



Göteborgs
Stad

Kvalitetsrapport Vård- och omsorgsboende 2023

Vård- och omsorgsboende

Innehållsförteckning

Inledning	3
Kvalitetsrapporten.....	3
Systematiskt kvalitetsarbete.....	4
Riskanalys.....	4
Egenkontroll.....	7
Utredning av synpunkter och klagomål, avvikelser samt Lex Sarah rapporter och anmälningar till IVO	9
Granskningar och tillsyner.....	15
Socialstyrelsens enkätundersökning – Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?	17
Sammanfattande bedömning	20
Sammanfattande bedömning för perioden	20

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
- Socialstyrelsens enkätundersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?"
- Sammanfattande bedömning

Systematiskt kvalitetsarbete

Riskanalys

Risker som har identifierats och åtgärder som har vidtagits i verksamhetens årliga riskanalys

Risker
Eftersatt fastighetsunderhåll
Avsaknad av klimatanpassningar på flera fastigheter
Fastigheterna saknar krisförberedande åtgärder, avsaknad av backup inom IT/kommunikation, vatten och el
Avsaknad av köhanteringsverktyg för lägenheter inom vård- och omsorgsboende
Upphandling nya trygghetslarm
ÄO-lyftets genomförande medför överanställningar
Differentiering av tjänster kan medföra högre lönekostnader om vidareutbildning ska premieras i löneutvecklingen
Risk att hyresgästens privata medel inte hanteras tryggt och säkert
Brister i krisledning/beredskap vid hot och våldshandlingar
Risk för stölder i medicinskåp
Risk att hyresgäster inte får likvärdig omsorg

Risker som identifierats inom stadsområden

Förändrat arbetssätt inom hälso- och sjukvård

Pågående förändringsuppdrag inom hälso- och sjukvården innebär att sjuksköterskor ska utgå från en central enhet inom stadsområdet. Omorganisationen inom hälso- och sjukvård där medarbetare utgår från en central enhet bedöms påverka verksamheten inom vård- och omsorgsboende. En gemensam handlingsplan är upprättad och arbetet kommer att fortsätta följas under 2024.

Gemensamma identifierade risker från vård- och omsorgsboenden

Införandet av 11 timmars dygnsvila

Risken är relaterad till att schemaändringarna kan leda till brister i att erbjuda personcentrerad omsorg genom avsaknad av kontinuitet. Dessutom kan detta innebära en försämrad arbetsmiljö. De föreslagna schemaförändringarna kan också resultera i ökad tidsåtgång för schemaläggning och planering. Det blir exempelvis svårare att planera utbildningar. Risken kan påverka både hyresgäster och medarbetare, och det kan finnas risk att erfarna medarbetare söker sig till andra branscher.

Rekrytering av sommarvikarier

En nulägesanalys inför rekryteringen av sommarvikarier 2023 genomfördes gemensamt inom verksamheten och följdes upp veckovis i alla ledningsgrupper. Sammantaget står verksamheten inför betydande utmaningar när det gäller att rekrytera medarbetare med rätt kompetens inför sommarperioden. Rekryteringssvårigheterna innebär en risk för försämrad kvalitet, vilket i sin tur kan medföra att hyresgästen inte får den vård och omsorg som hen har rätt till.

Pilotprojekt med tre semesterperioder inom ett stadsområde

Svårigheterna att rekrytera medarbetare inför semesterperioden riskerar att leda till bemannings- och kompetensbrist. Som en riskreducerande åtgärd genomfördes en pilot inom ett stadsområde för att undersöka om införande av tre semesterperioder kan bidra

till att öka kontinuiteten för hyresgäster samt lösa bemannings- och kompetensbristen. Lösningen innebär att enbart en tredjedel av den ordinarie medarbetargruppen har semester samtidigt. Åtgärden bidrog till att öka närvaron av ordinarie medarbetare, säkerställde tillgången till medarbetare med delegation och kompetens. Inom piloten identifierades risken med svårigheter att rekrytera sommarvikarier över hela semesterperioden som i detta fall sträcker sig från första juni till sista augusti.

Svårigheter att rekrytera medarbetare med rätt kompetens

Risken 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.

Kompetensbrist och bemanningsproblem

Några vård- och omsorgsboende har genomfört riskanalyser med anledning av brist på sjuksköterskor och omsorgsmedarbetare. Risken kan medföra felaktig bedömning och uteblivna insatser för hyresgästerna.

Värmebölja

Fastigheterna är inte anpassade för att hantera sommarens värmeböljor och saknar fastighetstekniska lösningar för att sänka inomhustemperaturen under sådana förhållanden. Risken berör samtliga vård- och omsorgsboenden. Verksamheten har aktuella rutiner för att hantera värmeböljor men saknar rådighet att åtgärda den underliggande problematiken. Det är främst hyresgästerna som drabbas, och förvaltningen har inte möjlighet att uppfylla riktlinjen från Folkhälsomyndigheten.

BPSD-problematik på flera boenden

Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD) är ett begrepp som beskriver specifika beteenden som vissa hyresgäster uppvisar på grund av sin demenssjukdom. Ett exempel på detta är utåtagerande beteende, vilket påverkar både grannar och medarbetare. Inriktningen BPSD (med utåtagerande beteende) saknas inom vård- och omsorgsboende.

BPSD innebär att hyresgästerna har behov som behöver tillgodoses på annat sätt än vad dagens vård- och omsorgsboende kan erbjuda. Målgruppen behöver generellt en boendemiljö med färre hyresgäster, mindre stimuli och kompetens hos medarbetare som är anpassad efter hyresgästernas specifika behov. Det kan exempelvis innebära att hantera hyresgäster som uppvisar mer utåtagerande beteenden i samband med sin demenssjukdom.

Det finns en risk att denna målgrupp av hyresgäster inte kan få sina behov fullständigt tillgodosedda. Risken kan också innebära en försämrad boendemiljö för samtliga hyresgäster och försämrad arbetsmiljö för medarbetare med ökad vårdtyngd. Risken omfattar all verksamhet inom vård- och omsorgsboende, inklusive avlösning- och korttidsverksamhet.

Trygghetssystem

Förvaltningen har en pågående upphandling av ramavtal för trygghetssystem. Upphandlingen har pågått under flera år. Många av de befintliga trygghetssystemen inom vård- och omsorgsboende nått slutet av sin tekniska livslängd, och det saknas möjlighet att underhålla eller reparera dem.

Risken innebär att om ett trygghetssystem slutar fungera kan hyresgästen inte använda sitt trygghetslarm. Ett trygghetslarm som inte fungerar minskar hyresgästens utrymme för självständighet och kan orsaka oro. Samtidigt innebär detta en ökad arbetsbelastning för medarbetare då bemanningen behöver öka och arbetssätt behöver förändras för att kompensera bristen av fungerande trygghetslarm.

