

Mottagare för AKTUELL Vård - och omsorgsboende 2023

Respondent

Namn: Villa Båthöjden

E-post: VillaBåthöjden

Svar inkom: 2023-03-01 15:44

Resultat

5	Verksamhetens regiform: (Verksamhetens regiform) Privat regi
6	Inriktning: (Inriktning) Somatisk Demens
7	Adress: (Adress) Repvägen 1, 133 43 Saltsjöbaden
8	Verksamhetschef/enhetschef: (Verksamhetschef/enhetschef) Pascal Wandel
9	Telefon: (Telefon) 0734 367 947
10	Antal lägenheter totalt: (Antal boende totalt) 56
11	Antal boende från Stockholms stad: 2
12	Uppföljningen utförd av: Verksamhetscontroller, Pim Karlström MAS, Bintou Traoré Tent
13	Från utföraren medverkade: Verksamhetschef Pascal Wandel Udersköterska och gruppchef Chamara Stengran Sjuksköterska Inga Berichivili Vice regionchef Linda Wetterberg. Enskilt samtal genomfördes med fyra omvårdnadspersonal.
14	Datum för uppföljningen (år/mm/dd): 2023/05/15
16	Sammanfattning: Vardaga Villa Båthöjden är ett vård- och omsorgsboende med inriktningarna somatisk samt demens för personer över 65 år. Aktuell verksamhetschef tillträdde i januari 2023. Utföraren har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som är väl anpassat för verksamheten och som innehåller de processer och rutiner som är nödvändiga för att upprätthålla en god kvalitet. Verksamhetens styrka ligger dels i verksamhetens goda kvalitet vad gäller systematiskt utvecklings- och kvalitetsarbete. I samtal med personal framkommer att verksamheten arbetar systematiskt med synpunkter, klagomål och avvikelser och att medarbetarna görs delaktiga i förbättringsåtgärderna, på APT och genom kvalitetsmöten. Ytterligare styrkor är verksamhetens gedigna arbete med BPSD som implementerats under 2022 samt nytt arbetssätt gällande genomförandeplaner, också sedan 2022. De utvecklingsområden som uppmärksammades under uppföljningen är arbetet med begrepp och språkbruk i samband med teammöten och journalföring samt att upprätta hälsoplaner (se nedanstående punkt). Vardaga Villa Båthöjdens verksamhet bedrivs i rymliga och välanpassade lokaler med tillgång till trädgård, ett spa-rum, gym, frisersalong och aktivitetsrum. Lokalerna är väl anpassade för verksamhetens behov. Utifrån de underlag som har legat till grund för uppföljningen bedöms verksamheten följa kraven i avtal, lagar och föreskrifter. Vidare bedöms verksamheten ha de förutsättningar som krävs för att bedriva en god vård och omsorg.
17	a) Följande brister finns vid denna uppföljning: De utvecklingsområden som uppmärksammades under uppföljningen är arbetet med begrepp och språkbruk i samband med teammöten och journalföring (dvs. HSL-personal behöver omarbete uttryck/begrepp som ej är bekanta för omvårdnadspersonal eller boende) samt att upprätta

hälsoplaner för de boende. Verksamheten kan ej uppvisa aktuellt tillstånd från IVO i samband med verksamhetsbesök i maj månad eller i samband med uppföljning i augusti månad.

18

b) Följande brister är kvarvarande sedan föregående verksamhetsuppföljning:

Inga kvarstående brister från verksamhetsuppföljning år 2021. Verksamhetsbesök gjordes senast den 2021-11-23.

19

Bristerna skall vara åtgärdade senast (år/mm/dd):

Uppföljning av ovanstående rekommenderas inför nästkommande verksamhetsuppföljning år 2025.

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:

Då uppföljande stadsdelsförvaltning saknar boende på Villa Båthöjden i samband med verksamhetsuppföljning efterfrågar verksamhetsuppföljare information om ekonomi och administration via Östermalm SDF. Enhetschef på Östermalm SDF återkopplar uppföljning av ekonomi och administration den 230327. Information ges att "fakturorna är tillfredsställande enligt Stockholms stads riktlinjer". Informationen delges verksamheten i samband med verksamhetsuppföljning.

