

Mottagare för AKTUELL Vård - och omsorgsboende 2023

Respondent

Namn: Rotsundastrand

E-post: Rotsundastrand

Svar inkom: 2023-02-07 08:42

Resultat

5	Verksamhetens regiform: (Verksamhetens regiform) Privat regi	
6	Inriktning: (Inriktning)	U
7	Adress: (Adress)	U
8	Verksamhetschef/enhetschef: (Verksamhetschef/enhetschef) Linda Florgård	
9	Telefon: (Telefon)	U
10	Antal lägenheter totalt: (Antal boende totalt) 63	
11	Antal boende från Stockholms stad: 9	
12	Uppföljningen utförd av: Anne-Christine Davidsson, verksamhetscontroller Johanna Granevik, verksamhetscontroller Anette Norman, MAS	
13	Från utföraren medverkade: Linda Florgård, verksamhetschef	
14	Datum för uppföljningen (åå/mm/dd): 2023 05 30	
16	Sammanfattning: Den samlade bedömningen av verksamhetsuppföljningen är att Rotsundastrand har de förutsättningar som krävs för att bedriva en god och säker verksamhet. Boendet har tillgång till både trädgård och balkonger för utvistelse. Olika aktiviteter erbjuds enligt schema.	
17	a) Följande brister finns vid denna uppföljning: Rutiner: 10. Delegering görs digitalt men saknas dokument/rutin 13. Medicintekniska produkter. Rutin finns men följs inte i sin helhet. Saknas "Blankett Signeringslista för underhåll och rengöring av hjälpmedel.docx som förvaras bakom flik 6 i Boendepärmen" i enlighet med upprättad rutin. Ovanstående följs upp vid nästa ordinarie verksamhetsuppföljning.	
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)

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)

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)

3,55

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:

Antal omvårdnadsansvar, 18 /ssk

36

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

33,66

37

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

6,26

38

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

37

39

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

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
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 delvis
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:

10. Delegering görs digitalt men saknas dokument/rutin 13. Rutin finns men följs inte i sin helhet. Saknas " Blankett Signeringslista för underhåll och rengöring av hjälpmedel.docx som förvaras bakom flik 6 i Boendepärmen" i enlighet med upprättad rutin.

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:	
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:	
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:	
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:	
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 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:

Planerar att utbilda BPSD-administratörer

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 förrukost erbjuds vid behov.

59

Lokaler och utrustning: (Lokaler och utrustning)



60

Eventuella kommentarer avseende boende och service:

