



Tjänsteskrivelse

2022-11-07

Handläggare:

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

Diarienummer: 18ON553

Nämnd:

Omvårdnadsnämnden

Avtalsuppföljning vård- och omsorgsboende Södra Centralgatan 19, Humana Omsorg AB

Sammanfattning av ärendet

Under granskningsperioden har det varit stor personalomsättning och flera oönskade händelser har inträffat som medfört utredningar.

Den största utmaningen uppges vara bristande kontinuitet av legitimerade sjuksköterskor, vilket kan påverka patientsäkerheten. Ambitionen är att ha tillsvidareanställda sjuksköterskor på plats under november 2022.

Socialstyrelsens brukarenkät visar även på ett betydligt sämre resultat än tidigare år (NKI 80% 2020, 64%2022) där måltidsmiljö och utevistelse har fått sämst betyg.

Beställaren har genomfört en avtalsuppföljning och utföraren har svarat på de enkäter som lämnats samt bifogat egna granskningar samt kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för 2021.

Verksamheten utgår från ett ramverk av processer och rutiner med återkommande egenkontroller. Utföraren har en stabil lokal ledning som arbetar målmedvetet och strukturerat och har identifierat förbättringsarbeten med olika åtgärder.

Nedan beskrivs det förbättringsarbete som pågår och beställaren avser att följa upp resultatet under våren 2023.

Områden	Förbättringar	Åtgärder/när
Kundnöjdhet -Socialstyrelsen brukarundersökning -Närståendeundersökning -Ev andra mätningar (kostenkät)	NKI Måltidssituation Utevistelse Övrigt Närståendes delaktighet	Måltidssituation – personal ska sitta med vid måltiden för samtal och stöd. Se över måltidsmiljön. När: Påbörjat Utevistelse – Planering av utevistelse läggs in i personalschema vid överlappningstid. När: Okt-nov 2022 Delaktighet – Närståendeträffar där resultatet av NKI kan diskuteras. När: Dec 2022

<p>Medarbetare</p> <ul style="list-style-type: none"> -Personaltrivsel -Introduktion -Ombud -Kompetens -Medarbetarenkät 	<p>Personaltrivsel – hög trivsel framkommer vid medarbetarsamtal.</p> <p>Introduktionsprogram finns men finns möjlighet till förbättring.</p> <p>Ombudsroller – behöver förtydligas</p> <p>Kompetens – Behov av utbildningsinsatser i olika delar av omvårdnad.</p> <p>Medarbetarnöjdheten ökade från 67 till 81 vid senaste mätningen. Ska följas upp</p>	<p>Personaltrivsel –Personlig tränare (PT) 1g/v. Större delaktighet vid APT genom förändrad struktur</p> <p>När: Okt 2022</p> <p>Planeringsdagar -</p> <p>När: Nov-dec 2022</p> <p>Introduktion: Fortsätter med introduktionspärm och uppföljningssamtal efter 1, 3 och 5 månader. För timanställda kommer uppföljningssamtal genomföras av gruppleddare efter 1 månad</p> <p>När: start, november 2022</p> <p>För samtliga fortsätter en tredje introduktionsdag med utbildningsinsats. Leg. personal får en mentor för stöd och uppföljning</p> <p>När: Pågå</p> <p>Ombudsroller: Arbete i Humanas chefsgrupp där ombudsrollerna förtydligas med rollbeskrivning</p> <p>När: Pågå</p> <p>Kompetens: Leg personal tar större ansvar vid APT och ger kompetensutveckling till omvårdnadspersonal. Behovet av kompetensutveckling är även lyft till ledning</p>
---	--	--

