Mottagare för AKTUELL Vård - och omsorgsboende 2023

Respondent

Namn: Safirens äldreboende

E-post: Safirensäldreboende

Svar inkom:

Resultat

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

Privat regi

6 **Inriktning: (Inriktning)**

Demens

7 **Adress: (Adress)**

Viksjöplan 47, 175 45 Järfälla

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

Anneli Saarinen

9 **Telefon: (Telefon)**

08-505 233 90

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

16

11 **Antal boende från Stockholms stad:**

6

12 **Uppföljningen utförd av:**

Marie Lissäng, verksamhetsuppföljare Kirsti Arama, MAS Ann-Britt Persson, MAS

13 **Från utföraren medverkade:**

Anneli Saarinen, verksamhetschef arbetsterapeut

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

230309

16 **Sammanfattning:**

Verksamheten följer till viss del lagar, föreskrifter och avtal. Verksamheten behöver vidta vissa förbättringsåtgärder - se nedan. Verksamheten genomgår en omorganisation och kommer ingå i en annan koncern vilket kan påverka aktuella - och framtida förutsättningar. Verksamhetens styrkor är att de tillhandahåller en hög personalkontinuitet och att brukare och personal känner varandra. Brister är att vissa rutiner saknas vilket medför risker för att uppnå god kvalitet. Underlaget är faktagranskat av verksamhetschef. Uppföljning är genomförd på plats.

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

Vissa rutiner behöver förtydligas - se kommentarer i mallen. Rutin gällande hot och våld mot brukare saknas och behöver upprättas. Rutin gällande extern samverkan saknas och behöver upprättas. Patientsäkerhetsberättelse saknas. Det är få avvikelser i verksamheten - de behöver utveckla och öka benägenheten att upprätta avvikelser och inhämta synpunkter och klagomål, vilket verksamhetschefen själv har kommenterat vid uppföljningen.

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

Verksamheten har inte inkommit med patientsäkerhetsberättelse från förra uppföljningen och inte i denna uppföljning.

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:**

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 i tjänst 8-17 vardagar. Vardagar 17-08 samt helger bemannas jouren av verksamhetschefer som har jour en hel vecka i sträck, var femte vecka. Jouren täcker i hela regionen vilket är ca 15 verksamheter. Rutinen med jour är nytt sedan Frösunda ingick i Norrlandia.

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

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)**

0,25

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

0,25

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	
Mobilt team	Dag Kväll Natt

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

På kvällar och helger har verksamheten tillgång till ssk via mobila teamet. Enligt verksamhetschefen fungerar det bra med mobila teamet som har en inställelsetid på 30 minuter. Klara Kompetens utgör Mobila teamet. Inga fasta besök av mobila teamet utan det sätts in vid behov. Ca fyra gånger i månaden används mobila teamet. Överrapporteringen fungerar bra och görs via mejl och telefon.

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

6

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

2

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

6

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

90

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	Saknas
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	Saknas

43 **Eventuella kommentarer avseende rutiner och dokument:**

1) verksamheten använder sig av Frösundas centrala rutiner när det gäller introduktion. samtliga rutiner finns att hämta i ledningssystemet. Medarbetaren får ett exemplar samt den som ansvarar för introduktionen. Viktigt att utbildningar görs så snart som möjligt. V-chefen kan checka av att alla utbildningar görs. 2) Det är verksamhetschefen som upprättar kompetensutvecklingsplanen utifrån de brister som

