

Kvalitetsrapport Hemtjänst 2022

Hemtjänst

Innehållsförteckning

Inledning	3
Kvalitetsrapporten.....	3
Systematiskt kvalitetsarbete.....	4
Riskanalys	4
Egenkontroll.....	5
Utredning av synpunkter och klagomål, avvikelser samt Lex Sarah rapporter och anmälningar till IVO	7
Granskningar och tillsyner.....	10
Brukarundersökningen – Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?.....	11
Sammanfattande bedömning	13
Sammanfattande bedömning för perioden	13

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 har identifierats och åtgärder som vidtagits i avdelningens riskanalys är följande:

Risk att rapporterade avvikelser och synpunkter inte utreds, sammanställs och analyseras vilket kan leda till konsekvens för den enskilde och brister i det systematiska kvalitetsarbetet.

Åtgärder: Analys av registrerade avvikelser och diariet förda synpunkter sker varje halvår. Analys av följsamhet till processen sker i samband med analys.

Risk att den enskilde inte behandlas likvärdigt på grund av brister i följsamhet till kravspecifikation vilket kan leda till att den enskilde inte får den vård och omsorg hen har rätt till samt påverkan på förtroendet för verksamheten.

Åtgärd: GAP analys genomförd våren 2022. Ny bedömning av behov av åtgärder efter beslut om uppdaterad kravspecifikation.

Risk för spridning av infektioner vilket kan leda till påverkan på den enskildes hälsa och välbefinnande.

Åtgärder: Egenkontroll av basal hygien genomförs och uppföljning sker enligt årshjul och gällande rutiner.

Risk för brister i informationsöverföring mellan legitimerad personal och omsorgspersonal vilket kan leda till att den enskilde inte får den vård och omsorg hen har rätt till.

Åtgärder: En förvaltningsövergripande utbildningsinsats har genomförts under våren 2022. Förvaltningsgemensamt arbete pågår där avdelningarna myndighet, vård- och omsorgsboende, hälso- och sjukvård samt hemtjänst ingår. Uppdraget är att ta fram:

- Reviderad förvaltningsövergripande rutin för samverkan kring och med individen
- Reviderad förvaltningsövergripande rutin för samverkan kring verksamhetsfrågor

Risk för bristande kompetensförsörjning vilket kan leda till att den enskilde inte får den vård och omsorg hen har rätt till samt negativ påverkan på chefers och medarbetares arbetsmiljö.

Åtgärder: Avdelningen deltar i det förvaltningsgemensamma arbetet inom ramen för ARUBA. Avdelningen utgår från stadens kompetensmodell och arbetar för en hållbar bemanning. Under våren 2022 har det genomförts en stadengemensam introduktion för hemtjänsten sommarvikarier. Syftet har varit att stärka och trygga sommarvikarier i sina uppdrag för att skapa en effektiv och likvärdig hemtjänst med hög kvalitet för de vi är till för.

Risk att den enskildes privata medel inte hanteras på ett tryggt och säkert sätt vilket kan leda till ekonomiska konsekvenser samt påverka förtroendet för verksamheten negativt.

Åtgärder: Rutin fastställd och implementering pågår.

Bristande kontinuitetsplanering kan leda till svårighet att upprätthålla verksamheten på en acceptabel nivå vid en störning i exempelvis elavbrott eller att IT-stöd inte fungerar vilket kan leda till att den enskilde inte får den vård och omsorg som hen har rätt till samt negativ påverkan på arbetsmiljön.

Åtgärd: Arbeta med kontinuitetsplanering enligt förvaltningens process genomförs under

hösten 2022.

Brist på projekt- och förvaltarorganisation i samband med införande av nytt planeringssystem vilket kan leda till kostnader och kvalitetsbrister samt negativ påverkan på arbetsmiljön.

Åtgärd: Styrgrupp bildad. Arbetet kommer integreras med övriga införanden av nya it stöd.

Risk att insatser inte kunde utföras på grund av hög sjukfrånvaro (under perioden november till januari 2021/2022).