		<p>Leg. personalens kompetensutveckling bl a BPSD, Rikssår, MAS/MAR-forum, palliativ vård, utbildning via Hjälpmedel SAM</p> <p>När: 2022-23</p> <p>Medarbetarnöjdhet tas upp vid medarbetarsamtal</p> <p>När: Okt-nov 2022. Uppföljning enkät 2023</p>
<p>Systematiskt kvalitetsarbete</p> <p>-Teamarbete</p> <p>-Kvalitetsråd</p>	<p>Team-arbete – Behov av tätare möten</p> <p>Kvalitetsråd – Behov av tätare möten.</p>	<p>Teamträffar – bokas in av rehab var fjärde vecka (för varje plan) mot tidigare var femte vecka.</p> <p>När: Påbörjat</p> <p>Kvalitetsråd – bokas in av VC 1g/mån mot tidigare var tredje månad. De övriga veckorna hålls HSL-möte varje torsdagsmorgon och 1 g/mån ett större HSL-möte en eftermiddag</p> <p>När: Påbörjat</p>

Personcentrerad vård och omsorg		
-Senior Alert	Riskbedömningar har inte genomförts var 6:e månad eller oftare vid behov enligt rutin.	Registrering - från mitten av november finns 4 omvårdnadsansvariga sjuksköterskor samt en bemanningssköterska. Uppföljning om registrering och uppföljning i Senior Alert kommer kontrolleras varje månad då det även är ett övergripande mål inom Humana att ha registret 100% uppdaterat
-BPSD	Behov av fler administratörer inom BPSD för att kunna genomföra registreringar och uppföljningar regelbundet.	Utbildning - planerad utbildning i för 12 personer (1 ssk samt 11 usk) via Gävle Kommuns demenssamordnare Therese Christiansson När: Mars 2023
-Palliativa registret	Ny omv ansvarig sjuksköterska blir ansvarig för palliativa gruppen och förbättringsarbetet. Mål för 2023 kommer vara att öka den dokumenterade smärtskattningen. Behov av palliativ utbildning.	Gruppen har haft ett möte i oktober och kommer ha fortsatta möten var 5:e vecka En sjuksköterska och två usk är anmälda till regionens palliativa utbildning i november 2022

-Rikssår	Utbildning till nya sjuksköterskor så registret kan börja användas.	Omvårdnadsansvariga sjuksköterskor får istället ta del av det utbildningsmaterial som finns på Rikssårs hemsida och själva ta sig an registret När: utbildning ska vara klar dec 2022 för att kunna starta upp registreringar 2023. Om Rikssår kommer ut med ny utbildning ska denna planeras in
-Läkemedelshantering och (STRAMA)	Behov av extern kontroll av läkemedelshantering	Läkemedelshantering – planerad kontroll av Apoteket När: Dec 2022
-Narkotikaklassade läkemedel	Förbättrade rutiner	Ökad frekvens av kontrollräkning, nya rutiner vid utlämnande av Apodosrullar När: Påbörjat
-Vårdhygien	Hygienrond	Hygienrond efter vårdhygiens protokoll genomförs årligen. När: Dec 2022
-Basala hygienrutiner	Behov av utbildning/fortbildning	Utbildning - all omv personal ska årligen genomföra webbaserad utbildning i basala hygienrutiner. Hygien diskuteras även på APT och utbildning i hur hygien utförs på patient När: Årligen. Kontrolleras vid medarbetarsamtal okt-nov 2022 och vid resultatsamtal under våren 2023

		MAS deltar på HSL-möte för leg. personal och informerar om hygien. När: Nov-dec 2022
Meningsfull tillvaro -- Information/kommunikation -Delaktighet -Mat och måltider -Aktiviteter	Förbättringsområde: Delaktighet kontaktmannaskap, personcentrerad vård, måltidsmiljö, aktiviteter	Delaktighet: - boenderåd ska åter starta upp och planeras av aktivitetsansvarig När: Vinter 2023 Kontaktmannaskap/personcentrerad vård: - utbildning med certifiering När: påbörjas under planeringsdagar nov-dec 2022 Måltidsmiljö: - varje enhet har efter resultat NKI satt upp mål för att förbättra måltidsmiljön När: Påbörjat, följs kontinuerligt på APT Aktiviteter: Planerade aktiviteter även på helger. Aktivitetsombud planerar inför varje månad. När: Dec 2022
Dokumentation	Egen- och internkontroll av dokumentation.	Egenkontroll: Genomförs inför medarbetarsamtal och vid uppföljningssamtal med ny personal.

