Mottagare för AKTUELL Vård - och omsorgsboende 2023

Respondent

Namn: Humana Norrtälje Hamn

E-post: HumanaNorrtäljeHamn

Svar inkom: 2023-03-01 14:23

Resultat

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

Privat regi

6 **Inriktning: (Inriktning)**

Somatisk

Demens

7 **Adress: (Adress)**

Östra Rögårdsgatan 8

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

Sara Söderling

9 **Telefon: (Telefon)**

073 028 77 05

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

80

11 **Antal boende från Stockholms stad:**

11

12 **Uppföljningen utförd av:**

Pim Karlström, verksamhetscontroller Bintou Traoré Tent, MAS

13 **Från utföraren medverkade:**

Sara Söderling, verksamhetschef Amanda Lundqvist, vårdbiträde Chatrine Hagås, gruppchef Anna Branting, sjuksköterska Helena Lodin, fysioterapeut/aktivitetsansvarig Enskilt samtal genomfördes med totalt fyra personal, blandat omvårdnadspersonal och HSL-personal.

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

2023/06/15

16 **Sammanfattning:**

Humana Norrtälje hamn är ett vård- och omsorgsboende med inriktningarna somatisk samt demens för personer över 65 år. Verksamheten har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som är anpassat för verksamheten och som delvis innehåller de processer och rutiner som är nödvändiga för att upprätthålla en god kvalitet. Verksamhetens styrkor ligger i arbetet kring mat och måltider, firande av högtider samt större aktiviteter för de boende. Personalen uttrycker stolthet särskilt över huset och lokalerna samt öppenheten och friheten för de boende. Verksamheten är centralt beläget i Norrtälje och inryms i en nybyggd fastighet som är väl anpassad för verksamhetens behov. Identifierade brister framgår av nedanstående punkt och vidare i aktuellt dokument i sin helhet. Avtalsförvaltare på Äldreförvaltningen ansvarar för vidare uppföljning av identifierade brister. Verksamhetsbesök genomfördes den 15 juni. Verksamheten mottog återkoppling med identifierade utvecklingsområden den 22 juni. Avtalsförvaltare på Äldreförvaltningen fick även ta del av aktuell återkoppling samma datum. Tid för återkoppling och komplettering gavs till och med den 21 augusti.

17 **a) Följande brister finns vid denna uppföljning:**

Efter inkommen komplettering ombads verksamhetschef att granska QS-mall och därefter inkomma med begäran om justeringar eller med ett godkänt. Verksamheten inkom då ånyo med kompletteringar i form av reviderade rutiner/arbetssätt samt genomförda egenkontroller. Reviderade rutiner avser: aktiviteter, tandvård, läkemedelshantering, samverkan med externa aktörer och teammöte. Egenkontroller avser: delegering och medicintekniska produkter. Implementering av nytt arbetssätt avser verksamhetens värdegrundsarbete. Då dessa inkommit efter överenskommet datum har dessa inte granskats och heller inte vägts in i bedömningen. Brister som framkommit och åtgärdats genom komplettering i samband med uppföljningen framgår under respektive punkt i aktuellt dokument. Nedan brister kvarstår efter uppföljning.

