

Tjänsteskrivelse

Handläggare
Karina Zettlin Lindholm
Tfn 026-17 94 96
karina.zettlin_lindholm@gavle.se

Omvårdnadsnämnden

Avtalsuppföljning för S Centralgatan 19 a, Vård- och omsorgsboende, Humana Omsorg AB

Bakgrund

Humana Omsorg AB, nedan kallad utföraren driver sedan 2016-03-01 vård- och omsorgsboende, S Centralgatan 19a i centrala Gävle. Ramavtal finns upprättat med Gävle kommun, nedan kallad beställaren tom 2023-05-31 med möjlighet till två års förlängning, om köp av enstaka platser för kommuninvånare som önskar bo på S Centralgatan.

Boendet omfattar 88 lägenheter för personer över 60 år, för såväl kunder med demenssjukdom som för personer med övriga somatiska omvårdnadsbehov, fördelning ~ 40/60. Inriktningen i verksamheten är ”kultur”.

Beställaren har regelbunden kontakt med utföraren som även deltar på beställarens utförarmöten.

För närvarande köper beställaren samtliga platser.

Giltigt tillstånd finns för verksamheten från Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO).

Sammanfattning

Verksamheten bedöms ha fungerande processer och uppfattningen är de levererar en god kvalitet under förutsättningar att förbättringsarbetet fortgår, se nedan *information om kvalitet och följsamhet av nationella riktlinjer, forskning och beprövad erfarenhet samt dokumentation.*

Avtalsuppföljning

Platsbesök med avtalsuppföljning skedde av utredare, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) samt socialt ansvarig samordnare (SAS), i september 2019. Utföraren har svarat på beställarens enkät gällande avtalstrohet och redovisat resultat från företagets egenkontroll och systematiska förbättringsarbeten. Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för 2018 är lämnad enligt avtal.

Bemanning och kompetens

Bemanning

Personaltätheten är 0,73 årsarbetare/kund (undersköterska dag+natt). Deltidsanställda har möjlighet att arbeta mertid. Omsättningen av medarbetare ligger för närvarande på cirka 20%, orsakerna är främst pensionering och byte till annan arbetsgivare. Nattbemanningen består av fem (5) omvårdnadspersonal, en per våning samt en sjuksköterska. Medarbetarenkät genomförs en gång per år.

Kompetens

Av tillsvidareanställda medarbetare har 100 % undersköterskekompetens. Ombudsroller tillämpas som spetskompetens inom aktuella områden. Timanställda medarbetare är oftast vårdbiträden med erfarenhet. Introduktionsprogram finns framtaget. Fortbildning sker kontinuerligt.

Kvalitetsledningssystem

Kvalitetsledningssystemet (PARUS) finns digitalt. Lokala rutiner finns även i pärmar som medarbetarna kan ta del av.

Information om kvalitet

Kvalitetsarbetet utförs såväl av det lokala kvalitetsrådet som den centrala ledningen genom egen/internkontroller. Kärnprocesserna följs via ett årshjul och omfattar granskningar och kontroller av arbetsmiljö, social- och medicinsk omvårdnad, dokumentation, basal hygien, kultur och värderingar, aktiviteter, måltider, säkerhet och miljö. Riskanalyser och systematiskt förbättringsarbete sker fortlöpande och vid brister ändras rutiner och handlingsplaner upprättas. Årligen gör den centrala ledningen en oanmäld natttillsyn och kommunicerar kvalitetsfrågor med medarbetarna på natten.

De mest frekventa avvikelser som redovisas är fall, läkemedelshantering samt tillbud och arbetsskador.

Pågående förbättringsarbeten är förebyggande insatser med ett rehabiliterande förhållningssätt. Under hösten kommer de att ha en temavecka ”Balansera

mera” som består av föreläsningar, balansträning samt kostrådgivning. E-signering för läkemedel har införts, åtgärden har dock inte fått förväntad effekt och mera information och utbildning ska ges till medarbetarna.

Oönskade händelser i form av klagomål och avvikelser administreras via ett digitalt system DF respons.

Sju (7) klagomål har inkommit till beställarens diarium under granskningsperioden (2018 tom 2019-09-31). Boendet redovisar ytterligare 16 inkomna klagomål. Klagomålen har främst gällt bemötandefrågor.

Under granskningsperioden enligt ovan har fyra (4) Lex Maria händelser utretts gällande vårdskador, varav två har resulterat i anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och två (2) händelser har utretts. Samtliga ärenden är åtgärdade och avslutade. Inga Lex Sarah anmälning har gjorts under granskningsperioden. Utbildning pågår till medarbetarna om rapportering av missförhållanden enligt Lex Sarah.

Riskanalys och bedömning uppges genomföras vid behov, såväl gällande organisation som för enskild kund. För övrigt säkerhetsarbete finns upprättade rutiner som t ex brandskydd, nycklar och krishantering.

Företaget har en miljöpolicy/program och lokala handlingsplaner tas fram för respektive verksamhet. Några exempel är utbildning och samarbete med Gästrike återvinnare samt ett projekt att minska avfallet från inkontinenshjälpmedel.