		<p>Diskussioner om vad/hur det skrivs i SoL-journal genomförs på APT.</p> <p>Egenkontroll för SoL- och HSL-journal finns även i ledningssystemet 1g/år</p> <p>Internkontroll 1g/år.</p> <p>Efter dok granskning, utveckling av dokumentation enl IBIC och ICF</p> <p>När: Påbörjat</p>
--	--	--

Säkerhet		
-Livsmedelshygien	Egenkontroller	<p>Egenkontroll: Ansvar läggs på gruppleddare att implementera rutinen hos all personal och följa upp att egenkontrollen utförs</p> <p>När: Start 2022</p> <p>Egenkontroll livsmedelshygien och mottagningskök samt miljö och hälsoskydd genomförs årligen</p> <p>När: Sep och nov årligen</p> <p>Köksrond: Genomförs årligen.</p> <p>När: Våren 2023</p>
-Checklista för risker	Kontroll av lyftselar.	<p>Checklista för inspektion av lyftsele är framtagen efter Gävle Kommuns rutin</p> <p>När: Klart</p>

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).

En fördjupad avtalsuppföljning har genomförts med anledning av en hög personalomsättning samt händelser och avvikelser som medfört vidare utredningar.

Avtalsuppföljning

Platsbesök med avtalsuppföljning genomfördes av upphandlingscontroller, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), i september 2022.

Granskningsperioden var 2021-01-01—med utblick tom 2022-08-31.

Utföraren har svarat på beställarens enkäter som återfinns i sin helhet i diariet, gällande följsamhet av avtalet samt redovisat resultat från företagets egenkontroll och systematiska förbättringsarbeten.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för 2021 är lämnad enligt avtal och ligger också till grund för uppföljningen.

Bemanning och kompetens

Personalomsättningen har varit hög inom alla personalkategorier, främst i början av granskningsperioden vilket påverkade verksamheten.

Kontinuiteten av sjuksköterskor har varit den störta utmaningen för verksamheten i syfte att bedriva en patientsäker vård. Rekrytering pågår och verksamheten bemannas för närvarande upp av företagets egna bemanningssköterskor. Målsättningen är att det ska vara ordinarie på plats fr om november 2022. Rehabiliteringspersonalen är stationerade på boendet och är tillsvidareanställda, vilket ger goda förutsättningar för ett rehabiliterande synsätt med handledning till medarbetarna.

Bemanning och trivsel

Verksamhetschefen har högskoleutbildning inom hälso- och sjukvård och Biträdande verksamhetschef är undersköterska med olika påbyggnadsutbildningar inom ledning och styrning.

Den vanligaste kompetensen hos omvårdnadspersonalen är undersköterska och merparten arbetar deltid med möjlighet att arbeta mertid vid vakanser. Omsättningen av personal har medfört en hög andel timanställda men under 2022 har detta minskat i och med nyrekryteringar.

Personaltätheten är relativt hög, 0,83 årsarbetare/kund (undersköterska och leg personal). S Centralgatan är en av få, externa boenden med stationär nattsjuksköterska.

Sjukfrånvaron var i genomsnitt, 6,9 % (dag 1-14), vilket är en relativt hög sjukfrånvaro utifrån utförarens perspektiv.

Medarbetarenkät genomförs en gång per år. Resultatet har förbättrats avsevärt från föregående år. Ytterligare förbättringsarbeten har dock utarbetats av varje enhet och rör främst ökad delaktighet och för arbetssituationen som helhet. En personlig tränare (PT) finns till förfogande för personalens fysiska aktivitet och träning.

Kompetens

Nyrekrytering har skett löpande. 44 medarbetare har fått introduktion under granskningsperioden. Introduktionen genomförs strukturerat med checklista och "bredvidgång". Verksamhetschefen följer upp nya medarbetare återkommande under första halvåret. I och med många nyanställningar har utföraren haft extra utbildningsdagar utifrån de viktigaste arbetsmomenten och rutiner.

Utföraren har ombudsmannaroller för t ex kost- och aktiviteter samt ytterligare 11 andra områden. Ett omtag ska ske kring funktionerna för att identifiera syfte och målsättning och identifiering av ombudsutbildning.