Rutiner och dokument (punkt 7): - Verksamheten uppvisar styrdokument samt lokal rutin gällande våld i nära relation. Information om möjligheter till stöd vid önskan om kontakt med polis vid våldsutsatthet samt med kontaktuppgifter till beställande nämnd saknas. - Verksamheten uppvisar styrdokument gällande munhälsa och tandvård. Information om munvårdskort saknas. - Verksamheten uppvisar rutin för läkemedelshantering. Verksamheten har ombetts att göra vissa justeringar i rutin vilket framgår av aktuellt dokument. Samverkan (punkt 8): - Verksamheten saknar skriftlig rutin gällande informationsöverföring eller annan intern samverkan. - Verksamheten kan inte uppvisa tillfredsställande rutin gällande extern samverkan. Sammanfattningsvis behöver listade samverkanspartners samt arbetssätt framgå av rutin. - Verksamheten kan inte uppvisa tillfredsställande rutin gällande teammöten. Sammanfattningsvis behöver syfte, arbetssätt, avsatt tid, ansvarsfördelning och informationsöverföring framgå av rutin. Riskanalys (punkt 9): - Verksamheten kan inte uppvisa tillfredsställande rutin gällande riskanalyser. Sammanfattningsvis saknas tillräcklig information om arbetssätt, information om hur arbetsdokument ska användas, information om hur dokumentation ska ske samt hur verksamheten säkerställer att riskanalyser genomförts. Avvikelsehantering (punkt 10): - Verksamheten uppvisar rutiner för avvikelsehantering. Verksamheten rekommenderas att tydliggöra tillgänglig information/rutin samt utveckla arbetssättet. - Verksamheten uppvisar rutin för synpunkts- och klagomålshantering. Verksamheten har ombetts att inkomma med en åtgärdsplan för att arbeta med att implementera dokumentation av synpunkter, klagomål och avvikelser löpande i verksamheten då detta för närvarande saknas. Egenkontroller (punkt 11): - Verksamheten kan inte uppvisa tillfredsställande rutin gällande egenkontroller (uppvisar årshjul i ledningssystem). Sammanfattningsvis saknas tillräcklig information om arbetssätt, information om hur arbetsdokument ska användas samt information om hur dokumentation ska ske. Verksamheten har ombetts att inkomma med valda egenkontroller under 2023 för att kunna uppvisa arbetssättet i praktiken men inte gjort detta. - Verksamheten saknar rutin för hur resultaten från externa uppföljningar ska användas systematiskt. - Verksamheten uppvisar granskning av HSL- samt SoL-dokumentation som genomförts år 2023. Av granskning framgår att verksamheten upptäckt återkommande brister i dokumentationen. En handlingsplan gällande dokumentationen (HSL + SoL) pågår i samråd med Norrtälje kommun och uppföljning som genomförts tidigare under 2023. Verksamheten har ombetts att inkomma med aktuell handlingsplan men har inte kunnat göra detta med hänvisning till att den ej färdigställts. Nationella kvalitetsregister (punkt 11): - Verksamheten tillämpar inte det arbetssätt som anges i BPSD. Verksamheten har inkommit med åtgärdsplan för arbetet enligt begäran. Boende och service (punkt 14): - Verksamheten saknar rutin som anger hur rättigheten till utevistelse följs i verksamheten. - Verksamheten saknar rutin som anger arbetssätt för att gemensamma och individuella aktiviteter erbjuds och anordnas. Verksamheten har ombetts att inkomma med åtgärdsplan för att kunna tillförsäkra de boende två dagliga aktiviteter varje dag.

18 **b) Följande brister är kvarvarande sedan föregående verksamhetsuppföljning:**

Då verksamheten startade år 2021 är aktuell verksamhetsuppföljning den första som genomförs av Stockholms stad.

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

Uppföljning av ovanstående har lämnats till avtalsförvaltare på Äldreförvaltningen den 13 oktober 2023.

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:**

Ekonomi och administration är granskad av administrativ assistent på Skarpnäcks SDF den 230227. Av återkoppling framgår att underlaget motsvarar de krav som framgår av Av stadens krav.

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:**

- Sjuksköterska arbetsleder delvis. Verksamheten använder sig av chefsjour kl 16:30-07:00 nästkommande dag.

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)**

3,57

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)**

0,6

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

0,75

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:**

- Verksamheten har tillgång till MAS via Humana. - Dagtid, måndag till söndag, finns sjuksköterska på plats. Övrig tid (kväll och natt) bemannas verksamheten av sjuksköterska från L&D Care i samråd med jourläkare.

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

38,2

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

7,96

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

35

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

76

40 **Eventuella kommentarer avseende omvårdnadspersonal:**

- Verksamheten har även 4,3 åa servicepersonal (omräknat till heltidsanställningar) dagtid som utför sysslor så som matlagning, städ av kök, beställning av livsmedel/mat samt upp plock av varor. De är även med i lättare aktiviteter med våra boende. - Information om andel timanställd omvårdnadspersonal samt andel omvårdnadspersonal med adekvat utbildning saknas i samband med verksamhetsbesök. I samband med granskning av komplettering den 21 augusti framgår att andel timanställd omvårdnadspersonal i procent är 35 %. Andel omvårdnadspersonal med adekvat utbildning är 76 % (endast räknat med utbildade undersköterskor, ej utbildade vårdbiträden)

