

Mottagare för AKTUELL Vård - och omsorgsboende 2023

Respondent

Namn: Broby Gård

E-post: BrobyGård

Svar inkom: 2023-05-04 11:32

Resultat

5	Verksamhetens regiform: (Verksamhetens regiform) Privat regi
6	Inriktning: (Inriktning) Demens
7	Adress: (Adress) Broby Gård 3, 187 70 Täby
8	Verksamhetschef/enhetschef: (Verksamhetschef/enhetschef) Marco Maraboli
9	Telefon: (Telefon) 076-621 72 97
10	Antal lägenheter totalt: (Antal boende totalt) 54
11	Antal boende från Stockholms stad: 8
12	Uppföljningen utförd av: Dragana Pajkic, avtalshandläggare, Spånga-Tensta SDF och Marita Johansson, MAS, Spånga-Tensta SDF.
13	Från utföraren medverkade: Marco Maraboli/verksamhetschef, Johanna Backlund/sjuksköterska, Denis Taskiran/sjuksköterska, Anna-Karin/sjukgymnast.
14	Datum för uppföljningen (åå/mm/dd): 2023-05-03
16	Sammanfattning: Verksamheten bedöms ha de förutsättningar som krävs för att bedriva en god och säker vård och omsorg. Hälso- och sjukvårdspersonal finns tillgänglig hela dygnet.
17	a) Följande brister finns vid denna uppföljning: Inga.
18	b) Följande brister är kvarvarande sedan föregående verksamhetsuppföljning:
19	Bristerna skall vara åtgärdade senast (åå/mm/dd):
21	Ekonomi och administration: (Ekonomi och administration)

Avvikelseberättelser, inklusive underlag för räkning till kund, är tillfredsställande

Fakturorna ger tillräckligt underlag för betalning

22 Eventuella kommentarer avseende ekonomi och administration:

Följer Stockholms stads fakturering.

24 Ledning: (Verksamhetschef)

Tillståndet överensstämmer med faktiska förhållanden, inkl. namngiven chef

Verksamhetschef enligt 4 kap 2§ hälso- och sjukvårdslagen är utsedd

Arbetsledning dygnet runt är tydligt utpekad i den lokala rutinen

Information om verksamheten på Stockholms stads hemsida stämmer

25 Eventuella kommentarer avseende ledning:

Verksamheten har lämnat in skriftligt meddelande till IVO om ändring som avser tillfällig föreståndare Marco Maraboli. Verksamhetschefen har ansvaret för att verksamheten uppfyller ställda krav utifrån god och säker vård. Verksamhetschefen ansvarar för att legitimerad personal har rätt kompetens. Verksamhetschefen leder tillsammans med lokala ledningsgruppen det dagliga arbetet vid verksamheten.

27 Hälso- och sjukvårdspersonal: (Hälso- och sjukvårdspersonal)

Sjuksköterska finns enligt 11 kap 4§ hälso- och sjukvårdslagen (motsvarande MAS)

De enskilda har en utsedd omvårdnadsansvarig sjuksköterska

28 Antal sjuksköterskor dag/kväll omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler): (Antal sjuksköterskor dag/kväll)

3,5

29 Antal sjuksköterskor natt omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler): (Antal sjuksköterskor natt)

30 Antal arbetsterapeuter omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler): (Antal arbetsterapeuter)

0,5

31 Antal sjukgymnaster/fysioterapeuter omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler): (Antal sjukgymnaster)

0,5

32 Tillgång finns till sjuksköterska under vardagar med en inställetid som inte överstiger 30 minuter genom:

Sjuksköterska på plats Dag

Mobilt team Kväll Natt

33 Tillgång finns till sjuksköterska under helger med en inställetid som inte överstiger 30 minuter genom:



34 Eventuella kommentarer avseende hälso- och sjukvårdspersonal:

Verksamheten har sjuksköterskebemanning på plats mellan 07:00-16:00 måndag – söndag, övrig tid 16:00-07:00 finns Klara Kompetens tillgänglig via telefon, sjuksköterskor kommer till verksamheten om det behövs. Fysioterapeut och arbetsterapeut besöker verksamheten 2-3 gånger i veckan. Verksamheten har dialog med Klara kompetens som förser Broby Gård med rehab personal.

36 Antal omvårdnadspersonal dag/kväll omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler): (Antal vårdbiträden/undersköterskor dag/kväll)

34

37 Antal omvårdnadspersonal natt omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler): (Antal vårdbiträden/undersköterskor natt)

6

38 Andel timanställd omvårdnadspersonal, angivet i procent (inga decimaler): (Andel timanställd omsorgspersonal)

15

39

Andel omvårdnadspersonal med adekvat utbildning, angivet i procent (inga decimaler):

80

40

Eventuella kommentarer avseende omvårdnadspersonal:

Under 2022 har flertal underskötskor ansökt om att utbilda sig till specialistunderskötskor inriktning demens. Flera vårdbiträden har bett om assistans för att ta del av Äldreomsorgslyftet för att utbilda sig till undersköterskor. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska är ansvarig för att ta med samtliga medicinavikelser till team mötet för en gemensam analys i teamet. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska upprättar handlingsplan och under team möten tas eventuella risker upp.

42

7. Rutiner och dokument:

1) Introduktion av nyanställd personal	Finns
2) Gemensam plan för kompetensutveckling	Finns
3) Beskrivning av enhetens värdegrundsarbete	Finns
4) Uppmärksamma hot och våld i nära relation och hedersrelaterat våld och förtryck	Finns
5) Information till nyinflyttad	Finns
6) Kontaktmannaskap	Finns
7) Hantering av privata medel eller motsvarande	Finns
8) Hantering av nycklar eller motsvarande	Finns
9) Förebyggande och behandling av undernäring enligt HSLFS 2022:49	Finns
10) Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	Finns
11) Uppsökande verksamhet med munhälsobedömning samt nödvändig tandvård	Finns
12) Fotsjukvård	Finns
13) Medicintekniska produkter i enlighet med HSLF FS 2021:52	Finns
14) Smittförebyggande arbete i enlighet med HSLF-FS 2022-44 och SOSFS 2015:10 samt handlingsprogram för att minska vårdrelaterade infektioner	Finns
15) Läkemedelshantering i enlighet med HSLF-FS 2017:37	Finns
16) Vård i livets slutskede i enlighet med Nationellt vårdprogram för palliativ vård	Finns
17) Aktuell Patientsäkerhetsberättelse	Finns

43

Eventuella kommentarer avseende rutiner och dokument:

Verksamheten har tydliga rutiner som ger en bra beskrivning.

44

8. Samverkan:

Rutiner för intern samverkan finns Ja

Rutiner för extern samverkan finns Ja

Fungerande tvärprofessionellt teamarbete för en personcentrerad vård och omsorg kring de enskilda Ja

45 Eventuella kommentarer avseende samverkan:

Verksamhetschefen ansvarar för upprättande av struktur och organisation för samverkan mellan professioner på verksamheten. Arbets sättet för samverkan mellan verksamhetschef, legitimerad personal samt omsorgspersonal grundar sig på allas ansvar för de egna arbetsuppgifterna och tydlighet. Arbets sättet för samverkan mellan olika involverade parter/aktörer grundar sig på en tydlighet i roll och ansvar som syftar till hög patientsäkerhet. Verksamheten har råd och möten för olika områden exempelvis kvalitetsråd, APT (arbetsplatsträffar), måltidsråd, aktivitetsråd och team-möten. Verksamhetschefen ansvarar att det finns en god samverkan och informationsöverföring mellan medarbetarna som finns runt den enskilde. Tvärprofessionella team möten hålls var fjortonde dag. Verksamheten har reflektionsmöten en gång i månaden, det är demensombuden som går på dessa möten. Informationsöverföring sker under strukturerade former både muntligt genom överrapportering och skriftligt genom dokumentation i Safe-Doc.

46 9. Riskanalys:

Rutiner för riskanalys finns Ja

Resultaten från riskanalyser används systematiskt för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet Ja

47 Eventuella kommentarer avseende riskanalys:

Verksamhetschefen är ansvarig för att säkerställa att riskbedömning görs samt att alla berörda medarbetare informeras av om eventuella risker. Riskbedömning genomförs vid team-möten eller där alla yrkeskategorier kring den enskilde medverkar. Alla medarbetarna har genomgång av riskbedömningarna och åtgärder/aktiviteter/handlingsplaner. Verksamheten arbetar kontinuerligt med uppföljning av risk och konsekvensanalyser relaterad till snabba lägesförändringar som kräver snabba omställningar i all arbetet kring boende och anhöriga.