Åtgärder: Säkra följsamhet till rutiner, rekommendationer och riktlinjer i basal hygien och skyddsutrustning samt följa avdelningens rutin för prioritering av insatser.

Risk att insatser sommaren 2022 inte kunde utföras på grund av bemanningssvårigheter.

Risikanalysen genomfördes av avdelning hemtjänst, hälso- och sjukvård, vård- och omsorgsboende. Patientsäkerheten riskbedömdes tillsammans med avdelningen hälso- och sjukvård.

Åtgärder: Uppdatering av avdelningens prioritetsordning som publicerades som styrande dokument på intranätet.

Risker som har identifierats inom olika verksamhetsområden:

Risken för brister i informationsöverföring avseende enskilda med endast hälso- och sjukvårdsinsatser.

Åtgärder: Risken är omhändertagen inom ramen avdelningens riskanalys inför 2023. Kartläggning kommer att göras.

Risk att genomförandeplaner inte upprättas i tid och att de har bristande kvalitet.

Åtgärder: Rekrytering av omsorgshandledare, införande av mottagningsombud samt stöd till medarbetare kring dokumentation och upprättande av genomförandeplaner.

Risk att verksamheten inte kan leva upp till kravspecifikationens krav på att minst 60 procent av den arbetade tiden ska utföras av omsorgspersonal med godkänd omvårdnadsutbildning. Åtgärder: Fortsatt arbete med rekrytering av medarbetande med godkänd utbildning samt ta tillvara och nyttja utbildningsplatser som erbjuds via ÄO-lyftet.

Egenkontroll

Följsamhet till kravspecifikation

GAP- analys av kravspecifikation genomförd under våren 2022. Resultat pekar på att verksamheten inte fullt ut lever upp till kraven när det gäller kompetensförsörjning, social dokumentation (IBIC), rutiner, värdighetsgarantier, omhändertagande av muntliga synpunkter samt systematiskt miljöarbete.

Hygien

Egenkontroll hygien har genomförts.

Självskattningen visar att följsamheten till rutinerna är god med undantag för ett fåtal individuella avvikelser gällande:

- Användande av skyddsutrustning
- Sprita händer

- Användande av arbetskläder

Avvikelser och synpunkter

Avvikelse och synpunktssammanställning och analys genomförs en gång i halvåret på enhets- verksamhetsområdes- och avdelningsnivå. Arbete utifrån avvikelser och synpunkter sker kontinuerligt för förbättring och utveckling av verksamheten.

Se sammanställningar under rubrikerna avvikelser och synpunkter.

Kontinuitet

Avdelningen mäter kontinuiteten en gång per månad på enhets- verksamhetsområdes- och avdelningsnivå. Mätningen innebär att mäta antal olika personal som omsorgstagare, med två insatser per dag eller mer sju dagar i veckan, möter under en 14 dagars period.

Kontinuiteten ligger under perioden stabilt. Ingen statistisk säkerställd förändring syns. Målvärdet för 2021 var att medelvärdet för avdelningens kontinuitetsmätning under kvartal fyra, det vill säga oktober till december 2021, skulle ligga på 15. Avdelningen resultat 2021 blev 16. Målvärde 15 kvarstår och gäller även 2022.

Egenkontroll informationsriktighet

Under perioden har det genomförts stickprov, i samtliga stadsområden, av närvaromarkering (in- och utcheckning med QR-kod) hos omsorgstagare. Orsak till egenkontrollen är att i samband med lex Sarah-utredning upptäcktes fusk med in- och utcheckningar med QR-kod. Syftet med egenkontrollen har varit att utreda om det finns en systematisk manipulation av in- och utcheckning. Stickproven pekar inte på någon systematik. Ny egenkontroll planeras till kvartal 1 2023.

Egenkontroll andel genomförandeplaner

I samband med uppföljning av verksamhetsmål kring att den enskildes inflytande och självbestämmande ska öka följs andel genomförande planer upp. I december 2021 var andelen 89 procent, motsvarande utfall för december 2022 är 90 procent.