Risken finns att detta kan leda till skada för hyresgästen. Risken inkluderar möjliga problem om trygghetslarm måste bytas ut innan upphandlingen är klar. Detta kan leda till mer kostsamma lösningar, tidskrävande direktupphandlingar och risk att förvaltningen binder sig på avtal som inte är långsiktigt önskvärda, och användning av trygghetslarm som inte är kompatibla med befintliga system i fastigheten.

Legionella

Förekomsten av legionella är en risk för hyresgästerna hälsa. Förvaltningen har ett samarbete med Stadsfastighetsförvaltningen för att följa förekomsten av legionella och har också tagit fram riskreducerande åtgärder tillsammans med miljöförvaltningen och vårdhygien.

Samtliga duschslangar har blivit utbytta och nya rutiner har införts för medarbetare på vård- och omsorgsboenden. Stadsfastighetsförvaltningen har en analysgrupp för att förebygga och åtgärda eventuell förekomst av legionella.

Nybyggda vård- och omsorgsboenden

I samband med inflyttning till nybyggda fastigheter för vård- och omsorg har riskbedömningar genomförts. Åtgärder pågår för att hantera brister som höga trösklar, tröga dörrar samt avsaknad av funktioner som omklädningsskåp och hyllor.

Det inkluderar också brister i digital infrastruktur som otillräcklig täckning för WiFi och telefoni. De identifierade riskerna handlar bland annat om risk för bristande tillgänglighet för hyresgäster, påverkan på arbetsmiljö och kommunikationsproblem.

Korttidsverksamhet

De identifierade riskerna avser ineffektiva flöden för in- och utflyttning till korttidsverksamheten. Korttidsgästerna har generellt sett haft längre vistelsetid som medför att antalet utskrivningsklara inom slutenvården ökar. För att hantera detta har förvaltningen tillsatt en arbetsgrupp som arbetar förvaltningsövergripande med detta. Arbetsgruppen har regelbundna möten med ansvariga funktioner i processen och har också tagit fram förtydligande rutiner.

En riskbedömning har genomförts som ett resultat av beslut om att öka beläggningen på korttiden med fem platser. Verksamheten har svårigheter med att rekrytera medarbetare med rätt kompetens. Åtgärder har vidtagits genom riktad annonsering och kunskapshöjning hos ordinarie medarbetare.

En ytterligare risk är att verksamheten får en budget i obalans. För att åtgärda detta har det genomförts utbildning för chefer och planerare i strategisk bemanningsplanering. En balanserad överanställning bidrar till färre timvikarier, bibehållen kvalitet och kontinuitet för hyresgäster.

Verksamheten har också identifierat och riskbedömt fastighetsproblem på flera korttidsboenden. Brister i dokumentation har åtgärdats genom ny rutin och riktade kunskapshöjande insatser.

Risk för bristande samarbete mellan olika professioner åtgärdas genom gemensam utbildningssatsning om målgruppen demens samt arbete med Nollvisionen.

Övrigt

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

Egenkontroll

Värdighetsgarantier och grunduppdrag

En GAP-analys genomförs årligen, där följsamheten till värdighetsgarantierna inkluderas i analysen. GAP analysens avsikt är identifiera gapet mellan nuvarande verksamheter och den optimala verksamheten. Baserat på föregående års GAP-analys har verksamheterna skapat aktiviteter inom de områden där följsamheten inte uppnått 50 procent. Under 2023 har grunduppdrag och värdighetsgarantier omformulerats och gjorts mer lättförståeliga. Följsamheten är god överlag.

Exempel på brister värdighetsgarantier:

- Försenade genomförandeplaner
- Namnskyftar saknas
- Önskemål om bemötande saknas i genomförandeplanerna,
- Social dokumentation
- Aktiviteter, trygghet
- Sekretess och tystnadsplikt.

Exempel på brister i grunduppdrag:

- Säkerhet
- Ledsagning
- Städ och tvätt
- Trygghet
- Sekretess
- Introduktion och kompetens

Utökad hygienkontroll

Genomförs två gånger om året enligt årshjul i form av självskattning och observation. Under september månad genomfördes en fokusmånad hygien. Handlingsplan upprättas där brister har identifierats.

Brister gällande hygienkontroll

Generellt är följsamheten till riktlinjer och rutiner hög. Observationerna indikerar dock att det finns brister på samtliga vård- och omsorgsboenden gällande användning av handsprit på rätt sätt, före och efter handskar. Det förekommer också felaktig användning av handskar i arbetet. Brister i användningen av annan skyddsutrustning och övriga basala hygienrutiner förekommer också, men i mindre omfattning.

Enheterna arbetar aktivt med att uppnå god hygienisk standard samt att förhindra smittspridning. Sammanställningen av egenkontrollen visar ett kontinuerligt arbete med att påminna medarbetare om deras egenansvar och följsamhet till rutiner. Dessutom genomförs riktade insatser för specifika medarbetare.

Livsmedelskontroll

Enligt egenkontrollprogram med uppföljning en gång per år.

Brister gällande livsmedelskontroll

På några enheter har det framkommit brister vid temperaturkontroll av kyl, frys och mat och städning. Det finns olika rutindokument i verksamheterna. Observerade avvikelser inkluderar felaktig användning av handskar och bristande användning av förkläde. Livsmedelsverkets oanmällda granskningar utgör ett komplement till egenkontrollerna.

Ett nybyggt boende har ålagts att betala vite för miss att anmäla verksamheten till Miljöförvaltningen. Övriga anmärkningar från kontrollen har åtgärdats. Det påpekas också behov av gemensamma dokument för uppföljning.

Nattfasta

Samtliga vård- och omsorgsboenden har genomfört nattfastemätningar under 2023. Mätningen sträcker sig över tre dygn och omfattar inte enbart nattetid. En gemensam rutin med underlag har framtagits för att genomföra mätningen på ett enhetligt sätt i verksamheten. Dock är rutinen svår att följa eftersom det inte är möjligt att följa samtliga hyresgästers matintag. Det resulterar i missvisande siffror då vissa hyresgäster äter sin måltid i sina lägenheter eller utanför boendet. Det är därför inte möjligt att redovisa procentsiffror. Förslag är att göra mätning för personer i riskzon för undernäring. Det efterfrågas också en tydligare beskrivning av rutin och mätning av nattfasta/dygnsvila. Riktade utbildningar har genomförts på några vård- och omsorgsboenden.

Brister gällande nattfasta

På nästan samtliga boenden förekommer det att en eller flera hyresgäster har längre nattfasta än 11 timmar. Resultatet är svårt att följa upp med hänsyn till det tidigare nämnda resonemanget. Arbete med framtagande av rutin för måltidsprogram pågår. Under 2023 har samtliga vård- och omsorgsboenden utsett undersköterskor med fördjupat uppdrag inom måltid. Medarbetarna ska få riktade utbildningar inom mat och måltid.

Privata medel

Egenkontroller genomförs av hantering av privata medel och visar på god följsamhet.

