Mottagare för Vård - och omsorgsboende 2023

Respondent

Namn: Smedbygården

E-post: Smedbygården

Svar inkom: 2023-03-08 15:48

Resultat

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

Privat regi

6 **Inriktning: (Inriktning)**

Demens

Profilboende

7 **Adress: (Adress)**

Solskiftesvägen 5-7, 184 33 Åkersberga

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

Åsa Göthlin, enhetschef

9 **Telefon: (Telefon)**

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

56

11 **Antal boende från Stockholms stad:**

7

12 **Uppföljningen utförd av:**

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

13 **Från utföraren medverkade:**

Åsa Göthlin, enhetschef Karin Jansson, ssk och fysioterpeut Camilla Forsell, undersköterska Petra Lidback, ssk

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

23/03/13

16 **Sammanfattning:**

Verksamheten följer lagar, föreskrifter och avtal och bedöms ha förutsättningar för att bedriva en verksamhet med god kvalitet. Verksamhetens rutiner är tydliga. Verksamheten arbetar systematiskt med förbättringsarbetet och använder resultat, synpunkter, klagomål samt avvikelser för att förbättra verksamheten. Verksamheten har faktagranskat underlaget från uppföljningen. Verksamhetsuppföljning har genomförts på plats.

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

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

Inga brister framkom från tidigare 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:**

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:**

En person som är arbetsmiljöansvarig. En person som är HSL ansvarig och är tillgänglig utanför kontorstid med en inställelsetid på 30 min. Det finns ett rullande schema på fem veckor med vem som är ansvarig utanför kontorstid. Verksamheten har ett eget HSL team. Information om vem som är i tjänst är uppsatt och lättillgänglig.

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)**

2

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)**

0,2

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:**

Intern MAS - Karin Jonsson Extern MAS - Mia Moren Mobila teamet har en inställelsetid på 30 min, alla bor i närheten av verksamheten. De har inte några fasta insatser med mobila teamet utan endast vid behov. I snitt utför mobila teamet ca 15 insatser per månad. Mobila teamet rycker ut ca en gång per helg.

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

44

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

6

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

2

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

90

40 **Eventuella kommentarer avseende omvårdnadspersonal:**

Omvårdnadspersonalen som har timanställning har själva valt att ha en timanställning.

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:**

2) De gör terminsvisa kompetensutvecklingsplaner ht och vt. Kompetensutvecklingsplanerna bygger på medarbetarfrågor månadsvis, egenkontroller samt önskemål. Pandemi har medfört att vissa kompetensutvecklingsfrågor har fått stå tillbaka. Är det många avvikelser så ligger det till grund för kompetensutveckling. Majoriteten av medarbetarna har egen kompetensutvecklingsplan som upprättas vid medarbetarsamtalen det där det finns behov. 3) Verksamheten har haft samma värdegrund i 12-13 år. De pratar om värdegrunden kontinuerligt, den finns med i allt som görs i alla möten, den finns levande i vardagen. Pratar om värdegrunden vid intervjuer för att fånga upp om den som är på intervju har samma syn som värdegrunden. Medarbetare påminner varandra om värdegrunden. Anslag sitter uppe och

interna utbildningar sker i verksamhetens lokaler. 6) All omvårdnadspersonal har en till två brukare, man prövar om det fungerar och fungerar det inte så byter man. Vid vissa tillfällen så kan det bero på kön som medför att man brukare vill byta kontaktperson samt om personkemin inte har fungerat så kan man byta. 8)) Verksamheten har samma system som tidigare – inga nycklar försvinner gällande läkemedelsskåp. Nycklar till ytterdörrar kan ibland tappas bort. Ssk har c-nyckel och sedan finns kod till läkemedelsskåp - en kod som bara ssk kan ta del av. 9) Verksamheten har tagit fram rutinerna utifrån de senaste föreskrifterna 2022:49. De har ett matråd som tar fram rutiner, matrådet består av v-chef, ssk och omvårdnadspersonal. Brukare får remiss till dietist om det behövs – dietist anlitas cirka en gång per år. Passerad mat görs av personalen på plats. Praktisk matlagningskurs har personal genomfört. Genombrottsmetoden används i verksamheten för att pröva sig fram, börjar med en enhet i taget för att se om det fungerar. Praktisk matlagningskurs har personal genomfört. Genombrottsmetoden används i verksamheten för att pröva sig fram, börjar med en enhet i taget för att se om det fungerar. Internkonsult har utbildat personal från andra länder gällande matlagning från grunden. Sovid används vid matlagning, tillexempel vakuumpackning och vattenbad. De väger boende en gång i veckan. Personer med vandringsbeteende får mat under tiden när de vandrar omkring. 13) Gällande golvliftar anlitas en firma som har behörighet att inspektera golvliftar. Sodexo – inspekterar ståliftar. Fysioterapeut och arbetsterapeut går externa utbildningar, samt följer utvecklingen via omvärldsbevakning, nyhetsbrev etc. Fysioterapeut har gått socialstyrelsens förskrivningsprocess. Löpande utbildning vid behov. 14) Har jobbat med nya föreskriften via husmöten och utbildningar. Hygienombud finns inte. Verksamheten jobbar mycket med reflektion som möjliggör frågor och analys. De genomför omvårdnadsobservationer – men under pandemin har det inte utförts enligt plan. Tidigare genomfördes observationer en gång i veckan. De kan även göras via stickprover och indikationer om något inte fungerar som det ska. Chefen säkerställer via stickprov och checklista att alla arbetar enligt gällande rutiner. Medarbetare uppger att de får utbildningar visa socialstyrelsen. Som exempel uppger de att de tvättar sig, tempar sig, spritar sig – har rutiner vid magsjuka. De har omvärldsbevakning och genomför socialstyrelsens webutbildning årligen. De uppger att de har ett öppet och ärligt klimat för att fånga upp vad som fungerar och vad som behöver förbättras. 15) Apoteksgenomgång har precis genomförts i januari 2023 – en handlingsplan är upprättad som ska följas. Läkemedelsgenomgången visade inte på några större avvikelser. Insulin – personbunden delegering finns. Inga stora avvikelser på insulin. 16) De har en rutin som de håller på att göra om, rutinen är nästan klar. Palliativa ombud finns – det finns mycket kunskap inom området. De dokumenterar i kvalidag – kvalitetsdag. Två ssk och tre usk – en natt och två dag av uskorna är utbildade inom palliativ vård och som i sin tur haft utbildning för övriga kollegor på förbättringsmöten. 17) Resultaten saknas i PSB men står enligt uppgift i kvalitetsberättelsen.

