Mottagare för Vård - och omsorgsboende 2023

Respondent

Namn: Villa Näs

E-post: VillaNäs

Svar inkom: 2023-03-24 10:20

Resultat

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

Privat regi

6 **Inriktning: (Inriktning)**

Somatisk

Demens

7 **Adress: (Adress)**

Täljöviksvägen 3, Åkersberga

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

Lena Petterson

9 **Telefon: (Telefon)**

0760032409

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

60

11 **Antal boende från Stockholms stad:**

5

12 **Uppföljningen utförd av:**

Ann-Britt Persson, MAS Marie Lissäng, verksamhetsuppföljare

13 **Från utföraren medverkade:**

Lena Petterson, verksamhetschef Yvonne Peterson, vice regionchef, Christina Tjörnfors, gruppchef Anna Gahm, gruppchef

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

23/03/27

16 **Sammanfattning:**

Verksamheten följer lagar, föreskrifter och avtal och bedöms ha förutsättningar för att bedriva en verksamhet med god kvalitet. Verksamheten har tydliga rutiner och processer som är centrala och följs upp kontinuerligt av verksamhetschef och regionchef. Verksamheten startade maj 2021 och verksamhetschefen är ny på sin tjänst. Underlaget är faktagranskat av verksamhetschef. Uppföljning är genomförd på plats.

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

Någon riskanalys är ej genomförd i verksamheten. Det finns rutiner gällande riskanalyser som är kända för ledning och personal. BPSD är ett utvecklingsområde, verksamheten kommer att satsa på utbildning inom BPSD under hösten 2023.

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

Någon tidigare uppföljning är inte genomförd då verksamheten är nystartad.

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:**

På dagtid, måndag- fredag är verksamhetschef på plats. Gruppchefer är på plats kvällar och helger. På natten kontaktas jouren (chefsjouren) som består av vice regionchef, regionchef, v-utvecklare. Det är 16 pers som delar på ansvaret. Finns alltid en utsedd arbetsmiljöansvarig bland personalen när ordinarie inte är på plats.

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)**

2,35

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)**

0,2

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:**

Mobila teamet har en inställelsetid på 30 min, vilket de uppfyller. Nuvarande mobila team, Annero avslutas sista mars-2023 och Klara kompetens påbörjar sitt uppdrag första april-2023. Inga fasta besök av mobila teamet just nu utan akuta vid behov vid tillexempel injektioner, vård i livetsslut. Arbetsterapeut och fysioterapeut kommer via Klara bemanning varje fredag och det är samma personal.

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

16,48

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

3,85

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

20

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

80

40 **Eventuella kommentarer avseende omvårdnadspersonal:**

Verksamheten är nyöppnad sedan maj 2021. Bemanningen är räknad på två avdelningar och 40 boendeplatser, det är för närvarande 36 boende. När den tredje avdelningen ska öppna ökas bemanningen. Av ordinarie personal har 90% utbildning. Verksamheten har en serviceassistent som hjälper till med vissa uppgifter såsom frukost och ledsagning.