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 delvis
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 delvis
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 använder sig av Humanas ledningssystem Parus. Humanas kvalitetsledning bistår med styrdokument. Följande utvecklingsområden uppmärksammades kopplade till rutiner och dokument: - Genom Humana och utbildningsportalen Lärtorget finns tillgång till såväl information om varje medarbetares kompetensutveckling som utbildningsmaterial. Verksamhetschef berättar i samband med verksamhetsbesök att fyra utbildningar är obligatoriska för medarbetarna årligen (basal hygien, lex Sarah, hållbarhet samt GDPR) och att översyn av samtlig personal finns genom Lärtorget. Verksamhetschef berättar att verksamheten påbörjat genomförande av utbildningar gemensamt under APT samt att utbildning i social dokumentation, fallprevention samt munvård planeras under 2023. Delegeringsutbildningar samt övrig kompetensutveckling kan genomföras via Lärtorget i samråd med verksamhetschef. Verksamhetschef berättar att tidigare anställda ligger kvar på Lärtorget ”ett bra tag” efter avslutad anställning varpå verksamheten rekommenderas att se över detta relaterat till GDPR. Verksamheten rekommenderas även att se över status på medarbetares obligatoriska utbildningar årligen så att dessa genomförs enligt verksamhetens egna mål. - Verksamhetschef berättar i samband med verksamhetsbesök att verksamhetens värdegrundsarbete nyligen påbörjats och att de haft gemensamt arbete kring vision/genomgång av vision. Gruppchef och verksamhetschef uppger att verksamheten diskuterat värdeord samt har affischer som ska sättas upp inom verksamheten. Humanas vision är ”alla har rätt till ett bra liv” och verksamhetens värdeord är ”glädje, engagemang och ansvar”. Verksamheten planerar att utse värdegrundsledare. Verksamheten ombeds att inkomma med skriftlig rutin/dokument gällande verksamhetens värdegrundsarbete samt planering av implementering av värdegrundsarbetet. I samband med granskning av komplettering den 21 augusti framgår att verksamheten inkommit med årsplanering för lokalt värdegrundsarbete upprättat av Humanas kvalitetsledning (utfärdad 2021). Dokument där implementering av värdegrundsarbetet framgår saknas dock. - Verksamheten uppvisar styrdokument samt lokal rutin gällande våld i nära relation. Av styrdokument framgår information om de olika våldsformerna. Av stadens krav framgår att personalen ska ha kunskaper om hur man känner igen tecken på våld och förhållningssätt vid dessa situationer samt kännedom om vilket stöd och skydd som finns. Verksamheten ombeds att komplettera lokal rutin med information om möjligheter till stöd vid önskan om kontakt med polis vid våldsutsatthet samt med kontaktuppgifter till beställande nämnd (Norrtälje kommun samt Stockholms stad). Ovanstående saknas i samband med granskning av inkommen komplettering den 21 augusti. - Verksamheten uppvisar information till nyinflyttad. Verksamheten rekommenderas att komplettera denna information med kontaktuppgifter till sjuksköterska. Verksamheten rekommenderas även att de över de arbetsdokument (rutin + checklista) som används av personalen i samband med ny boende/inflytt och föra samman informationen i ett dokument för tydlighet i processen. - Verksamheten uppvisar styrdokument gällande kontaktmannaskap. Av befintligt dokument framgår att dokumentet ”Uppföljning av kontaktman” används. Verksamhetschef saknar kännedom om sådant dokument och kan ej uppvisa detta dokument i ledningssystemet varpå rekommendation ges om att justera informationen i styrdokument ges. - Verksamheten kan uppvisa rutin som avser hantering av nycklar. Verksamhetschef berättar att personalen har ”taggar” till dörrar samt tillgång till huvudnyckel på varje våningsplan (öppnas med personlig kod). De boende har klocka som läser av ”rätt” dörr när boende tar i handtaget och kommer således endast in i sin egen lägenhet. Huvudnyckel finns även på sjuksköterskeexpedition. Verksamhetschef berättar att nycklar till läkemedelsskåp endast får handhas av legitimerad sjuksköterska. Av stadens krav framgår att verksamheten ska ha skriftliga rutiner för handhavande av nycklar såväl för de enskildas lägenheter som för andra lokaler. Verksamheten ombeds att inkomma med rutin/dokument alt. komplettera befintlig rutin med information om personalens ”taggar”, information vid händelse som föranleder behov av huvudnyckel, information om nycklar till läkemedelsskåp samt hantering genom sjuksköterska/personal med delegering. I samband med granskning av komplettering den 21 augusti framgår att ovanstående åtgärdats. - Verksamheten uppvisar styrdokument gällande munhälsa och tandvård i samband med verksamhetsbesök. Verksamhetschef samt sjuksköterska berättar att checklista används i samband med inflytt av ny kund varpå munhälsobedömning genomförs genom Oral Care. Verksamheten ombeds upprätta lokal rutin med information om hur och när munhälsobedömning sker samt hur verksamheten säkerställer att personalen efterföljer instruktionerna på munvårdskortet. I samband med granskning av komplettering den 21 augusti framgår att rutin som avser instruktion för tandvård inkommit. Information om munvårdskort saknas i aktuell rutin. - Verksamheten uppvisar rutin för läkemedelshantering i samband med verksamhetsbesök. Verksamheten ombeds se över rutin för läkemedelshantering gällande stycket för ”Iordningsställande och administrering” då det i text beskrivs att omvårdnadspersonal med delegering får iordningsställa och administrera alla flytande läkemedel ur originalförpackning. I praktiken innefattar detta till exempel narkotikaklassade läkemedel så som morfin. Rutinen kan med fördel förenklas genom att sammanföra delar av informationen under ”Iordningsställande och administrering” samt ”Förtydligande avseende läkemedel som får administreras direkt ur originalförpackning”. I rutin för läkemedelshantering beskrivs det nuvarande arbetssättet att byta depotplåster på tisdagar. Verksamheten ombeds förtydliga att depotplåster byts enligt ordination. Verksamheten ombeds även ändra aktuell rutin så att Pascals förteckning över recept inte benämns som en ordinationshandling. Ovanstående saknas i samband med granskning av inkommen komplettering den 21 augusti. - Verksamheten rekommenderas att, med stöd av Humanas kvalitetsledning, granska befintligt ledningssystem och uppdatera såväl styrdokument som lokala rutiner, riskanalyser, egenkontroller och komplettera med årshjul. Verksamhetsuppföljare rekommenderar även en översyn av dokumentens aktualitet, hänvisning till andra dokument, verksamhetsanknytning samt innehåll och referenser (tex. utdaterade referenser >20 år gamla).

