

Kvalitetsrapport Vård- och omsorgsboende 2022

Vård- och omsorgsboende

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	6
Granskningar och tillsyner.....	10
Brukarundersökningen – Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?.....	12
Sammanfattande bedömning	14
Sammanfattande bedömning för perioden	14

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 kommungemensamma uppföljningen. 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 har vidtagits i avdelningens årliga riskanalys:

Risk att den enskilde inte får det stöd hen har rätt till på grund av bristande informationsöverföring mellan legitimerad personal och omsorgsmedarbetare, kan leda till att behov inte tillgodoses. Åtgärder: En förvaltningsövergripande arbetsgrupp arbetar med rutiner för teamsamverkan och samverkan i verksamhetsfrågor.

Risk att alla hyresgäster inte får likvärdig omsorg, vilket kan leda till att den enskilde inte får den omsorg hen har rätt till samt påverkan på förtroendet för verksamheten. Åtgärder: En GAP-analys för att kartlägga likvärdigheten i grunduppdraget kommer att genomföras i samband med helårsuppföljning av verksamhetsplan 2022. Alla vård- och omsorgsboende (VoB) skapar aktiviteter utifrån grunduppdraget i verksamhetsplanen.

Risk att hyresgästerna inte får den hjälp de har behov av på grund av trygghetslarm som inte fungerar optimalt, kan leda till skada för den enskilde. Åtgärder: Upphandling av trygghetslarm pågår. Inom avdelningen har en inventering av befintliga trygghetslarm genomförts och en prioriteringsordning är framtagen för vilka boenden som först ska få nyinstallation av trygghetslarm.

Risk att omsorgstagarens privata medel inte hanteras på ett tryggt och säkert sätt, vilket kan leda till ekonomiska konsekvenser samt påverkan på förtroendet för verksamheten. Åtgärd utifrån existerande kontrollaktivitet: Regelbunden egenkontroll utifrån rutin och årshjul.

Risk för brister i krisledning och beredskap vid hot och våldshandlingar, vilket kan leda till konsekvenser för den enskildes säkerhet. Åtgärder: Framtagande av kontinuitetsplan och uppföljning av rutiner gällande hot och våld.

En gemensam "Nulägesanalys sommarvikarier 2022" togs fram inom avdelningen. Nulägesanalysen följdes upp veckovis i ledningsgrupperna. Verksamheten har stora svårigheter att få tag på medarbetare med rätt kompetens främst inför sommaren och timvikarier. Rekryteringssvårigheterna kan leda till kvalitetsförsämringar och att den enskilde inte får den vård och omsorg hen har rätt till. Åtgärd: För att arbeta proaktivt inför sommaren 2023 har bemanningsenheten och rekryteringsenheten fått i uppdrag att bilda en arbetsgrupp som ska jobba med frågan och kunna sätta in rätt insatser i rätt tid.

Risikanalys som genomförts på olika vård- och omsorgsboende:

Arbets tid

Riskbedömning och handlingsplan för förändringar om 10-timmars nattarbetstid för medarbetare har genomförts i flera verksamheter. Stor risk att bemanningen inte kan planeras utifrån hyresgästernas behov. Även risk för ökade kostnader för bemanning samt sämre samverkan mellan dag- och nattmedarbetare.

Värmebölja

Risker i samband med värmebölja har identifierats på flera vård- och omsorgsboende. Rutin och råd vid värmebölja finns som stöd till verksamheterna.

Hygienrutiner

Risikanalys har genomförts vid misstänkt och konstaterad covid-19 samt vid val av skyddsutrustning vid misstänkt och konstaterad covid-19 för att minska och begränsa

smittspridning bland hyresgästerna.

Några vård- och omsorgsboende har genomfört riskanalyser med anledning av brist på sjuksköterskor och omsorgsmedarbetare vilket bland annat kan resultera i risk för felaktig bedömning och uteblivna insatser för hyresgästerna.

Omställning korttid

Riskbedömning har genomförts på Fredriksdal, Gråberget, Bagaregården och Högsbotorp på grund av utökat antal korttidsplatser. Riskbedömning har även genomförts på Hammarhus, Hundraårgatan och Änghagsgården som har avvecklats.

Risker: På grund av att enheterna blir större blir det längre avstånd vilket kan påverka medarbetarnas arbetssätt. Om grupperna blir större finns även risk att medarbetarna delas upp i grupper. Intern såväl som extern teamsamverkan påverkas då det finns risk för att de tvärprofessionella grupperna inte blir lika tillgängliga.

Övrigt

Några vård- och omsorgsboende har även genomfört riskanalyser på grund av byggnation, hot och våld, legionella, dokumentation och försvinnande av narkotikaklassade läkemedel.

Egenkontroll

Utökad hygienkontroll: Genomförs två gånger om året enligt årshjul i form av självskattning och observation. Vissa enheter har genomfört den utökade hygienkontrollen varje månad, enligt tidigare rutin. Handlingsplan upprättas där brister har identifierats.