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:**

1) De har en skriftlig checklista för introduktion – både regional och intern checklista. Både gruppchef och utsedd omvårdnadspersonal håller i introduktion. SSK har ett program som heter Promote. Uppföljningssamtal inom två månader hålls av gruppchef gällande SoL personal och av v-chef gällande ssk. 2) De har börjat med en ny kompetensmatris – där de snabbt ska se vilka utbildningar som finns, vilka utbildningar personal har gått och vad de måste satsa på. Ser både ordinarie och timvikarier. Finns en övergripande kompetensplan för hela Vardaga utifrån lagar och föreskrifter och vilka som krav som finns. Verksamhetens kompetensutvecklingsplan utgår från behov, t ex från avvikelser, vad som kommer fram i verksamheten. Alla medarbetare har även en egen kompetensutvecklingsplan som tas fram vid medarbetarsamtalen. Planen gäller per kalenderåret och följs upp vid medarbetarsamtalen. Planeras i budgetarbetet. 3) I samband med anställningsavtalet så skriver personalen på en uppförandekod. Gruppchefer och v-chefen pratar med personalen om olika situationer och olika sammanhang samt i samband med anställningen, uppföljning efter introduktionen, i samband med utvecklingssamtalen och lönesamtalen. På planeringsdagar för personalen tas det även upp vad värdegrunden står för gällande personal och boende. Värdegrunden har funnits sedan Vardagas början. Respekt, Ansvar, Enkelhet Kunskap, Etiska riktlinjer 4) Hot och våld, Gör en riskbedömning utifrån hot och våld i nära relationer Upptäcker det inte så ofta direkt när boende flyttar in, det kan upptäckas om biståndshandläggaren informerar om att det är finns. Gör alltid en riskbedömning både när boende flyttar in och efter att boende bott i verksamheten ett tag. Om den boende är utsatt håller personal extra uppsikt och anhöriga kan komma vissa tider, men det är alltid den boende som styr. 5) Har en omfattande informationsmapp. 6) De går genom på planmöte vem som passar för vem och lyssnar på anhörigas och boendes önskemål. Möjlighet att byta kp vid behov. De tillgodoser önskemål om kön etc. Det finns en tydlig ansvars beskrivning för kp som kp skriver under. 7) Försöker att inte hantera privata medel. Vill inte ha kod till korten Finns en tydlig rutin. Gode män kan förvänta sig att personalen ska göra mer men får information om att så inte är fallet. 8) Har nyckelfria lås i form av koder och taggar. Det finns en huvudnyckel. Tappas någon tagg bort så tar man bort det ur systemet. Boende har tagg, på armen eller på rullstol/rullator – den boendes dörr öppnas när den enskilde närmar sig sin lägenhet. Nycklar till medicinskåp hanteras endast av ssk. Kod + tagg till läkemedelsskåpet i ssk rummet. 9) Vid inflytt utförs kost- och vätskeregistrering under två dygn. Bedömningsinstrument MNA och egenkontroll nattfastemätning utförs var sjätte månad. Viktkontroll var tredje månad och individuella viktmätningar förekommer vid behov. Vid välkomstsamtalet tar ssk, kontaktperson upp med brukaren och/eller anhöriga gällande matvanor. Vid teammöten deltar ssk, kontaktperson och arbets-och fysioterapeut, varannan fredag på soma-respektive demensavdelningen. Där tas brukarna upp utifrån en prioriteringslista och det görs genomgång av gjorda observationer. Intern dietist utbildar all personal vid behov. Har näringsdrycker vid behov. Kostråd en gång i månaden. Kock och dietist, kostrådet räknar ut näringsvärde konstruerar matsedel som följs. Boende registreras i senior alert. Läkare kontaktas vid behov och remiss skrivs för logopedbedömning vid sväljningssvårigheter. 10) Delegering - personal utbildas i ”jobba säkert med läkemedel” därefter genomför ssk egen utbildning med personalen. Insulingivning delegeras restriktivt, personbundet, till fast anställd Usk eller Usk med långtidsvikariat. Förutsättning är att patienten har stabil blocksockervärde och att insulinet administreras via "penna". Den omvårdnadspersonal som ska få delegering för att få ge insulin via penna går med Ssk som visar/kollar upp alla moment med usk innan delegeringsbeslut skrivs på. Uppföljning av delegering görs inom en månad, vid behov och längsta giltighet är 1år. Datasystemet signalerar 1 månad innan delegeringens tid är på väg att gå ut. Kan delegera sondmatning Mobila teamets ssk kommer om det inte finns personal med delegering t ex insulin. Tablett Waran delas i dosett av ssk och administreras av delegerad personal. Ingen avvikelser har förekommit gällande administration av Tablett Waran eller insulin. Läkemedel signeras via appen Sign IT. Delegeringar kan återkallas för alltid eller under en period, då ssk och verksamhetschef utreder och ev vidtar lämplig åtgärd tex mer utbildning. 11) Oral Care kommer en gång per år. Usk får utbildning två ggr per år. Säkerställer som chef att personalen följer instruktionerna – står i läkemedelsappen hur man ska göra gällande munhälsan. På skåpet i badrummet finns instruktioner för varje boende. Signerar via app. 13) AT och FT gör kontroller. SSK ska påbörja kontroller och upprätta egenkontrollslista av MTP såsom blodsockermätare , bladderscanner och blodtrycksmanchetter. Det finns checklista för kontroller. De har inte haft någon avvikelse gällande MTP AT FT uppsöker nya brukare för att kontrollera MTP. 14) I samband med introduktion genomförs webutbildning om basala hygienrutiner, som uppdateras årsvis. Om någon har smitta ska det vara tydligt dokumenterat i den enskildes journal som alla är skyldiga att ta del av. Följer vårdhygiens rekommendationer via vårdgivarguiden gällande handlingsprogram för VRI. Ansvarig ssk drar ut aktuellt handlingsprogram gällande specifik smitta och anslås så att personal vet vad som gäller ang rutin. En gång per månad mäts följsamheten i basala hygienrutiner samt genomförs självskattning av basala hygienregler. Resultatet tas upp på hygienrådet, APT och kvalitetsrådet. Förbättringsområden skrivs in iförbättringsloggen och arbetas med. Verksamheten genomför tätare mätning och egenkontroller vid behov. Hygienombuden är nya i sina roller och deras uppdrag håller på att formas. Gruppchefer föregår med gott exempel. 15) Finns en regional läkemedelshantering. Läkaren kommer via Geriatrikspecialisterna - de har en läkare som kommer = hög kontinuitet. Apoteksgranskning sker en gång per år och har genomförts. Ssk räknar narkotiska preparat en gång i månaden, både hela förpackningar och i akutförrådet. Sedan införandet av Signit har läkemedelsavvikelser minskat. Läkemedelsgenomgångar sker med läkaren regelbundet. 16) Rutin finns – dokumenterar i palliativa registret. Vardaga har en egen utbildning för ssk och palliativa ombud Verksamheten har ett palliativt ombud. SSK ska även få utbildning. Brytpunktssamtal genomförs med läkare, ssk och anhöriga– finns en bra rutin för genomförande vid förväntade dödsfall. Symtomkontroll genomförs tex använder ssk Abbey Paine scale vid bedömning av smärta. Extra vak kan införas på natten. Kan variera från situation men försöker ha en personal som boende har relation till. Mobila teamet är involverade i palliativa vården av patienten.