24

Ledning: (Verksamhetschef)

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:

- Verksamheten kan ej uppvisa aktuellt tillstånd från IVO. Nuvarande chef tillträdde i januari 2023 och verksamhetschef ombeds i samband med verksamhetsbesök att komplettera med aktuellt tillstånd när detta inkommer till verksamheten. Verksamhetsuppföljare efterfrågar tillstånd ånyo den 230821 och får till svar att det fortsatt inväntas. Verksamheten har enligt uppgift inkommit med tjänstgöringsintyg till IVO. - Verksamhetschef informeras om att namn/kontaktuppgifter till verksamhetschef är felaktigt på hitta service/stadens sida i samband med verksamhetsuppföljning. Kontaktuppgifter till kontakt inom staden lämnas i samband med verksamhetsuppföljning. I samband med komplettering inkommer verksamhetschef med information om att kontakt tagits via förmedlade kontaktuppgifter. Uppgifter på stadens sida stämmer den 230525.

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)

2,5

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)

0,8

31

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

0,8

32

Tillgång finns till sjuksköterska under vardagar med en inställetid som inte överstiger 30 minuter genom:

Sjuksköterska på plats Dag

Mobilt team Kväll Natt

33

Tillgång finns till sjuksköterska under helger med en inställetid som inte överstiger 30 minuter genom:

Sjuksköterska på plats Dag

Mobilt team Kväll Natt

34 **Eventuella kommentarer avseende hälso- och sjukvårdspersonal:**
- Dagtid, måndag till söndag, finns sjuksköterska på plats. Övrig tid (kväll och natt) bemannas verksamheten av sjuksköterska från Klara kompetens. Patientansvarig läkare rondar veckovis.

36 **Antal omvårdnadspersonal dag/kväll omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler): (Antal vårdbiträden/undersköterskor dag/kväll)**
38,4

37 **Antal omvårdnadspersonal natt omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler): (Antal vårdbiträden/undersköterskor natt)**
7,6

38 **Andel timanställd omvårdnadspersonal, angivet i procent (inga decimaler): (Andel timanställd omsorgspersonal)**
22

39 **Andel omvårdnadspersonal med adekvat utbildning, angivet i procent (inga decimaler):**
97

40 **Eventuella kommentarer avseende omvårdnadspersonal:**
- Andel omvårdnadspersonal med adekvat utbildning, angivet i procent: 96,96 %. Siffran avrundas till 97 %.

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 munhålsbedömning 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:

Verksamheten använder sig av Ambeas ledningssystem. Ambeas stab bistår med styrdokument, årshjul, mallar, blanketter etc. för att säkerställa ett gott systematiskt kvalitetsarbete samt enhetlighet. Såväl styrdokument som lokala rutiner är övergripande av en god kvalitet. Följande utvecklingsområden uppmärksammades kopplade till rutiner och dokument: - Genom Ambea och utbildningsportalen Lära finns tillgång till såväl information om varje medarbetares kompetensutveckling som utbildningsmaterial. Verksamheten rekommenderas att se över medarbetares pågående utbildningar som saknar slutdatum med regelbundenhet för att säkerställa att dessa genomförs inom skälig tid. - I samband med verksamhetsuppföljning 2021 har verksamheten ombetts att komplettera rutin för våld i nära relation samt hedersrelaterat våld och förtryck särskilt gällande det sistnämnda. I samband med aktuell verksamhetsuppföljning noteras att komplettering skett. Verksamheten använder även en mall för riskbedömning som görs av sjuksköterska i samband med inflytt (innehåller bla. frågor risker kopplade till hot och våld, psykisk ohälsa, missbruk etc.). Riskbedömningen genomförs med stöd av informationsöverföring via kommun och hälso- och sjukvård, anhöriga/närstående och den boende. Av lokal rutin för våld i nära relation framgår att boende kan ges stöd via kommunen vid våldsutsatthet. Verksamhetschef ombeds att komplettera rutinen med kontaktuppgifter till Stockholms stad för de boende med Stockholm som beställande nämnd. Rutinen innehåller idag endast kontaktuppgifter till Nacka kommun. Verksamheten rekommenderas även att komplettera information i aktuell rutin gällande möjligheter till stöd vid önskan om kontakt med polis vid våldsutsatthet. Av Äldreförvaltningens vägledning 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. I samband med komplettering inkommer verksamhetschef med reviderad rutin där kontaktuppgifter till Stockholms stad framgår. Komplettering görs även genom hänvisning till lokal rutin för hot och våld gällande agerande vid stöd i samband med poliskontakt. - I samband med verksamhetsuppföljning 2021 har verksamheten ombetts att upprätta en åtgärdsplan för att säkerställa att den boende får träffa sin kontaktperson senast dagen efter inflytt. I samband med aktuell verksamhetsuppföljning framkommer att gällande rutin innehåller information om kontaktpersonens ansvar i stort, samt specifikt i samband med inflytt. Av rutin framgår att kontaktperson ska träffa boende i samband med inflyttningsprocessen vilket bedöms vara fullgott. - I samband med verksamhetsuppföljning 2021 har verksamheten ombetts att komplettera rutin avseende vem som ansvarar för bedömning av dietistkontakt. I samband med aktuell verksamhetsuppföljning framgår att gällande rutin kompletterats med denna information.

