26 grader inomhus under tre dagar i följd. Denna risk kräver omfattande åtgärder av annan förvaltning då äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen inte äger, utan hyr fastigheterna.

Vid händelse av olika avbrott saknas backup system för vatten, el och digital kommunikation. Dessa avbrott kan få stora konsekvenser för hyresgäster och medarbetare. De kontinuitetsplaner som finns hanterar inte dessa infrastrukturella frågor.

Kompetensförsörjning och språkkompetens

Den demografiska utvecklingen medför en högre andel äldre som behöver insatser samtidigt som den arbetsföra befolkningen minskar. Inom förvaltningen finns stor andel kommande pensionsavgångar som leder till stora rekryteringsbehov. Vård- och omsorgsutbildningarnas kvalitet har förändrats över tid vilket även gäller minskat antal sökande. Det påverkar rekryteringsbasen och ställer andra krav på intern kompetensutveckling inom förvaltningen. Andelen medarbetare med lägre språkkompetens är en annan utmaning för förvaltningen att hantera.

God nära vård och tidig hemgång

Strategin för att omhänderta den nya reformen är inte klar inom förvaltningen. Det är en utmaning för förvaltningen att omhänderta målgrupper med till viss del förändrade behov. Detta kommer att ställa krav på en högre kompetensnivå, mer resurser och eventuellt anpassad verksamhet.

Gemensamma identifierade risker från vård- och omsorgsboenden samt och korttidsverksamheten

Införandet av 11 timmars dygnsvila

Under hösten 2023 förändrades arbetstidslagen med 11 timmars vila och utökad veckovila till 47 tim. Detta medförde att det blev försämrade arbetstider för medarbetare, då det blev längre dagar att arbeta samt att helgtiderna blev förlängda. Under våren 2024 förkortades veckovilan vilket blev en förbättring. Riskanalyser inom olika områden är gjorda.

Svårigheter att rekrytera och bemanna

Bemanningsutmaningen kan bidra till kvalitetsförsämring i verksamheten då utbildningsnivån brister hos sökande till lediga tjänster. En ökad omsättning kan bidra till risk för bristande kompetens och kontinuitet i verksamheten då vakanser täcks av utbildade timvikarier. Risken kan också bidra till försämrad arbetsmiljö med ökad belastning för befintliga medarbetare. En del enheter beskriver att det finns en risk med budget-underskott avseende bemanning då även det leder till ökad användning av timvikarier vilket minskar kontinuiteten och ger högre belastning för tillsvidareanställda medarbetare.

BPSD-problematik på flera boenden

Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD) är ett begrepp som beskriver specifika beteenden (symptom) som vissa av hyresgästerna har på grund av sin demenssjukdom. Ett av dessa är utåtagerande beteende. Det påverkar omgivningen, både medarbetare och andra hyresgäster på vård- och omsorgsboendet. Inriktningen BPSD (med utåtagerande beteende) saknas inom vård- och omsorgsboende. BPSD innebär att hyresgästerna har andra behov som behöver tillgodoses på annat sätt än inom dagens vård- och omsorgsboende. Målgruppen behöver generellt en boendemiljö med färre hyresgäster, färre stimuli och annan kompetens hos medarbetarna. Det kan handla om att hantera hyresgäster som är mer utåtagerande i sin demenssjukdom.

Det finns en risk att denna målgrupp av hyresgäster inte kan få sina behov tillgodosedda fullt ut. Risken innebär även försämrad boendemiljö för samtliga hyresgäster och försämrad arbetsmiljö för medarbetare med ökad vårdtyngd.

Risken omfattar all verksamhet inom vård- och omsorgsboende, även avlösning- och korttidsverksamhet.

Trygghetssystem

Förvaltningen har numera ett nytt ramavtal för trygghetssystem. Upphandlingen har pågått under flera år. Flertal av dagens trygghetssystem inom vård- och omsorgsboenden har uppnått sin tekniska livslängd. Möjligheten att underhålla samt reparera dessa finns inte längre.

Risken handlar om att när ett trygghetssystem slutar att fungera, då kan hyresgästen inte använda sitt trygghetssystem. När trygghetssystemet slutar fungera återställs det trygghetssystemet utan att hyresgästen erbjudits hjälp. Ett trygghetssystem som inte fungerar minskar hyresgästens utrymme för självständighet och kan medföra oro. Det innebär en ökad arbetsbelastning för medarbetare. Bemanningen behöver öka och

arbetssättet förändras för att kompensera avsaknaden av trygghetssystem. Risken finns att detta kan leda till skada för hyresgästen. Det finns risker om trygghetssystem behöver bytas ut innan upphandling är klar; mer kostsamma lösningar, tidskrävande direktupphandlingar, att vi binder upp oss på avtal som vi inte vill ha i längden, trygghetssystem som inte är kompatibla med befintliga system i fastigheten.