Exempel på brister gällande privata medel:

- Försenade årsavstämningar då anhörig bor utomlands
- Avsaknad av överenskommelse och kassablad
- Hantering av kvitton
- På ett vård- och omsorgsboende behövdes omtag av hela hantering då det brustit på flera områden.

Genomförandeplaner och social dokumentation

Verksamheten genomför kontinuerliga uppföljningar av genomförandeplaner. Flera vård- och omsorgsboenden utför regelbundna stickprovskontroller av genomförandeplaner.

Exempel på brister gällande genomförandeplaner och social dokumentation

En del genomförandeplaner var inte uppdaterade inom angiven tidsram. Kvalitén och beskrivningarna brister i en del planer, vilket också påverkar följsamheten negativt. Det framgår inte hur hyresgästen varit delaktig i upprättande och uppföljning av genomförandeplanen. Dessutom saknas information om hur hyresgästen föredrar att bli bemött, och det finns brister i beskrivningen av hur hyresgästen önskar att nattens insatser ska genomföras.

I de kvartalsvisa egenkontrollerna inom korttiden framkom det att vissa enheter inte upprättar genomförandeplaner skyndsamt. En ny rutin för social dokumentation upprättades under hösten 2022 och har implementerats under 2023. Samtliga verksamheter betonar omsorgshandledarens viktiga roll i att utbilda och stödja medarbetare i arbetet med dokumentation.

Medicintekniska produkter (MTP)

Skötsel och hantering av medicintekniska produkter/grundutrustning sker en gång per år. Kontroll registreras i databasen.

Brister gällande MTP

- Följsamhet att i att följa upp rutinen brister på många vård- och omsorgsboenden.

- Brister i inventeringen.
- Brister i rengöring av hjälpmedel.
- Brister i registrering i databasen.

Åtgärder: Utse fler ombud, utbildningar och genomgångar på APT.

Kvalitetsregister

Redovisning av hur frekvent BPSD-registret och Senior Alert används saknas för några stadsområden. De som rapporterar om användningen beskriver att det är beroende av samarbetet mellan vård- och omsorgsboendet och medarbetare inom hälso- och sjukvården, eftersom det är hälso- och sjukvården som registrerar i systemen.

SveDemregistret används på de vård- och omsorgsboende som är Stjärnmärkta. Efter omorganisationen framgår det att olika kvalitetsregister har använts. För att uppnå ökad likvärdighet behöver förvaltningen ta ställning till vilka register som ska användas. Inom kort kommer ett arbete att påbörjas inom förvaltningen för att granska användningen av samtliga kvalitetsregister.

Systematiskt brandskyddsarbete (SBA)

Systematiskt brandskyddsarbete följs upp en gång per år.

Brister gällande SBA

- Kunskapsbrist hos medarbetare i hantering av brandlarm
- Otydlighet i verksamhetens brandorganisation.

Utbildningar är inbokade på flera vård- och omsorgsboenden.

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

Synpunkter och klagomål

Antal diarietförda synpunkter och klagomål

Under perioden 1 juli 2022 och 30 juni 2023 har det inkommit 136 synpunkter. De inkomna synpunkterna var uppdelade enligt följande:

- 109 var klagomål
- 11 beröm
- 8 frågor
- 7 förslag

Antalet synpunkter och klagomål som registrerats i diariet har ökat eftersom det har varit ett förbättringsområde i verksamheten. Det är fortfarande osäkert hur muntliga synpunkter hanteras, om dessa blir diarietförda eller inte. Korttidsverksamheten ingår i redovisat resultat. De har sju färre redovisade resultat jämfört med föregående mätperiod.

Kategorisering av synpunkter och klagomål

Synpunkterna kategoriserades huvudsakligen under följande rubriker:

- Bemötande (14)
- Utförande av tjänst (19)
- Lokalen/fastigheten (10)
- Övrigt (20)
- Synpunkt (7)

De diarieförda synpunkterna handlar bland annat om:

- Bristande kommunikation
- Bemötande
- Bristande hygien
- Råttor utanför boendet
- Störande granne
- Mat
- Osäkert WiFi
- Städning
- Bemanning
- Bristande medicinhantering
- Följsamhet genomförandeplan
- Hög värme inomhus
- Dålig ventilation
- Beröm som handlat om trevlig miljö, bemötande och omsorgen.

Exempel på åtgärder

Verksamheten har kommunicerat vilka åtgärder som vidtagits med berörda personer som lämnat synpunkter. Åtgärderna inkluderar bland annat förbättrade rutiner, regelbundna möten för ökat samarbete, återkoppling till kök, regelbundna anhörigmöten, handlingsplaner och individuella lösningar.

Bristande verksamhetsstöd för synpunktshantering

Det befintliga systemet för synpunktshantering är inte användarvänligt eller anpassat för verksamhetsutveckling. För närvarande behandlas synpunkter via handläggningsdatabasen och diariet, och dessa IT-verktyg utgör särskilda utmaningar för sällananvändare. Detta skapar trösklar för medarbetare och chefer i arbetet med att registrera de synpunkter som inkommer muntligt eller skriftligt till verksamheterna. Dessutom saknas funktionalitet för att kategorisera synpunkter utifrån flera dimensioner.

Att ta fram statistik kräver manuell hantering, vilket försvårar sammanställning, uppföljning och systematisk analys. Det är inte möjligt att följa inkomna synpunkter på enhetsnivå eller inom olika kategorier.

Systematiken i hanteringen av hyresgästernas synpunkter integreras i verksamhetens förbättringsarbete. Planering pågår för att införa det nya IT-stödet, Ciceron, inom förvaltningen under 2024. Förhoppningen är att IT-stödet kommer underlätta fortsatt arbete.

Avvikelser

Inom Göteborgs Stad har ett stadenövergripande arbete med avvikelshanteringsprocessen initierats på uppdrag av kommunfullmäktige. Arbetet tar tid och har ännu inte implementerats inom vård- och omsorgsboende.

Under perioden den 1 januari 2023 till den 30 juni 2023 har det rapporterats sammanlagt 13 183 avvikelser. Antalet avvikelser har ökat jämfört med samma mätperiod föregående år då antalet avvikelser var sammanlagt 7 679.

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 identifiera lämpliga åtgärder behöver förbättras både i avvikelshantering och i

sammanställningar.

Vanligaste förekommande avvikelserna

Fall

Majoriteten av alla avvikelser utgörs av fall. Under det första halvåret registrerades 7001 fallavvikelser, varav de flesta är utan personskada. Enheter med inriktning demens är överrepresenterade, och det är vanligt att enskilda individer står för upprepade fallrapporter. Detta kan förklaras av att hyresgästen glömmer svårigheterna med att gå och glömmer att använda hjälpmedel. Fallen sker oftare under tidpunkter då hyresgästerna uttrycker oro (motorisk eller psykisk) och när omsorgspersonal stöttar andra hyresgäster i deras lägenheter. Fall inträffar under nattetiden på vissa enheter.

Det rapporteras om en minskning med 60 avvikelser i antalet fall mellan halvåren inom ett specifikt område. Denna förbättring tillskrivs faktorer såsom byte av lokaler, skapande av en bättre miljö för hyresgäster med demenssjukdom samt implementering av välfärdsteknik som trygghetskameror och rörelselarm.

Flera fallavvikelser bedöms inte som avvikelser. Detta beror oftast på att en riskbedömning har genomförts och individuellt anpassade åtgärder för att förebygga fall redan har vidtagits. Enligt Nollvisionen ska alla få möjlighet att röra sig fritt både inom- och utomhus. Verksamheten främjar fri rörlighet i hemmiljön, vilket i vissa fall kan leda till fallolyckor.

Ett antal verksamheter bedriver systematiskt arbete inom kvalitetsregistret Senior Alert. Denna insats involverar framtagning av åtgärdsplaner för att förebygga fall. Fallavvikelser diskuteras på möten där flera berörda professioner deltar.

Exempel på åtgärder vid fallavvikelser

- Väl inarbetade rutiner för att ta upp fallavvikelser i tvärprofessionella team. Där görs en genomgång av medicinska, fysiska och eventuella psykiska/sjukdomsrelaterade risker som kan orsaka fall.
- Vård- och omsorgboenden hittar lösningar utifrån hyresgästerna individuella behov. Kan handla om att exempelvis prioritera att hjälpa dem som är mest oroliga först, använda fallmattor, bra skor och halkstrumpor.
- Förebygga psykisk oro med robotkatter/hundar, musikkuddar med mera.
- Kontinuerlig kontakt med rehabpersonal betonas.
- Boendemiljö och allmänna ytor fallpreventeras i möjligaste mån.

Läkemedel

Den näst största orsaken till avvikelser är relaterad till läkemedel, och mellan januari 2023 och juni 2023 rapporterades det totalt 2813 läkemedelsavvikelser. Vanligaste orsaken för avvikelse läkemedel är utebliven dos. Mänskliga faktorn ses som en orsak. Det innebär att medarbetare inte följer rutiner, glömmer, brister i överrapportering vid skiftbyten och brist i kommunikation.

En annan avvikelseorsak är ej signerad medicin. Det innebär att signeringslistor inte är i ordning, ordinationskort saknas och omsorgspersonal missar att signera trots att medicin är utlämnad. Vissa avvikelser sker i samband med tillfälligt ökade arbetsbelastningar som måltidssituationer, morgon- och kvällstider.

Avsaknad av delegerad omsorgspersonal bidrar till överbelastning på vissa boenden. Hög omsättning av sjuksköterskor har medfört brister i kontinuiteten gällande läkemedelshantering. Läkemedelsstödler har skett på vissa boenden och ärendena har hanterats enligt rutin.

Exempel på åtgärder vid läkemedelsavvikelser

- Förbättrad kommunikation mellan sjuksköterska och omsorgspersonal.
- Genomgångar på APT kring läkemedelshantering, löpande dialog.
- Samtal med både grupper och enskilda individer som upprepat brister i följsamhet av rutiner.
- Påtalat behov av förbättring av läkemedelslistor.
- Strukturerade mappsystem som beskriver ansvarsområde och rutiner för arbetspasset.
- Regelbundna tvärprofessionella möten.
- Individuella lösningar på ett boende med extra kontroll att läkemedel är given.
- Sjuksköterska genomför utökad kontrollräkning av läkemedel samt går igenom minskat tillgänglig läkemedel i skåp.
- Kontinuitet och närvaro av sjuksköterska på boende ses som en framgångsfaktor.
- Digital signering är en önskvärd åtgärd som hade eliminerat många läkemedelsavvikelser.

Bemötande

Avvikelserna gällande bemötande handlar främst om hyresgästernas rättigheter och mindre trevlig kommunikation från omsorgspersonal till hyresgäst. Det finns också bristande kompetens avseende begränsningsåtgärder och bemötande, samt att hyresgästens behov inte tillgodoses enligt den plan som har fastställts.

En del av de uppkomna avvikelserna berör intern kommunikation, både mellan kollegor samt mellan sjuksköterska och medarbetare.

Det är positivt att medarbetare observerar och rapporterar avvikelser när det gäller hyresgästernas rättigheter, gott bemötande och att hyresgästernas behov blir tillgodosedda.

Det finns få rapporterade avvikelser gällande bemötande, vilket kan tolkas som att verksamheten oftast har ett gott bemötande, eller så kan det tyda på att medarbetare sällan rapporterar avvikelser om bristande bemötande om sina kollegor.

Exempel på åtgärder vid avvikelser gällande bemötande

- Samtal med enskilda medarbetare.
- Engagera omsorgshandledare i vissa situationer och utbildningsinsatser.
- Kontaktpersonal samtalar med hyresgäst och följer upp att genomförandeplan efterlevs.

Trygghetslarm

På några vård- och omsorgsboenden finns avvikelser gällande trygghetslarm, som bland annat beror på störningar eller tekniska problem. På ett boende handlar flera avvikelser om felaktig användning av sensorlarm.

Exempel på åtgärder vid avvikelse gällande trygghetslarm

- Felanmäla larm för åtgärder.
- Fysisk placering av larm i bostaden behöver förtydligas.
- Tydlig dokumentation i daganteckningar vid förändringar.

Hygien

Ett boende stod för flera avvikelser på grund av missförstånd mellan dag och nattmedarbetare. Brister i basala hygienrutiner, vid städ av lägenhet, tvätt och uteblivna byten av inkontinensskydd natttid. Även leveransproblem arbetskläder leder till hygienavvikelser. Skyddsutrustning som används på fel sätt eller inte alls.

Exempel på åtgärder vid avvikelser gällande hygien

- Samtal och kommunikation med berörda medarbetare.
- Information på APT, verksamhetsmöten och teamträffar.
- Dialog mellan enhetschef och sjuksköterska.
- Enskilda samtal.
- Revidering av rutiner och mappar.
- Förtydligande kring vad som menas med punkten hygien i avvikelshanteringen.
- Hygienrond finns på vissa vård- och omsorgsboenden tillsammans ombud, sjuksköterska och enhetschef.
- Prioritering att hyresgäst får sova görs före väckning och byte av inkontinensskydd.
- Repetition gällande skyddsutrustning på APT samt förnyelse av hygienkörkort enligt årshjul.

Övrigt

Flera avvikelser hamnar felaktigt i denna kategori. Handlar om larmutrustning, felhantering medicinskåp, brist på kommunikation, brist följsamhet i rutiner och planer. Dörrar som läckt olja, kommunikationsbrist mellan medarbetare inom hälso- och sjukvård samt vård- och omsorg och brister i bemötande. I vissa fall även avvikelser som ska hanteras inom arbetsskadeanmälan.

Exempel på åtgärder

- Öka kunskap hos medarbetare om avvikelshanteringen och skillnad mellan daganteckning och avvikelse.
- Dialog med berörda medarbetare.
- Löpande arbete med förbättrad kommunikation och samarbete mellan medarbetare inom hälso- och sjukvård samt vård- och omsorg.