Brister: I stort är följsamheten av riktlinjer och rutiner hög dock visar observationerna att det finns brister i olika omfattning gällande användning av skyddsutrustning och basala hygienrutiner. Olika rutiner har kommit från regionen och det har varit svårt för medarbetare att anpassa sig då kraven har förändrats.

Enheterna jobbar aktivt med att uppnå god hygienisk standard samt att förhindra smittspridning. Sammanställning av egenkontrollen visar på ett ständigt pågående arbete med att påminna medarbetare om egenansvaret och att följa rutiner.

Livsmedelskontroll: Enligt egenkontrollprogram med uppföljning en gång per år.

Brister: På några enheter har det framkommit brister vid temperaturkontroll av kyl, frys och mat. Ett komplement till egenkontrollerna är livsmedelsverkets oanmälda granskningar. Dessa har hittills resulterat i anmärkningar på två vård- och omsorgsboende.

Nattfasta

Alla vård- och omsorgsboende har genomfört nattfastemätningar under 2022. En gemensam rutin med underlag har tagits fram för att genomföra mätningen på ett likartat sätt i avdelningen.

Mätningen har visat att kunskapen om nattfasta och mätmetoden varierar inom avdelningen. Mätningen har lett till ett gemensamt arbetssätt, fokus på nattfastan och ökad kunskap om nattfasta.

Brister: Resultatet är varierande. Det finns boenden där några eller flera hyresgäster har längre nattfasta än 11 timmar. Mätningen är inte helt tillförlitligt då vissa enheter haft svårt med de nya underlagen. Avdelningen kommer därmed inte redovisa några procentsiffror.

Genomförandeplaner och socialdokumentation: Verksamheten följer löpande upp genomförandeplaner. I Socialstyrelsens enhetsundersökning uppgav verksamheterna att 93% av hyresgästerna hade aktuella genomförandeplaner. Flera vård- och omsorgsboende genomför regelbundna stickprovskontroller av genomförandeplaner.

Exempel på brister: En del genomförandeplaner var inte uppdaterade inom tidsramen. Kvaliteten och beskrivningarna brister i en del planer, vilket även bidrar till att följsamheten brister. Det framgår inte alltid hur hyresgästen varit delaktig i upprättande och uppföljning av genomförandeplanen.

I korttidens egenkontroller som genomförs kvartalsvis, framkom att vissa enheter inte upprättar genomförandeplaner skyndsamt och att daganteckningar behöver skrivas mer frekvent.

Kvalitetsregister: Förvaltningen har kartlagt användandet av kvalitetsregister. Ungefär hälften av alla vård- och omsorgsboende uppgav att de använder Senior Alert och den andra hälften uppgav att de använder registret till viss del. Ungefär 40% uppgav att de använder BPSD registret och ungefär hälften uppgav att de använder registret till viss del. SveDem och Palliativa registret används endast till viss del av ca hälften av vård- och omsorgsboendena, vilket kan förklaras med att avtal med SveDem precis är tecknat samt att palliativregistret främst används av legitimerad personal.

Brister: Samverkan med hälso- och sjukvården kopplat till roller och möjlighet till deltagande. Möjlighet till stöd i användandet av kvalitetsregister och utbildning i metoderna och systemen.

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

Synpunkter och klagomål

Lågt antal diarieförda synpunkter och klagomål

Få synpunkter eller klagomål har registrerats i diariet under hösten 2021 och våren 2022. Att diarieföra inkomna synpunkter och klagomål, enligt den rutin som upprättats i förvaltningen, är ett förbättringsområde. Det är framför allt muntliga synpunkter som framförs direkt till verksamheterna som inte registreras. Det påverkar både möjligheterna att följa upp hanteringen av enskilda synpunktsärenden och möjligheterna för allmänheten att få insyn i verksamheten utifrån offentlighetsprincipen. Men framför allt påverkar det möjligheterna att använda synpunkter som en källa till information om verksamheternas kvalitet inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet, eftersom det enbart är de registrerade synpunkterna som går att sammanställa och analysera systematiskt.

Korttidsverksamheterna har arbetat aktivt för att diarieföra muntliga synpunkter. För perioden fick korttiden in 37st synpunkter varav 29st var klagomål och 8st var beröm.

Bristande verksamhetsstöd för synpunktshanteringen

Nuvarande system för synpunktshantering via handläggardatabas och diarium är inte användarvänligt eller anpassat för verksamhetsutveckling. Diariet och handläggningsdatabasen är särskilt utmanande för sällan-användare. Detta skapar trösklar för medarbetare och chefer att registrera de synpunkter som inkommer muntligt eller skriftligt direkt till verksamheterna. Det saknas också funktionalitet för 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 eller på kategori. Systematiken i hur hyresgästernas synpunkter blir en del av verksamhetens förbättringsarbete behöver utvecklas.