Avsaknad av gemensamt journalsystem, digitala system och digital signering

Olika journalsystem leder till risk för brister i informationsöverföringen mellan vård- och omsorgspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal. Stölder av läkemedel och avvikelser i läkemedelshantering är svåra att utreda då det saknas digital spårbarhet som digital läkemedelslista, digital signering av läkemedel och utförd ordinerad åtgärd.

Nybyggda vård- och omsorgsboenden

I samband med inflyttning till nybyggda fastigheter för vård- och omsorg har riskbedömningar genomförts. Det omfattar även digital infrastruktur som dålig täckning gällande WiFi och telefoni. De identifierade riskerna handlar bland annat om risk för bristande tillgänglighet för hyresgäster, påverkan på arbetsmiljö och kommunikationsproblem.

Fastigheter

Verksamheterna har även identifierat och riskbedömt olika fastighetsproblem på flera boenden. Exempelvis har riskanalys av ventilationssystemet genomförts på grund av problem med både låga och höga temperaturer beroende på årstid.

Egenkontroll

Värdighetsgarantier och grunduppdrag

Varje år genomförs en GAP-analys per verksamhet, där uppföljning av värdighetsgarantierna ingår. Syftet med GAP-analysen är att identifiera gapet mellan nuvarande verksamheten och den optimala verksamheten. Respektive verksamhet har skapat aktiviteter i Verksamhetsplanen 2024 utifrån de områden där de inte uppfyller kraven för värdighetsgarantier.

Exempel på brister avseende värdighetsgarantierna och grunduppdrag

- **Trygg med medarbetare**
Brister i användandet av namnskyltar hos timvikarier.
- **Respektfullt bemötande**
Överlag upplever hyresgäster att medarbetares bemötande är bra. I genomförandeplanen beskrivs dock hyresgästens behov av bemötande för generellt eller inte alls.
- **Bra måltider i trivsamt miljö**
Det finns brister i upplevelsen av måltidsmiljön men resultatet varierar mellan boendena. Brister i form av störande moment kan vara att medarbetare startar i gång disk medan hyresgäster sitter och äter. Det förekommer även att medarbetare pratar om privata saker framför hyresgästerna. Måltider upplevs inte alltid som tillräckligt varierade men överlag är nöjdheten hög.
- **Deltar i aktiviteter utifrån behov**
Föregående års GAP-analys visade på att meningsfull tillvaro vad gäller

aktiviteter behövde förbättras bland annat på grund av medarbetarbrist och bristande kunskap hos medarbetarna om lämpliga aktiviteter.

Många boenden arbetar aktivt med att erbjuda ett varierat utbud av aktiviteter genom att ta stöd av aktivitetssamordnare eller äldrekonulent.

- **Planerar tillsammans**

En del verksamheter har utmaningar vad gäller att uppdatera genomförandeplaner samt hyresgästens delaktighet. Överlag är genomförandeplaner klara inom två veckor men några boenden behöver fortsätta arbeta med att hålla sig inom tidsramen.

Vårdhygien

Observationer vid egenkontroll visar att det finns vissa brister på samtliga vård- och omsorgsboenden när det gäller användning av handsprit på rätt sätt före och efter handskar. Användning av handskar i arbetet sker också på felaktigt sätt. Användning av annan skyddsutrustning och övriga basala hygienrutiner brister men inte i lika stor utsträckning.

Privata medel

Egenkontrollen visar att majoriteten följer rutiner och riktlinjer kring privata medel. De brister som finns, handlar om att det i en del fall saknas ifylld överenskommelse om privata medel med hyresgästen eller anhöriga och att kvitton är i oordning.

Genomförandeplaner och social dokumentation

Verksamheten följer löpande upp genomförandeplaner. Flera vård- och omsorgsboenden genomför regelbundna stickprovskontroller av genomförandeplaner. De brister som konstaterats vid egenkontrollen är att det inte framgår av genomförandeplanen om hyresgästen varit delaktig i framtagandet av den. I flera fall saknar genomförandeplanen information om hur hyresgästen vill bli bemött och hur hen önskar att nattens insatser ska genomföras. Verksamheterna poängterar omsorgshandledarens viktiga roll i att utbilda och stötta i arbetet med dokumentation.

Nattfasta

Egenkontrollen visar att det är inte går att följa rutinen för nattfastemätning då det är svårt att följa hyresgästernas matintag. Verksamheterna rapporterar att resultatet blir missvisande högt då alla mål mat inte registreras i mätningen. Hyresgäster äter viss mat i sin lägenhet eller ute i samhället. Många erbjuder morgon- och kvällsmat men tackar nej då de äter sin mat, vilken inte registreras i nattfastemätningen. De enheter som fått höga siffror utreder vad dessa beror på och arbetar med att få ner nattfastan.