Information om kvalitet

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

Ständiga förbättringar

Kvalitetsrådet träffas var tredje månad för aktuella frågor samt avvikelser, synpunkter, förbättringsarbeten och återkopplas på APT. Frekvensen av kvalitetsråd bör intensifieras.

Egenkontroller sker strukturerat via årshjul för samtliga kärn- och stödprocesser. De flesta egenkontrollerna genomförs av chef med stöd av legitimerad personal. Handlingsplaner upprättas när kontrollen visar brister och kan handla om utbildningsbehov eller förtydligande av rutiner.

Riskanalys och riskbedömning uppges genomföras kontinuerligt och vid behov, såväl gällande organisationen som för enskild kund. Verksamheten har bl a genomfört riskanalyser i samband med pandemin, värmeböljor och underbemanning. För övrigt säkerhetsarbete finns upprättade rutiner som t ex brandskydd, nycklar, livsmedelshygien samt loggkontroller. Individuella riskbedömningar ska genomföras i kvalitetsregistret Senior Alert, vilket har varit eftersatt på grund av bristande resurser av främst sjuksköterskor. Särskilda checklistor ska tas fram för regelbundna riskbedömningar.

Oönskade händelser

Oönskade händelser i form av klagomål, avvikelser samt andra utredningar administreras via ett digitalt system DF respons. Under granskningsperioden har antalet oönskade händelser ökat, såväl klagomål och avvikelser som medfört ytterligare utredningar. Uppfattningen är att det delvis beror på personalomsättningen och bristande kunskap om verksamhetens organisation och innehåll. Merparten av klagomål och synpunkter hanteras direkt i verksamheterna och handlade oftast om brister i kommunikation, tillgänglighet samt serviceinsatser. Avvikelse som genererat utredningar är fallincidenter, nutrition, katetervård samt trycksår och kan härröra till brister i följsamhet av kvalitetsregistret Senior Alert.

Under granskningsperioden har sex (6) oönskade händelser inkommit till beställarens diarium. Fyra (4) klagomål, vilket ett ledde till en (1) Lex Maria anmälan som därefter har avslutats efter vidtagna åtgärder av utföraren. En (1) Lex Sarah har utretts gällande en fallincident och avslutats av utföraren. För närvarande pågår två (2) utredningar, den ena gäller uppkomst av trycksår och den andra utredningen gäller narkotikastöld på boendet.

Miljö

Utföraren har ett övergripande miljöledningssystem med fokus på hållbarhet - *robust ekosystem, ren och giftfri vardag, klimatneutralt Gävle*. En del i ett hållbart samhälle är att skapa inkludering. På boendet arbetar 12 medarbetare från Samhall som under vardagarna sköter köken i syfte att underlätta måltidssituationen. Själva byggnaden är internationellt miljöcertifierat-LEED, vilket innebär en anpassad energiförbrukning med automatisk justerbar belysning utifrån årstid och tid på dygnet.

Vård och omsorg

Grundläggande värderingar

Utförarens koncept utgår från värdeorden *engagemang, glädje, ansvar* och alla likas värde.

Tidigare fanns utsedda värdegrundsledare. De har nu förändrat arbetssättet i syfte att få värdegrunden mer levande. På APT relateras de oönskade händelserna utifrån ett värdegrundsperspektiv och på så sätt utvecklas förändringsarbetet.

Närstående ska erbjudas att delta vid upprättade/uppdatering av genomförandeplan och läkemedelsgenomgångar om kund själv önskar. Kommunikation och information är ett utvecklingsarbete.

Socialstyrelsens brukarenkät 2022 visar på sämre resultat än tidigare mätningar. NKI (Nöjd kundindex) 2020, 80% och 2022, 64%. Förbättringsområdena är främst utevistelse och måltidsmiljön.

Sociala insatser

S Centralgatan har kultur som inriktning. Som främst präglats av musikupplevelser i olika former. Tjänsten som aktivitetsansvarig har nyss återbesatts och ett omtag ska göras med aktivitetsanalyser vad kunderna önskar. Kunderna har även tillgång till egen personlig tränare (PT).