44 **8. Samverkan:**

Rutiner för intern samverkan finns	Nej
Rutiner för extern samverkan finns	Delvis
Fungerande tvärprofessionellt teamarbete för en personcentrerad vård och omsorg kring de enskilda	Delvis

45 **Eventuella kommentarer avseende samverkan:**

- Verksamhetschef och gruppchef berättar hur informationsöverföring går till mellan passen men kan inte uppvisa skriftlig rutin/arbetssätt gällande detta, eller annan intern samverkan, i samband med verksamhetsbesök. Rutin för samverkan med läkare (Capio Legesvisitten) uppvisas i samband med verksamhetsbesök men kan inte uppvisa rutin gällande övrig extern samverkan. Verksamheten ombeds inkomma med rutin som beskriver såväl intern som extern samverkan i samband med komplettering. Av stadens krav framgår att verksamheten ska ha

skriftligt dokumenterad rutin för intern och extern samverkan samt informationsöverföring. Utifrån den boendes önskemål och behov ska verksamheten samverka med anhöriga, gode män eller förvaltare, vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer (tex. uppföljningar via kommunen och Stockholms stad, Miljö och hälsa, apoteksgranskningar, syn- och hörselkonsulenter, vårdhygien, livsmedelshygien, kontakt med dietist, tandläkare/Oral Care, religiösa samfund m.fl.). Verksamheten ska säkerställa att det finns samtycke från den enskilde eller dennes företrädare avseende informationsöverföring. Av den lokala rutinen ska det framgå vilka identifierade samverkanspartners som finns internt respektive externt, samverkansrutiner (exempelvis tvärprofessionella teammöten, informationsöverföring mellan personalgrupper och arbetspass), vem som kontaktas i första hand vid förändringar av den enskildes hälsotillstånd oavsett tid på dygnet, vem som kontaktas om sjuksköterska inte kan nås (exempelvis telefonnummer till vårdguiden, ambulans), aktuella telefonnummer till (jour)läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut samt vilka tider resp. telefonnummer gäller. I samband med komplettering inkommen den 21 augusti inkommer dokument där några externa samverkanspartners framgår. Verksamheten ombeds att uppdatera rutin gällande extern samverkan ytterligare då många av de föreslagna externa samverkansparterna enligt ovanstående saknas i aktuell rutin, samt då arbetssätt vid samverkan är otydligt (tex. vad som diskuteras, hur dokumentation sker samt hur ny kunskap omsätts etc.). Kontaktuppgifter till Stockholms stad är inaktuella varpå korrekta uppgifter lämnas av verksamhetsuppföljare. Dokument som beskriver verksamhetens interna samverkan saknas. Dokument om informationsöverföring saknas. Verksamheten rekommenderas även att upprätta en kontaktlista för kontakt gällande den boendes hälsa (vem som kontaktas om sjuksköterska inte kan nås, tex. telefonnummer till vårdguiden, ambulans), aktuella telefonnummer till (jour)läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut samt vilka tider resp. telefonnummer gäller). - Ansvarig sjuksköterska (1/våning) sammankallar till teammöte regelbundet (ca 1 gn/mån). Verksamheten använder styrdokument (”samverkan i särskilt boende”) tillsammans med lokal rutin (”teamträff instruktion Norrtälje hamn”). Sjuksköterska beskriver arbetssättet kring teamarbetet (årets fokusområde tvärprofessionellt teamarbete) i samband med verksamhetsbesök som nytt. Sjuksköterska berättar att omvårdnadspersonal inte dokumenterar efter teamträffar enligt nuvarande arbetssätt (av rutin ”teamträff instruktion Norrtälje hamn” framgår dock att respektive yrkesgrupp ansvarar för dokumentation i ”sitt” system). I samband med verksamhetsbesök beskriver