Otydlighet kring vad som är en synpunkt som ska hanteras enligt rutin

Även om rutinen för synpunktshantering beskriver vad som *inte* är synpunkter (missnöje med myndighetsbeslut, medborgarförslag, förslag från medarbetare och avvikelser), kan det vara utmanande att avgöra vad som egentligen ska betraktas som en synpunkt. Rutinen medger att "en del problem och missuppfattningar kan redas ut direkt och behöver inte registreras som en synpunkt". I praktiken är denna gränsdragning svår, vilket kan skapa en osäkerhet inför synpunktshanteringen.

Om en hyresgäst framför synpunkter på maten under måltiden, ska då medarbetarna registrera denna synpunkt? Ett annat vanligt exempel är att det framkommer synpunkter på omsorgen under ett planeringsmöte med hyresgäst och anhöriga. Detta hanteras direkt under mötet och förbättringarna uppdateras i genomförandeplanen. Ska synpunkterna också registreras som synpunkter enligt rutinen?

Att skapa ett likvärdigt arbetssätt i den nya förvaltningen

Det är en utmaning att skapa en likvärdighet och hitta rätt i roller och ansvar kopplat till synpunktshanteringen i nya förvaltningen. Ett utvecklingsområde är hur synpunkter som berör flera olika avdelningar ska hanteras för att den enskilde ska få ett sammanhållet svar från förvaltningen.

Åtgärd utifrån synpunktshanteringen: Nytt system för handläggning och diarium (Ciceron) kommer införas i Göteborgs Stad under 2024. Synpunktshanteringen kommer hanteras i ciceron och en projektgrupp kommer förbereda införandet under 2023. Förvaltningen behöver avvakta nytt verksamhetsstöd, innan vissa åtgärder kan vidtas, så förvaltningen inte ökar sin administration.

Målsättning är att fler synpunkter registreras och diarieförs. En del av det arbetet är att bland annat att aktivt uppmana de som lämnar synpunkter att göra det digitalt via Göteborgs stads hemsida, synpunktsblankett eller QR-kod. Avdelningen kan arbeta med förebyggande åtgärder för att få fler synpunkter på verksamheten, exempelvis genom:

- Information om synpunktshantering till medarbetare, hyresgäster och anhöriga.
- Värdegrundsarbete
- Brukarråd och anhörigmöte
- Intervjuer av hyresgäster.

Diarieförda synpunkter och klagomål:

De diarieförda synpunkterna handlar bland annat om:

Bemötande, måltider, trygghetslarm, följsamhet till genomförandeplan, service, varm lägenhet, kompetensbrist, hälso- och sjukvård samt specifika frågor om verksamheten.

Exempel på åtgärder: Åtgärder handlar om allt från värdegrundsarbete och andra kompetenshöjande insatser till polisanmälan och påminnelse om rutiner. Verksamheten har återkopplat till berörda synpunktslämnare.

Avvikelser

Alla avvikelser sammanställs per vård- och omsorgsboende och per verksamhetschef minst en gång i halvåret. Majoriteten av alla avvikelser som inkommer kategoriseras som fall eller läkemedel. Antalet avvikelser skiljer sig mellan vård- och omsorgsboende. Arbetet med avvikelshantering är ett ständigt pågående förbättringsarbete. Analysen för att komma fram till rätt åtgärder behöver förbättras både i avvikelserna och i

sammanställningar.

Antal ej bedömda avvikelser inom korttiden har ökat jämfört med föregående år, trots påpekande från stadsrevisionen 2021. Men vikten av hanteringen och avslut av avvikelser kommer därmed fortsatt att belysas på möten under hösten 2022.

Hösten 2021 och våren 2022 sammanställningar visar följande:

Fall

Flera fallavvikelser bedöms som ej avvikelse. Detta innebär oftast att riskbedömning är gjord och att individanpassade fallförebyggande åtgärder redan är insatta. Flera verksamheter arbetar systematiskt i kvalitetsregistret Senior Alert där åtgärdsplaner tas fram för att förebygga fall, samt att fallavvikelser tas upp på möten där flera berörda professioner deltar. Exempel på åtgärder: Avstämning med legitimerad personal, riskbedömning, uppdatering av genomförandeplan, trygghetslarm, rörelselarm, ökad tillsyn, fallskyddsbyxor.

Läkemedel

Utebliven dos är den vanligaste avvikelserna gällande läkemedel. Orsaken är oftast att man inte följt rutinen och räknat antal tabletter eller uppmärksammat klockslag på doskort och dospåsen. När läkemedel ges på udda tider, eller vid skifte av arbetspass är avvikelseorsaken ofta att de glöms bort.

Andra läkemedelsavvikelser handlar om utebliven signering, brister i följsamhet till ordination, att läkemedel saknas, ges på fel tid eller på felaktigt sätt. Orsaken beror oftast på bristande kommunikation, otydliga ordinationer, att medarbetare glömt, inte följt de rutiner som finns eller att hyresgästen har tackat nej. Det finns även avvikelser kring stölder och försvinnande av narkotika klassade preparat på några enheter.