Genomförandeplanen med tillhörande övriga planer ligger till grund för kundens delaktighet och medbestämmande, kring de insatser som ska utföras. Varje kund ska ha en kontaktman (och vice kontaktman). Även här ska ett omtag ske med följsamheten samt fortbildning för kontaktmannskapet.

Matleverantören är Dafgård, tillbehören lagas på plats. Som redovisats ovan, stöttar Samhalls medarbetare vid måltidsituationen. Tidigare har det funnits boenderåd men inga möten har hållits under pandemin. Kostombuden har i stället frågat kunderna direkt om måltidsupplevelsen. Enligt brukarundersökningen är mat och måltider ytterligare ett förbättringsområde.

Hälso- och sjukvård, inklusive rehabilitering

Beställarens MAS har genomfört en uppföljningsenkät av hälso- och sjukvården på samtliga boenden inom kommunen. Nedan lämnas resultatet av de åtgärder som har eller ska vidtas.

Tillgång till nationell patientöversikt (NPÖ) och digital informationsöverföring mellan sjukhuset och utföraren (Lifecare) finns tillgängligt på boendet.

Läkarsamverkan upplevs fungera väl. Uppdatering av läkaravtalets mall ska genomföras och teamträffarna ska återupprättas för att optimera den personcentrerade vården. Utförarens uppfattning är att läkare sällan gör akuta hembesök. VISAM (beslutsstöd) har inte påbörjats.

Utföraren ska registrera 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) samt *Palliativa registret, RiksSår och STRAMA*.

Förbättringsarbete ska ske inom samtliga områden. Den palliativa vården har dock fått beröm, mycket beroende på hög tillgänglighet av sjuksköterska på natten samt en särskild omvårdnadspärm för medarbetarna, när det blir aktuellt med vård i livets slut (VIS).

Samtliga kunder har erbjudits munhälsobedömning av tandhygienist och samarbetet fungerar väl med tandvården. Munvårdsutbildning pågår för samtliga medarbetare. Rutiner för skyddsåtgärder finns vissa brister har upptäckts i upprättande av vårdplaner samt uppföljning.

Årlig utbildning sker av samtliga medarbetare. Egenkontroll av basala hygien- och klädregler visade ett bra resultat. Förbättringsarbetet kommer dock att vara ökad användning av platsförkläden och minskning av handskar. Vårdhygien har ännu inte genomfört sin årliga kontroll för 2022.

Egenkontroll av medicintekniska produkter sker årligen av rehabiliteringspersonalen.

Läkemedelsgranskning gällande användningen av olämpliga läkemedel för äldre ska genomföras i januari 2023.

Dokumentgranskning

Beställaren har slumpvis valt ut åtta (8) kunder för granskning, därefter har utförarens centrala resurser utfört granskningen av såväl den medicinska som den sociala dokumentationen och återkopplat till beställaren om förbättringsåtgärder. Granskningen har utgått från om dokumentationen varit tillräcklig, väsentlig och ändamålsenlig.

I social journal har samtliga kunder en aktuell genomförandeplan och journalanteckningar sker frekvent. Förbättringsarbetet för social journal gäller främst innehåll och struktur som kundens samtycke och delaktighet, beskrivning av behov, var och hur samt målsättning med vården och omsorgen.

I medicinsk journal framgår att strukturerad dokumentation enligt ICF behöver implementeras ytterligare. Genomgående saknas utvärdering av vidtagna åtgärder. Det är en brist eftersom det inte går att avgöra om åtgärderna har haft avsedd effekt eller om nya åtgärder behöver vidtas. I vissa journaler saknas samtycken samt hur närstående ska kontaktas, främst nattetid. Det framgår dock en bild av patientens behov och aktuella mående och bedömningen är således att dokumentationen är patientsäker.

Seriositetskontroll

Seriositetskontroll är utförd på Humana Omsorg AB med en Credite Safe och rating visar för närvarande mycket låg risk för ekonomiskt obestånd.

Karina Zettlin Lindholm

Upphandlingscontroller

Beställare av välfärdstjänster

Välfärd Gävle