verksamhetsuppföljare det tvärprofessionella arbetssättet då den ”röda tråden” i dokumentationen framhålls som särskilt viktig. Verksamhetsuppföljare beskriver hur respektive dokumentation ska spegla varandra samt att det ska framgå vad omvårdnadspersonal tar vidare i genomförandeplan respektive vad HSL-personal tar vidare via vårdplan. Verksamheten ombeds komplettera lokal rutin för teammöten så att denna tydliggör syfte, arbetssätt, avsatt tid och ansvarsfördelning. Rutin behöver även innehålla information om att teamet utgår från den boendes genomförandeplan samt vårdplan som vid behov ska uppdateras efter mötet. Det är även av vikt att det framgår hur informationsöverföringen till kollegor angående beslut från mötet säkerställs. Ovanstående saknas i samband med granskning av inkommen komplettering den 21 augusti.

46

9. Riskanalys:

Rutiner för riskanalys finns	Delvis
Resultaten från riskanalyser används systematiskt för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet	Ja

47

Eventuella kommentarer avseende riskanalys:

- Verksamhetschef berättar i samband med verksamhetsbesök att det är kvalitetsledningen som inkommer med information om riskanalyser som ska göras. Verksamhetschef kan själv lägga in riskanalyser i Parus utifrån den egna verksamheten alternativt efter uppmaning från Humanas kvalitetsledning. Verksamhetschef beskriver arbetet med riskanalyser på kvalitetsråd, teamträffar samt APT. Resultatet från genomförda riskanalyser samt åtgärder mailas ut till anställda. - Av stadens krav framgår att riskanalyserna innebär att sannolikheten för att en händelse ska inträffa uppskattas samt att en bedömning görs av vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Verksamheten ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser eller förändringar som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Verksamheten ska även säkerställa att behov av åtgärder rörande verksamheten identifieras och utreds med stöd av riskanalys i den frekvens och omfattning som krävs. Vidare ska riskanalysen även leda till åtgärder/aktiviteter i förebyggande syfte som exempelvis strömavbrott, utebliven matleverans, telefon/datahaveri, brand, sjukdomsutbrott, extremväder och omorganisation. Verksamhetsuppföljare rekommenderar att verksamheten inför ett årshjul i samband med rutin för förebyggande riskanalyser på samma sätt som verksamheten använder för tex. egenkontroller. Detta för att få en översikt och med regelbundenhet genomföra förebyggande riskanalyser. Verksamheten ombeds inkomma med skriftlig rutin gällande riskanalyser med syfte att förekomma och undvika händelser som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. I samband med komplettering inkommer dokument ”kontrollplan för äldreomsorgen” upprättat av Humanas kvalitetsledning (utfärdat 2021). Dokumentet avser egenkontroller, riskanalys kopplat till boende samt riskanalyser kopplade till verksamheten. Samtliga föreslagna områden för förebyggande riskanalyser enligt stadens krav framgår ej. Av dokumentet framgår aktivitet, uppföljning, frekvens, kontrolltyp/dokument, system och ansvarig på en checklista. Dokument ”riskanalys” upprättat av Humanas kvalitetsledning (utfärdat 2017) inkommer även i samband med komplettering. Av dokumentet framgår definitionen av en riskanalys, dock saknas tillräcklig information om arbetssätt, information om hur dokumentet ”kontrollplan” ska användas samt information om hur dokumentation ska ske. Det saknas möjlighet i dokumentet att fylla i huruvida kontroll/analys genomförts. Verksamheten rekommenderas att fortsätta utvecklingsarbetet kring riskanalyser.