Åtgärder som vidtagits är bland annat; planering av arbetsdagen, genomgång av läkemedelslistor i slutet av arbetspassen, indragna delegeringar, nya medicinskåp, polisanmält stölder, samt att avvikelserna diskuteras med legitimerad personal eller på möten där berörda professioner deltar, utbildning och läkemedelsfokus på APT.

Bemötande

På några vård- och omsorgsboende har avvikelser kring bemötande ökat. Avvikelserna handlar främst om hyresgästernas rättigheter, att de har fått ett dåligt bemötande, brister i omsorgen eller att de inte har fått sina behov tillgodosedda. En del av avvikelserna handlar om intern kommunikation mellan kollegor och mellan sjuksköterska och medarbetare.

Det är positivt att medarbetare uppmärksammar och skriver avvikelse när det gäller hyresgästernas rättigheter, gott bemötande och att hyresgäster får sina behov tillgodosedda. Åtgärder: Bemötandefrågor hanteras enligt gällande rutiner och omhändertas i samråd med Socialt ansvarig samordnare (SAS) och HR-avdelningen. Omsorgshandledaren leder medarbetare i omsorgsarbetet och i bemötande. Även andra kompetenshöjande insatser kring bemötande och värdegrund pågår i verksamheterna. Dialog med medarbetare på verksamhetsmöte och APT.

Trygghetslarm

Några vård- och omsorgsboende har avvikelser gällande larm som bland annat beror på störning eller teknikproblem på larmen. På ett boende handlar flera avvikelser om felaktig användning av sensorlarm. Åtgärder: Kontakt med och åtgärder av larmleverantör. Upphandling av trygghetslarm pågår. Verksamheten arbetar medvetet med att introducera hur larmen fungerar till vikarier och nyanställda. Utbildar larmombud. På boendet med felaktig användning av sensorlarm, arbetas det nu med att

säkerställa att varje larm som sätts in har ett syfte och dokumenteras. Arbete med nollvision, kommer också att öka kunskapen i larmanvändning.

Samarbete med hälso- och sjukvården

Avvikelser kring samarbetet och bristande kommunikation mellan medarbetare på vård- och omsorgsboende och hälso- och sjukvården har rapporterats. Avvikelser har exempelvis gjorts då medarbetare inte kunnat nå sjuksköterska kväll och helg samt vid bristande handledning och uppföljning av sjuksköterska. Detta skapar otrygghet för hyresgäster och medarbetare och kan leda till felaktiga bedömningar. Åtgärder: Möten med hälso- och sjukvård samt översyn av rutiner för samverkan och informationsöverföring.

Lex Sarah rapporter

Kategori Lex Sarah rapporter	Antal	Bedömning	Åtgärd
Begränsningsåtgärder	2	Missförhållande	Arbetsrättsliga åtgärder, handlingsplan, tydliggörande samtal, uppdatera genomförandeplan.
Samverkan hälso- och sjukvård	1	Risk för missförhållande	Förändring av rutiner
Läkemedel	1	Risk för missförhållande	Säkerställning av rutiner, borttagen delegering.
Fall	1	Risk för missförhållande	Förändring av rutiner
Utrustning - larm, hjälpmedel	4	Risk för missförhållande 2 Missförhållande 2	Utökad bemanning, genomgång av rutiner, förändrat arbetssätt.
Rättigheter och bemötande	9	Risk för missförhållande 2 Missförhållande 7	Arbetsrättsliga åtgärder, medvetandegörande samtal, handlingsplan, förbättrad samverkan,
Övergrepp	6	Risk för missförhållande 2 Missförhållande 4	Arbetsrättsliga åtgärder och handlingsplan
Utförande av SoL-insats	4	Risk för missförhållande 3 Missförhållande 1	Uppdatera genomförandeplan, utbildning. förtydliga rutiner, medvetandegörande samtal.
Otillräcklig uppsikt nattetid	2	Missförhållande	Handlingsplan gällande genomförandeplaner.
Övrigt	5	Missförhållande	Handlingsplan och rutiner

Avdelningen har genomfört ca 200 rapporteringar enligt Lex Sarah.

Av dessa rapporter har de flesta bedömts som ej missförhållande.

35 rapporter har bedömts som missförhållande eller risk för missförhållande.

20 rapporter är pågående.

Lex Sarah anmälningar till IVO

Lex Sarah rapporter som lett till anmälan till IVO (beskrivning av varje ärende)	Antal	Bedömning	Åtgärd
Övergripping - personskada HS	1	Allvarligt missförhållande	Arbete och dialog i arbetsgruppen kring kommunikation och samarbete. Pågående fokusområde social dokumentation med regelbundna genomgångar av genomförandeplaner. Återinförande av kvalitetsregister Senior Alert.
Missnöje, dokumentation	1	Allvarligt missförhållande	Utbildningsinsatser, bland annat social dokumentation för enhetschefer.
Otillräcklig uppsikt nattetid och nyckelhantering	1	Allvarligt missförhållande	Tagit bort lathundar, skaffat låsbara skåp till genomförandeplanerna, arbetar aktivt med genomförandeplaner och social dokumentation
Bemötande/utebliven insats	2	Allvarligt missförhållande	Arbetsrättslig process tillsammans med HR.