Livsmedelshygien

På några enheter har det framkommit brister vid temperaturkontroll av kyl, frys och mat och städning. Felaktigt användande av handskar och brist på användande av förkläde har observerats. Majoriteten av verksamheterna konstaterar också brister av temperaturmätning av livsmedel i samband med att man tar emot livsmedelsleveranser. Ett komplement till egenkontrollerna är livsmedelsverkets oanmälda granskningar.

Egenkontroll av medicintekniska produkter (MTP)

Egenkontrollen visar brister i rengöring av MTP och att hur dessa registreras i databasen för MTP. Det är också en brist att medarbetare inte genomfört utbildningsmoment

avseende hantering MTP enligt plan.

Utredning av synpunkter och klagomål, avvikelser samt Lex Sarah rapporter och anmälningar till IVO

Synpunkter och klagomål

Sammanfattning av antal synpunkter och klagomål höst 2023 till våren 2024

Totalt har det inkommit 130 synpunkter och klagomål under perioden 1 juli 2023 till 30 juni 2024. Antalet synpunkter har minskat något jämfört med föregående år då det inkom 136 synpunkter och klagomål. Synpunkterna och klagomålen är fördelade enligt nedan.

Vård- och omsorgsboende

78 klagomål

4 förslag

2 fråga

8 beröm

Korttidsverksamhet

21 klagomål

17 beröm

Alla synpunkter och klagomål har hanterats och återkoppling har skett enligt önskemål från de som lämnat synpunkterna.

Kategorisering av synpunkter och klagomål

Synpunkterna kategoriserades huvudsakligen under följande rubriker:

- Bemötande
- Utförande av tjänst
- Lokalen/fastigheten
- Övrigt
- Synpunkt

De diarieförda synpunkterna handlar bland annat om:

- Bristande kommunikation
- Bemötande
- Mat och måltider
- Störande granne
- Städning
- Bemanning
- Aktiviteter

Avvikelser

Under perioden 1 januari 2024 till 30 juni 2024 har det rapporterats sammanlagt 13 162 avvikelser, vilket är något lägre än förra året. Antalet avvikelser skiljer sig mellan vård och omsorgsboende. Alla avvikelser sammanställs per enhet och verksamhetsnivå två

gångar om året. Arbetet med avvikelshantering är en kontinuerlig förbättringsprocess och sker där avvikelserna uppstår.

Majoriteten av dessa avvikelser kategoriseras som fall, läkemedel eller övrigt. De flesta avvikelserna gällande fall resulterar inte i personskador. Det är ofta samma hyresgäster som faller och kan bero på deras önskan att vara självständiga och inte be om hjälp, eller att allmäntillståndet försämrats. Det innebär att verksamheten, olika funktioner runt hyresgästen, tar fram individuella åtgärder för att minska risken för ytterligare fall. Flera fallavvikelser bedöms inte som avvikelser. Detta innebär oftast att riskbedömning är gjord och att individanpassade fallförebyggande åtgärder redan är insatta.

Avvikelseerna gällande läkemedel handlar ofta om att läkemedel missats att ges, utebliven dos, eller exempelvis bristande rutiner gällande dokumentation kring läkemedel. Mänskliga faktorn ses som en orsak. Det handlar om att medarbetare inte följer rutiner, glömmer, brister i överrapportering vid skiftbyte och kommunikationsbrist. Även här tas olika åtgärder fram utifrån den specifika avvikelsen och det kan handla om att utveckla samarbetet mellan olika funktioner runt hyresgästen och kompetenshöjande insatser för medarbetare.

Lex Sarah rapporter

Område Lex Sarah rapporter	Antal	Bedömning	Åtgärd
Delegerad HS-uppgift	5	1 risk för missförhållande 2 utredning pågår Ej missförhållande	
Fall - registrering	50	1 missförhållande 1 risk för missförhållande Ej missförhållande 5 utredning pågår	
Läkemedel	43	2 utredning pågår Ej missförhållande	
Personskador HS	6	Ej missförhållande 2 utredning pågår	
Utförande av SoL-insats	16	2 missförhållande 1 risk för missförhållande 4 utredning pågår Ej missförhållande	
Genomförande åtgärder enligt vårdplan	4	Ej missförhållande	
Samverkan intern	2	Ej missförhållande	
Samverkan extern	11	Ej missförhållande	
Hygien	14	2 utredning pågår Ej missförhållande	
Övergrepp, självskada, hot	14	2 allvarligt missförhållande 2 missförhållande 1 risk för missförhållande 2 utredning pågår 2 ej missförhållande	Handlingsplan BPSD utåtagerande. Våktare. kompetenshöjning.