48

10. Avvikelsehantering:

Rutiner för avvikelsehantering finns	Delvis
Rutiner för synpunkts- och klagomålshantering finns	Delvis
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	Delvis

49

Eventuella kommentarer avseende avvikelsehantering:

- Verksamheten uppvisar rutiner för avvikelsehantering i samband med verksamhetsbesök. Verksamheten rekommenderas att se över dessa rutiner (2) och undersöka om det är möjligt att föra samman informationen i ett dokument för ökad tydlighet. Verksamheten rekommenderas även att se över arbetssätt för att sammanställa och återföra negativa och positiva erfarenheter från avvikelsehanteringen till verksamhetens personal och andra berörda samt att använda erfarenheterna från avvikelsehanteringen i det förebyggande riskhanteringsarbetet så att inträffade avvikelser inte inträffar på nytt. Verksamhetschef berättar vidare att läkemedelsavvikelser utgjort majoriteten av avvikelserna år 2022 (SafeDoc implementerades även år 2022). I samband med enskilt samtal med personal framgår det att personal går igenom avvikelser i samband med teammöten (1gn/mån) och att den yrkesgrupp som berörs tar informationen vidare (tex. läkemedel = sjuksköterska, fall = fysioterapeut, personlig hygien = omvårdnadspersonal/gruppchef). Verksamhetschef ”avslutar” avvikelsen i systemet. Verksamhetschef upplever att personalen blivit mer uppmärksamma på avvikelser och uppfattar att personalen skriver avvikelse i större omfattning nu jämfört med tidigare. - Verksamheten kan inte uppvisa rutin för synpunkts- och klagomålshantering i samband med verksamhetsbesök. Verksamhetschef berättar i samband med verksamhetsbesök att ny boende får blankett i samband med inflytt samt att information om synpunkter- och klagomål även framgår i samband med månadsbrev till anhöriga/ställföreträdare. Verksamhetschef berättar att verksamheten inte mottagit några synpunkter eller klagomål år 2022. Vidare framgår att verksamheten fått till sig att de boende saknar information om var de ska vända sig i

samband med synpunkter- och klagomål. Personal berättar att synpunkter och klagomål ofta inkommer muntligen via omvårdnadspersonalen och om dessa gäller HSL-personalen vidareförmedlas informationen (muntligen) och åtgärdas därefter. Personal uppger att omvårdnadspersonal ofta själva åtgärdar de synpunkter/klagomål som boende eller anhörig framfört och även förmedlar informationen till verksamhetschef i vissa fall för vidare kontakt/åtgärd. Verksamhetschef berättar att inkomna synpunkter och klagomål hanteras löpande på ovan sätt men att det saknas rutin och implementerat arbetssätt för att dokumentera detta. Synpunkter-, klagomål- samt avvikelser ska enligt uppgift dokumenteras i systemet DF-respons. Verksamheten ombeds inkomma med skriftlig rutin för att hantera synpunkter och klagomål. Verksamheten ombeds även inkomma med en åtgärdsplan för att arbeta med att implementera dokumentation av synpunkter, klagomål och avvikelser löpande i verksamheten. Åtgärdsplan behöver även innehålla planerat arbetssätt för att använda synpunkter, klagomål och avvikelser på ett systematiskt sätt för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet. I samband med granskning av komplettering inkommen den 21 augusti framgår att rutin för synpunkts- och klagomålshantering, upprättad av Humanas kvalitetsledning (utfärdat 2018) bifogats. Åtgärdsplan gällande arbete med synpunkter, klagomål och avvikelser saknas. - Verksamheten kan uppvisa rutin gällande lex Sarah och lex Maria i samband med verksamhetsbesök. Verksamhetschef berättar att utbildning i lex Sarah är obligatorisk och ska genomföras 1 gn/år. Utbildning i lex Maria är ej obligatorisk men gemensam genomgång på APT planeras. Verksamhetschef berättar att kvalitetsledningen samt MAS inom Humana utreder lex Sarah. Verksamheten ombeds komplettera rutin gällande lex Sarah med information om att informera beställande nämnd skyndsamt då lex Sarah rapporterats. I samband med granskning av komplettering inkommen den 21 augusti framgår att ovanstående åtgärdats. - Bedömning görs att klagomål, synpunkter och avvikelser endast delvis används systematiskt för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet då synpunkter och klagomål ej dokumenteras av verksamheten. Av ovanstående framgår att personal går igenom avvikelser i samband med teammöten och att den yrkesgrupp som berörs tar informationen vidare. Arbetet med synpunkter- och klagomål bedöms brista i samband med verksamhetsbesök. Verksamhetsuppföljare informerar om vikten av ett systematiskt kvalitetsarbete samt vikten av dokumenterade synpunkter, klagomål och avvikelser. Verksamhetsuppföljare lyfter problematiken i att hantera/åtgärda klagomål löpande utan att dokumentera dessa samt hur dokumentation kan bidra till att utröna vad i verksamheten som brister/vari problemet ligger och i förlängningen utveckla verksamheten och höja kvaliteten.