framkommer. Vissa utbildningar är aktuella pga nationella krav etc. Arbetsterapeuten går utbildningar som de själva anser att de behöver. För sjuksköterskor gör verksamhetschefen en bedömning av vilka kompetensutveckling som är aktuell. 3) Har inga värdegrundsledare idag, inväntar att det ska införas när värdegrundsarbetet förs in i Norrlandia. Idag tar de upp i arbetsgruppen händelser och diskuterar värdegrund regelbundet – bl a på morgonmöten förs dialog om händelser dagen innan - samtalet hålls av samordnaren, som har utökat ansvar gällande kvalitet. Ssk och verksamhetschef diskuterar värdegrundsfrågor med personalen bl a på APT. 4) Rutinen behöver uppdateras då den har fokus på medarbetare och inte brukare, samt är det otydligt vem som ska göra vad. 8) Kodlås till ssk nyckeln som endast ssk har tillgång till. 9) Det finns en central- och lokal rutin utifrån den nya föreskriften från november 2022. 10) Central rutin uppfyller kraven. 11) De inhämtar samtycke för olika moment och inte ett generellt samtycke. 13) Egenkontroller att rutinen följs görs av verksamhetschef en gång i månaden. AT kontrollerar MTP och rådfrågar FT vid behov samt dokumenterar i Sekoia. 15) Bra samarbete med läkare, försöker minska behovsmedicineringen. 16) Palliativa ombud finns ej. Extra vak finns vid behov. Extra personal tas in utifrån ssk bedömning. Extra personalen sitter hos den boende eller så gör ordinarie personalen vaket, beroende på vem som känner brukaren.

44

8. Samverkan:

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

45

Eventuella kommentarer avseende samverkan:

Samverkan omfattar verksamhetens MAS, omvårdnadspersonalen, ssk, rehabpersonal, läkare och verksamhetschef. Verksamhetschef redogjorde muntligt för extern samverkan vid besöket, gällande fotvård, kyrkan, tandläkare, läkare, capio vc, legesvisiten, mobila ssk teamet och verksamhetschef. Mötesformer som finns är APT en gång i månaden, kvalitets teammöten en gång i veckan för alla professioner (arbetsterapeut, omvårdnadspersonal, ssk, ibland verksamhetschefen) för att diskutera runt brukaren. På kvalitets teamsmötet går de igenom alla brukare – är det ngn som de vill lägga mer tid på så bestämmer de det i början av mötet. Vid behov ändras genomförandeplanen. Ska börja med att ha med genomförandeplanen på mötena för att se att det ändras i genomförandeplanen vid behov och att SoL och HSL dokumentationen har en röd tråd. Externa samverkansmöten sker – På de externa samverkansmötena går MAS och regionchefen ej verksamhetschefen.

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:

Det finns rutiner för riskanalyser och riskbedömningar i TQM. Resultaten från riskanalyser finns i TQM. Riskanalyser är upprättade för 2023.

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:

Avvikelser görs i TQM – det är ett avancerat system och utbildningar för personalen genomförs av verksamhetschefen regelbundet. Det har varit svårt att få personalen att göra avvikelser i systemet, vilket kan bero på att det är ett avancerat system med många olika delar att svara på. Man ska skriva vad som hänt och vad man tror är orsaken. Verksamhetschefen får ett mejl att det inkommit en avvikelse, synpunkt, klagomål. När det rör sig om fall så ska det skickas vidare till rehab. Systemet har tre olika nivåer, rött, gult och grönt. Ingen Lex Sarah under 2022. Ingen Lex Maria under 2022. Avvikelserna tas upp på kvalitetsråd en gång i månaden, där man diskuterar vad som ska göras för att avvikelserna inte ska upprepas. All personal är med på kvalitetsråd så information når ut till personalen. Verksamheten ändrar vid behov rutiner och arbetssätt utifrån avvikelser. Under 2022 inkom 97 avvikelser. Fem klagomål /synpunkter inkom under 2022 Avvikelser har varit gällande: -Läkemedelshantering - glömt signera att i Sekoja att brukaren fått läkemedel, samt missat att ge läkemedel. -SOL avvikelser har handlat om utebliven insats, försenad insats, insats ej signerad i Sekoia. Ej utförd egentid med brukaren. Ej utförd städ hos brukaren. Synpunkt och klagomål har handlat om tvätt gällande brukarens kläder som krympt i tvätten. Det har även inkommit positiva synpunkter. Verksamheten har en handlingsplan upprättad utifrån att inkomna avvikelser, synpunkter och klagomål varit lågt under 2022. Under 2023 kommer verksamheten att arbeta med att öka antalet skrivna avvikelser. Verksamhetschefen kommer under 2023 att ta upp på APT och medarbetarsamtalen vikten av att skriva avvikelser. När det gäller avvikelser gällande ej signerade insatser i Sekoja kommer verksamhetschef, samordnare och ssk göra tätare kontroller i Sekoja att signering sker.

