



A & O Ansvar & Omsorg AB Konstantinopel Skomakaregatan 11

Privat utförare inom verksamhetsområde
särskilt boende

Uppföljning inför avtalsförlängning

Diarienummer: VON 2016/0417-23 003

Innehållsförteckning

1. Sammanfattning	3
2. Inledning	4
3. Metod	4
4. Kommunikation	5
5. Resultatredovisning	6
6. Samlad bedömning	16
Analys	16
Förbättringsområden	17
Åtgärd med anledning av genomförd uppföljning	17

1. Sammanfattning

Enligt vård- och omsorgsnämndens antagna uppföljningsplan för 2016 – 2017 ska uppföljning ske av verksamhet hos privata utförare inför avtalsförlängning, vilket är aktuellt för det särskilda boendet Konstantinopel på Skomakaregatan 11.

Gällande avtal med A & O Ansvar och Omsorg Aktiebolag avser utförande av driftentreprenad under tiden 2015-11-01 – 2018-10-31 med möjlighet att förlänga ett år plus ett år. Det är en särskild boendeform enligt socialtjänstlagen. Totalt finns 44 platser, där flertalet lägenheter fördelas till äldre utan specifik inriktning.

Kvalitetsområden som följs upp inför avtalsförlängning är resultat av den senaste årliga uppföljningen, ledningssystem, samverkan, lokaler och utrustning, mat och måltidsmiljö, individnivå samt ekonomi.

Uppföljningen genomfördes genom granskning av insamlat material, frågor i enkät, verksamhetsbesök och intervjuer.

Ansvariga för uppföljningen är medicinskt ansvarig sjuksköterska, socialt ansvarig samordnare och sakkunniga från beställnings- och uppföljningsenheten samt ekonom från staben. Myndighetsutövningens handläggare har ansvarat för uppföljningen på individnivå.

Sammantaget får Konstantinopel, Skomakaregatan 11 en godkänd bedömning i den genomförda uppföljningen samtidigt som områden finns att förbättra. Påvisade förbättringsområden är patientsäkerhetsberättelse, verksamhetsberättelse, vårdhygien, dokumentation samt mat och måltidsmiljö. Angående arbetet med vårdhygien respektive dokumentation ska åtgärdsplaner tas fram och resultaten ska redovisas i samband med nästkommande patientsäkerhetsberättelse respektive verksamhetsberättelse.

2. Inledning

Kommunen är ansvarig för att följa upp kvaliteten i både egen verksamhet och verksamhet som bedrivs av privata utförare.

Enligt vård- och omsorgsnämndens antagna uppföljningsplan från den 15 juni 2016, reviderad den 9 november 2016, utförs planerade uppföljningar. Av planens bilagor framgår vilka enheter, som är berörda 2016 och 2017.

Det särskilda boendet Konstantinopel på Skomakaregatan 11 i Norrköping bedrivs av privat utförare och omfattas enligt planen under 2017 av uppföljning, eftersom det är aktuellt att ta ställning till avtalsförlängning.

Avtalet om driftentreprenad mellan vård- och omsorgsnämnden i Norrköpings kommun och A & O Ansvar och Omsorg Aktiebolag (A&O) gäller mellan 2015-11-01 till och med 2018-10-31 med möjlighet att förlänga ett år plus ett år, maximalt fem år. Åtagandet avser utförande av driftentreprenad för enheten Konstantinopel, som är en särskild boendeform enligt socialtjänstlagen.

Sammanlagt finns på enheten 44 platser fördelat enligt nedan:

- 23 lägenheter för äldre utan specifik inriktning.
- 12 lägenheter för personer med demenssjukdom.
- 9 lägenheter för personer med funktionsnedsättning, varav en lägenhet stadigvarande används för korttidsboende.

Uppföljningen är genomförd av medicinskt ansvarig sjuksköterska, socialt ansvarig samordnare och sakkunniga från beställnings- och uppföljningsenheten samt ekonom från staben. Myndighetsutövningens handläggare har ansvarat för uppföljningen på individnivå.

3. Metod

I den antagna uppföljningsplanen anges de kvalitetsområden, som ingår i en uppföljning inför avtalsförlängning. Dessa är resultat av den senaste årliga uppföljningen, ledningssystem, samverkan, lokaler och utrustning, mat och måltidsmiljö, individnivå samt ekonomi.

En checklista med frågor togs fram utifrån dessa kvalitetsområden. Även avtalet samt förutsättningar och krav utgjorde underlag för innehållet av checklistan. Därefter togs två enkäter fram i enkätverktyget Easy Research, den ena riktades till verksamhetschef och den andra till uppföljningsansvariga. Verksamhetschefen besvarade enkätfrågorna och hade möjlighet att lämna kommentarer. Vidare begärdes att vissa dokument skulle lämnas in till vård- och omsorgskontoret.

Sakkunnig och socialt ansvarig samordnare gjorde ett planerat verksamhetsbesök på enheten den 1 juni 2017. Inledningsvis gjordes en genomgång av besvarade enkätfrågor tillsammans med verksamhetschef, samordnare, sjuksköterska och aktivitetsledare. Besöket avslutades med en rundvandring i lokalerna. Ytterligare

ett planerat verksamhetsbesök följde den 20 juli 2017, då verksamhetschefen tog emot sakkunniga och en okulär besiktning genomfördes av lokaler och utrustning.

Medicinskt ansvariga hade patientsäkerhetsdialogsmöte med enheten under våren 2017. Därutöver granskades dokumentation av hälso- och sjukvård för ett urval av tio brukare medan socialt ansvarig samordnare granskade social dokumentation för motsvarande tio brukare. Kommunens hygiensjuksköterska utförde hygienrond i slutet av april 2017 och gjorde en uppföljning i slutet av september.

Myndighetsutövningens handläggare tillfrågade åtta brukare om sina upplevelser av insatsen. Urvalet var motsvarande brukare, vars dokumentation hade granskats av medicinskt ansvariga och socialt ansvarig samordnare. Biståndshandläggarna intervjuade sex brukare, där frågorna berörde områden som trygghet/meningsfullhet, respekt/integritet och självbestämmande/delaktighet. Kortare samtal gjordes även med personal i syftet att delge om det var något speciellt som den enskilde ville framföra och för att inhämta information kring behov och stöd. LSS-handläggare gjorde genomgång av genomförandeplanen punkt för punkt i kombination med frågor gällande utförandet av insatsen kopplat till planen. Beroende på att ingen av de två brukarna sedan ville närvara vid handläggarens besök, gjorde istället personalen genomgången av planen samt frågade vad var och en tyckte om insatsen.

I resultatredovisningen redovisas varje fråga med kommentar från uppföljningsansvariga samt med tillägg av kompletterande svar från verksamhetschef. Efter sammanställning av resultatet gjordes en analys och bedömning av det insamlade materialet. Vid bedömningen användes nivåerna godkänd motsvarande grön färg, delvis godkänd med förbättringsbehov gul färg samt inte godkänd med brister som kräver åtgärdsplan röd färg.

Kvalitetsområden vid den slutliga bedömningen är resultat av den senaste årliga uppföljningen, ledningssystem, ledning och personal, hälso- och sjukvård, dokumentation, samverkan, lokaler och utrustning, mat och måltidsmiljö, individnivå samt ekonomi. Avslutningsvis gjordes en helhetsbedömning, där även dessa kvalitetsområden redovisas i delområden och delbedömningar. Påvisade förbättringsområden anges liksom vilka åtgärder som ska vidtas.

4. Kommunikation

Verksamhetschefen informerades muntligen om uppföljningen per telefon i slutet av april 2017. Förnyad telefonkontakt den 12 maj, då även skriftlig information skickades via e-post. Dokument och uppgifter begärdes in. Besök på enheten bestämdes att ske torsdagen den 1 juni 2017.

Rapporten skickas via e-post till verksamhetschefen i början av oktober 2017 för granskning och eventuell justering av sakfel.

Vård- och omsorgsnämnden delges rapporten vid sitt sammanträde onsdagen den 25 oktober 2017.

5. Resultatredovisning

Resultatet redovisas fråga för fråga med kommentar och bedömning från uppföljningsansvariga samt med kompletterande svar från verksamhetschef.

Fråga 1 – Tillstånd

Finns erforderliga tillstånd?

Kommentar från uppföljningsansvariga:

Tillstånd finns och delområdet godkänns. Företaget A&O är registrerade i vårdgivarregistret hos Inspektionen för vård och omsorg (IVO), utdrag är hämtat 2017-08-16.

Fråga 2 – Arbetsgivaransvar

Finns F-skattsedel? Är entreprenören utan skatteskuld?

Är entreprenören registrerad som arbetsgivare? Erläggs arbetsgivaravgifter?

Kommentar från uppföljningsansvariga:

Gällande arbetsgivaransvaret ges positiva svar. Förfrågan har ställts till Skatteverket (SKV) och svar inkom till vård- och omsorgskontoret 2017-06-14. Ingen skatteskuld är registrerad på företaget. Delområdet får godkänt.

Fråga 3 – Försäkringar

Finns aktuellt försäkringsbrev?

Kommentar från uppföljningsansvariga:

Försäkring SÄKRA finns genom Föreningen Vårdföretagarna. Försäkringen är tecknad i Nordeuropa Försäkring och gäller perioden 2016-10-01 – 2017-09-30. Kopia på förnyelse av försäkring är inlämnad till vård- och omsorgskontoret. Delområdet får godkänt.

Fråga 4 – Lokaler och utrustning

Uppfyller enheten avtalets krav om att vara aktsam om lokaler och utrustning?

Kommentar av uppföljningsansvariga:

Efter genomförd okulär besiktning får delområdet godkänt. Enheten bedöms ha varit aktsam. Uppmärksammat slitage är att ses som normalt, eftersom lokaler i denna typ av verksamhet slits hårt.

Huset, som är beläget centralt i Norrköping, består av tre boendevåningsplan. I bottenplan, samma som första boendevåningen, finns pausrum och vilrum för personal. Boendelägenheterna uppfyller nuvarande arbetsmiljökrav och har boenderum samt WC. De är rymliga men saknar vatten i boenderummet och spisplattor. Ett mindre kylskåp finns att tillgå samt medicinskåp.

De allmänna utrymmena har inte tapetsrats eller målats om sedan lokalerna togs i bruk år 2001, varför behov av tapeter eller färg föreligger. Köken på

våningsplanen ska renoveras under hösten 2017 för att uppfylla gällande myndighetskrav. Skåp och socklar är trasiga.
 Vid besöket gjordes även en enkel brandgenomgång. Utrymningsvägarna i huset är skyltade och kontrolleras en gång per månad så att de inte är blockerade. Husets brandombud, ett ombud per våning, träffas varje kvartal för genomgång ifall det finns något som behöver åtgärdas. Hela personalgruppen gick en brandutbildning i mars 2017. En av personalen fick sedan en fördjupad utbildning på två dagar för att få kunskap för att hålla brandrutinerna uppdaterade samt introducera all ny personal kring brandutrustning och rutiner.

Fråga 5 – Riskanalys

Har riskanalys på organisatorisk nivå genomförts under perioden 160501-170430?
 Har riskanalys på individnivå genomförts under perioden 160501-170430? (avser inte Senior alert)

Kommentar från uppföljningsansvariga:

Delområdet Riskanalys ges en godkänd bedömning. Vid verksamhetsbesöket beskriver verksamhetschefen att riskanalyser sedan 2017-01-01 görs i företagets kvalitetssystem Stratsys och utdrag därifrån lämnas.
 På verksamhetsnivå omfattar riskanalyserna bland annat processer eller aktiviteter som egenkontroll, sjukfrånvaro, semesteruttag, hot och våld, sommarbemanning, systematiskt brandskyddsarbete, avvikelshantering, dokumentation, introduktion av ny personal, kompetensutveckling, boendeenkät, dagplanering.
 På individnivå omfattar riskanalyserna brukares lägenheter samt att säkerställa kvaliteten på hjälp och omvårdnadsinsatser som kontaktmannaskap, klagomål och synpunkter, egen tid, aktiviteter och dagplanering.

Fråga 6 – Egenkontroll

Sker systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten?
 Har egenkontroll genomförts under perioden 160501-170430?
 Har åtgärdsplan upprättats utifrån genomförd egenkontroll?

Kommentar från uppföljningsansvariga:

Delområdet Egenkontroll ges en godkänd bedömning. Intern granskning genomfördes 2017-03-28 på enheten och verksamhetschefen har även lämnat in sammanställd rapport Intern kvalitetsrevision enligt A&O-modellen till vård- och omsorgskontoret. Denna revision gjordes under en dag och skedde i flera delar. Intervjuer med verksamhetschef, legitimerad personal och omvårdnadspersonal gjordes samt okulära besiktningar, stickprov av dokumentation, kontroll och rundvandring.
 Av A&O-modellens tre sektorer boende, personal och livsrum visade granskningen underkänt resultat inom två delområden för boende. Det gällde kost och upplevelse. Godkänt med undantag blev delområdet arbetets förutsättningar och redskap inom sektorn personal. Övrigt fick godkänt i den interna granskningen.

För att åtgärda avvikelserna upprättades 2017-05-22 en handlingsplan, som också har lämnats in till vård- och omsorgskontoret. Vidare har åtgärdsplan även upprättats och lämnats in utifrån enhetens resultat från Socialstyrelsens nationella brukarundersökning 2016. Planen avser de fem frågor där andelen av positiva svar från brukare var lägst. Dessa frågor var: besväras av ensamhet, kan påverka vid vilka tider man får hjälp, har lätt att träffa läkare vid behov, tycker att det är trivsamt i gemensamma utrymmen och vet vart man ska vända sig med synpunkter och klagomål.

Fråga 7 – Beskriv hur bemanning av legitimerad personal tillgodoses.

Kommentar från uppföljningsansvariga:

Delområdet får godkänt. Verksamhetschefen beskriver att företaget har avtal med Norrköpings kommun på 3,09 årsarbetare sjuksköterska. Dagtid finns sjuksköterskor i huset alla dagar i veckan. Nattetid sker samverkan med övriga enheter i Norrköping det vill säga tjänsteköp internt inom företaget. Vid verksamhetsbesöket framkommer att arbetsterapeut och fysioterapeut finns på enheten två dagar per vecka och vid behov.

Fråga 8 – Kompetensutveckling

Finns planering för kontinuerlig kompetensutveckling?
Finns en upprättad plan?

Kommentar från uppföljningsansvariga:

Delområdet får godkänt. Kompetensutvecklingsplan finns och bifogades med verksamhetsplanen för 2017. Senare lämnades en reviderad plan, 2017-05-22. Vid verksamhetsbesöket framkommer att ytterligare utbildningsbehov finns exempelvis kring epilepsi och dokumentation. Däremot saknas området inkontinens i kompetensutvecklingsplanen.

Fråga 9 – Bemanning

Är personalbemanningen uppfylld enligt krav?

Kommentar från uppföljningsansvariga:

Enligt begäran har redogörelse lämnats in för kontroll av personalbemanning avseende mars månad 2017 kompletterad med lista över anställda. Krav på bemanning av omvårdnadspersonal och legitimerad personal stämmer enligt avtal. Delområdet får därmed godkänt.

Fråga 10 – Sysselsättningsgrad

Deltidsanställda som under 2016 önskade gå upp i tid, fick de möjlighet till det?
Om ja, hur många?

Kommentar från uppföljningsansvariga:

I Norrköpings kommun finns beslut om att samtlig tillsvidareanställd personal inom egenregiverksamhet ska få önskad sysselsättningsgrad. I avtalet med A&O anges att deras medarbetare bör ges samma möjlighet. Verksamhetschefen svarar att åtta (47 procent) av medarbetare önskade gå upp i tid och fick möjlighet att göra det, därmed följer enheten rekommendationen.

Fråga 11 – Sammanhållen arbetstid

Har personal delade turer?
Om ja, hur många?

Kommentar från uppföljningsansvariga:

Norrköpings kommun införde mars 2015 sammanhållen arbetstid, vilket innebar att delade turer skulle försvinna. I gällande avtal anges att entreprenörens personal bör ges samma möjlighet. Verksamhetschefen svarar att ingen personal har delade turer. Kommunens rekommendation följs därmed.

Fråga 12 – Samverkan med brukarens nätverk

Genomförs informationsträffar för brukare, närstående eller legal företrädare?
Om ja, hur ofta och hur går det till?

Kommentar från uppföljningsansvariga:

Två anhörigträffar arrangeras varje år samt en extra i samband med trivselaktivitet under maj eller juni månad. I september planeras för en extra anhörigträff, vilket blir första gången det ordnas för brukare och anhöriga tillsammans. Dessutom finns boenderåd med brukare och personal, som träffas fyra gånger per år, där frågor om kost och aktiviteter tas upp. Enligt avtalet ska enheten minst två gånger per år arrangera denna typ av informationsträffar där det finns möjlighet att inhämta synpunkter på verksamheten. Delområdet godkänns.

Fråga 13 – Kontaktman

Har varje brukare en speciell kontaktman?

Kommentar från uppföljningsansvariga:

Enligt avtalet ska kontaktman utses vid beslutet om inflyttning till boendet. Verksamhetschefen svarar att varje brukare har en speciell kontaktman och vid ordinarie kontaktmans frånvaro finns även en vikarierande kontaktman. Därmed får delområdet godkänd bedömning.

Fråga 14 – Kvalitet på maten

Finns rutiner för bedömning av kvaliteten på serverad mat?
Genomförs stickprov?

Kommentar från uppföljningsansvariga:

Verksamhetschef svarar att rutiner och checklistor för måltidsverksamhet finns, samt att stickprover genomförs, men vid den interna kvalitetsrevisionen framkom brister som rör temperaturkontroller och städning.

Brukarnöjdheten följs upp i den nationella brukarundersökningen, boendeenkät och på boenderåd. I den nationella brukarundersökningen fick enheten ett lägre positivt svar på frågan om hur maten brukar smaka i jämförelse med riket, länet och andra enheter i Norrköping.

Vid verksamhetsbesöket framkommer att mot bakgrund av såväl den interna revisionen från mars 2017 som den senaste nationella brukarundersökningen behövs förbättringsåtgärder genomföras. Samlat får delområdet Kvalitet på maten ett delvis godkännande.

Fråga 15 – Måltider

Erbjuds brukarna minst två rätter till lunch, varav det ena kan vara ett vegetariskt alternativ?

Erbjuds personal möjlighet att äta sociala måltider tillsammans med brukaren.

Kommentar från uppföljningsansvariga:

Bedömningen avseende delområdet Måltider får delvis godkänt. Enligt gällande riktlinje i kommunen för kostverksamhet ska möjligheten till sociala måltider finnas samt att minst två lunchrätter alltid ska erbjudas varav det ena kan vara ett vegetariskt alternativ.

Verksamhetschef svarar att matsedel bestäms tillsammans med brukare på boenderåd en gång per månad på respektive våning. Enheten beställer färdig mat från extern leverantör. Det finns en tröghet i detta avtal som gör att det kan ta några veckor innan brukaren som vill ha annan maträtt än den som är beställd i förväg kan få ett annat alternativ. På våning 1 genomförs boendemöte varje vecka, där bland annat matsedeln tas upp.

Verksamhetschefen beskriver att en maträtt serveras dagligen och möjlighet finns att tillgodose vegetarisk kost och kost enligt etniskt perspektiv. Olika maträtter serveras på våningarna, vilket ger möjlighet att en brukare som inte vill ha våningens mat kan få annat att äta. På våningen för personer med funktionsnedsättning erbjuds alltid lunch- och middagsalternativ vid helg. Vid verksamhetsbesöket framkommer att enheten numera arbetar aktivt med att förbättra kring mat och måltider för att underlätta möjligheten att kunna välja mellan olika rätter.

Avseende social måltid svarar verksamhetschef att personal sitter tillsammans med brukare i måltidsituationen och kan ta eget smakprov av maten, däremot godkänns inte sociala måltider av företaget i den omfattning som Norrköping kommuns riktlinje kräver.

Fråga 16 – Beskriv måltidsmiljön och hur måltiderna serveras**Kommentar från uppföljningsansvariga:**

Bedömningen avseende delområdet Måltidsmiljö och hur måltiderna serveras får godkänt. I den nationella brukarundersökningen 2016 får enheten ett högre resultat avseende upplevelsen att måltiderna är en trevlig stund på dagen i jämförelse med riket och övriga enheter i Norrköping.

Verksamhetschefen beskriver att enheten fokuserar på matglädje och lägger därmed fokus på miljön i måltidssituation. Det innebär allt från ljudmiljö, synintryck, trevligt dukat samt att öppna upp för det goda samtalet. Enheten inhämtar hela tiden synpunkter från de boende för att bibehålla och förbättra den goda miljön. Kostombud och trivselombud samarbetar för den goda måltidsmiljön och för att följa företagets måltidsordning. Ombuden säkerställer att årets årstider och högtider framkommer både i mat och dukning. Maten tillreds delvis på våningarna, vilket bidrar till att brukarnas luktsinne stimuleras till god aptit. På enheten bakas det dagligen.

Fråga 17 – Dokumentation av socialtjänst

Dokumenterar personal omsorgsinsatser i social journal enligt krav och föreskrifter?

Kommentar från uppföljningsansvariga:

10 slumpvis granskade journaler enligt socialtjänstlagen (SoL) uppfyller inte krav enligt lag och föreskrift. Händelser av betydelse för insatsernas genomförande beskrivs i ytterst liten omfattning i de granskade journalerna. Således återfinns få åtgärder till följd av händelser eller information av vikt i de granskade journalerna och det finns inga anteckningar avseende uppföljning av eventuella åtgärder. Hur situationen för den enskilde utvecklar sig går inte att utläsa av journalanteckningarna. Socialt ansvarig samordnare har återfört ett mer detaljerat granskningsresultat till verksamhetschef.

Fråga 18 – Dokumentation av hälso- och sjukvård

Dokumenterar personal hälso- och sjukvårdsinsatser i patientjournal enligt krav och föreskrifter?

Har alla patienter med behov av hälso- och sjukvårdsinsatser aktuell vårdplan?

Kommentar från uppföljningsansvariga:

Vårdplaner enligt hälso- och sjukvårdslag samt patientjournaler ses sakna fokus på patientens behov/önskemål. Inaktuella vårdplaner är inte avslutade. I några journaler förekommer ett oacceptabelt språk. Arbetsanteckningar och journaldokumentation från fel lagrum uppmärksammas i flertalet patientjournaler. Ett mer detaljerat granskningsresultat har av medicinskt ansvariga återförts till verksamhetschef. Delområdet får inte godkänt.

Fråga 19 – Genomförandeplan

Har alla brukare en aktuell genomförandeplan?

Kommentar från uppföljningsansvariga:

4 av 10 granskade brukares dokumentation saknar en upprättad genomförandeplan, troligtvis beror detta på att utföraren inte har kunskap om hur man formellt upprättar en genomförandeplan i verksamhetssystemet. De 6 granskade genomförandeplanerna uppfyller endast delvis de kvalitetskrav som finns enligt föreskrift. Den praktiska beskrivningen av hur olika delinsatser och aktiviteter som finns nämnda i genomförandeplanen ska genomföras saknas i stor utsträckning, vilket är ett av de viktigaste momenten i upprättande av en genomförandeplan. Att detta utelämnas till stora delar tyder på att planen inte i så stor utsträckning används i det dagliga arbetet. Delområdet ges bedömningen inte godkänd. Socialt ansvarig samordnare har återfört ett mer detaljerat granskningsresultat till verksamhetschef.

Fråga 20 – Läkarmedverkan

Finns överenskommelse om läkarmedverkan?

Kommentar från uppföljningsansvariga:

Överenskommelse om läkarmedverkan finns med Helsa Vårdcentral Spiran i Norrköping, varför delområdet godkänns. Verksamhetschefen kommenterar att läkare kommer till rond en gång per vecka tisdagar samt kontaktas därutöver vid behov. Delområdet är godkänt.

Fråga 21 – Läkemedelshantering

Följer personal gällande författning avseende läkemedelshantering?

Finns lokal rutin avseende läkemedelshantering och läkemedelsgenomgång?

Kommentar från uppföljningsansvariga:

Delområdet får en godkänd bedömning. Författningen följs och lokal rutin finns. Samtliga brukare har fått erbjudande om årlig läkemedelsgenomgång.

Fråga 22 – Medicintekniska produkter

Finns handlingsplan för säkerställande av att förbyggande underhåll sker?

Sker dokumentation i loggbok när produkt har kontrollerats?

Om ja, dokumenteras när nästa kontroll ska ske?

Kommentar från uppföljningsansvariga:

Verksamhetschefen svarar att handlingsplan finns och dokumentation görs. Vid verksamhetsbesöket lämnas handlingsplan för rengöring och funktionskontroll av hjälpmedel inklusive checklistor samt lokal rutin med förteckning och skötsel av medicintekniska produkter (MTP) reviderad 2017-05-08 lämnas. Delområdet godkänns.

Fråga 23 – Vårdhygien

Har entreprenören följsamhet till författning, direktiv och instruktioner gällande vårdhygien?

Kommentar från uppföljningsansvariga:

I samband med hygiensjuksköterskans hygienrond i slutet av april 2017 uppmärksammades flertalet brister. Det saknades rutiner kring hantering av material och handhavande av dem.
Delområdet ges bedömningen inte godkänd.
Hygiensjuksköterskan planerade att göra en uppföljning under hösten 2017 och gjorde sedan det i slutet av september.

Fråga 24 – Delegering

Sker delegeringar utifrån gällande författningar, föreskrifter och allmänna råd?

Kommentar från uppföljningsansvariga:

Delegeringar sker på ett patientsäkert sätt enligt författningar, föreskrifter och allmänna råd. Delområdet får därmed godkänt.

Fråga 25 – Nationella kvalitetsregister

Medverkar entreprenören i aktuella nationella kvalitetsregister? Om ja, vilka?

Kommentar från uppföljningsansvariga:

Enheten har egen utbildare för BPSD-registret, Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdomar. Alla medarbetare får utbildning i demens.
Verksamhetschefen nämner även Palliativa registret och Senior Alert.
Delområdet Nationella kvalitetsregister godkänns.

Fråga 26 – Avvikelsehantering

Informeras personal om hur synpunkter och klagomål tas emot?
Informeras brukare och närstående om hur synpunkter och klagomål lämnas?
Finns lokala rutiner för hantering av avvikelser?
Finns lokala rutiner för att ta emot och utreda klagomål och synpunkter?