50

11. Egenkontroll:

Rutiner för egenkontroller finns	Delvis
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	Delvis
Den sociala dokumentationen (SOSFS 2014:5) uppfyller ställda krav	Delvis
Hälso- och sjukvårdsdokumentationen (PDL 2008:355, HSLF-FS 2016:40) uppfyller ställda krav	Delvis

51

Eventuella kommentarer avseende egenkontroll:

- Verksamheten har tillgång till årshjul gällande egenkontroller i aktuellt ledningssystem. Verksamhetschef berättar att HSL-personal har visst ansvar för vissa egenkontroller och att omvårdnadspersonalen visst ansvar för andra egenkontroller. Verksamhetschef berättar att brister som framkommit i samband med egenkontroll tas upp på kvalitetsråd och APT efter genomförande. Verksamheten kan inte uppvisa skriftlig rutin gällande egenkontroller i samband med verksamhetsbesök och ombeds att inkomma med sådan i samband med komplettering. Av rutin ska det framgå: en beskrivning över vilken egenkontroll som ska genomföras, hur ska egenkontroll göras, av vem, när, hur ofta samt i vilken omfattning kontroller har skett. En samlad bedömning av respektive egenkontroll ska finnas samt hur enheten har arbetat/arbetar med de förbättringsområden som framkommit i samband med egenkontrollen. Av stadens krav framgår att egenkontroll inom minst följande områden ska genomföras: dokumentation SoL (SOSFS 2014:5), dokumentation hälso- och sjukvård (PDL 2008:355, SOSFS 2008:14), delegering, läkemedelshantering, basala hygienrutiner, medicintekniska produkter, livsmedelshantering, aktiviteter, utevistelse och larmloggar. Verksamheten ombeds att inkomma med genomförda egenkontroller under 2023 för delegering, läkemedelshantering och medicintekniska produkter i samband med komplettering. I samband med granskning av komplettering den 21 augusti framgår att verksamheten inkommit med dokument ”kontrollplan för äldreomsorgen” upprättat av Humanas kvalitetsledning (utfärdat 2021). Dokumentet avser egenkontroller, riskanalys kopplat till boende samt riskanalyser kopplade till verksamheten. Av dokumentet framgår aktivitet, uppföljning, frekvens, kontrolltyp/dokument, system och ansvarig på en checklista. Tillräcklig information om arbetssätt (tex. när egenkontroll ska göras, hur dokumentet ”kontrollplan” ska användas, hur dokumentation ska ske) saknas. Det saknas även möjlighet i dokumentet att fylla i huruvida kontroll/analys genomförts. I samband med inkommen komplettering informerar verksamhetschef om att egenkontrollen gällande läkemedelshantering inte genomförts ännu (görs 1 gn/år). Övriga begärda egenkontroller (delegering samt medicintekniska produkter) saknas även i samband med komplettering. - Verksamhetschef berättar även att resultat från externa uppföljningar och granskningar förmedlas på kvalitetsråd och APT. Av aktuell uppföljning och rubriken ”samverkan” framgår dock att skriftlig rutin gällande extern samverkan/rutin gällande arbetssätt saknas varpå det således även saknas rutin för hur resultaten från externa uppföljningar ska användas systematiskt. - Verksamhetschef uppvisar granskning av HSL- samt SoL-dokumentation som genomförts år 2023. Av granskning framgår att verksamheten upptäckt återkommande brister i dokumentationen inom specifika områden. Ett utvecklingsarbete gällande en samtyckesrutin har påbörjats med hänvisning till detta. Verksamheten uppvisar genomförd egenkontroll men kan inte uppvisa en sammanfattande bedömning av detta arbete då det ännu inte färdigställts. En handlingsplan gällande dokumentationen (HSL + SoL) pågår i samråd med Norrtälje kommun och uppföljning som genomförts tidigare under 2023. Verksamheten ombeds att inkomma med aktuell handlingsplan som tillhandahållits av Norrtälje kommun i samband med komplettering. I samband med att komplettering inkommer den 21 augusti informerar verksamhetschef om att handlingsplanen mellan Norrtälje kommun och verksamheten inte färdigställts ännu och därför inte kan bifogas till aktuell komplettering.