5 rapporter enligt Lex Sarah är anmälda till IVO.

Granskningar och tillsyner

Tillsyn/granskning

Tillsyn/granskning	Bedömning	Åtgärd
Miljöförvaltningen - livsmedelskontroller på flera VoB	Utan anmärkning förutom på två vård- och omsorgsboende: Bristar vid värmekontroll av livsmedel samt att det inte fanns termometrar i kylarna samt brister gällande disktrasor.	Samla alla kostombud och repetera rutin för temperaturmätning av livsmedel och kylar/frysar samt beställde nya termometrar. Vid återbesök var boendena godkända.
IVO - Tillsyn	Förvaltningens bedömning är att det finns brister i dokumentationen både inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Svar från IVO har ännu ej inkommit.	Utbildning i social dokumentation.
MAS - vårdhygienisk tillsyn på två VoB	Förbättringsområden uppmärksammades såsom ej korrekt användning av skyddsutrustning, otydlighet kring rena och smutsiga ytor samt utrymmen i tvättstugan, felaktig hantering av förpackningar i förrådet,	Genomgång av förrådschecklistan på enheterna, förändring av tvättrutin, uppmärkning av rena och smutsiga ytor, checklistor för egenkontroller och rengöring i tvättstugan uppdaterades. En

Tillsyn/granskning	Bedömning	Åtgärd
	bristfällig kontroll av spol- och diskdesinfektorer samt brister i tvättrutinen.	översyn och säkerställning av spol- och diskdesinfektorer.
MAS - vårdhygienisk tillsyn på alla korttidsenheter	Brister såsom ej korrekt användning av skyddsutrustning, ej godkända spol- och diskdesinfektorer samt tvättstugor på vissa enheter.	Säkerställer följsamhet till hygienrutinerna. En översyn och säkerställning att spol- och diskdesinfektorer samt tvättstugor är godkända.
Stadsrevisionen - Basala hygienrutiner på fyra VoB	Pågående ärende.	
MAS - Granskning av spol- och diskdesinfektorer på två VoB	Flera brister identifierades. En diskdesinfektor dömdes ut.	Åtgärder gjorda på alla brister samt egenkontroll varje kvartal. En kartläggning och förbättringsarbete kring spol- och diskdesinfektorer pågår.
IVO - Begäran om handlingar	Förvaltningens bedömning att det förekommit brister i vården och omsorgen av den enskilde. Svar från IVO har ännu ej inkommit	Lokala rutiner
IVO - Tillsyn	Pågående ärende.	
IVO - Tillsyn	Nattbemanningen bedömdes ej tillräcklig av IVO	Nattbemanningen utökades på demensenheterna
MAR - Besiktning och granskning av grundutrustning MTP produkter.	Rekommenderade service av vissa produkter samt en utdömd säng och en transportabel lift.	Utdömd säng och lift skrotad och ny är köpt. Service beställd.
IVO - Tillsyn avseende besökshandling under pandemin.	IVO har inte funnit några brister i tillämpningen.	
Stadsrevisionen - Avvikelser på korttidsenheter.	Brister i ansvarsfördelningen mellan bemanningsenheter och verksamhet, arbetssätten skiljer sig åt, behov av utbildning, efterlevnad av rutiner.	Säkerställer ansvarsfördelningen och arbetssätten. Utbildning i avvikelshantering och information kring rutiner.
IVO- tillsyn	IVO avslutar ärendet men påtalar följande brist. Sänggrindar har använts utan samtycke.	Utbildning till samtliga medarbetare.

Brukarundersökningen – Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?