Egenkontroller inom vissa verksamhetsområden

Värdighetsgarantier

Egenkontroll kring värdighetsgarantier har genomförts i vissa verksamhetsområden.

Utvecklingsbehov har identifierats kring framförallt följande värdighetsgarantier:

- Vi garanterar att vi tar kontakt med dig så fort vi vet om vi inte kan komma inom överenskommen tid.
- Vi garanterar att vi tar kontakt med dig i förväg om en ny medarbetare ska ge dig stöd och hjälp.
- Vi garanterar att medarbetare som besöker dig i ditt hem visar sin tjänstelegitimation när de presenterar sig.

Social dokumentation/genomförandeplaner

Genomförda egenkontroller visar brister i kvalitén inom vissa verksamhetsområden.

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

Synpunkter och klagomål

Antal registrerade synpunkter har ökat under perioden i förhållande till halvår 1, 2021 men det är fortfarande få synpunkter som registrerats och ett fortsatt förbättringsområde för verksamheten.

De diarieförda synpunkterna handlar bland annat om utförande av insats, om att personal inte kommer på överenskommen tid, brister i kompetens, bemötande, framförande av fordon, hantering av nycklar, nerskräpning, underleverantörer samt beröm till medarbetare.

Muntliga synpunkter omhändertas men bedömningen är att endast ett fåtal av dessa synpunkter diarieförs.

Synpunkterna hanteras och är ett viktigt underlag i verksamhetsområdenas förbättringsarbete men det är svårt att dra generella slutsatser utifrån det låga antalet diarieförda synpunkter.

Nuvarande system för synpunktshantering via diariet upplevs omständligt. Det saknas också funktionalitet att kategorisera synpunkter i flera dimensioner, och framtagning av statistik kräver mycket manuell hantering. Detta försvårar uppföljning, sammanställning och systematisk analys då det inte går att följa inkomna synpunkter på enhetsnivå, verksamhetsnivå, avdelningsnivå eller per kategori. Systematiken i hur inkomna synpunkter blir en del av verksamhetens förbättringsarbete behöver utvecklas.

Avvikelse

Avvikelsesammanställning och analys genomförs en gång i halvåret på enhets-, verksamhetsområdes- och avdelningsnivå. Arbetet med avvikelshantering är ett ständigt pågående förbättringsarbete. Verksamhetssystemet stödjer inte arbetet och samverkan kring avvikelshantering vilken kan bidra till otydlig ansvarsfördelning och risk att omhändertagandet av avvikelserna kan försenas.

Sammanställning för perioden visar följande:

Antal ej bedömda avvikelser har minskat under halvår 1, 2022 i förhållande till halvår 2, 2022 vilket kan tyda på en något bättre följsamhet till avvikelseprocessen. Analys visar pekar dock på behov av fortsatt utbildning och information kring avvikelshantering.

Majoriteten av alla avvikelser som inkommer kategoriseras som fall eller läkemedel.

Fall

Det finns risk för felkällor då det är otydligt hur registrering av avvikelser fall ska registreras vilket försvårar analysarbetet. Det behöver bland annat förtydligas när och hur fall ska registreras och utredas.

Majoriteten av avvikelser enligt SoL avser fall utan personskada. Analys visar att flera av fallavvikelserna bedöms som ingen avvikelse och att riskbedömning är gjord och individanpassade fallförebyggande åtgärder är insatta.

Verksamheten ser behov av fortsatt fallpreventivt arbete.

Läkemedel

Utebliven dos är den vanligaste avvikelserna gällande läkemedel. Orsaker som registrerats

är bland annat kompetensbrist.

Andra avvikelser kring läkemedel är:

- signering saknas
- läkemedel saknas
- Läkemedel har getts på felaktigt sätt
- brukare har inte fått sin dos medicin i rätt tid
- Förväxling av läkemedel

Avdelningen har identifierat risk för avvikelser i informationsöverföring avseende enskilda med endast hälso- och sjukvårdsåtgärder.

