

Mottagare för AKTUELL Vård - och omsorgsboende 2023

Respondent

Namn: Ersta Sarahemmet

E-post: ErstaSarahemmet

Svar inkom: 2023-05-09 09:07

Resultat

5	Verksamhetens regiform: (Verksamhetens regiform) Privat regi
6	Inriktning: (Inriktning) Somatisk Demens
7	Adress: (Adress) Storkällans Väg 2, 138 40 Älta
8	Verksamhetschef/enhetschef: (Verksamhetschef/enhetschef) Elisabeth Forssén
9	Telefon: (Telefon) 08-714 64 00
10	Antal lägenheter totalt: (Antal boende totalt) 54
11	Antal boende från Stockholms stad: 11
12	Uppföljningen utförd av: Isabelle Wall, verksamhetscontroller Bintou Traoré Tent, MAS
13	Från utföraren medverkade: Elisabeth Forssén, verksamhetschef Johanna Modée, områdesövergripande verksamhetschef Maria Hellström, arbetsterapeut Sabina Westman, sjuksköterska och ansvarig verksamhetschef för HSL Lena Söderström, undersköterska Petra Holmberg, enhetschef Enskilt gruppsamtal genomfört med tre undersköterskor.
14	Datum för uppföljningen (åå/mm/dd): 2023/05/09
16	Sammanfattning: Utifrån de underlag som har legat till grund för uppföljningen är bedömningen att verksamheten uppfyller de krav som ställs, och bedöms därmed ha förutsättningar att ge en god vård och omsorg. Sarahemmet har en vacker och välkomnande utom- och inomhusmiljö. Boendet öppnade i maj 2018 och är byggd utifrån de boendes behov. De boende får ta med sig sina husdjur vid inflyttning, vilket påverkar de äldre positivt och bidrar till en ökad trygghet. Sarahemmet har tillstånd att sälja platser till personer under 65 år. I dagsläget har boendet två stycken med ålder under 65 år. Verksamheten har sedan förra uppföljningstillfället arbetat med att implementera rutiner och arbetssätt. I samtal med medarbetare framkommer att de har förtroende för ledningen och att de känner sig trygga med upparbetade arbetssätt. Både ledningen och medarbetare beskriver ett välfungerande tvärprofessionellt teamarbete. Verksamheten arbetar systematiskt med egenkontroller och riskanalyser. Analys av kontroller och resultat genomförs och åtgärdsplaner tas fram vid behov. Verksamheten har vidareutvecklar arbetet med avvikelshantering, vilket bekräftas i samtal med medarbetare. Verksamhetschef har själv identifierat ett behov av kompetenshöjande insatser kopplat till förståelse och utredning av lex Sarah inom ledningsgruppen. I verksamhetens övergripande utbildningsplan för 2023 finns lex Sarah-utbildning inbokat för chefer. Verksamheten har en tydlig rutin för social dokumentation enligt SoL samt en för HSL. Uppvisade egenkontroller visar på ett visst utvecklingsbehov av dokumentationen. Verksamheten bedöms arbeta för att åtgärda bristerna i dokumentationen. Verksamheten har utsedda palliativa ombud och all personal ska fortbildas inom palliativ vård under 2023. BPSD används inom verksamheten. Enligt medverkande omvårdnadspersonal fungerar arbetet med BPSD bra.
17	a) Följande brister finns vid denna uppföljning:

- Gemensam plan för kompetensutveckling finns men behöver kompletteras med uppgifter om antal personer per yrkeskategori som omfattas av respektive kompetenssatsning. - Rutin för egenkontroller. Listan över egenkontroller som verksamheten utför årligen behöver revideras. - Rutin för uppmärksamma hot och våld i nära relation och hedersrelaterat våld och förtryck. Rutin finns delvis, det saknas avsnitt om hedersrelaterat våld och förtryck. Rutinen är under revidering hos verksamhetens kvalitetsavdelning. Bristen ska vara åtgärdad senast vid nästa uppföljningstillfälle. 2023-06-14: Verksamheten har kompletterat efter verksamhetsuppföljningen. Bristerna bedöms vara åtgärdade.

18 b) Följande brister är kvarvarande sedan föregående verksamhetsuppföljning:

-

19 Bristerna skall vara åtgärdade senast (åå/mm/dd):

2023/06/14

21 Ekonomi och administration: (Ekonomi och administration)

Avvikelsesrapporteringen, inklusive underlag för räkning till kund, är tillfredsställande

Fakturorna ger tillräckligt underlag för betalning

22 Eventuella kommentarer avseende ekonomi och administration:

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:

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)

3,85

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

0

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

1

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:

Sjuksköterska på plats

Dag

Mobilt team

Kväll Natt

34 Eventuella kommentarer avseende hälso- och sjukvårdspersonal:

Noterat att siffrorna för antal sjuksköterskor dag/kväll avser sjuksköterskor på dagtid. Kvällstid från kl. 16:00 arbetar sjuksköterskepatrull. Under kvällar och nätter anlitas ett mobilt team, därav är antal sjuksköterskor natt omräknat till heltidsanställningar 0.00.