48 10. Avvikelsehantering:

Rutiner för avvikelsehantering finns Ja

Rutiner för synpunkts- och klagomålshantering finns Ja

Rutiner för rapportering, utredning och anmälan av missförhållanden till IVO (Lex Sarah) finns Ja

Rutiner för rapportering, utredning och anmälan av vårdskada till IVO (Lex Maria) finns Ja

Avvikelser, klagomål och synpunkter används systematiskt för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet Ja

49 Eventuella kommentarer avseende avvikelsehantering:

Inom verksamheten har alla medarbetare kännedom om rutiner för rapportering av avvikelser och skyldighet att rapportera och direkt åtgärda den händelse. När en avvikelse bedöms allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef. Processen med avvikelsehantering görs via Qmaxit, Vardagas kvalitetsmodul. All personal har tillgång till Qmaxit i vilket personal skriver avvikelser i systemet, åtgärder, uppföljning och förbättringsförslag- och arbete hanteras där. Avvikelser och förbättringsförslag bearbetas på kvalitetsråd som hålls månadsvis. I Qmaxit, avvikelsehanteringssystemet registreras avvikelserna, systemet är välkänt för alla medarbetare.

50 11. Egenkontroll:

Rutiner för egenkontroller finns Ja

Resultaten från egenkontroller används systematiskt för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet Ja

Resultaten från externa uppföljningar används systematiskt för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet Ja

Den sociala dokumentationen (SOSFS 2014:5) uppfyller ställda krav Ja

Hälso- och sjukvårdsdokumentationen (PDL 2008:355, HSLF-FS 2016:40) uppfyller ställda krav Ja

51 Eventuella kommentarer avseende egenkontroll:

Verksamheten genomför i enlighet med Vardagas styrdokument egenkontroll två gånger per år. Egenkontroll av HSL dokumentation genomförs 2 gånger/år av legitimerad personal. Under 2022 har verksamheten haft kvalitetstillsyn. Verksamhetschefen väljer hur och i vilken form gruppchefen ska ansvara för besvarandet av egenkontrollfrågorna tillsammans med medarbetarna. Genom egenkontroll säkras verksamhetens kvalitet. Medarbetarna kontrollerar dagligen sitt utförda arbete, med stöd av rutiner och checklistor i ledningssystemet. Verksamhetschef och gruppchefer gör stickkontroller för att se till att omvårdnadspersonal dokumenterar som överenskommet. Sjuksköterskorna går igenom checklistor för HSL-dokumentation för att säkerställa att dokumentation görs korrekt.

52 12. Processer och förankring:

Verksamhetens huvudprocesser är identifierade Ja

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är tydliggjord Ja

53 Eventuella kommentarer avseende processer och förankring:

Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete består under året av flera aktiviteter där alla medarbetare är delaktiga. Verksamhetschefen återkopplar till medarbetarna det utvecklingsarbetet som sker på relevanta möten, kvalitetsråd och arbetsplatsträffar. Medarbetarna är delaktiga i processen.

54 13. Nationella kvalitetsregister:

Enheten registerar i Senior alert

Enheten registerar i Svenska palliativregistret

Enheten tillämpar det arbetssätt som anges i BPSD (Registret för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) i förekommande fall

55 Eventuella kommentarer avseende kvalitetsregister:

Sjuksköterskor dokumenterar i Senior Alert. Sjuksköterskor arbetar även med BPSD och Svenska palliativregistret.

57 Stimulans: (Stimulans)

Utföraren erbjuder daglig utevistelse

Utföraren erbjuder en större aktivitet minst en gång i veckan

Utföraren erbjuder minst två aktiviteter per dag

Individuella aktiviteter erbjuds

58 Mat och måltider: (Mat och måltider)

Verksamheten har tillgång till kompetens i kost- och nutritionsfrågor genom dietist

Mat och måltider är i möjligaste mån individuellt anpassad och utgår från den enskildes behov

Måltiderna är jämnt fördelade över dygnet, med tre måltider (frukost, lunch och middag) samt två till tre mellanmål.

Nattmål och förukost erbjuds vid behov.

59 Lokaler och utrustning: (Lokaler och utrustning)

Utföraren tillhandahåller och bekostar den medicinska och medicintekniska utrustningen, utrustning för behandling och sjukgymnastik och övrig utrustning samt arbetsredskap, hjälpmedel, inkontinenshjälpmedel m.m. som åtgår för att fullgöra åtagandet

Utföraren tillhandahåller kostnadsfritt förbrukningsartiklar såsom tvätt- och städartiklar, glödlampor, toalettpapper, engångsmaterial

Lägenheter/rum och gemensamma utrymmen städas och vårdas så att krav på hygien och trivsel upprätthålls

Utföraren har en komplett städplan för storstädning i gemensamhetslokalerna

60 Eventuella kommentarer avseende boende och service:

Kontaktpersonen städar varje vecka den enskildes lägenhet. Det finns även tillsynsstädning dagligen. Gemensamma lokaler städas av en städfirma två gånger i veckan och storstädning en gång per år.