Område Lex Sarah rapporter	Antal	Bedömning	Åtgärd
Påbörja SOL/LSS insats	1	Risk för missförhållande	
Övrigt	42	2 allvarligt missförhållande 1 risk för missförhållande 4 missförhållande 8 utredning pågår ej missförhållande	Skickad till IVO, handlingsplan upprättad
Rättigheter och bemötande	17	1 risk för missförhållande 3 missförhållande 8 utredning pågår Ej missförhållande	
Dokumentation	2	Ej missförhållande	
Internflytt	1	utredning pågår	

Lex Sarah anmälningar till IVO

Lex Sarah rapporter som lett till anmälan till IVO (beskrivning av varje ärende)	Antal	Bedömning	Åtgärd
Anmälan med klagomål mot hälso-och sjukvården	1	Förvaltningens bedömning att det förekommit brister i vården och omsorgen av den enskilde. Svar från IVO har ännu inte kommit.	För att säkerställa att genomförandeplanen efterlevs för hyresgästen och att bemötandet fungerar väl, har ansvarig enhetschef tillsammans med omsorgshandledare (OH) genomfört en kartläggning. Kartläggningen innebär både deltagande i morgonplaneringarna för att ge konkret stöd vid planeringen och närvaro av enhetschefen på enheten. Enhetschefen har regelbundet träffat närstående för att återkoppla vad som händer. Enhetschefen har följt upp insatserna för hyresgästen på olika sätt: genom att se till att önskemål om närhet till andra i lokalerna, kommunikation och information till hyresgästen tillgodoses, samt genom att granska utförandet och närvaroregistreringen i larmloggen för att se vid vilka tidpunkter insatserna har utförts. Enhetschefen har även

			haft dialog med omsorgshandledaren om hur medarbetarna interagerar med hyresgästen vid omläggning och övrig omvårdnad.
Inkommen anmälan om klagomål kommer från anhöriga och avser uteblivna akuta åtgärder. Klagomålen riktar sig till flera involverade vårdaktörer inom region och kommun.	1	Inte fått svar från IVO ännu.	
Inkommen anmälan om klagomål kommer från närstående och avser uteblivna akuta åtgärder	1	Inte fått svar från IVO ännu.	
Inkommen anmälan om klagomål kommer från närstående och avser fördröjd insats.	1	Inte fått svar från IVO ännu.	
Övrigt	1	Hyresgästen har försummats, glömts bort av medarbetare i samband med internflytt dag 3. Bedömning är att detta utgör ett allvarligt missförhållande.	Upprätta och implementera en lokal rutin för överrapportering mellan arbetspass. VT-2024 Medarbetare ska läsa daganteckningar i samband med att man går på sitt pass. VT-2024. Säkerställa kommunikation fungerar i det dagliga arbetet. Arbeta med värdegrund och kultur. Företagshälsovården inkopplade. Tydliggöra rutiner för internflytt. Säkerställa att alla medarbetare har kunskap om rapportskyldighet.
Livshotande förflyttning av hyresgäst i livets slutskede	1	Allvarligt missförhållande enligt Lex Sarah.	Utbildning i förflyttningsteknik, utbildning i Palliativ Vård. (Webbutbildning) uppdaterad pärm för palliativ vård. Alla medarbetare ska läsa igenom och signera. Inventering av kompetens. Samtal med medarbetare om dokumentation
Uteblivet nattvak en hel helg	1	Allvarligt missförhållande enligt Lex Sarah.	Samtal med nattmedarbetare om rutin gällande kontakt med trygghetsjouren. Samtal om dokumentation. Ändrad rutin efter dialog med sjuksköterska.

			Utbildning i palliativ vård. Utbildning i palliativ vård (webbutbildning) uppdaterad palliativ pärm. inventera kompetens
Brister i omsorg	2	Har inte fått återkoppling från IVO ännu gällande brister.	Åtgärder vidtagna i verksamheten utifrån att anmälningar gjorts som Lex Sarah. Uppdaterade riktlinjer och rutiner samt stadigvarande förflyttning.
Övergrepp, självskada, hot	1	SAS bedömer händelsen som allvarligt missförhållandena. IVO lämnar ärendena utan ytterligare åtgärd.	
Personskador hälso- och sjukvård	1	SAS bedömer händelsen som allvarligt missförhållandena. IVO lämnar ärendena utan ytterligare åtgärd.	
IVO tog emot en anmälan med klagomål på hälso- och sjukvården där det inte framgick om anmälaren framfört klagomålet till berörd verksamhet. Anmälaren ansåg sin anhörig blivit illa behandlad i vård och omsorg* (* N160-1550/23)	1	IVO avslutade ärendet utan utredning	Svar på inkommen synpunkt till anhörig skickades den 12 september 2023 där enhetschefen informerade om nedan förbättringsåtgärder kring hygienrutiner och bemötande. Åtgärd hösten 2023: Alla medarbetare på Lövgårdets korttidsenhet gick utbildningen Korttid, kognition och multiprofessionellt teamarbete Vidare har undersköterskor med fördjupat uppdrag i hygien fått kompetenshöjning inom hygien. Även undersköterskor med fördjupat uppdrag måltid har fått kompetenshöjning inom måltid och nutrition.

Sammanfattande analys lex Sarah

Antalet inrapporterade avvikelser är inte orimligt i förhållande till att det finns cirka 3000 hyresgäster med knappt en miljon dygn på samtliga vård- och omsorgsboenden inom Göteborgs Stads eget utförande.

Grundläggande är det positivt att chefer och medarbetare i verksamheten fångar signaler och rapporterar avvikelser. Detta är en del i ett pågående arbete med kvalitetsutveckling. Arbetet med avvikelser ger viktiga lärdomar och förbättringsåtgärderna leder till ökad

kvalitet för hyresgästerna. Enheterna betonar vikten av att fortsätta dialogen tillsammans med medarbetarna om vad Lex Sarah innebär och när en sådan avvikelse ska rapporteras.

De flesta inrapporterade avvikelserna som markerats som Lex Sarah har inte bedömts vara missförhållanden. De fall som bedömts som Lex Sarah har handlat om brister i kommunikation, informationsöverföring samt dokumentation. Bedömningen är att beskrivna, genomförda och planerade åtgärderna både avhjälper de brister som konstateras och är ändamålsenliga.

Granskningar och tillsyner

Tillsyn/granskning

Tillsyn/granskning	Bedömning	Åtgärd
IVO-granskning från 2021 med uppföljande granskning 2023/2024.	Vårdgivaren tillika nämnden har inte säkerställt en god och säker vård för patienterna som bor på SÄBO. Vårdgivaren bedriver inte ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.	Förvaltningen har tagit fram en gemensam handlingsplan för gemensamt arbete med åtgärder och delaktighet på samtliga nivåer. Plan för åtgärder lämnades in till IVO den 25 oktober 2024. Plan för åtgärder, planerad uppföljning och mätning av effekter ska lämnas in till IVO den 31 januari 2025.
Arbetsmiljöverket	Granskning har genomförts på en enhet angående rutiner för hot och våld.	Nya rutiner upprättades för att komma till rätta med underrapportering av IA och uppföljning av risker gällande hot och våld.
Miljöförvaltningen	Genomförde granskning av livsmedelshantering och kökshygien.	Uppdaterade anvisningar och utbildningar vid behov.
Miljöförvaltningen	Tillsyn av vattentemperatur utifrån fastighetsägarens ansvar utifrån Legionella förekomst.	Uppdatering och påminnelser i verksamheten gällande befintlig rutin.
Besiktning och granskning av medicintekniska produkter (MTP) av upphandlad leverantör.	Service behövde rekommenderas för vissa produkter och några produkter dömdes ut.	Service är beställd till aktuella produkter. De utdömda produkterna har kasserats.

Brukarundersökningen – Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?

Resultatet

Brukarnöjdhet

Svarsfrekvensen för Göteborg 2024 ligger något över rikets, 48 procent för Göteborg jämfört med 44 procent för riket. Verksamheten för vård- och omsorgsboende som består av de interna utförarna har en total nöjdhet på 75 för 2024 vilket är en minskning ifrån 77. Årets resultat når inte upp till total nöjdhet i nivå med riket (79) och är lägre än eget resultat från 2020 (80). Förändringen inte statistiskt säkerställd, det handlar om att svarsfrekvensen är relativt låg på 48 procent.

Brukarundersökning ger viktiga indikationer på vad de som svarar på enkäten tycker om verksamheten och deras röster behöver tas tillvara. Brukarnöjdheten varierar kraftigt mellan olika vård- och omsorgsboenden. Total siffran utgör genomsnittet men visar inte variationen. Brukarundersökningen visade på att bemötande är den faktor som har störst påverkan på total nöjdhet och flera andra viktiga aspekter i att uppleva en god och trygg boendemiljö.

Nya frågor i brukarundersökningen

Det har tillkommit nya frågor i brukarundersökningen. De nya frågorna handlar om medarbetare pratar och förstår svenska tillräckligt bra samt om medarbetare har den kunskap och kompetens som behövs. För frågan om medarbetare pratar och förstår svenska tillräckligt bra så ligger verksamheten på 79 jämfört med riket som ligger på 81 vilket är inom den statistiska felmarginalen. För frågan om medarbetare har den kunskap och kompetens som behövs ligger verksamhetens resultat på 78 jämfört med riket på 82 vilket är en statistisk säkerställd lägre nivå.

Arbete med årets resultat

Samtliga vård- och omsorgsboenden har genomfört analyser av årets resultat för att se över aktuella utmaningar, åtgärder och förbättringar som tas med i kommande års arbete för att höja kvalitén. I detta arbete har statistiska analyser använts som ett verktyg för att fastställa vilka frågor det är som har störst betydelse för den upplevda nöjdheten och vilka frågor som ger mest effekt att arbeta med.

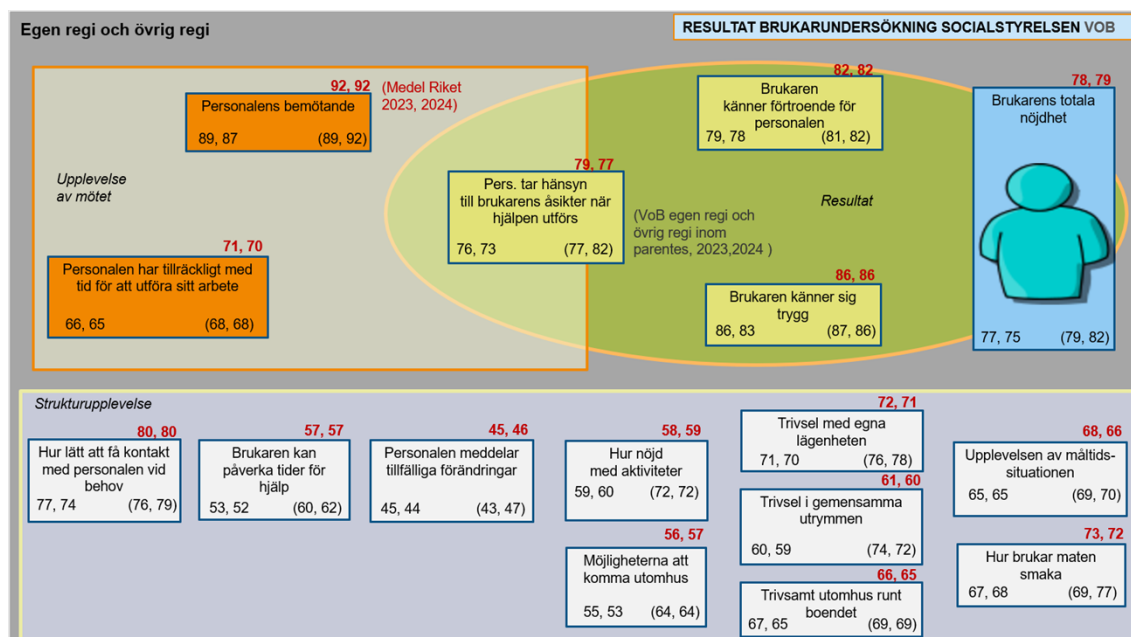
Strukturerade samtal

Utöver analysen av brukarundersökningen har samtliga vård- och omsorgsboende genomfört strukturerade samtal med hyresgäster för ytterligare information som kan ge en fördjupad bild bakom årets resultat. Strukturerade samtal har varit en del av verksamhetsplanen under året. De strukturerade samtalen har genomförts på olika sätt, enskilt och i något fall i grupp. Återkommande sammanfattning är att de överensstämmer väl och bekräftar resultaten i brukarundersökningen. Fördjupad information har även medfört att särskilda åtgärder gjorts för att förbättra exempelvis mat och måltidssituationen eller aktiviteter. Identifierade åtgärder utgör underlag för verksamhetsplan 2025.

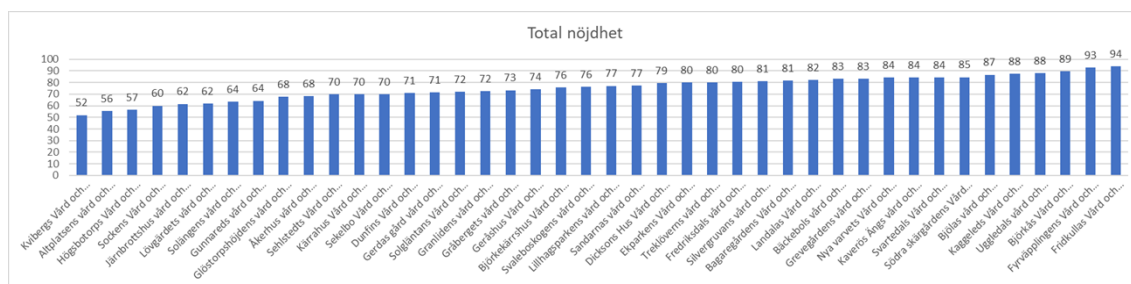
Analysera resultat

Generellt är förändringarna mot tidigare års resultat inom den statistiska felmarginalen

vilket gör att det inte med säkerhet går att fastställa att en förändring faktiskt har skett. Några av frågorna har dock en minskning som är statistiskt säkerställd. Förändringen mot tidigare år är marginell för verksamheten. Riket ligger högre på fler frågor, bland annat sådana som har en förhållandevis hög inverkan på den totala nöjdheten. Skillnaden mot de externa utförarna är mer påtaglig än skillnaden mot riket på flera frågor med statistiskt säkerställda högre värden för de externa utförarna. Sett till fördelningen av hyresgäster mellan intern och extern regi så är det kring en femtedel som bor på boenden med extern utförare.



