Mottagare för AKTUELL Vård - och omsorgsboende 2023

Respondent

Namn: Nilstorpsgården

E-post: Nilstorpsgården

Svar inkom: 2023-04-05 17:25

Resultat

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

Privat regi

6 **Inriktning: (Inriktning)**

Somatisk

Demens

7 **Adress: (Adress)**

Svedjevägen 3 a, 181 47 Lidingö

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

Mattias Blomqvist

9 **Telefon: (Telefon)**

072-142 60 22

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

78

11 **Antal boende från Stockholms stad:**

2

12 **Uppföljningen utförd av:**

Johanna Berglund och Annica Myhr Ahron, verksamhetsuppföljare Östermalms Sdf

13 **Från utföraren medverkade:**

Lovisa Asamoah, bitr verksamhetschef Del av mötet: sjuksköterskor och gruppchef

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

2023-04-05

16 **Sammanfattning:**

Verksamheten har identifierat flera utvecklingsområden. Nilstorpsgården är också pilotverksamhet och provar rollen som gruppchef för omvårdnadspersonal för att säkerställa ett nära ledarskap. Kvalitetsledningssystemet innehåller i stort de delar som krävs men det systematiska förbättringsarbetet med riskanalys, avvikelser, egenkontroller, teamarbete och analys behöver förankras och utvecklas på avdelningarna. Verksamheten har tagit ta fram en åtgärdsplan, den kommer att följas upp vid verksamhetsuppföljning 2024.

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

Ledningen av boendet är otydlig och det var svårt att upprätta kontakt med angiven verksamhetschef. Ny verksamhetschef under rekrytering och Petra Lindhe är tillförordnad fram till att ny är på plats. Genomföra en riskanalys, åtgärdsplan för identifierade utvecklingsområden och rutin för smittförebyggande arbete i enlighet med föreskriften HSLF-FS 2022-44. Följs upp vid nästa verksamhetsuppföljning. Teamarbetet behöver utvecklas. Rutin för våld i nära relation saknar hedersrelaterat våld och förtryck. Riskanalys enligt föreskriften behöver utvecklas. Analyser från egenkontroller behöver fördjupas. Inga egenkontroller görs angående aktiviteter och utevistelser. Verksamheten har själva identifierat att det systematiska arbetet med avvikelser är ett utvecklingsområde, bland annat behöver omsorgspersonalen involveras mer. Utevistelse erbjuds inte varje dag Två aktiviteter per dag erbjuds inte. Nattmål och förfrukost erbjuds när de boende säger till men oklart hur de boende blir tillfrågade. Verksamheten behöver säkerställa att det finns arbetssätt eller rutiner som säkerställer att allas behov av eventuellt nattmål eller förfrukost tillgodoses. Kontaktuppgifter på stadens hemsida behöver uppdateras.

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:**

Oklart om verksamheten har kunskap om när kostavdrag ska ske.

24 **Ledning: (Verksamhetschef)**

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

Arbetsledning dygnet runt är tydligt utpekad i den lokala rutinen

25 **Eventuella kommentarer avseende ledning:**

Verksamhetschefen närvarade inte vid verksamhetsuppföljningen och hade inte meddelat förhinder till staden. Verksamhetschefen har efter uppföljningen inte heller besvarat upprepade mejl angående resultatet från uppföljningen. 2023-05-25 kontaktade vi Attendos MAS som informerade om att Mattias Blomqvist inte längre är verksamhetschef. Under rekrytering är Petra Lindhe tillförordnad. Vid uppföljningen 2023-04-05 stämde inte informationen om biträdande verksamhetschef på stadens hemsida. 2023-06-08 är det uppdaterat men uppgiften om verksamhetschef stämmer nu inte. Verksamheten har pekat ut arbetsledare i sin rutin (sjuksköterska i mobila teamet) men arbetsledningen är inte på plats kvällar och nätter, vilket avviker från avtalet. Vissa kvällar finns gruppchefer i verksamheten och har ledningsansvar, men det framgår inte av rutinen. Verksamheten behöver säkerställa att det finns arbetsledning på plats i verksamheten dygnet runt.

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)**

4

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)**

0,4

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

0,4

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:**

Attendos mobila team har bemannat två av sjuksköterskeetjänsterna på boendet under ett år, de är även omvårdnadsansvariga. Vid uppföljningen fanns det två ordinarie sjuksköterskor.