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 huvudprocesser är identifierade genom Humanas ledningssystem Parus. - Personalen medverkar i kvalitetsarbetet genom APT, kvalitetsråd samt teammöten.

54

13. Nationella kvalitetsregister:

Enheten registerar i Senior alert

Enheten registerar i Svenska palliativregistret

55

Eventuella kommentarer avseende kvalitetsregister:

- Verksamhetschef berättar att verksamheten inte tillämpar arbetssätt som anges i BPSD. Verksamhetschef är positivt inställd till bemötandeplaner samt handlingsplaner. Verksamhetschef uppger att verksamheten relaterat till personalomsättning haft svårigheter att få ihop teamen och därför inte kunnat påbörja detta arbete. Verksamheten ombeds att inkomma med en årgärdsplan för att påbörja arbeta enligt arbetssätt som anges i BPSD. I samband med granskning av komplettering inkommen den 21 augusti finns åtgärdsplan gällande ovanstående.

57

Stimulans: (Stimulans)

Utföraren erbjuder daglig utevistelse

Utföraren erbjuder en större aktivitet minst en gång i veckan

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:

- Av stadens krav framgår att utevistelse avser vistelse utomhus, utanför vård- och omsorgsboendet. Det kan t.ex. ske i en tillhörande trädgård, uteplats eller balkong så väl som i parker och gatumiljö, i närområdet eller längre bort. Verksamheten ska utifrån ett särskilt dokumenterat och kvalitetssäkrat arbetssätt motivera varje enskild och möjliggöra daglig utevistelse för samtliga. Arbetssättet ska omfatta kontinuerlig uppföljning och redovisning för så väl den enskilde som för boendet som helhet. Verksamheten ombeds inkomma med rutiner för hur rättigheten till utevistelse följs i verksamheten. Ovanstående saknas i samband med granskning av inkommen komplettering den 21 augusti. - Personal uppger att verksamheten erbjuder 1-2 aktiviteter per dag. Verksamhetschef berättar att verksamheten har ett rullande schema med 4 större aktiviteter som ligger löpande v. 1-4, 5-8 etc. Verksamheten har tillgång till två aktivitetsledare 3 dagar/vecka samt schemalagda aktiviteter 2 gånger/dag dessa dagar. Övriga dagar tillgodoses 1 aktivitet/dag. Personal ger exempel på aktiviteter som att handla tidning, gå och köpa nya kläder, ta en längre dusch med manikyr och hårfix eller ta en glass i hamnen tillsammans med sin kontaktperson. De boende har enligt verksamheten rätt till egentid 2 timmar per månad som kan delas upp utifrån verksamhetens förutsättningar samt den boendes önskemål (tex. 30 min/vecka). Personal berättar att det inte är alltid som egentiden blir av som planerat. Av stadens krav framgår att aktiviteterna ska, utan att utgöra hälso- och sjukvård, bidra till att stärka psykiska och fysiska funktioner. Aktiviteterna kan till exempel avse kultur eller friskvård, men ska inte utgöras av vad som innefattas i service och omsorg. Verksamheten ombeds inkomma med rutin som anger arbetssätt för att gemensamma och individuella aktiviteter erbjuds och anordnas. Verksamheten ombeds även att inkomma med åtgärdsplan för att kunna tillförsäkra de boende två dagliga aktiviteter varje dag. Ovanstående saknas i samband med granskning av inkommen komplettering den 21 augusti. - Humana Norrtälje hamn ligger i nybyggda lokaler sedan år 2021 och håller således god standard vad gäller modernitet, anpassning och allmänna utrymmen.