Lex Sarah rapporter

Område Lex Sarah rapporter	Antal	Bedömning	Åtgärd
Fall	34	19 bedömda som ej missförhållande. 3 missförhållande varav 12 under utredning.	Involvera medarbetare i förbättringsarbete på APT mm.
Hygien	11	5 bedömda som ej missförhållande, 6 under utredning.	Fortsätta påbörjat utvecklingsarbete, involvera medarbetare.
Personskada	3	2 bedömda som missförhållande, 1 bedömd som ej missförhållande.	Personalärende med stöd av HR omhändertagits av enhetschef och SAS. Andra krävde ingen åtgärd.
Rättigheter och bemötande	18	1 allvarligt missförhållande, 1 risk för missförhållande, 9 bedömda som ej missförhållande, 7 under utredning.	Avslut av anställning och polisanmälan. Skickad till IVO. Ej återkopplad. Samtal med berörda, vikarie ej kvar i verksamhet. utbildning om hyresgästers självbestämmande och integritet.

Område Lex Sarah rapporter	Antal	Bedömning	Åtgärd
Utrustning - inkontinenshjälpmedel	1	Bedömd som ej missförhållande.	Samtal med berörda vikarier.
Utförande av SoL-insats	17	7 bedömda som missförhållande, 7 bedömd som ej missförhållande, 3 pågår utredning	Tydliggjort och implementerat kontaktpersonalens uppdrag. Tydliggörande av rutin kring VAK. Skapat tydlig struktur för samverkan inom gruppen för att försäkra sig om att alla hyresgäster får sina behov tillgodosedda. Säkerställa att genomförandeplaner följs och att de används. Försäkrar om att samtliga medarbetare är införstådda med verksamhetens mål att leverera kvalitativ omsorg. Kompetensutveckling inom demens, bemötande och miljö. BPSD utbildning och kunskap.
Övergrepp, självskada, hot	14	5 bedömda som ej missförhållande. 1 bedömd om missförhållande, 1 under utredning.	Samtal med berörda, utreds av HR, SAS och verksamhetschef. Fördjupad handlingsplan.
Övrigt	42	26 bedömda som ej missförhållande, 4 bedömda som missförhållande. 2 bedömda som risk för missförhållande, 10 under utredning.	Genomgång och analys med medarbetarna.
Läkemedel	35	21 bedömda som ej missförhållande, 14 under utredning.	Genomgång och analys med medarbetare. På korttiden bistår farmaceuter med handledning.
Samverkan i teamet och extern	6	1 allvarligt missförhållande, 5 under utredning.	Handlingsplan upprättad, utbildning, ny rutin.
Stöld	4	1 missförhållande. 3 ej missförhållande.	Saknas rutin för att skydda lägenhet då hyresgäst åker till sjukhus. Ökad kontroll av rutiner och uppföljning hantering.
Brist i sekretess	1	ej missförhållande	Samtal med berörd medarbetare, verksamhetschef och SAS.
Larm	6	1 risk för missförhållande, 5 under utredning.	Ingen åtgärd, mänsklig faktor, engångsföreteelse.

Område Lex Sarah rapporter	Antal	Bedömning	Åtgärd
			implementering rutin/riktlinje.
Ej följsamhet till rutiner	2	Ej brist i verksamhet.	Ingen åtgärd, dokumentation visade på ej förekommen brist.
Felaktig rapportering Lex Sarah	4	Ej brist i verksamheten.	Utbildning av medarbetare, SAS informerat om Lex Sarah. Samtal med anhöriga.

Fotnot: Under perioden 1 juli 2022 till 30 juni 2023 har 198 Lex Sarah anmälningar registrerats. Av dessa har 104 bedömts som ej missförhållande. 63 anmälning är under utredning.

Lex Sarah anmälningar till IVO

Lex Sarah rapporter som lett till anmälan till IVO (beskrivning av varje ärende)	Antal	Bedömning	Åtgärd
Trycksår	1	Allvarligt missförhållande.	Åtgärdsplan upprättad, innehåller bland annat ökad bemanning, ökad samverkan med HS, kompetens satsningar och introduktion.
Brister i omsorgen	1	Risk för allvarligt missförhållande.	Åtgärdsplan upprättad, innehåller bland annat klargörande kring intraprenad, introduktion, team-building, värdegrundarbete, kompetensutveckling, ökad bemanning, social dokumentation, öka andel medarbetare med utbildning.

Granskningar och tillsyner

Tillsyn/granskning

Tillsyn/granskning	Bedömning	Åtgärd
Miljöförvaltningen - livsmedelskontroller	Några vård- och omsorgsboenden fick anmärkningar; städning, dokumentation, brist förklädesanvändning, följsamhet rutiner, brister i temperaturer på kyld och värmd mat.	Uppdatering rutiner, storstäd, rutingenomgång, inköp förkläden, införa kontroll av inkommande kylvaror, kontroll uppvärmningstemperaturer.
Internrevision basala hygienrutiner inom ett stadsområde	Godkända	Inga
Granskning genomförandeplaner genomfördes av socialsekreterare	Inväntar återkoppling på vissa boenden, andra fått återkoppling att gfp är undermåliga och behöver bli mer individuella.	Inväntar svar. Omsorgshandledare stödjer i förbättringsarbete.

Tillsyn/granskning	Bedömning	Åtgärd
Miljöförvaltningen tillsyn med anledning av konstaterad legionella.	Inga förhöjda halter har påvisats efter genomförda åtgärder på ett boende. Annat boende har för låg vattentemperatur, vilket Miljöförvaltningen felanmälde. Bristande rutin kring legionella.	Inga åtgärder, följer rutin. Boende två har följt upp rutinen på APT.
Tillsyn IVO	Ökad nattbemanning kvällsbemanning, aktiviteter ska tillförsäkras genom systematiskt kvalitetsarbete.	IVO avslutar ärendet.
Internutredning SAS	Inkomna synpunkter och klagomål föranledde internutredning.	Handlingsplan skrivs utifrån SAS utredning och följs upp kontinuerligt under året.
Miljöförvaltningen granskning i samband med ny verksamhet	Verksamheten inte anmält enhetsköken, vite.	Anmälan. sanktionsavgift inbetald. Förvaltningen informerad om vikten att påminna om anmälan vid ny verksamhet.
Kontroll duschslangar	Samtliga slangar och munstycken kontrolleras.	Utbyta.
Trygghetslarm som inte fungerar under en tid, åtgärder?	Åtgärder följt upp med IVO. Ambulerande medarbetare, "levande larm".	Åtgärder tillräckliga enligt IVO.
Besiktning och granskning av MTP produkter genomförd av upphandlad leverantör	Vissa brister, rekommenderad service	Service beställd.

Socialstyrelsens enkätundersökning – Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?