Resultatet

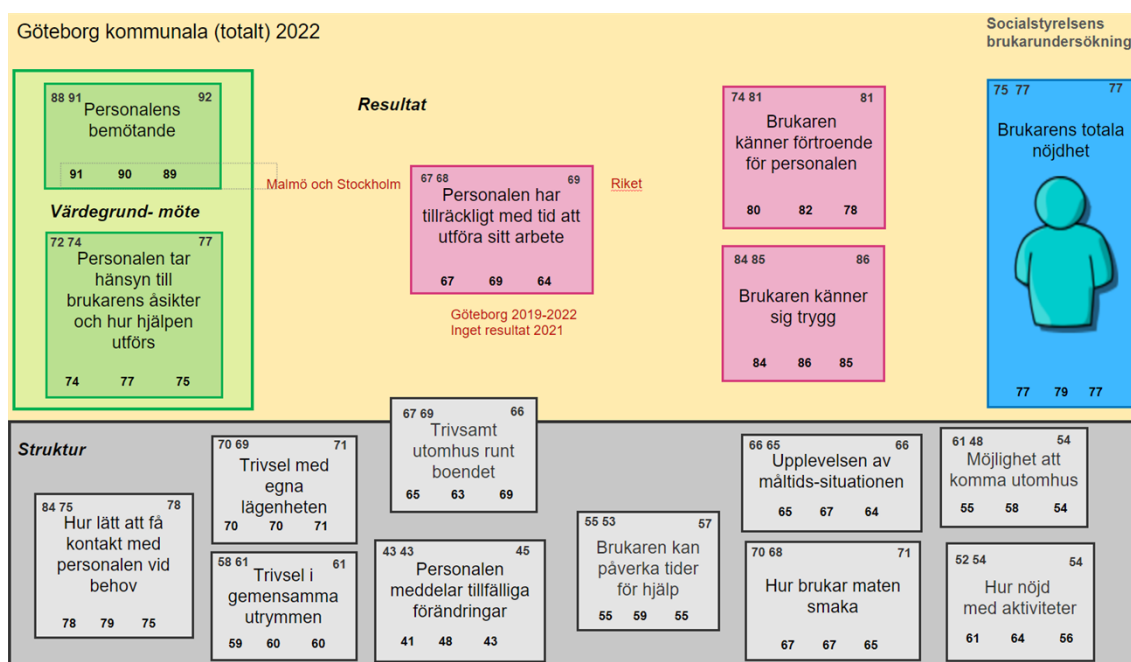
Den genomsnittliga nöjdheten för hyresgäster på kommunala vård- och omsorgsboende är generellt på samma nivå som för hela landet samt storstäderna Malmö och Stockholm. Det som hyresgästerna i Göteborg är lite mer nöjda med än resten av landet handlar om aktiviteter och trivsamt utomhus. Hyresgästerna är lite mindre nöjda med hur maten smakar och om medarbetarna har tillräckligt med tid för att kunna utföra sitt arbete. Se resultat i bild nr 1.

70% av omsorgstagarna på vård- och omsorgsboende både i Riket och Göteborg upplever att de ofta eller då och då besvärar av ensamhet.

Brukarnöjdheten varierar kraftigt mellan de olika vård- och omsorgsboendena. Den totala nöjdheten för vård- och omsorgsboende varierar mellan 43%-96%. Se spridning i bild nr 2. Den totala nöjdheten för avdelningen är 77%. Resultatet är något sämre än för två år sedan. Förra året genomfördes ingen brukarundersökningen på grund av pandemin.

Svarsfrekvens för vård- och omsorgsboende i Göteborgs Stad (både privata och kommunala) var 48,1%, vilket kan jämföras med riket som hade 43,4%.

BILD 1:

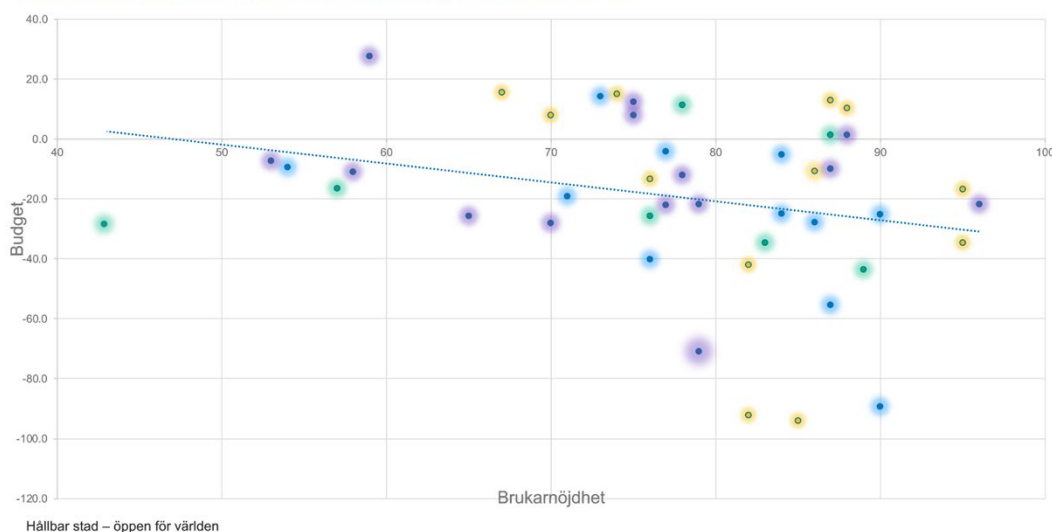


Förklaring till bild 1: De frågor i brukarundersökningen som sannolikt har stor påverkan på den totala brukarnöjdheten. Frågorna är indelade i tre kategorier och för varje fråga redovisas årets resultat för Riket, Malmö, Stockholm samt för Göteborgs kommunala vård- och omsorgsboende mellan 2019–2022 (inget resultat 2021).