Sett till enskilda boenden inom den intern regi är spännvidden mellan högsta och lägsta värdena relativt stor. Stor spännvidd finns på samtliga frågor med variation på vilka boenden det är som ligger inom de högsta och lägsta värdena. För total nöjdhet i intern regi är det 13 vård- och omsorgsboenden nästan en tredjedel som ligger på samma eller högre än värdet för de externa utförarna på 82. Jämfört med rikets värde på 79 är det 19 boenden eller något mindre än hälften som ligger på eller över det värdet. Dock har verksamheten även ett antal boenden med låg upplevd nöjdhet vilket drar ner totalsiffran. Bedömningen är att det fortsatta arbetet behöver fokusera på specifika boenden med lägre resultat, i stället för att ha en generell infallsvinkel på nöjdheten. Om verksamheten kan höja 20 percentilen kommer det få en påtaglig effekt på den totala nöjdheten.



Förutom att det finns stora skillnader mellan enskilda boenden så är det även skillnader mellan de verksamhetsområden som bygger på geografisk placering. Högsta värdena (gröna) ligger i stort sett koncentrerade inom fyra områden med huvuddelen inom stadsområde Centrum. Medan de lägsta värdena (röda) återfinns i huvudsak inom område Nordost vilket pekar på en socioekonomisk inverkan på resultatet. Vissa stadsområden likt Hisingen och Sydväst har även en socioekonomisk variation inom sig vilket kan påverka resultaten. Intern regi är därmed varierad med vissa områden som ligger i linje med rikets nivå medan andra ligger på en klart lägre nivå. Då variationen har en stark geografisk prägel blir skillnaden mot extern regi mer förklarlig då boendena med externa utförare inte är lika spridda över Göteborgs Stads alla stadsområden.

Fråga per område	Riket	Avdelning VoB	Centrum 1	Centrum 2	Centrum 3	Hisingen 1	Hisingen 2	Nordost	Sydväst 1	Sydväst 2
F4 Trivs med sitt rum/sin lägenhet	71	70	75	75	75	70	69	60	72	66
F5 Tycker det är trivsamt i gemensamma utrymmen	60	59	63	60	64	57	57	48	61	58
F6 Tycker det är trivsamt utomhus runt boendet	65	65	70	58	67	63	63	52	71	70
F7 Tycker att maten smakar bra	72	68	75	65	79	69	63	63	65	66
F8 Upplever måltiderna som en trevlig stund	66	65	67	67	70	64	59	63	65	65
F9 Personalen har tillräckligt med tid för arbetet	70	65	73	65	73	61	63	60	66	61
F10 Personalen brukar informera om tillfälliga förändringar	46	44	50	36	55	46	39	28	50	40
F11 Kan påverka vid vilka tider man får hjälp	57	52	56	51	59	54	47	44	55	52
F12 Får bra bemötande från personalen	92	87	89	88	87	89	85	79	91	85
F13 Personalen tar hänsyn till den äldres egna åsikter och önskemål	77	73	78	74	79	69	70	63	78	72
F15 Personalen pratar och förstår svenska tillräckligt bra	81	79	85	81	83	76	71	73	84	81
F16 Tycker att personalen har den kunskap och kompetens som behövs	82	78	87	79	82	75	73	72	82	73
F17 Känner sig trygg på sitt äldreboende	86	83	83	90	84	83	80	78	89	79
F18 Känner förtroende för personalen	82	78	84	74	82	75	77	67	85	76
F19 Är nöjd med de aktiviteter som erbjuds på äldreboendet	59	60	59	58	73	59	53	52	64	59
F20 Möjligheterna att komma utomhus är bra	57	53	56	49	58	44	54	46	61	56
F21 Har lätt att få träffa sjuksköterska vid behov	74	64	70	63	70	68	60	57	68	59
F22 Har lätt att få träffa läkare vid behov	50	43	49	37	46	48	37	43	47	36
F23 Har lätt att få kontakt med personalen på äldreboendet vid behov	80	74	72	77	75	81	75	64	78	72
F24 Är sammantaget nöjd med äldreboendet	79	75	80	79	80	77	72	65	80	69

Sammanfattande bedömning

Sammanfattande bedömning för perioden

Förbättringsområden från föregående års kvalitetsrapport

Långsikt arbete gällande kompetensförsörjningen utifrån befolkningsutvecklingen är ett område som kommer behövas vidareutvecklas ytterligare. Utifrån åldersstrukturen för medarbetarna på vård- och omsorgsboendena kommer pensionsavgångarna att öka kommande år. För att möta detta behöves ett långsiktigt arbete för att attrahera fler nya medarbetare i kombination med insatser som gör att fler befintliga medarbetare orkar arbeta längre upp i åldrarna.