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	Delvis
Hälso- och sjukvårdsdokumentationen (PDL 2008:355, HSLF-FS 2016:40) uppfyller ställda krav	Ja

51 **Eventuella kommentarer avseende egenkontroll:**

Resultat från egenkontroller används och förs in i vp för att användas i förbättringsarbetet. Samordnaren granskar SoL dokumentationen en gång i månaden, ibland granskar v-chef tillsammans med samordnaren SoL dokumentationen. Vid granskning utgår de från en mall i TQM som innehåller 15 frågor. Bristerna dokumenteras och gås igenom med personalen samt följer samordnare och v-chef upp att bristerna åtgärdas. Verksamhetschefen granskar HSL dokumentationen en gång i månaden, brister dokumenteras och åtgärdas - vid behov kopplas MAS in. Resultatet gällande dokumentation (HSL och SoL) är godkänt enligt Frösundas mått. Enligt Stockholms stads mall gällande "röda tråden" så kan man följa majoriteten av ärenden (4 av 6) i både SoL- och HSL dokumentationen. Uppgifterna finns dokumenterade i hälsoplan (HSL) samt genomförandeplan och SoL journal. Ett ärende saknade dokumentation i SoL gällande nutrition. Verksamheten har tagit upp resultatet på APT. Ett ärende saknade dokumentation i SoL gällande fallprevention, det fanns i HSL dokumentationen. Berörd personal får hjälp att dokumentera i SoL akten så det blir rätt. Enligt verksamhetschef har Apoteket inte genomfört någon läkemedelskontroll pga att apoteket inte haft möjlighet. MTP egenkontroller görs av Arbetsterapeut. Larmloggar behövs ej då brukarna inte använder trygghetslarm. Viss använder rörelselarm. Egenkontroller gällande basala hygienrutiner finns - görs av verksamhetschefen, rutiner om basala hygienrutiner följs. Sdf har genomfört individuppföljningar under 2022. De prioriterade utvecklingsområden som är aktuella nu utgår från egenkontroller som genomförts. Exempelvis kommer verksamheten arbeta med att öka personalens kunskaper gällande avvikelsehantering, utbilda i BPSD, och dokumentation. Inga aktuella utvecklingsområden kommer från resultat i externa kontroller, förutom nationella brukarundersökningar som används för att göra förbättringsområden. Kontroll av livsmedelshantering är genomförd enligt rutin på samtliga punkter och med den intervall det ska ske, fanns inga avvikelser, signering att utfört var gjorda på samtliga punkter. Saknade i förteckningen några kemtekniska produkter, vilket åtgärdades omgående. Kontroll kommer framöver att hanteras i Sekoia system.

52 **12. Processer och förankring:**

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

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

Verksamheten använder TQM systemet. Personalen är delaktig via APT, teamöten, morgonmöten och kvalitetsmöten. Under 2022 har det inkommit 97 avvikelser och 5 synpunkter. Verksamheten tar upp inkomna synpunkter och avvikelser på APT men det finns förbättringsutrymme för att uppmärksamma och rapportera avvikelser, synpunkter. Enligt verksamhetschefen behöver personalen bli mer aktiv - och få större förståelse - gällande avvikelsehantering. Under 2023 kommer verksamhetschefen stärka personalens kunskap och förståelse för avvikelsehantering.

54 **13. Nationella kvalitetsregister:**

Enheten registerar i Senior alert

Enheten registerar i Svenska palliativregistret

55 **Eventuella kommentarer avseende kvalitetsregister:**

Gällande BPSD har verksamheten inte kommit igång. En utbildning ska genomföras under 2023 för att komma igång med BPSD.

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:

Kontaktpersonen erbjuder individuella aktiviteter. Personal och boende har varit i verksamheten länge och känner varandra väl. Kostchef (centralt) har kostombudsmöten regelbundet. Fysiska möten 3-4 ggr per år. Nattfastemätning införs i TQM.