BILD 2:

Samband mellan brukarnöjdhet och budget

Centrum: gul, Hisingen: blå, Nordoost: grön, Sydväst: lila



Förklaring till bild 2: Sambandet mellan Göteborgs kommunala vård- och omsorgsboende brukarnöjdhet utifrån resultat i brukarundersökningen och budgetavvikelse per plats till och med juli 2022. Sambandet är svagt.

Resultat - målsättningar - överraskningar

Verksamheterna har svårt att få en bild av brukarnöjdheten enbart utifrån resultatet i brukarundersökningen. Det beror till viss del på den låga svarsfrekvensen och att det främst är anhöriga som besvarar enkäten. För att få tydligare information om vad det är hyresgästerna är nöjda och missnöjda med, behöver frågorna i brukarundersökningen kompletteras med strukturerade intervjuer och dialogforum.

Resultatet lever inte upp till avdelningens förväntningar i förhållande till krav och målsättningar. Brukarnöjdhet är en av de viktigaste kvalitetsfrågorna för avdelningen. Verksamheten upplever en högre brukarnöjdhet vid samtal med hyresgästerna, än det resultat som redovisas i brukarundersökningen. Det som överraskar är diskrepansen mellan brukarundersökningens resultat och det som verksamheten upplever vid samtal med hyresgästerna. Verksamheten behöver bli bättre på att ta reda på den enskilde hyresgästens synpunkter och behov.

Sammanfattande bedömning

Sammanfattande bedömning för perioden

Pågående förbättringsområden och åtgärder:

Kompetens - Flera kompetenshöjande insatser pågår i olika omfattning och verksamheterna ser ett fortsatt ökat behov av utbildning för medarbetare. Kompetenshöjningen krävs främst för att hyresgästerna har komplexa diagnoser och behov, bristen på handledning av sjuksköterskor, att det är svårt att rekrytera utbildade medarbetare samt på grund av språkliga hinder.

Pågående kompetenshöjande insatser i flera verksamheter är bland annat; hygien, omvårdnad, bemötande, social dokumentation och stjärnmärkning. Ett internt material om social dokumentation har spridits och blivit tillgängligt för alla medarbetare genom omsorgshandledare och kvalitetsutvecklare. Palliativ omsorg och kunskap kring mat och måltid är ännu exempel på områden som nu lyfts internt för gemensam spridning.

En metod som används för att höja verksamhetens kompetens är bland annat erbjudande och att uppmuntra medarbetare att läsa via vuxenutbildning samt att expertuppdrag tillsätts för att förankra kunskap på arbetsplatsen. Omsorgshandledare finns snart på varje vård- och omsorgsboende och korttidsboende för att handleda och stödja medarbetarna i sitt arbete. Ett förvaltningsövergripande arbete pågår kring språkliga hinder och kompetensförsörjning (ARUBA).

Samarbete - Flera delar i det systematiska kvalitetsarbetet visar att det fortfarande finns brister i samarbetet och informationsöverföring med hälso- och sjukvården. Medicinskt ansvariga har haft genomgångar med alla enhetschefer kring rutin för informationsöverföring samt enhetschefernas hälso- och sjukvårdsansvar. Det pågår en uppföljning av förra årets internkontroll utifrån denna rutin och ansvar. Det arbetas med rutinerna för teamsamverkan och samverkan i verksamhetsfrågor. Det pågår även flera mer verksamhetsspecifika åtgärder för att förbättra samarbetet.

Avvikelse och synpunkter - Arbetet med avvikelser och synpunkter är ett ständigt pågående förbättringsarbete. Analysen för att komma fram till rätt åtgärder behöver förbättras både kring synpunkter och avvikelserna samt i sammanställningar. Avdelningen arbetar med förebyggande åtgärder exempelvis genom information om synpunktshantering till medarbetare, hyresgäster och anhöriga, värdegrundsarbete, brukarråd och anhörigmöte samt intervjuer av hyresgäster. Det pågår ett uppdrag utifrån äldreombudsmannens rapport 2021 att äldre i hemtjänsten och på vård- och omsorgsboende inte vågar framföra brister. Den kartläggning som kommer genomföras kan bli ett underlag till fortsatta förbättringsarbeten.

Styrkor och upprätthållande av resultat:

Social dokumentation - Alla hyresgäster har genomförandeplaner och verksamheterna arbetar aktivt med delaktighet, visar egenkontroller utifrån social dokumentation. Omsorgshandledare handleder medarbetarna i socialdokumentation.

Basala hygienrutiner - Följsamhet till basala hygienrutiner arbetas med på alla vård- och omsorgsboende och egenkontroller sker systematiskt. Observation är den egenkontroll som gett bäst effekt i förbättringsarbetet. Det pågår ett förvaltningsövergripande arbete med att ta fram en gemensam struktur och ansvarsfördelning för det systematiska kvalitetsarbetet avseende en god hygienisk standard. Flera granskningar, egenkontroller och riskanalyser har genomförts utifrån Covid-19 och flera åtgärder har vidtagits och bidragit till minskad smittspridningen.