Övriga avvikelser

Övriga avvikelser handlar bland annat om utförande av insats, dokumentation, delegerad HS-uppgift, påbörja SoL/LSS-insats och hygien.

Lex Sarah rapporter

Kategori Lex Sarah rapporter	Antal	Bedömning	Åtgärd
SoL insats	19	6 Ingen uppgift 1 Utredning pågår 2 Ej missförhållande 7 Risk för missförhållande 3 Missförhållande	Genomgång av rutin
Dokumentation	7	2 Ingen uppgift 1 Utredning pågår 3 Ej missförhållande 1 Missförhållande	
Hygien	9	4 Ingen uppgift 2 Utredning pågår 3 Ej missförhållande	
Fall	15	6 Ingen uppgift 1 Utredning pågår 8 Ej missförhållande	Säkerställa planering
Bemötande	15	2 Ingen uppgift 8 Ej missförhållande 3 Risk för missförhållande 2 Missförhållande	
Larm	7	1 Utredning pågår 1 Risk för missförhållande 5 Missförhållande	Genomgång av gällande rutin
Samverkan	3	2 Uppgift saknas 1 Utredning pågår	
Sekretess	7	3 Utredning pågår 2 Ej missförhållande 2 Missförhållande	
Hot /Självskada	9	2 Ingen uppgift 2 Utredning pågår 3 Ej missförhållande 1 Risk för missförhållande 1 Missförhållande	

Kategori Lex Sarah rapporter	Antal	Bedömning	Åtgärd
Stöld	2	1 Utredning pågår 1 Ej missförhållande	
Övrigt	46	15 Ingen uppgift 1 Utredning pågår 21 Ej missförhållande 7 risk för missförhållande 2 Missförhållande	
HS insats	8	5 Ingen uppgift 1 Utredning pågår 1 Ej missförhållande 1 Risk för missförhållande	Omhändertagna inom ramen för avvikelshantering HSL
Läkemedel	103	17 Ingen uppgift 2 Utredning pågår 82 Ej missförhållande 1 Risk för missförhållande 1 Missförhållande	Omhändertagna inom ramen för avvikelshantering HSL

Avdelningen har genomfört 250 rapporteringar enligt Lex Sarah. Av dessa rapporter har de flesta bedömts som ej missförhållande. 38 rapporter har bedömts som missförhållande eller risk för missförhållande. Det saknas uppgift kring bedömning av 61 rapporter. Det krävs manuell hantering för att få en överblick över antal Lex Sarah rapporter, bedömning och åtgärder samt för att säkerställa att processen för inrapporterad Lex Sarah. Detta gör att sammanställningen ovan kan innehålla brister.

Lex Sarah anmälningar till IVO

Lex Sarah rapporter som lett till anmälan till IVO (beskrivning av varje ärende)	Antal	Bedömning	Åtgärd
Fusk med QR-koder	1	Allvarligt missförhållande	Brev till omsorgstagare, stickprovskontroller, utbildningsinsatser, åtgärder av arbetsrättslig karaktär
Fall med personskada	1	Allvarligt missförhållande	Kompetenssatsning för centralens alla medarbetare gällande social dokumentation. Samtal med arbetsgruppen kring svåra case. Tätare samverkan med Hälso- och sjukvården.
Utebliven insats	1	Allvarligt missförhållande	Utbildning och säkerställa följsamhet till gällande rutiner.
Larm ej installerat	1	Allvarligt missförhållande	Gemensam rutin som gäller för hela Göteborgs Stad ska upprättas för installation av trygghetslarm.
Inte följt gällande rutin om den enskilde inte öppnar dörren	1	Allvarligt missförhållande	Checklista för informationsöverföring tas fram på enheten Genomgång av rutiner

Inte följt gällande rutin om den enskilde inte öppnar dörren	1	Allvarligt missförhållande	Genomgång av rutiner Säkerställt att samtlig personal har tagit till sig och förstått rutinerna.
--	---	----------------------------	---

