Mottagare för AKTUELL Vård - och omsorgsboende 2023

Respondent

Namn: Höstfibblan

E-post: Höstfibblan

Svar inkom: 2023-10-03 16:42

Resultat

5 **Verksamhetens regiform: (Verksamhetens regiform)**

Privat regi

6 **Inriktning: (Inriktning)**

Somatisk

7 **Adress: (Adress)**

Korsvägen 28, 183 30 TÄBY

8 **Verksamhetschef/enhetschef: (Verksamhetschef/enhetschef)**

Marie Eriksson

9 **Telefon: (Telefon)**

076-621 77 19

10 **Antal lägenheter totalt: (Antal boende totalt)**

20

11 **Antal boende från Stockholms stad:**

1

12 **Uppföljningen utförd av:**

Dragana Pajkic, avtalshandläggare Spånga-Tensta sdf och Marita Johansson MAS, Spånga-Tensta sdf

13 **Från utföraren medverkade:**

Verksamhetschef Marie Eriksson, gruppchef Térese, gruppchef Jannicke, sjuksköterska Eva

14 **Datum för uppföljningen (åå/mm/dd):**

2023-04-05

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)**

Avvikelserapporteringen, 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:**

Verksamhetschef är ansvarig Mari Eriksson. För HSL// finns ansvarig sjuksköterska. Gruppchefer är ansvarig när verksamhetschef ej är på plats. Medarbetare ansvarig när ingen chef/SSK är på plats. Gruppchef tilldelar ansvaret skriftligt i dagbladspärm. Vid ledighet specificeras vem ur ledningsgruppen som är ansvarig vilka dagar och tider skriftligt. Om gruppchef inte är i tjänst och ansvarig medarbetare kontaktas Vardagas chefsjour.

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)**

1,65

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 inställelsetid som inte överstiger 30 minuter genom:**

Sjuksköterska på plats	Dag
Mobilt team	Kväll Natt

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

Sjuksköterska på plats	Dag
Mobilt team	Kväll Natt

34 **Eventuella kommentarer avseende hälso- och sjukvårdspersonal:**

Det finns ett avtal med mobila teamet Klara Kompetens. Mellan kl. 16-08 varje dag har boendet team Klara sjuksköterskor. Verksamheten har en sjukgymnast och en arbetsterapeut en gång i veckan när behov uppstår. För läkarinsatserna ansvarar Legevisitten hela dygnet. Samverkar också med Vårdhygien Stockholms stad.

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

11

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

4,35

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

20

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

76

40 **Eventuella kommentarer avseende omvårdnadspersonal:**

Alla brukare har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska som har ansvaret för brukaren och dess säkerhet. På verksamheten har sjuksköterskan omvårdnadsansvar för tio brukare var. Omvårdnadspersonal bemannar avdelningen dygnet runt.

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:**

Arbetssättet för intern samverkan mellan verksamhetschef, legitimerad personal samt omsorgspersonal grundar sig på allas ansvar för de egna arbetsuppgifterna och att det finns en tydlighet i roll och ansvar. Viktiga frågor förs alltid tillbaka till verksamhetschef och till arbetsplatsträff där medarbetare är delaktiga. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för helheten för samverkan. Arbetssättet för extern samverkan mellan olika involverade aktörer grundar sig på tydlighet i roll och ansvar samt hög patientsäkerhet. Verksamheten samverkar med andra viktiga yrkesgrupper för den enskilde som till exempel läkarorganisationen Capio Legevisitten, Oral Care, medicinskt fotvård, biståndshandläggare med flera.

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 ansvarar att det finns kända rutiner och arbetsprocesser för att riskbedömningar genomförs och dokumenteras. I samband med påbörjad insats ska verksamhetschefen genomföra riskbedömningar for den enskilde, samt därefter minst 2 ggr/år och vid behov, till exempel vid förändringar runt den enskilde eller i samband med avvikelser. Verksamheten använder sig av olika mötesforum som team-möte, avdelningsmöte och reflektion. Uppstår risker akut kallas det till ett extramöte. Inom team-möte analyseras riskbedömningar för att utifrån den analysen påbörja arbetet med förebyggande åtgärder.

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:**

Alla medarbetare har kunskap om rutiner för rapportering av avvikelser och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef som i sin tur tar ställning om information till överordnad chef och uppdragsgivaren. Kvalitetsrådet är verksamhetschefens forum där det sker systematiskt arbete med att förbättra och identifiera samt bearbeta kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. Informationen återförs till medarbetare, brukare, närstående eller andra berörda.

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	Ja

ställda krav

51 **Eventuella kommentarer avseende egenkontroll:**

Varje år genomförs två omfattande egenkontroller på enheten där medarbetarna är involverade. Medicinskt ansvarig MAS genomför regelbundet kvalitetstillsyn på enheten. Undersköterskornas och vårdbiträdens närmaste arbetsledare följer upp hur dokumentationen sköts och sätter in stöd där behov finns. Resultaten analyseras tillsammans med medarbetare och handlingsplan med åtgärder och planerad uppföljning dokumenteras löpande.

52 **12. Processer och förankring:**

Verksamhetens huvudprocesser är identifierade	Ja
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är tydliggjord	Ja

53 **Eventuella kommentarer avseende processer och förankring:**

Verksamhetschefen har totalansvaret för kvaliteten, leder verksamhetens kvalitetsråd och involverar alla medarbetare i kvalitetsarbetet genom kontinuerliga samtal, olika forum för möten samt genom medarbetarnas delaktighet i egenkontrollen. I ansvaret ingår även att säkerställa att rätt kompetens finns samt att rutiner och arbetsprocesser följs.

54 **13. Nationella kvalitetsregister:**

Enheten registerar i Senior alert

Enheten registerar i Svenska palliativregistret

55 **Eventuella kommentarer avseende kvalitetsregister:**

Höstfibblan är ett somatiskt boende. BPSD används när behov uppstår.

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:**

Personalen ansvarar för städningen av den enskildes lägenhet. De gemensamma utrymmen städas regelbundet. Verksamheten anlitar ett företag för vårstädning och storstädning av gemensamhetslokalerna.