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:

Intern samverkan: Intern samverkan – v-chef, ssk, gruppchefer, varje måndag, en gång i veckan. De tar upp punkter som de behöver fördjupas sig i lite. Teammöten, varannan vecka på demens och varannan vecka på soma med ssk, personal, rehabpersonal, ibland verksamhetschef. Kvalitetsråd, Aktivitetsråd, Måltidsråd, APT – en gång per månad. Alla möten är fastställda och alla medarbetare kan se när och vilka som ingår i de olika mötesformerna. Extern samverkan finns: Läkare, 2 ggr per år, MAS månadsvis SSK patrull – 2 ggr per år AT, FT – 2 ggr per år Tandläkare – Vårdhygien – en gång per år Boende och närståenderåd – 2-4 ggr per år Biståndshandläggare Medarbetare lyfter fram förbättringsförslag som kan tas upp på samverkansmötena Gällande team möten finns det ett anslag där personalen kan fylla i samt ta upp detta på möten.

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:

Rutiner för riskanalyser finns, då verksamheten är ny har inte riskanalyser ännu genomförts inom alla områden ännu. Riskanalys gällande KRIS- och beredskapsplan genomförs på APT. Resultat från Riskanalyser ska användas – vissa områden får lyftas upp till vem som ansvarar i organisationen, andra kan lösas på plats. Verksamhetschefen lyfter både i grupp och enskilt.

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:**

Beroende på arten av avvikelsen så kan det gå upp till ledningen centralt eller hamna på verksamheten. Synpunkter och klagomål – Verksamheten har en tillåtande kultur gällande att skriva avvikelse. I kvalitetsrådet lyfts avvikelser samt i separata mötesforum som berör vissa grupper. Verksamhetschef pratar alltid med den som skrivit avvikelsen. Under 2022 hade de 293 avvikelser varav 38 var synpunkter och klagomål. Fall - 94 st Läkemedelshantering - 64 st Omvårdnad - 21 st Hygienrutiner - 8 Vårdkedjeproblematik - 10 st MTP - 10 st Trycksår - 2 st Synpunkter och klagomål berörde främst utebliven insats och matsedeln. Verksamhetschefen går igenom med regionchefen samt med MAS varje månad för att se om det är för lite eller för många. Är det för få så gör man utbildningar i avvikelsehantering. Lex Sarah – ingen 2022. Lex Maria – en anmälan som det visade sig att det inte var någon lex Maria. De använder resultatet i avvikelsehanteringen för att förbättra - ex läkemedelshanteringen. Vissa rutiner ändras om man ser att det inte fungerar.