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:

- I samband med verksamhetsuppföljning kan rutin för teammöten ej uppvisas. Rutin gällande teammöten ska tydliggöra syfte, arbetssätt, avsatt tid och ansvarsfördelning. Verksamheten ombeds inkomma med rutin för teammöten. I samband med komplettering inkommer verksamhetschef med aktuell rutin där syfte, arbetssätt, avsatt tid samt ansvarsfördelning framgår. - Verksamheten uppvisar genomförd egenkontroll av tvärprofessionellt teamarbete (utskickat från Äldreförvaltningen 2023). I samband med egenkontroll framkommer att professionerna undersköterska och sjuksköterska genomfört egenkontrollen samt att endast boende från Stockholms stad (2 boende) granskats. Verksamhetschef uppger att brister i såväl SoL-dokumentation som HSL-dokumentation framkommit och att dokumentationen inte bedöms som sammanhängande. Verksamhetschef exemplifierar genom att nutrition (HSL) och förebyggande arbete gällande trycksår (SoL). Verksamhetschef uppger att dokumentation saknats gällande insatser. Verksamhetschef uppger vidare att brister som framkommit har åtgärdats. Vice regionchef tillägger att information från HSL-personal som avser omvårdnadspersonal kan läsas i "hälso- och sjukvårdsrapport" som fungerar som en länk mellan HSL- och SoL-dokumentationen. Sjuksköterska tillägger att medarbetarna för en diskussion i slutet av varje teammöte kring vilken profession/vem som ska skriva vad i respektive journal samt ansvarar för att åtgärda detta. I samband med ovanstående förs även samtal om begrepp och medicinskt språkbruk bland HSL-personal. Verksamhetschef rekommenderas att arbeta med att tydliggöra begrepp och språkbruk i samband med teammöten samt journalföring (dvs. HSL-personal behöver omarbeta uttryck/begrepp som ej är bekanta för omvårdnadspersonal eller boende). Verksamhetschef påminns om vikten av "den röda tråden" mellan HSL- och SoL-journal samt vikten av att preventionsbedömningar genomförs och dokumenteras i journal (HSL och SoL).

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:

- Verksamheten har genom Ambea tillgång till årshjul där riskanalyser inom flera olika områden finns inlagda tillsammans med instruktion samt blankett för riskbedömning. I samband med verksamhetsuppföljning ombeds verksamheten att säkerställa att de riskanalyser som framgår av Äldreförvaltningens vägledning görs årligen i förebyggande syfte: strömavbrott, utebliven matleverans, telefon/datahaveri, brand, sjukdomsutbrott, extremväder och omorganisation. I samband med komplettering inkommer verksamhetschef med årshjul där förebyggande riskanalyser gällande strömavbrott, brand och extremväder framgår explicit. Av årshjul framgår även kontroll av lokal rutin gällande "större krissituation". I samband med komplettering inkommer även styrdokument för identifiering av risker för verksamheter där brand, IT, telefoni, larmsystem, elförsörjning, transporter, leveranser, väderpåverkan, förändringar i ledningsfunktion/organisation, bemanning, uppstarter/avslut av verksamhet, pandemi/epidemi, situationer med hot och våld, intrång i verksamheten, krig samt upplevelse av begräsning kopplat till för andra vidtagna skyddsåtgärder. Av styrdokument framgår att dessa ska genomföras "minst en gång per år, och vid behov". - Verksamhetschef uppger att resultat från riskanalyserna diskuteras under APT och att motsvarande ovan nämnt årshjul används även för APT. Verksamhetschef uppger även att riskanalyser diskuteras i samband med kvalitetsråd, ledningsgruppsmöte samt avdelningsmöte.