Resultatet

Socialstyrelsens enkätundersökning 2023

Hyresgästerna på kommunala vård- och omsorgsboenden i Göteborg är i genomsnitt lika nöjda som hyresgäster i hela landet, inklusive storstäderna Malmö och Stockholm. Svarsfrekvensen för Göteborg ligger något över rikets, 48 procent för Göteborg och 45 procent för riket.

Generellt är det mindre skillnader mellan resultaten för 2023 och 2022.

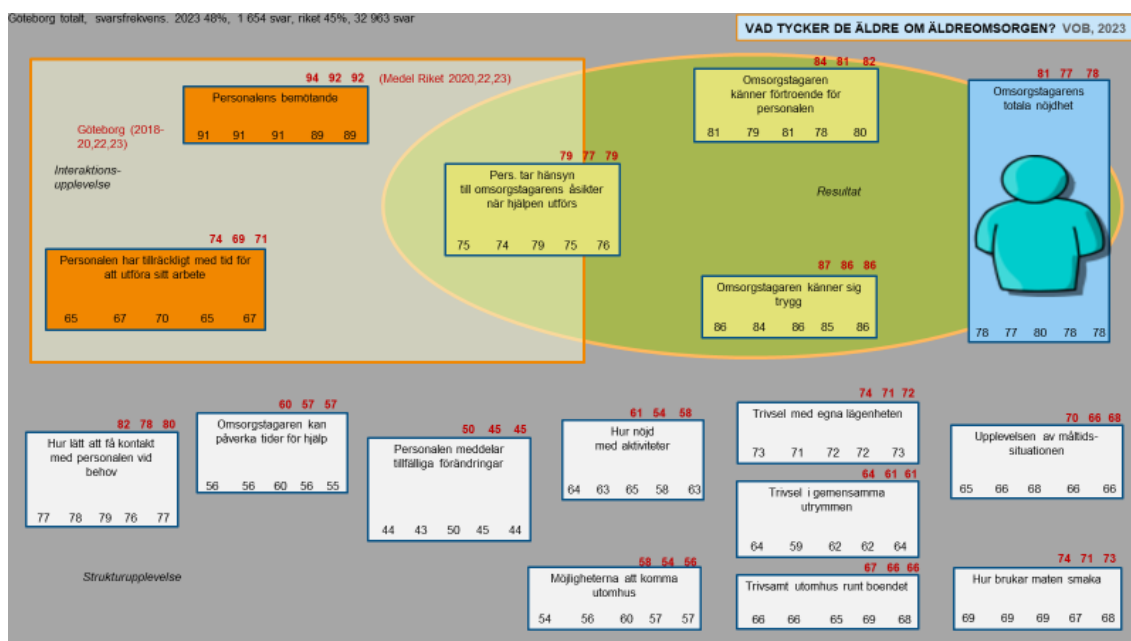
En betydande förändring jämfört med föregående år är att upplevelsen av ensamhet har minskat. Detta resultat skulle kunna kopplas till pandemin, där möjligheterna att träffa anhöriga kraftigt begränsades. I fördjupade intervjuer framkommer hyresgästernas egna reflektioner om ensamhet. Följande exempel gällande upplevd ensamhet:

- "Känslan av ensamhet är en oundviklig del av åldrandet".
- "Ensamhet är en del av åldrandet, nära och kära går bort. Det skapar en ensamhetskänsla som inte går att påverka."

Hyresgästerna i Göteborg uttrycker något högre nöjdhet på följande områden:

- Aktiviteter
- Trivsamt i gemensamma utrymmen
- Hur maten smakar
- Att medarbetarna har tillräckligt med tid för att kunna utföra sitt arbete

Nöjdheten varierar mellan de olika vård- och omsorgsboendena. Spridningen ligger mellan 60 procent och 100 procent jämfört med föregående mätperiod där spridningen låg mellan 43 procent och 96 procent. Den totala nöjdheten för Göteborgs stads vård- och omsorgsboende i egen regi ligger på 78 procent vilket motsvarar en mindre ökning. Resultatet är något sämre jämfört med 2020 då rikets resultat var något högre.



Bildförklaring: Siffror med rött motsvarar Rikets procentsatser tre år bakåt i tiden, från vänster till höger 2020, 2022 och 2023. De svarta siffrorna under bilderna är Göteborgs procentsiffror, både egen och privat regi, fem år bakåt i tiden

2018, 2019, 2020, 2022, 2023.

Bilden visar några av svarsalternativen som beskriver mötet mellan hyresgäst och medarbetare, strukturella aspekter i arbetet och total nöjdhet, trygghetskänsla och förtroende för verksamheten.

Analysera resultatet

Verksamheterna analyserar sina resultat både för varje vård- och omsorgsboende och för hela stadsområdet. Varje vård- och omsorgsboende har identifierat och fokuserat på förbättringsområden sedan förra årets resultat. Årets resultat visar förbättringar inom dessa fokusområden per boende.

Årets enkätundersökning visar genom analys av samband att medarbetarnas bemötande har en betydande inverkan på den totala nöjdheten och andra resultat. Se infogad bild nedan.

Medarbetarnas bemötande påverkar upplevelsen av måltidsituationen, som i sin tur påverkar hur maten smakar. Några boenden ser måltidssituationen som ett förbättringsområde inför 2024. Inom verksamheten pågår omfattande arbete gällande mat och måltider. Förberedelser inför implementering av anvisningen gällande mat och måltider antogs av äldre samt vård- och omsorgsnämnden år 2022. Framöver kommer det vara ett krav att följa anvisningen enligt grunduppdraget från 2024.

Enkätundersökningens resultat har ifrågasatts på grund av den låga svarsfrekvensen. Det har funnits antaganden om att anhöriga svarar på annat sätt än om hyresgästen själv hade svarat. Med anledning av detta har verksamheten beslutat att komplettera undersökningen med fördjupade individuella intervjuer med hyresgäster på samtliga vård- och omsorgsboenden. Generellt är den övergripande nöjdheten högre under intervjutillfällena än vad som återspeglas i enkätundersökningen.