Kommentar från uppföljningsansvariga:

Samlat får delområdet Avvikelsehantering en godkänd bedömning.
Verksamhetschefen besvarar ovanstående frågor med att personal informeras om hur synpunkter och klagomål tas emot medan brukare och närstående informeras om hur synpunkter och klagomål lämnas.
Lokal rutin för avvikelsehantering från 2017-01-26 är inlämnad till vård- och omsorgskontoret likaså lokal rutin för klagomålshantering, 2017-03-27.
Enheten hanterar avvikelsehantering enligt krav och föreskrift. Under perioden 2016-04-01 till och med 2017-03-31 visar statistik att endast 121 av 314 avvikelser har ett slutdatum, detta kan bero på okunskap av denna del i avvikelsemodulen. 99 procent av händelserna har konsekvensbedömts, alla händelser har minst en angiven bakomliggande orsak och i nästan alla händelser, 96,5 procent, har minst en förebyggande åtgärd vidtagits.

Ett förbättringsområde är dock att bedöma om skada eller inte uppkommit till följd av avvikelsen. Statistiken visar att i endast 58 händelser av 304 (18,5 procent) har bedömning gjorts om skada inträffat eller inte. Socialt ansvarig samordnare har återfört ett mer detaljerat granskningsresultat avseende enhetens avvikelshantering till verksamhetschef.

Fråga 27 – Rapporteringsskyldighet lex Sarah

Informeras personal om rapporteringsskyldigheten avseende missförhållanden enligt lex Sarah?

Kommentar från uppföljningsansvariga:

Verksamhetschefen svarar att all personal informeras vid ny anställning och skriver under att man har delgivits rapporteringsskyldighet. Kontinuerlig uppföljning sker på arbetsplatsträffar varje år. Vid kontroll framkommer att ingen utredning enligt lex Sarah genomfördes under perioden 2016-04-01 till och med 2017-03-31.

Fråga 28 – Rapporteringsskyldighet lex Maria

Informeras personal om rapporteringsskyldigheten avseende avvikelser som medfört vårdskada eller risk för vårdskada?

Kommentar från uppföljningsansvariga:

Verksamhetschefen uppger att all nyanställd personal informeras och skriver under att de har delgivits rapporteringsskyldighet. Kontinuerlig uppföljning sker på arbetsplatsträffar varje år. Ingen utredning enligt lex Maria har genomförts på enheten under perioden 2016-04-01 till och med 2017-03-31.

Fråga 29 – Verksamhetsplan 2017

Överensstämmer innehåll med ställda krav?

Kommentar från uppföljningsansvariga:

Vid inlämnandet av verksamhetsplanen bifogades kompetensutvecklingsplan, som därefter har reviderats och även lämnats in. Planering och uppföljning sker enligt röda tråden i företagets kvalitetssystem Stratsys. Innehållet i planen överensstämmer med ställda krav. Delområdet får godkänt.

Fråga 30 – Verksamhetsberättelse 2016

Överensstämmer innehåll med ställda krav?

Kommentar från uppföljningsansvariga:

Innehållet i inlämnad verksamhetsberättelse överensstämmer delvis med ställda krav, vilket gör att förbättringsbehov finns. Resultatredovisningen med koppling till plan och mål behöver utvecklas. Sammanställning och analys av inkomna synpunkter, klagomål och rapporterade avvikelser inklusive lex Sarah och lex Maria saknades. Delområdet får delvis godkänt.

Fråga 31 – Patientsäkerhetsberättelse 2016

Överensstämmer innehåll med ställda krav?

Kommentar från uppföljningsansvariga:

Fokus är lagd på den sociala omsorgen och på det individuella planet. En redogörelse av patientsäkerhetsarbetet saknas i många stycken. Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet framgår inte. Målen är otydligt beskrivna, vilket försvårar en uppföljning. Medicinskt ansvarig samordnare har återfört ett mer detaljerat granskningsresultat till verksamhetschef. Patientsäkerhetsberättelsen överensstämmer inte med ställda krav, därmed ges delområdet ett delvis godkännande.

Fråga 32 – Individnivå

Enskilda brukares upplevelser av insats?