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

Avvikelse, klagomål och synpunkter används systematiskt för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet Ja

49

Eventuella kommentarer avseende avvikelsehantering:

- Verksamheten uppvisar rutiner för synpunkts- och klagomålshantering, avvikelsehantering samt Lex Sarah och Lex Maria. Verksamhetschef uppger att 2 Lex Sarah-rapporter och ingen Lex Maria rapport upprättats 2022 varav ingen anmäls till IVO. Vice regionchef uppger att verksamheten har en god läkemedelshantering genom Signit (digital signering) vilket minskar avvikelser kopplade till läkemedelshantering kraftigt. - Sjuksköterska uppger att avvikelser diskuteras under teammöte samt kvalitetsråd. HSL-personal går enligt uppgift igenom risker (så som hudstatus, fallrisk, nutrition) löpande vilka även diskuteras med omvårdnadspersonal under teammöte. Verksamhetschef uppger att avvikelser även tas upp i samband med APT samt att avvikelser leder till revidering av rutiner. - I samtal med personal framkommer att verksamheten arbetar systematiskt med synpunkter, klagomål och avvikelser och att medarbetarna görs delaktiga i förbättringsåtgärderna, på APT och genom kvalitetsmöten. Deltagande gruppchef och sjuksköterska uppger att personalen känner till bestämmelser kring Lex Sarah och Lex Maria ytligt men inte i detalj. I samband med enskilt samtal uppger medarbetare att de förstår grunderna och att de skulle känna sig bekväma med att rapportera.

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:

- Verksamhetschef uppger att egenkontroller genomförs 2 gånger/år (vår och höst) samt att dessa medför en genomgång av hela verksamheten. Dessa egenkontroller beskrivs som mycket omfattande. Vide regionchef uppger att egenkontrollerna genomförs genom kollegial granskning en av gångerna per år, dvs. att en annan verksamhetschef inom regionen genomför kontroller på aktuell verksamhet. Verksamhetschef berättar att resultaten från egenkontroller delges medarbetare i samband med APT. Verksamheten ombuds kontrollera att egenkontrollen omfattar minst: dokumentation SoL, dokumentation hälso- och sjukvård, delegering, läkemedelshantering, basala hygienrutiner, medicintekniska produkter, livsmedelshantering och aktiviteter i enlighet med Äldreförvaltningens vägledning. I samband med komplettering inkommer verksamhetschef med information om att ovan nämnda delar omfattas av egenkontroll. - I samband med föregående verksamhetsuppföljning 2021 framgår att verksamheten såg förbättringsmöjligheter i att individuella aktiviteter skulle erbjudas till de boende samt att de boende ska försäkras egen tid med sin kontaktperson regelbundet. Verksamheten ombuds i samband med detta att upprätta rutin för egenkontroll avseende aktiviteter (tidigare rutin var att dokumentera i den enskildes journal om aktiviteter och utevistelse har genomförts) samt att upprätta rutin för egenkontroll avseende utevistelse. I samband med aktuell verksamhetsuppföljning uppger vice regionchef att det saknas egenkontroll avseende aktiviteter och utevistelse och beskriver istället aktuellt arbetssätt. Aktivitetsansvarig samt respektive kontaktperson är ansvarig för att boende tillförsäkras såväl utevistelse som individuella aktiviteter (tex. egentid). Boendes egentid registreras på kontaktpersonen i Medvind (personalens schemaläggningssystem) och verksamhetschef får genom detta en veckoansammanställning på mängden egentid som planeras ut och genomförs. Av sammanställning framgår ej vad som görs under egentiden. Önskemål kring egentid finns enligt uppgift listade i genomförandeplanen och aktivitetsansvarig i verksamheten noterar även vilka som deltagit på de dagliga aktiviteter som erbjuds. Aktivitetsledare har även särskilt kontakt med nya boende vid inflytt för att säkerställa att önskemål och behov uppmärksammas. - Verksamheten uppvisar styrdokument samt lokal rutin gällande social dokumentation. Vice regionchef uppger att det som avviker från genomförandeplanen ska dokumenteras i den löpande dokumentationen vilket även framgår av lokal rutin. I samband med enskilt samtal med medarbetare framgår att de vanligtvis skriver om händelser/avvikelse samt om olika aktiviteter. Exempelvis dokumenteras aktiviteter med aktivitetsansvarig (journalför både om de är med eller om de inte är med) samt om de tex. fått besök. Medarbetare uppger även att de sammanfattar utifrån BPSD:s arbetssätt veckovis kring olika åtgärder och förändringar. Verksamheten ombuds att komplettera befintlig rutin med information om att den sociala dokumentationen ska ge en bild av den boendes situation och att dokumentation ska ske med regelbundenhet (tex. veckoanteckning) om ingen annan journalföring skett. Verksamheten ombuds även se över att rutin motsvarar arbetssätt kopplat till BPSD. I samband med komplettering inkommer verksamhetschef med reviderad rutin där det framgår att social dokumentation ska ske med regelbundenhet. - Vice regionchef uppger att tidigare verksamhetschef genomfört en omfattande granskning av genomförandeplaner hösten 2022 efter att brister identifierats. Arbete med att upprätta rutin hos personalen (att skriva, vad samt hur) har därefter varit pågående. Verksamhetschef uppger att detta diskuterats på APT och att stickprovskontroller kommer att genomföras framöver i enlighet med befintlig rutin. Verksamheten har dokumentationsstöd och medarbetare har även stöd av gruppchef i samband med dokumentation. Gruppchefer ansvarar för att genomföra löpande egenkontroll av SoL-dokumentation och medverkande gruppchef uppger att dokumentationen (löpande samt genomförandeplan) har förbättrats även om det fortsatt finns utvecklingsområden. - Sjuksköterska uppger att ett utvecklingsområde inom HSL-dokumentationen är att upprätta fullgoda hälsoplaner. Se vidare information under "punkt 8, samverkan" gällande utvecklingsområde inom HSL-dokumentationen samt "den röda tråden".