Granskningar och tillsyner

Tillsyn/granskning

Tillsyn/granskning	Bedömning	Åtgärd
Enheten för kontrakt och uppföljning (EKU) Granskning av fem enheter	Avvikelse gällande värdighetsgarantin "Vi garanterar att vi tar kontakt med dig i förväg om en ny medarbetare ska ge dig stöd och hjälp" Avvikelsen har tilldelats två enheter	Åtgärdsplan på enhetsnivå
Enheten för kontrakt och uppföljning (EKU) Granskning av fem enheter	Avvikelse gällande värdighetsgarantin "Vi garanterar att vi tar kontakt med dig så fort vi vet om vi inte kan komma inom överenskommen tid". Avvikelsen har tilldelats två av fem enheter	Åtgärdsplan på enhetsnivå
Enheten för kontrakt och uppföljning EKU. Granskning av fem enheter	Avvikelse krav kring introduktion av nyanställda medarbetare Avvikelsen har tilldelats en av fem enheter	Åtgärdsplan på enhetsnivå
Enheten för kontrakt och uppföljning EKU. Granskning av fem enheter	Avvikelse gällande synpunkts- och avvikelsehantering Avvikelsen har tilldelats en av fem enheter	Åtgärdsplan på enhetsnivå
Enheten för kontrakt och uppföljning EKU. Granskning av enheter	Avvikelse gällande krav att minst 60 procent av den arbetade tiden ska utföras av omsorgspersonal med godkänd omvårdnadsutbildning Avvikelsen har tilldelats två av fem enheter	Åtgärdsplan på enhetsnivå
Enheten för kontrakt och uppföljning EKU. Granskning av fem enheter	Avvikelse gällande krav att 100 procent av utförarens brukare, som har rambeslut och som haft hjälp och stöd i mer än 14 dagar ska ha en aktuell genomförandeplan Avvikelsen har tilldelats tre av fem enheter	Åtgärdsplan på enhetsnivå

Enheten för kontrakt och uppföljning (EKU) har under perioden granskat fem enheter.

EKU:s uppdrag är att följa upp att både privata och kommunala utförare lever upp till de krav som ställs i förfrågningsunderlag respektive kravspecifikation enligt en plan för uppföljning som beslutas av respektive nämnd. Enheten följer upp utförare regelbundet, men också om enheten får indikation på att en utförare brister i att uppfylla krav (händelsestyrd uppföljning).

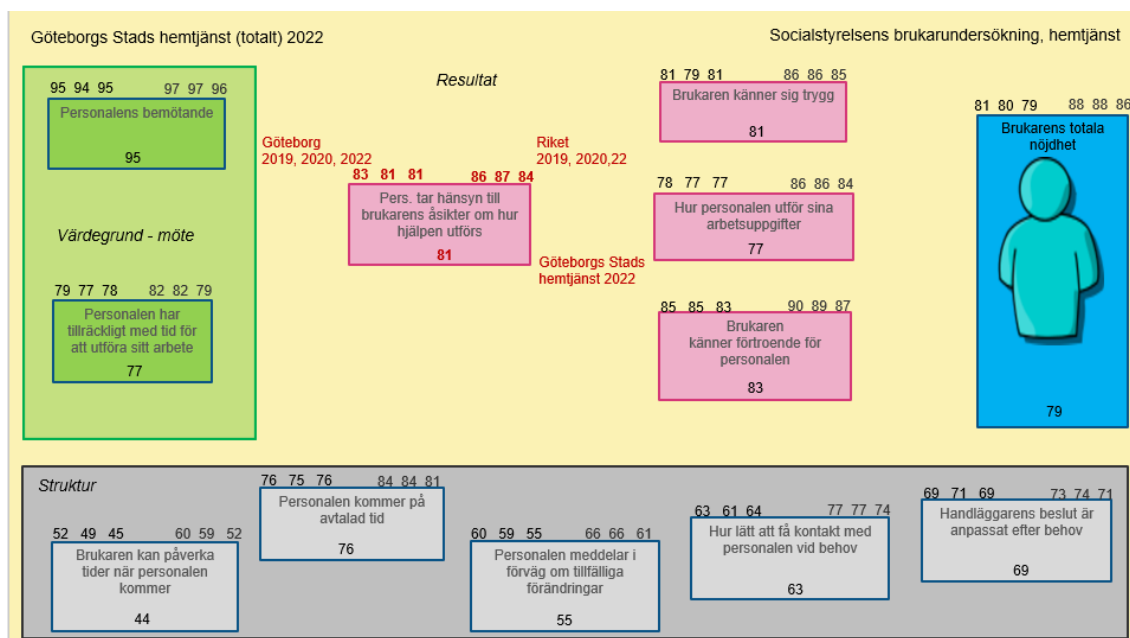
Brukarundersökningen – Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?