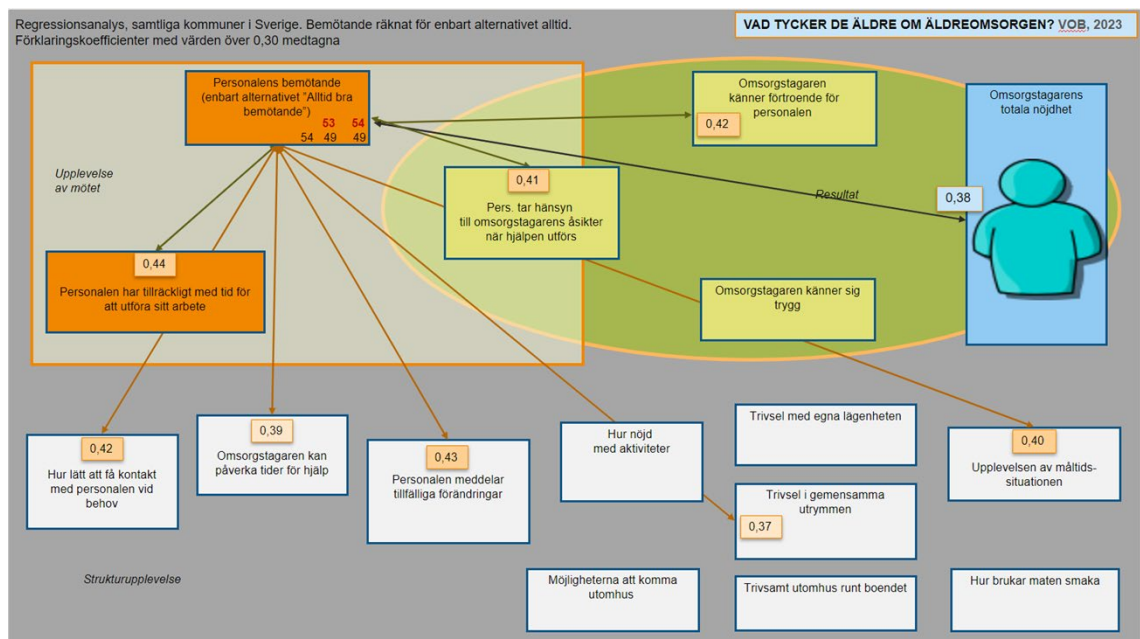
Några röster från intervjuerna

Intervjuade hyresgäster beskriver ett missnöje över sin situation att behöva bo på ett vård- och omsorgsboende, de uttrycker hemlängtan och hur livet var tidigare. På frågan om upplevd ensamhet beskriver hyresgästerna att ensamhet är en del av åldrandet, nära och kära går bort och det skapar en ensamhetskänsla som inte går att påverka.

Hyresgästerna uttrycker en nöjdhet med omvårdnadspersonalen och deras förmåga att möta olika behov och personligheter. Det man saknar är samtal på tu man hand och samtal om svåra frågor. Många är medvetna om livets begränsningar och förändringar i hälsan. Vissa hyresgäster kan dock uppleva dessa ämnen som känsliga att diskutera med sina anhöriga.

Utmaningar relaterade till språk lyfts som en utmaning vid fördjupade samtal. Trots språkförbristning fungerar kommunikationen väl i omvårdnadsarbetet. Resultaten från intervjuerna har identifierat flera förbättringsområden som verksamheten kan integrera i sina kommande verksamhetsplaner.

Det totala resultatet från enkätundersökningen motsvarar inte verksamhetens förväntningar i förhållande till krav och målsättningar. Hyresgästernas nöjdhet är en av de viktigaste kvalitetsfrågorna för verksamheten. Under intervjuerna med hyresgästerna upplever verksamheten en högre grad av nöjdhet jämfört med resultatet som redovisas i undersökningen. Det som framstår som överraskande är diskrepansen mellan undersökningens resultat och det som verksamheten upplever vid intervjuerna med hyresgästerna. Verksamheten behöver förbättra arbetet med att identifiera och tillgodose enskilda hyresgästs synpunkter och behov.



Bildförklaring: Vid sambandsanalys av samtliga svar framkommer starka samband mellan bemötande, total nöjdhet och känsla av förtroende. Medarbetarnas bemötande är tydligt förknippat med trivsel vid måltiden och upplevelsen av att få hjälp vid rätt tidpunkt.

Sammanfattande bedömning

Sammanfattande bedömning för perioden

Pågående förbättringsområden och åtgärder

Kompetens

Flera kompetenshöjande insatser pågår i olika omfattning och verksamheten ser ett fortsatt ökat behov av utbildning för medarbetare. Kompetenshöjningen krävs främst för hyresgäster med komplexa diagnoser och behov, men också utifrån svårigheter att rekrytera utbildade medarbetare samt på grund av språkliga hinder. Även behov av handledning har identifierats, leg medarbetare ger handledning utifrån enskild patients behov och generell handledning ges i form av utbildning utifrån verksamhetens behov. Arbetet behöver fortsätta utvecklas.

Några pågående kompetenshöjande satsningar

- Hälften av vård- och omsorgsboendena har vid årets slut genomgått utbildning inom arbetssättet Stjärnmärkning. Utbildningssatsningen ska fortgå under 2024.
- Varje vård- och omsorgsboende har utsett undersköterskor med fördjupat uppdrag Måltid, vars uppgift bland annat blir att vara kunskapsbärare om måltidsmiljön och näringens betydelse för hyresgästernas välmående. En enhetschef per verksamhetsområde (åtta) är kontaktchefer gällande mat och måltid.
- Språkombud har utsetts på varje vård- och omsorgsboende, de utbildas till att stödja kollegors språkutveckling i det dagliga arbetet.
- Det kommer ske en fortsatt satsning inom Äldreomsorgslyftets utbildningar.
- Omsorgshandledare finns på varje vård- och omsorgsboende och korttidsboende för att handleda och stödja medarbetarna i arbetet. Omsorgshandledarna har utvecklat nätverk som leds av kvalitetsutvecklare. Inom nätverken arbetar man med olika utbildningssatsningar utifrån behov i verksamheterna.
- I ett stadsområde finns satsningar på utbildning inom lågaffektivt bemötande för enhetschefer och omsorgshandledare för att i nästa steg utbilda medarbetare. Målet är att öka kunskapen om hur medarbetare kan bemöta utåtagerande beteende. Stadsområdet kommer vara pilot för hela verksamheten i hur utbildningen kan ske för bästa resultat.

Mat och måltid

Arbetet med framtagande av rutiner kring mat och måltid är en omfattande satsning som kommer att pågå under flera år. Målet är att skapa ett strukturellt arbete med måltider, en mer likvärdig hantering av mat och livsmedel och en kunskap om kopplingen mellan välmående och näring.

Samarbete

Det finns brister i samarbetet och informationsöverföring med hälso- och sjukvården. 2023-01-01 infördes lag om Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation (2022:913) och förändringar i Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) vilket medför att kommunens vårdgivare och omsorgsgivare digitalt får dela information om patienter. Det kommer att möjliggöra för ett framtida digitalt stöd för samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten, vilket det finns ett behov av då de digitala verksamhetssystemen idag inte integrerar med varandra.

Omorganisationen inom hälso- och sjukvård där medarbetare utgår från en central enhet bedöms påverka verksamheten inom vård- och omsorgsboende. En gemensam handlingsplan är upprättad och arbetet kommer att fortsätta följas under 2024.

Avvikelser och synpunkter

Arbetet med avvikelser och synpunkter är ett ständigt pågående förbättringsarbete. Antal synpunkter som inkommit är 136, och det är fortsatt få synpunkter som diarieförs i relation till antal hyresgäster och anhöriga. De flesta synpunkter avser om klagomål, det anses som positivt då det ger möjlighet till att förbättra verksamheten. Det finns med stor sannolikhet ett mörkertal med muntliga synpunkter, både av positiv som negativ karaktär som inte diarieförs. Få synpunkter riktar sig till hälso- och sjukvården.