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 tydligt identifierade genom Ambea. - Personalen medverkar i kvalitetsarbetet genom kvalitetsråd, APT, avdelningsmöten, gruppmöten och teammöten.

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:

- Verksamheten har flertalet palliativa ombud och arbetar med "Änglalådan". - Verksamheten tillämpar arbetssätt och registreringar enligt BPSD på samtliga demensavdelningar sedan hösten 2022. Vice. regionchef uppger att all personal utbildats till BPSD-administratörer. I samband med enskilt samtal med medarbetare uppger de att verksamheten har en "BPSD-tavla" med observationer, analyser och åtgärder och att de arbetar aktivt enligt detta arbetssätt. Medarbetare uppger att detta gett en bättre struktur och planering kring de boende. Några utsedda hanterar registreringen i BPSD-systemet.

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:

- I samband med enskilt samtal uttrycker medarbetare stolthet över deras bemötande samt att det är en "trevlig och mysig stämning personalen emellan". - De boende tillförsäkras ett varierat utbud av aktiviteter i grupp eller tillsammans med sin kontaktperson. I samband med enskilt samtal berättar medarbetare att verksamheten har tillgång till aktivitetsansvarig mån-fre samt Ung Omsorg lör-sön. Medarbetare berättar att aktivitetsansvarig frågar boende vad de uppskattar/önskar för aktiviteter och försöker tillgodose. Verksamheten har aktiviteter på avdelningarna och strävar efter att arbeta personcentrerat. Medarbetare uppger att alla boende inte önskar delta på gemensamma aktiviteter/vara i större grupper och att personalen arbetar för att "snappa upp" vad de önskar genom observation samt levnadsberättelse. - I samband med enskilt samtal berättar medarbetare att Vardagas måltidskoncept innebär hemlagad mat. Medarbetarna lagar mat från grunden (halvfabrikat) och de boende är med och skalar potatis, dukar etc. Medarbetare uppger att personalen utgår från de boendes önskemål och behov samt att avdelningarna använder karotts-system och har som målsättning att möjliggöra en lugn måltid. Personalen sitter tillsammans med de boende i samband med måltid och arbetar för att tillgodose allas behov. - Verksamheten har nyligen utbildat reflektionsledare via Demensakademien och även nyligen påbörjat reflektionstillfällen för personalen. - Verksamhetens lokaler är rymliga och välanpassade med tillgång till trädgård, ett spa-rum, gym, frisersalong och aktivitetsrum. I samband med enskilt samtal med medarbetare uttrycker medarbetare även att omgivningen, miljön samt byggnaden och dess utformning är härlig och bra att arbeta i.