Vård och omsorg

Grundläggande värderingar

Värderingsarbetet och bemötandefrågor är ett prioriterat område. Värdeorden är glädje, engagemang och ansvar. För närvarande finns nio (9) värdegrundsledare som tillsammans med ledningen ansvarar för att hålla frågorna levande genom regelbunden dialog och reflektion. Under 2019 ska en sk värdegrundsapp installeras i mobilerna.

Sociala insatser

Målet är att Södra Centralgatan ska vara ett ”levande hus” med olika sociala aktiviteter. Den övergripande inriktningen är kultur. Samarbete sker med Läns museet och Biblioteket. Övriga aktiviteter är bl a spa, mediyoga, bingo, fredagsmingel, bio, bakning. Aktivitetsansvarig och extratjänster som aktivitetsombud och ledsagare finns på boendet. Samarbete finns med intilliggande seniorboenden.

Genomförandeplanen ligger till grund för kundens delaktighet och medbestämmande kring de insatser som ska utföras. Varje kund har en kontaktman och byte kan ske vid behov. Merparten av medarbetarna har utbildning i "certifierat kontaktmannaskap".

Löpande information om boendets mat och aktiviteter finns på elektroniska skärmar per våning och i entrén. Närstående får information via månadsbrev, närståendemöten anordnas regelbundet och det finns utsedda närståendeombud.

Samverkan sker med frivilligorganisationer som Röda korset, Polhemsskolans särskola och ABF.

Maten levereras av miljöcertifierade Dafgård och kostansvarig på boendet är utbildad kock. Kostombud finns utsedda per enhet, kostråd sker fyra (4) gånger/år och måltidsobservationer sker två (2) gånger/år. Anställda vid Samhall finns som resurser på varje enhet i syfte att "sköta köket".

Hälso- och sjukvård, inklusive rehabilitering

Läkaravtal finns med Capio hälsocentral, samarbetat uppges fungera väl. Varje kund har en utsedd omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Teamträffar sker en gång var femte vecka för att främja vård- och omsorgskontinuiteten. Utöver rehabiliteringsresurserna finns en personlig tränare (PT) att tillgå, för närvarande går cirka nio (9) kunder hos PT.

Följsamhet av nationella riktlinjer, forskning och beprövad erfarenhet

Utföraren registrerar i de kvalitetsregister som ingår i avtalet, Senior Alert (bedömning och åtgärder för att förebygga fall, nutrition, trycksår munhälsoproblem och inkontinens), BPSD (bedömning och åtgärder vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demens), Palliativa registret samt RiksSår.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering utfördes under våren 2019. En handlingsplan har tagits fram och bristerna är nu åtgärdade enligt lämnat protokoll.

Kontroll av handhygien och livsmedelshygien görs regelbundet.

Folktandvården utför munhälsobedömningar vid boendet. Samarbetet har vidgats till att även omfatta kompetensutveckling för preventiv flourbehandling samt tandhälsa vid vård i livets slut.

Skydds- och begränsningsåtgärder för kund har inventerats under våren. Flertalet skyddsåtgärder saknade samtycke från kund/företrädare, åtgärder har satts in.

Genomförd nattfastemätning visar på en genomsnittlig faktisk nattfasta på cirka nio (9) timmar.

Kommande förbättringsarbeten inom medicinsk omvårdnad är förbättrad elektronisk signering av läkemedel, ytterligare åtgärder kring nattfastan, förbättrade resultat i samtliga ovan nämnda kvalitetsregister med fokus på utveckling av palliativ vård där en särskild grupp bildats för att utveckla vård i livets slut.

Dokumentation

Dokumentation av insatser, åtgärder och uppföljning är ett ständigt förbättringsområde inom all vård och omsorg.

Utföraren använder Safedoc, ett digitalt dokumentationssystem. Mobilt arbetssätt, dvs dokumentationen kan ske i mobil eller motsvarande, underlättar för medarbetarna att dokumentera och signera delegerade arbetsuppgifter. Gruppledaren på enheten har det övergripande ansvaret som dokumentationsstödare.

Tolv (12) journaler har granskats med tillhörande handlingar, sex (6) sociala journaler och sex (6) medicinska journaler. Samtycke av kund/företrädare har inhämtats.

I den sociala journalen är dokumentationen frekvent med ett bra språkbruk. Det finns dock förbättringspotential gällande rubriksättning och innehåll, eftersom de flesta anteckningar rör hälso- och sjukvård och hör inte hemma i social journal. Genomförandeplanen utgår från IBIC och merparten har en aktuell genomförandeplan. Vissa dokument som levnadsberättelse och aktivitetsanalys finns inte kopplat till genomförandeplanen i någon större utsträckning, vilket också är ett förbättringsområde.

I den medicinska dokumentationen är det väsentligaste dokumenterat, det finns även här förbättringsområden gällande dokumenterade riskbedömningar, aktuell status samt övertagande av läkemedelsansvaret.

Ett detaljerat resultat lämnas till utföraren.

Övrigt

En seriositetskontroll via Creditsafe har genomförts och företaget har en mycket god kreditvärdighet.

Katarina Stistrup

Biträdande sektorchef

Välfärd Gävle