Kommentar från uppföljningsansvariga:

Vid samtliga intervjuer, som biståndshandläggarna genomförde, framkom att brukarna till stora delar trivs på boendet, känner trygghet och att de blir bemötta på ett bra och respektfullt sätt. Ett par brukare uttryckte att aktiviteterna kunde vara mer personligt anpassade och att man fick möjlighet till aktivitet lite oftare. Alla uttryckte att det fanns respekt för deras självbestämmande i form av att de hade möjligheter att bestämma/vara delaktiga hur de vill ha det. Alla brukare uttryckte även hög grad av respekt och integritet. Vid fråga om de kände till sin genomförandeplan och om de varit delaktiga i upprättandet så svarade samtliga att de inte känner till den. Vid fråga till personal gällande genomförandeplanerna framkom att samtliga har en plan och att den revideras en gång per halvår och att målet är att den enskilde brukaren ska vara delaktig i utformandet. Vid översyn av boendemiljön så konstaterades att samtliga hade en hemlik miljö och att inga signeringslistor kunde observeras i bostaden. Personalen uttryckte sig respektfullt mot brukarna och uppfattades se individen. Vid de intervjuer, som LSS-handläggare ansvarade för, framkom att brukarna är nöjda med insatsen och att det finns inget de vill ändra eller tillägga. De har varit delaktiga vid upprättandet av genomförandeplanen, där deras åsikter är grunden. Personalen uppfattas vara mån om att brukarna ska uppnå självständighet och att de ska vara delaktiga i den vardagliga planeringen kring dem. Brukarna är delaktiga i aktiviteter i huset och har god relation med andra boende samt med personalen. Brukarna känner en trygghet på boendet.

6. Samlad bedömning

Analys

Bedömning: Godkänd



Som helhet får den privata utföraren A&O, Konstantinopel, Skomakaregatan 11 en godkänd bedömning. Vid uppdelning av respektive kvalitetsområde framkommer delbedömningar enligt nedan.

Resultat av den senaste årliga uppföljningen

Delområde	Delbedömning
Patientsäkerhetsberättelsen 2016	Delvis godkänd med förbättringsbehov
Verksamhetsberättelsen 2016	Delvis godkänd med förbättringsbehov
Verksamhetsplan 2017	Godkänd

Ledningssystem

Delområde	Delbedömning
Riskanalys	Godkänd
Egenkontroll	Godkänd
Avvikelsehantering	Godkänd

Ledning och personal

Delområde	Delbedömning
Hur bemanning av legitimerad personal tillgodoses	Godkänd
Bemanning	Godkänd
Kompetensutveckling	Godkänd
Sysselsättningsgrad	Följer kommunens rekommendation
Sammanhållen arbetstid	Följer kommunens rekommendation

Hälsa- och sjukvård

Delområde	Delbedömning
Avtal om läkarmedverkan	Godkänd
Läkemedelshantering	Godkänd
Hjälpmiddel – medicintekniska produkter	Godkänd
Vårdhygien	Inte godkänd med brister som kräver åtgärdsplan
Delegering	Godkänd
Uppföljning – nationella kvalitetsregister	Godkänd

Dokumentation

Delområde	Delbedömning
Journal enligt SoL	Inte godkänd med brister som kräver åtgärdsplan
Genomförandeplan enligt SoL	Inte godkänd med brister som kräver åtgärdsplan
Patientjournal och vårdplan enligt HSL	Inte godkänd med brister som kräver åtgärdsplan

Samverkan

Delområde	Delbedömning
Informationsträffar för brukare och anhöriga	Godkänd
Kontaktman	Godkänd

Lokaler och utrustning

Delområde	Delbedömning
Lokaler och utrustning	Godkänd

Mat och måltidsmiljö

Delområde	Delbedömning
Kvalitet på maten – rutiner och stickprov	Delvis godkänd med förbättringsbehov
Måltider – två rätter till lunch och social måltid	Delvis godkänd med förbättringsbehov
Måltidsmiljön och hur måltiderna serveras	Godkänd

Individnivå

Delområde	Delbedömning
Enskilda brukares upplevelser av insats	Godkänd

Ekonomi

Delområde	Delbedömning
Tillstånd	Godkänd
Arbetsgivaransvar – skattsedel	Godkänd
Arbetsgivaransvar - arbetsgivaravgifter	Godkänd
Försäkringar	Godkänd

Förbättringsområden

- Patientsäkerhetsberättelse
- Verksamhetsberättelse
- Vårdhygien
- Dokumentation
- Mat och måltidsmiljö

Åtgärd med anledning av genomförd uppföljning

- Ta fram en åtgärdsplan för arbetet med vårdhygien och redovisa resultat i samband med patientsäkerhetsberättelsen för 2017.
- Ta fram en åtgärdsplan för arbetet med dokumentation enligt socialtjänstlagen, lagen om vård och stöd till vissa funktionshindrade och patientjournalagen samt redovisa resultat i samband med verksamhetsberättelsen för 2017.