Kompetenshöjningen krävs främst för att hyresgästerna har komplexa diagnoser och behov. Bedömningen är att detta kommer öka i takt med att fler skrivs ut ifrån slutenvården tidigare och att bristen på sjuksköterskor gör att behovet inte kan täckas av dessa. Kompetenshöjande insatser pågår i olika omfattning och verksamheterna ser ett fortsatt ökat behov av utbildning för medarbetare.

Många avvikelser går att koppla till brister i informationsöverföring och kommunikation vilket innefattar språklig kompetens. Samverkan har utvecklats och behöver fortsätta att utvecklas exempelvis genom gemensamma verktyg. Dokumentation som är en central del i informationsöverföringen har kunnat stärkts genom omsorgshandledarnas insatser i utbildning i dokumentation. För att öka den språkliga kompetensen har både lång och kortsiktiga åtgärder genomförts dels i utbildningen av nya medarbetare och för befintliga genom språkombud.

Förbättringsområden och pågående åtgärder

Utveckla samverkan med verksamheter inom förvaltningen exempelvis hälso- och sjukvården. Samverkan är avgörande för att uppnå en helhetssyn på individens behov, säkerställa hög kvalitet och patientsäkerhet samt effektivisera resursanvändningen. Det främjar också ökad delaktighet för individen, kontinuitet och trygghet. För att uppnå detta har workshops och regelbundna träffar mellan enhetschefer ifrån de olika verksamheterna hållits.

För att möta den enskilde hyresgästen utifrån dennes behov krävs kompetens och kunskap om vilken metod som bäst lämpar sig i den aktuella situationen. I de flesta av dessa möten är oftast en baskunskap tillräcklig. Det förekommer även andra möten mellan hyresgäst och medarbetare där baskunskapen inte alltid är tillräcklig för att tillgodose den enskildes behov. Här behöver verksamheten både bredda och fördjupa kunskapen både bland chefer och medarbetare. Detta kan göras genom kontinuerligt lärande på arbetet. En satsning för detta har förberetts i samarbete med UKC som ska lanseras under 2025.

Omsorgshandledarnas är en viktig del i kompetensutvecklingen som behövs och det nätverk som finns för dem. I nätverket sprids kunskap, utbyts erfarenheter och det utgör ett forum för kompetensutveckling.

Stjärnmärkning av vård- och omsorgsboenden utgör också en del i kompetensutvecklingen som syftar till att möta hyresgästernas individuella behov och

ge en förbättrad kvalitet för boendeupplevelsen. I nuläget är drygt hälften av boendena stjärnmärkta och fler håller på med att genomföra stjärnmärkning. Ytterligare 10 boende planerar att påbörja arbetet med stjärnmärkning under 2025. Utöver stjärnmärkningen behöver de redan stjärnmärkta boendena arbeta för att behålla sin status. Verksamheten planerar insatser för detta under 2025.

Styrkor och upprätthållande av resultat

Samtliga vård- och omsorgsboenden arbetar löpande utefter grunduppdraget och värdighetsgarantierna vilket är en central del i verksamhetsplanen och årshjulet för kvalitetsarbetet. Samtliga vård- och omsorgsboenden arbetar löpande med olika typer av egenkontroller som syftar till att stärka och upprätthålla kvalitén. Underlag som detta arbetssätt genererar har visat på förbättringar inom exempelvis upprättandet av genomförandeplaner.

Verksamheten har många engagerade enhetschefer vilket genom tillitsbaserad styrning ges möjlighet att utveckla verksamheten. Skickliga och engagerade enhetschefer får påverkan både på arbetsnärvaro och personalomsättning vilket i sin tur förbättrar kontinuiteten för verksamheten som ökar kvalitén för hyresgästerna.

Diversifierade tjänster likt specialistundersköterskor, omsorgshandledare, aktivitetssamordnare och olika ombuds roller gör att boenden har tillgång till fler typer av kompetenser vilket stärker den sammantagna kvalitén.

Förbättringsområden inför 2025

Öka arbetsnärvaron och sänka personalomsättning utgör viktiga förbättringsområden för verksamheten kommande år. En del av detta är att utveckla den tillitsbaserade styrningen ytterligare.

Ökat fokus behöver läggas på att lära av de goda exemplen både inom området kvalité vilket brukarenkäten utgör ett underlag och för samverkan mellan de olika verksamheterna.

Måltidssituationen, att fortsätta arbetet med mat och måltid, så det fortsatt blir en positiv upplevelse och ökar trivseln bland hyresgästerna, vilket är en viktig del av deras välbefinnande.

Palliativ Vård, ett fortsatt fokus på att utveckla och förbättra den palliativa vården, är ett prioriterat område i verksamheten.

Kontinuitet i Bemanningen, ett fortsatt fokus på att skapa kontinuitet i bemanningen och samverkan med bemanningsenheterna. Systematiskt brandsskyddarbete (SBA), fortsatt arbete med utbildningar, övningar och ombudsträffar för att se till så att alla medarbetare har den kompetens de behöver.