Resultatet

I hemtjänsten har nöjdheten i landet gått ner sedan förra undersökningen, men i Göteborg är nöjdheten på samma nivå som tidigare. Omsorgstagare i hemtjänsten är mindre nöjda än den genomsnittlige omsorgstagaren i landet. Resultaten gäller både för kommunal och privat hemtjänst i Göteborg.

Göteborgs Stads hemtjänst ligger på samma nivå som resten av landet när det gäller personalens bemötande och om de har tillräckligt med tid för att kunna utföra sitt arbete. Förbättringsområden finns inom områden som är kopplat till strukturen så som tillgänglighet, att personalen kommer på avtalad tid, att personalen meddelar om tillfälliga förändringar och att kunna påverka vilka tider personalen kommer.

Svarsfrekvens för hemtjänsten i Göteborg (både privata och kommunala) var 59 procent vilket är samma svarsfrekvens som för riket.



Resultat - målsättningar - överraskningar

Anvisning

Hur förhåller sig resultatet till krav och målsättningar? Är det något som överraskar?

Resultat indikatorer till budgetmål

Resultaten gällande sammantaget nöjd och upplevelsen av trygghet är strax under eller lika med de målvärdena för budgetmålet "Göteborg har en värdig äldreomsorg med trygghet och självbestämmande". Resultatet gällande upplevelse att kunna påverka tider ligger under målvärdet. Resultatet för Göteborgs Stads hemtjänst ligger över Malmö men under resultatet för Stockholm, se tabell.

Område	Kommun	Utfall 2022	Målvärde 2022
Påverka tid för insats	0180 Stockholm	59	
	1280 Malmö	40	

Område	Kommun	Utfall 2022	Målvärde 2022
	1480 Göteborg egen regi	44	52
Trygghet	0180 Stockholm	81	
	1280 Malmö	76	
	1480 Göteborg egen regi	81	81
Helhetssyn	0180 Stockholm	82	
	1280 Malmö	77	
	1480 Göteborg egen regi	79	81

Summerande analys

Verksamheten ser förbättringsområden inom områden som är kopplat till strukturen så som tillgänglighet, att personalen kommer på avtalad tid, att personalen meddelar om tillfälliga förändringar och kunna påverka vilka tider som personalen kommer.

Avdelningen kommer fortsätta arbeta vidare med dessa frågor bland annat inom ramen för verksamhetsplan 2023. Även införande av bestämmelsen kring fast omsorgskontakt förväntas ge effekt på sikt.

Avdelningen har återinfört omsorgshandledare inom alla verksamhetsområden för att stärka den enskildes inflytande och delaktighet. Målsättningen med befattningen är att den ska bidra till ökad kvalitet inom Göteborgs Stads hemtjänst. Omsorgshandledarens huvuduppdrag är att stödja och stärka medarbetarna genom pedagogisk handledning. Omsorgshandledare förväntas också bidra till en ökad kunskap kring social dokumentation. I de områden där alla tjänster inte är tillsatta pågår fortsatt rekrytering. Vissa verksamhetsområden har infört mottagningsombud för att säkerställa ett bra mottagande och en god planering tillsammans med den enskilde.

Avdelningen fortsätter även arbetet med kompetensförsörjning för att bättre kunna möta den enskildes behov och öka upplevelsen av nöjdhet.

Sammanfattande bedömning

Sammanfattande bedömning för perioden

Förbättringsområden och pågående åtgärder:

Avvikelsehantering

Arbetet med avvikelser är ett ständigt pågående förbättringsarbete. Analysen pekar på behov av fortsatt utbildning och information kring avvikelsehantering.

Nämnden för funktionsstöd har fått i uppdrag från kommunfullmäktige att tillsammans med övriga socialnämnder och äldre samt vård- och omsorgsnämnden utveckla avvikelsehanteringen och systematisera analyserna av avvikelserna. Inom ramen för uppdraget pågår bland annat arbete med rutin kring avvikelsehantering och utbildningsinsatser.

Verksamhetssystemet stödjer inte arbetet och samverkan kring avvikelsehanteringen vilket kan bidra till otydlig ansvarsfördelning och risk att omhändertagandet av avvikelserna kan försenas.

Majoriteten av alla avvikelser som inkommer kategoriseras som fall eller läkemedel. Verksamheten ser behov av fortsatt fallpreventivt arbete. Gällande hälso- och sjukvårdsåtgärder pågår ett förvaltningsövergripande arbete för tydliggöra och skapa en enhetlig delegeringsprocess.

Lex Sarah

Det saknas under rapporterad tidsperiod en helhetsbild av antalet rapporter, kategorier, bedömningar och åtgärder. Detta beror till stor del på att verksamhetssystemet inte är användarvänligt eller anpassat för verksamhetsutveckling, och en övergripande sammanställning och analys kräver manuell hantering.

SAS har tagit fram en sammanställning av samtliga lex Sarah rapporter inklusive kategori och bedömning från och med april 2022. Detta kommer underlätta sammanställningen framåt.

Processen och strukturen kring lex Sarah rapporteringen behöver utvecklas. Analys visar att det finns behov av utbildningsinsatser gällande lex Sarah. Verksamheten behöver se över hur sammanställning, uppföljning och lärande kring lex Sarah kan förbättras.

Synpunkter

Antal registrerade synpunkter har ökat under perioden i förhållande till halvår 1, 2021. Det är dock fortfarande få synpunkter som registrerats vilket är ett fortsatt förbättringsområde för verksamheten.

Nuvarande system för synpunktshantering via diariet upplevs omständligt. Det saknas också funktionalitet att kategorisera synpunkter i flera dimensioner, och framtagning av statistik kräver manuell hantering. Detta försvårar uppföljning, sammanställning och systematisk analys då det inte går att följa inkomna synpunkter på enhetsnivå, verksamhetsnivå, avdelningsnivå eller per kategori. Systematiken i hur inkomna synpunkter blir en del av verksamhetens förbättringsarbete behöver utvecklas. Åtgärd är att en gång under kommande år informera om förvaltningsgemensam rutin kring synpunkter.

Kompetensförsörjning

Verksamheten har ett stort behov av att attrahera, rekrytera, behålla och utveckla

medarbetare och chefer samt behov av att utveckla arbetet med bemanningsprocessen.

Avdelningen deltar i det förvaltningsgemensamma arbetet inom ramen för ARUBA där arbetet med förvaltningens kompetensförsörjningsplan ingår. Detta arbete kommer att omhändertas inom ramen för verksamhetsplan 2023.

Avdelningen utgår från stadens kompetensmodell och arbetar för en hållbar bemanning.

Inför sommaren 2022 genomfördes en avdelningsgemensam introduktion för hemtjänsten sommarvikarier med syftet att stärka och trygga sommarvikarier i sina uppdrag för att skapa en effektiv och likvärdig hemtjänst med hög kvalitet för de vi är till för. Avdelningen kommer att fortsätta arbetet med att utveckla sommarintroduktionen.