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:

Det finns rutiner för intern - och extern samverkan fördelat på olika samverkanspartners, dvs ingen samlad rutin. Interna samverkansmöten sker bl a på morgonmöten, veckomöten, APT handledning, teammöten, förbättringsmöten, ledningsgruppsmöten, möten med beredskapssjuksköterskor. Det framgår vilka som deltar i vilka möten. I arbetsordningen framgår vilka som ska lämna över mellan olika arbetspass. De har både skriftliga (i Epsilon) och muntliga överrapporteringar. De arbetar på att inte lägga in sina värderingar i överrapporteringar. Externa samverkanspartners är: Läkare, tandläkare, tandhygienstien, fotvård. Läkare kommer varje torsdag. Extern samverkan sker även med kommunen, utförarmöten. Kvaltetsledningsssystem finns enligt ISO och samverkan med dem. Teammöten med läkaren som kommer till verksamheten– ingen dagordning utan mer en reflektion gällande olika brukare och anhöriga. En gång i kvartalet är teammöten med läkaren.

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 rutin men ingen överskådlig och samlad rutin, utan olika rutiner för olika områden, exempelvis nutrition, hot och våld etc nödläges – har inte rutin för riskanalys vid omorganisation. Har en mall som används. Samlar riskerna från olika områden och gör en matris, värderar risken – vid hög sannolikhet skrivs handlingsplan som utvärderas på nästa månads ledningsgrupp.

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:

Verksamheten får sällan in synpunkter och klagomål, ca en på sex månader. De gör egna brukarundersökningar för att fånga in synpunkter och klagomål. Lex Sarah är en stående punkt på veckomöten. En gång om året går chef och medarbetare igenom lagar och förordningar som rör lex Sarah. Rutinen gås igenom på handledningstiden – personalrutiner och SoL – en gång om året. Ingen lex Sarah senaste året. Enligt

verksamheten så hanteras avvikelser hanteras i tid innan varför det inte behöver bli någon lex Sarah. De har cirka 500 avvikelser per år. Ingen Lex Maria är gjord under 2022. Verksamheten använder avvikelser, klagomål och synpunkter för att utveckla och säkra kvaliteten. De uppger att de bygger verksamheten på det. Det har medfört vissa ändringar i verksamheten utifrån avvikelsehanteringen – ex utevistelse – definierade om vad en utevistelse är. Medarbetare beskriver vad som kan vara ett missförhållande: exempelvis om någon skriker tar personalen reda på varför någon skriker.

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:

Verksamheten arbetar mycket med det systematiska förbättringsarbetet, vilket bl a visar sig i att de har ca 500 avvikelser per år. De har fokus på sakfrågor och inte på person. De har förbättringsmöten där de för dialog om vad som fungerar bra och vad som behöver föbättras.

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:

Tillämpar BPSD arbetssätt men registrerar inte i registret.

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:

Gällande stimulans så ska varje boende erbjudas två gemensamma aktiviteter - och en individuell aktivitet dagligen. Verksamheten har en aktivitetssamordnaren tisdag-fredagar. Det finns aktivitetsschema med aktivitetssamordnare som erbjuds utanför boendet. Samtlig personal på huset utvärderar dagsplanen dagligen samt i en veckosammanfattning som sedan är underlag för en månadssammanfattning som lämnas till enhetschef för kontrasignering. Mat och Måltider: Dietist via remiss vid behov. Varje hus har egen matsedel och maten görs från grunden. Försöker få in individuella anpassade mat- och favoriträtter. All mat görs från grunden. Hjälper även varandra över husen då de har olika matsedel. Personcentrerat. Ibland har de karottssystem utifrån individens behov. Måltiderna – en lagar mat, en serverar, en aktivitetsansvarig vid bordet och en personal sitter vid bordet. Man sitter ca en timme vid måltiderna, det ska inte finnas störande ljud – personalen leder samtalen.