36

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

30,22

37

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

7,9

38

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

17

39

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

92

40

Eventuella kommentarer avseende omvårdnadspersonal:

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 delvis

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

43 Eventuella kommentarer avseende rutiner och dokument:

Rutin och checklistor för Introduktion av nyanställd personal finns. Verksamheten rekommenderas att förtydliga att information om lex Sarah-rapportering ingår i introduktionen, förslagsvis som en punkt i checklistan. Gemensam plan för kompetensutveckling finns men behöver kompletteras med uppgifter om antal personer per yrkeskategori som omfattas av respektive kompetenssatsning. 20203-06-14: Komplettering har inkommit. Rutin bedöms finnas. Rutin för uppmärksamma hot och våld i nära relation och hedersrelaterat våld och förtryck. Rutin finns delvis, det saknas avsnitt om hedersrelaterat våld och förtryck. Rutinen är under revidering hos verksamhetens kvalitetsavdelning. Bristen ska vara åtgärdad senast vid nästa uppföljningstillfälle.

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:

Verksamheten har en sammansatt rutin för intern och extern samverkan. Uppgifter om vem som ska kontaktas om sjuksköterska inte är på plats samt aktuella telefonnummer återfinns i en pärm på respektive avdelning. Verksamheten uppvisar resultat från egenkontroll av dokumentation och teamarbete. Analysen visar på ett fungerande tvärprofessionellt teamarbete, visst utvecklingsbehov finns till exempel att dokumentera information på rätt ställe. Analysen visar på att en orsak kan vara bristande kunskap hos personalen om vilka uppgifter som ska dokumenteras i genomförandeplan, hälsoplaner respektive löpande dokumentation. Verksamheten har påbörjat ett förbättringsarbete under mars månad utifrån resultaten i egenkontrollen.

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:

Verksamhetschef beskriver arbetet med riskanalyser och uppvisar genomförd riskanalys.

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:

Verksamhetschef redogör för arbetet med synpunkter och klagomål. Hittills i år har verksamheten fått in tre-fyra synpunkter och klagomål. Verksamheten uppmanar både boende och anhöriga att inkomma med synpunkter. Enligt verksamhetschef fungerar avvikelsehanteringen bra, verksamheten rapporterar avvikelser kontinuerligt. Arbetet med avvikelsehantering bekräftas i enskilt samtal med medarbetare. Enligt verksamhetschef har verksamheten rapporterat och utrett enligt lex Sarah under år 2022. Verksamhetschef har själv identifierat ett behov av kompetenshöjande insatser kopplat till förståelse och utredning av lex Sarah-rapporter inom ledningsgruppen. I verksamhetens övergripande utbildningsplan för 2023 finns lex Sarah-utbildning inbokat för chefer.

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:

Rutin för egenkontroller finns. Rutinen behöver kompletteras med att "aktiviteter" listas under de egenkontroller som verksamheten utför. 2023-06-14: Verksamheten har kompletterat, rutinen bedöms finnas. Resultat från externa uppföljningar används och analyseras av ledningsgrupp och av medarbetare på bl.a. APT. Förra årets brukarundersökning presenterades även för de boende som sedan fick komma med förbättringsförslag. Verksamheten har en tydlig rutin för social dokumentation enligt SoL. Egenkontroll av social dokumentation uppvisas. Enligt analys av resultat så är verksamhetens styrkor att datum för upprättning av genomförandeplan finns med, det är beskrivet vilka som deltagit, vad boende behöver hjälp med samt när insatsen ska ges och hur. Brister som uppmärksammats är att det saknas information om när uppföljning av genomförandeplan ska ske, hur den enskilde är delaktig, att begränsningsåtgärder inte finns inte beskrivna i genomförandeplan samt vad den boende kan göra själv. Verksamheten uppvisar egenkontroll av HSL-dokumentation. Enligt resultat och analys saknades namn på omvårdnadsansvarig sjuksköterska, resultat och riskbedömningar i senior alert var inte uppdaterat enligt rutin. Förbättringsområden som identifierats är att förbättra introduktionen av ny rehabpersonal och sjuksköterskor. Verksamheten har påbörjat förbättringsarbetet.

52 12. Processer och förankring:

Verksamhetens huvudprocesser är identifierade Ja

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är tydliggjord Ja

53 Eventuella kommentarer avseende processer och förankring:

54 13. Nationella kvalitetsregister:

Enheten registrerar i Senior alert

Enheten registrerar 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:

Verksamheten har utsedda palliativa ombud. All HSL-personal ska gå utbildning i palliativ vård via PKC under året. Även all omvårdnadspersonal kommer under året erbjudas utbildning via PKC. BPSD används inom verksamheten. Personal registrerar i systemet. Enligt medverkande omvårdnadspersonal fungerar arbetet med BPSD bra.

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 förfrukost 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:

Verksamheten har en undersköterska som arbetar som aktivitetssamordnare. I enskilt samtal med medarbetarna beskriver de hur verksamheten arbetar för att fånga de boendes önskemål om aktiviteter och utevistelse. De beskriver utforskande samtal och att levnadsberättelsen är ett stöd. Individuella behov och önskemål dokumenteras i genomförandeplanen. På Sarahemmet får de boende ta med sig sina husdjur, vilket påverkar de äldre positivt och bidrar till en ökad trygghet.