Avdelningen kommer vidta eventuella åtgärder utifrån den interkontroll som stadsrevisionen har genomfört under hösten 2022.

Grunduppdrag - Implementering av värdighetsgarantier och likvärdighet i grunduppdraget pågår. I verksamhetsplanen skapar alla vård- och omsorgsboende aktiviteter utifrån grunduppdraget. En GAP-analys kommer att genomföras i samband med verksamhetsuppföljningen.

Årshjul - Avdelningen har ett gemensamt årshjul och en uppföljningsrapport i Stratsys för att varje vård- och omsorgsboende ska följa sitt kvalitetsarbete och påminnas om att arbeta utifrån ledningssystem för kvalitet, SOSFS: 2011:9. Ett utvecklingsarbete för mer likvärdig rapportering pågår. Verksamheterna har många engagerade enhetschefer och medarbetare som driver kvalitetsarbetet i verksamheten.

Korttid - Det finns en styrgrupp för korttidsuppdraget och ledningsgrupper har bildats per korttidsenhet för att säkerställa tvärprofessionell samverkan. Rutin för ankomstsamtal är reviderad och implementerad i verksamheten på korttid. Gemensam digital enkät "Hjälp oss bli bättre" efter avslutad korttidsvistelse är framtagen och implementerad på vissa enheter.

Förbättringsområden inför 2023

Brukarnöjdhet - Verksamheterna har svårt att få en bild av brukarnöjdheten utifrån resultatet i brukarundersökningen. Verksamheten måste bli bättre på att ta reda på den enskilda hyresgästens synpunkter och behov. Strukturerade intervjuer och dialogforum som komplement till brukarundersökningen är ett arbetssätt som avdelningen vill utveckla.

Brukarnöjdheten varierar kraftigt mellan de olika vård- och omsorgsboendena. De vård- och omsorgsboende som har låg brukarnöjdhet behöver intensifiera arbetet med grunduppdrag och värdighetsgarantier. Avdelningen har också initierat en genomlysningsmodell som kommer vara ett stöd för alla vård- och omsorgsboende. Genomlysningsmodellen ska utgöra ett underlag över nuläget samt vidare en analys och en prognos framåt som grund för att planera verksamheten. Verksamheten ska få en tydlig bild över vilken hjälp och stöd som kan fås från stödfunktionerna.

Gemensam digital enkät "Hjälp oss bli bättre" efter avslutad korttidsvistelse behöver implementeras på vissa enheter. "Min plan för min vistelse", en frivillig personcentrerad plan för korttidsgäster är framtagen och behöver implementeras under hösten 2022.

Brister i bemötande - Det har inkommit avvikelser, synpunkter och Lex Sarah rapporterna som handlar om brister i bemötandet. Avdelningen behöver intensifiera värdegrundsarbetet, utifrån värdighetsgarantierna, äldreomsorgens värdegrund och Göteborgs stads förhållningssätt. Genom att stjärnmärka fler vård- och omsorgsboende kommer medarbetarna få kompetensutveckling i demensfrågor, reflektionstid och verktyg för att arbeta personcentrerat och utifrån nollvision. Reflektion utifrån värdegrunden är en metod som verksamheterna kan använda för att minska risken för avvikelser, synpunkter och Lex Sarah rapporter kring bemötande.

Lex Sarah - Verksamheten och socialt ansvarig samordnare (SAS) saknar 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 mycket 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. Särskilt dokumentation, uppföljning av åtgärder och hur verksamheten sprider lärandet utifrån rapporterna behöver förbättras. Det saknas också kunskap hos medarbetare och chefer gällande avvikelse och Lex Sarah. Verksamheten behöver tillsammans med SAS se över hur sammanställning, uppföljning och lärande kring Lex Sarah kan förbättras.

Digitalisering - Flera av förvaltningens verksamhetssystem är inte användarvänliga eller anpassade för verksamhetsutveckling. Det är svårt att följa synpunkter på enhetsnivå och på kategori, Lex Sarah rapporter skickas inte automatiskt till SAS, vid flera egenkontroller används papper och penna, samt statistik och nyckeltal kräver ofta manuell hantering. Digitalisering genom exempelvis planeringssystem, utdataplattformar, användarvänliga verksamhetssystem behövs för att underlätta och följa upp kvalitén. Det har inkommit avvikelser och synpunkter som skulle kunna åtgärdas och minska att händelserna inträffar igen genom digitalsignering, digitala trygghetslarm med loggkontroll, medicinskåp med taggar, planeringssystem mm

Kvalitetsregister - Förvaltningen behöver samordna och besluta hur det tvärprofessionella arbetet i kvalitetsregistren ska fortsätta, så att verksamheterna kan fortsätta och utveckla det förebyggande arbetet i kvalitetsregister som SveDem, Senior Alert och BPSD.