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:**

Dokumentation SoL – intern checklista som följs vid granskning. Personalen och kollega kan följa checklistan samt även gruppchefer två ggr per år Dokumentation HSL – se ovan- HSL v-chef granskar dokumentation enligt checklista. HSL- och SoL dokumentation sker i safe doc som är lätt att följa – det går att följa loggkontroll att all personal läser och dokumenterar. Delegering – en gång per år samt följer ssk upp det en gång i månaden. Systemet, Sign IT, medför att det på enkelt sätt går att följa om personalen följer delegering och ger rätt medicin. SSK får en signal om ngn medicin inte getts. Apoteksgranskning en gång per år, månatlig av ssk gällande narkotika, hela förpackningar och i akutläkemedelsförråd. Basala hygienrutiner – utbildning genomförs av kvalitetsavdelningen. Hygienombud rondar en gång per månad, kontrollerar t ex om det finns handsprit, material etc. Följsamheten till basala hygienrutiner följs upp två ggr per år. PPM en gång i månaden MTP – Olika rutiner för olika MTP rutiner finns Livsmedelshantering – egen kontroll en gång i veckan, samt vid leverans. Miljö- och hälsa kommer fyra ggr per år från kommunen, en annonserad och tre oannonserade. Aktiviteter – Två gånger per år – personal signerar på en lista, samt skriver i social dokumentation om brukaren inte deltagit i aktiviteter. Gruppchefer kontrollerar sedan vad som står i dokumentationen samt har även kontaktpersonen ett ansvar att kontrollera. Utevistelse – Signerar på en lista – se ovan och skriver om brukaren varit ute Larmloggar – Gruppchefen och en ssk går in och kollar hur lång tid det tagit innan man svarat på larmet. De kan se via systemet hur man taggat in sig på rummet och om larmet är besvarat. Personalen använder telefon och tagg för att se att man varit hos brukaren. Avviker det så pratar gruppchefen med personalen. Signeringslistor finns om larmet inte fungerar (finns i rutinpärmen). Utvecklingsområden – är dokumentation, demenscertifiering, reflektionshandledning, läkemedelshantering, lågaffektivt bemötande. Verksamheten har genomfört egenkontroll i enlighet med Stockholms stads fokusområde gällande "röda tråden" på de brukare som kommer från Stockholm. Resultat visar på att uppgifterna som granskats finns både i SoL- och HSL dokumentation.

52 **12. Processer och förankring:**

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

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

Alla olika berörd funktioner har en tydlig roll i kvalitetsarbetet. Personal är med i kvalitetsrådet, beroende vad man är med i för råd får man vara med och svara på de frågor som hör till det specifika rådet. Qualimax heter ledningssystem Avvikelsesystemet heter Q maxit

54 **13. Nationella kvalitetsregister:**

Enheten registerar i Senior alert

Enheten registerar i Svenska palliativregistret

55 **Eventuella kommentarer avseende kvalitetsregister:**

BPSD - Det är ett utvecklingsområde – ska ge all personal utbildning i sept 2023.

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:**

Stimulans: Brukarna är ofta ute och går, de kan gå ut som de vill själva på sommaren och på vintern följer personal med. De har tillgång till ett trädäck runt huset som de kan använda. Varje dag erbjuds två aktiviteter- de har en aktivitetsansvarig som ordnar med aktiviteter. Boenderåd tar in synpunkter, lyssnar in dagligen från boende, står i brukarnas genomförandeplaner vad de tycker om för aktiviteter. Demens och soma har olika behov ibland. Kontaktpersonen har egen tid med brukaren en timmer per vecka. Ibland slår de ihop det till flera timmar och gör utflykter. Mat och måltider: Koncept ”mat som hemma”. De har tillgång till en dietist och en kock som ser över att menyer stämmer med det näringsbehov som brukarna har. Får brukaren inte i sig tillräckligt med näring så får dietisten göra en egen meny för den enskilde. De erbjuder vegansk-, vegetarisk- och animalisk kost. Vid måltider anpassas det så att de som behöver det lite lugnare får sitta tillsammans och de som vill ha maten på rummet får det. Personal äter med boende. De dukar fint. De som klarar det får ta mat själva.