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

38

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

7

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

34

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

52

40 **Eventuella kommentarer avseende omvårdnadspersonal:**

Adekvat utbildning hos omvårdnadspersonal är generellt låg. Det finns ett behov av att säkra kompetensen hos baspersonalen för att kunna bedöma förändrat hälsotillstånd hos boende i syfte att kontakta sjuksköterska under kvällar och nätter. Verksamheten har nyligen infört gruppchefer. Tre gruppchefer arbetar ute på avdelningarna och är omvårdnadspersonalens närmaste chef.

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 delvis
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:**

Det finns rutiner för basala hygienrutiner och för att följa handlingsprogram och riktlinjer i syfte att minska vårdrelaterade infektioner. Verksamheten behöver genomföra riskanalys för att identifiera utvecklingsområden samt upprätta en rutin i enlighet med föreskriften om smittförebyggande arbete. Rutinen punkt 4) saknar hedersrelaterat våld och förtryck.

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	Delvis

45 **Eventuella kommentarer avseende samverkan:**

För att fördjupa det den enskildes behov behöver det tvärprofessionella teamet kontinuerligt samarbeta och följa upp varje boendes behov av vård och omsorg. Alla funktioners deltagande bör säkerställas, så väl omsorg som vård.

46 **9. Riskanalys:**

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

47 **Eventuella kommentarer avseende riskanalys:**

Verksamheten berättar att de genomför riskanalyser men de exempel som framförs handlar inte enbart om risker enligt föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

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	Delvis

49 **Eventuella kommentarer avseende avvikelsehantering:**

Verksamheten har identifierat det systematiska arbetet med hantering av avvikelser som ett utvecklingsområde. Verksamheten behöver implementera arbetssätt för kvalitetsmöte och komplettera deltagande av omvårdnadspersonal. Bitr VC beskriver ett pågående arbete med att rapportera avvikelser. Rutin för rapportering, utredning och anmälan av vårdskada till IVO (lex Maria) behöver kompletteras med att anmälan ska skickas till beställande nämnd.

50 **11. Egenkontroll:**

Rutiner för egenkontroller finns	Ja
Resultaten från egenkontroller används systematiskt för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet	Delvis
Resultaten från externa uppföljningar används systematiskt för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet	Delvis

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:**

Att systematiskt använda resultat från egenkontroller och uppföljningar är ett utvecklingsområde. Verksamheten behöver fördjupa sina analyser från resultat av egenkontroller och vidta åtgärder som kontinuerligt följs upp vid implementering av nya arbetssätt. Bitr VC berättar att man gjort ett omtag med fördelning av ansvarsområden för att underlätta uppföljningen. Revision utförs årligen i samverkan med företagets kvalitetsavdelning. Enligt Bitr VC kvarstår inga brister från senaste revisionen. Egenkontroller för aktiviteter och utevistelser saknas.

52 **12. Processer och förankring:**

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

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

Bitr. VC berättar om de olika forum där kvalitetsarbete tas upp. Inga medarbetare deltog vid mötet och det är därför svårt att bedöma följsamhet till rutiner där detta är beskrivet.

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:**

Ett utvecklingsarbete pågår för att öka följsamheten till registrering i kvalitetsregister. Verksamheten behöver säkerställa att alla boende registreras.

57 **Stimulans: (Stimulans)**

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.

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:**

Erbjudande av utevistelse och dagliga aktiviteter är ett utvecklingsområde. Verksamheten kan inte redogöra för hur erbjudande om daglig utevistelse säkerställs. Man har inga utsedda aktivitetsansvariga. Det finns aktivitetsrum med möjlighet till samvaro och aktiviteter samt ett mindre avskilt rum inrett som spa där de ger taktil handmassage, handbad, manikyr till lugn musik. Man arbetar utifrån sinnesstimulering "ljud, beröring, doft" för att öka upplevelsen av välbefinnande i det individuella mötet. Det serveras en rätt till lunch och middag, men finns lättare måltidsalternativ för den som inte vill ha serverat mål. Inför beställning har personalen en diskussion med boende där de har möjlighet att välja måltid utifrån två val. Denna valmöjlighet är inte enligt avtal. Nattfastemätning har utförts men underlaget var enligt bitr VC för litet och undermåligt ifyllt för en analys.