Verksamheten arbetar med förebyggande åtgärder exempelvis genom information om synpunktshantering till medarbetare, hyresgäster och anhöriga, värdegrundsarbete, brukarråd och anhörgmöten samt intervjuer av hyresgäster.

En förvaltningsövergripande arbetsgrupp startade under december 2023 utifrån äldreombudsmannens rapport från 2021, att äldre i hemtjänsten och på vård- och omsorgsboende inte vågar framföra brister. Rapporten visar att det finns flera orsaker till att hyresgästen inte vågar framföra brister; beroendeställning och individuella resurser, uppgivenhet, brist på kunskap och tacksamhet. De fördjupade intervjuerna visade på att många hyresgäster beskriver total nöjdhet i mer positiva ordalag än resultat i Socialstyrelsens enkätundersökning, Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?

Antalet inrapporterade avvikelser har ökat markant. Under första halvåret uppgick antal avvikelser till 13 183, nästan lika många som under hela året 2022 med 13 889 avvikelser. Som tidigare år är de flesta avvikelserna inom fall och medicin. Avvikelsehanteringen och hur verksamheterna arbetar med dessa är ett ständigt förbättringsområde.

Det pågår ett arbete med avvikelseprocessen för hela Göteborgs Stad. Syftet är att säkerställa en gemensam process för alla verksamheter i Göteborgs Stad som bedriver verksamhet utifrån socialtjänstlagen (SoL), Lag om särskilt stöd för vissa funktionshindrade (LSS) eller hälso- och sjukvård. I processen kommer också ingå hantering av Lex Sarah, Lex Maria, avvikelse annan organisation och samverkan med Västra Götalandsregionen.

Styrkor och upprätthållande av resultat

Basala hygienrutiner

Följsamhet till basala hygienrutiner är i fokus på samtliga vård- och omsorgsboende och egenkontroller sker systematiskt. Observation är den egenkontroll som gett bäst effekt i förbättringsarbetet. Följsamheten är god, och ett område som utmärker sig är användning av handskar, samt handsprit i samband med detta. Arbetet med att påminna om rutinen pågår. Inför 2024 kommer felaktigt användande av handskar ur hygienesynpunkt vara ett fokusområde även utifrån miljöaspekter.

Grunduppdrag

Implementering av värdighetsgarantier och likvärdighet i grunduppdraget pågår. Förra årets GAP-analys gav verksamheten tydliga indikationer om vilka förbättringsåtgärder som krävs för en mer likvärdig vård. Inför årets analys har kravställningen ökat till en strängare tolkning. Utifrån den skapar alla vård- och omsorgsboende aktiviteter i verksamhetsplan 2024.

Strukturerade intervjuer

Under året har medarbetare och enhetschefer genomfört strukturerade intervjuer med hyresgäster som komplement till enkätundersökningen vad tycker de äldre om äldreomsorgen och synpunkter. Verksamheterna redovisar att samtalen bidragit till konkreta förbättringsåtgärder och visar på en högre total nöjdhet än resultat i enkätundersökningen.

Omsorgshandledare

Samtliga vård och omsorgsboenden har idag omsorgshandledare. Deras bidrag till kvalitetsarbetet är avgörande och en bidragande framgångsfaktor. De bidrar till kunskap om dokumentation, rätt bemötande, handledning av omvårdnadspersonal och vid behov regelbunden kontakt med anhöriga för att nämna några. Omsorgshandledarna ingår i nätverk där de får utbildning och fördjupning i ämnen behövliga i verksamheten.

Korttid

Representanter för projekt hygien, välfärdsteknik och måltid är utsedda för kvalitetsbevarande arbete inom korttiden. En hög andel av omvårdnadspersonal är utbildade undersköterskor. Rutin för ankomstsamtal är reviderad och implementerad i verksamheten. Även rutin för dokumentation. Det finns ett bra upparbetat samarbete med myndighet.

Förbättringsområden inför 2024

Nöjdhet hos hyresgäster

Verksamheterna når inte upp till total nöjdhet i nivå med riket och når inte upp till tidigare resultat från 2020 (80 procent). Svarsfrekvensen är låg och många verksamheter hänvisar till att det är anhöriga som fyller i enkäten. Den årliga undersökningen ger ändå viktiga indikationer på vad de som svarar tycker om verksamheten och deras röster behöver tas tillvara. Enligt nationella jämförelser (KOLADA) skiljer sig inte synpunkter när hyresgästen själv fyller i och när anhöriga fyller i, det vill säga man svarar väldigt homogent på frågorna. Nöjdheten hos hyresgäster varierar också kraftigt mellan de olika vård- och omsorgsboendena. De vård- och omsorgsboende som har låg nöjdhet behöver fortsätta arbetet med grunduppdrag och värdighetsgarantier och analysera svar från de fördjupade intervjuerna för att hitta förbättringsområden för ökad nöjdhet.

Brister i bemötande

Det har inkommit avvikelser, synpunkter och Lex Sarah rapporterna som handlar om brister i bemötandet. Egenkontrollerna i genomförandeplaner visar brister på frågor om hur hyresgästen önskar bli bemött. Enkätundersökningen 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.

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.

Språkombudssatsning kan bidra till ökad förståelse för hyresgästens önskemål och minska risken för missförstånd. Satsning på lågaffektivt bemötande kommer bidra till ökad förståelse för utåtagerande beteende och hur det ska bemötas.

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 digital medicinsigering, digitala trygghetslarm med loggkontroll, medicinskåp med taggar och planeringssystem.

Kvalitetsregister

Förvaltningen ska påbörja ett arbete med hur kvalitetsregistren ska användas, så att verksamheterna kan fortsätta och utveckla det förebyggande arbetet i kvalitetsregister som SveDem, Senior Alert och BPSD.

Social dokumentation

Följsamhet att upprätta genomförandeplaner är god. Korttiden ämnar effektivisera arbetet med genomförandeplaner i sin process. Egenkontroller och kontroll av socialsekreterare visar att genomförandeplaner ofta saknar en beskrivning om hur personen önskar bli bemött. Det är också undermåligt beskrivet huruvida hyresgästen varit delaktig i sin genomförandeplan.

Nattfastemätningen

För sköra äldre som äter små portioner är det av stor vikt med näringsrik mat i lagom stora portioner under dygnets alla timmar. Rutinen för nattfastemätning har förändrats under senaste åren till att gälla även dagmätningar som sträcker sig över tre dygn. Uppföljningen i ett omfattande Excelark har skapat utmaningar. Det finns svårigheter i uppföljning av hyresgäster som har tillgång till mat på sin lägenhet, äter ute eller annat. Verksamheten ska se över denna rutin och hitta en mätmetod för att den ska fylla funktionen de är avsedd för. Nattfastemätningen är en naturlig del i arbetet med rutin för mat och måltid.