Samverkan

Samverkan är ett fortsatt förbättringsområde.

Det pågår ett förvaltningsgemensamt arbete där avdelningarna myndighet, vård- och omsorgsboende, hälso- och sjukvård samt hemtjänst ingår. Uppdraget är att ta fram:

- Reviderad förvaltningsövergripande rutin för samverkan kring och med individen
- Reviderad förvaltningsövergripande rutin för samverkan kring verksamhetsfrågor

Dokumentation/genomförandeplan

Analys visar att inom vissa verksamhetsområden brister i kvaliteten i genomförandeplaner.

Avdelningen har återinfört omsorgshandledare inom alla verksamhetsområden med uppgift att bland annat stödja medarbetare i dokumentation. Vissa verksamhetsområden har infört mottagningsombud för att säkerställa ett bra mottagande och en god planering tillsammans med den enskilde.

Kontinuitet

Kontinuiteten ligger under perioden stabilt och ingen statistisk säkerställd förändring syns. Resultatet varierar mellan verksamhetsområden. Flera verksamhetsområden har infört kontaktteam, arbetat med att öka grundbemanningen och schemaplanering. Pågående arbete samt arbete med att införa bestämmelsen om fast omsorgskontakt förväntas ge effekt på kontinuiteten på sikt.

Likvärdig servicenivå

Verksamheten ser förbättringsområden inom områden som är kopplat till strukturen så som tillgänglighet, att personalen kommer på avtalad tid, att personalen meddelar om tillfälliga förändringar och kunna påverka vilka tider som personalen kommer. Avdelningen kommer fortsätta arbeta vidare med dessa frågor bland annat inom ramen för verksamhetsplan 2023. Även införande av bestämmelsen kring fast omsorgskontakt förväntas ge effekt på sikt.

Styrkor och upprätthållande av resultat:

Bemötande och nöjdhet

Resultat i Socialstyrelsens brukarundersökning – Vad tycker de äldre om äldreomsorgen visar att Göteborgs Stads hemtjänst ligger på samma nivå som resten av landet när det gäller personalens bemötande och om de har tillräckligt med tid för att kunna utföra sitt arbete. Resultaten gällande sammantaget nöjd och upplevelsen av trygghet är strax under eller lika med det politiska målvärdet.

Basal hygien

Självskattningen visar att följsamheten till rutinerna är god med undantag för några individuella avvikelser. För att upprätthålla följsamheten pågår ett kontinuerligt arbete med information och utbildning samt genomförs egenkontroller systematiskt på alla enheter. Det pågår ett förvaltningsövergripande arbete med att ta fram en gemensam struktur och ansvarsfördelning för det systematiska kvalitetsarbetet avseende en god hygienisk standard.

Ökade förutsättningar för metodstöd och en lärande arbetsmiljö

För att stärka och stödja medarbetare arbetar enhetscheferna nära verksamheten. Omsorgshandledare har återinförts i alla verksamheten vilket ger ökade förutsättningar för metodstöd och en lärande arbetsmiljö.

I 2021 års medarbetarenkät är avdelningens resultat för medarbetarengagemang, HME, högre än förvaltningens och stadens resultat och även högre än föregående år (resultatet för 2020 avser tidigare stadsdelsorganisation).

Resultat medarbetarenkät - HME

Indikator	Utfall 2020 hemtjänst	Utfall 2021 Avd hemtjänst	Utfall 2021 ÄVO	Utfall 2021 Göteborgs Stad
Medarbetarengagemang (HME)	79	81	80	78

Exempel på styrkor som lyfts inom olika verksamhetsområden:

- Utbildning och handledning i IBIC av omsorgshandledare
- Personalkontinuitet
- Låg sjukfrånvaro och låg personalomsättning
- Hög andel genomförandeplaner

Förbättringsområden inför 2023

- Avvikelsehantering/lex Sarah
- Synpunktshantering
- Dokumentation/genomförandeplan
- Kontinuitet
- Likvärdig servicenivå
- Kompetensförsörjning