

Mottagare för AKTUELL Vård - och omsorgsboende 2023

Respondent

Namn: Villa Sarvträsk

E-post: VillaSarvträsk

Svar inkom: 2023-03-01 15:43

Resultat

5	Verksamhetens regiform: (Verksamhetens regiform) Privat regi
6	Inriktning: (Inriktning)
7	Adress: (Adress)
8	Verksamhetschef/enhetschef: (Verksamhetschef/enhetschef) Maria Rosvall
9	Telefon: (Telefon) 073 982 29 84
10	Antal lägenheter totalt: (Antal boende totalt) 36
11	Antal boende från Stockholms stad: 2
12	Uppföljningen utförd av: Pim Karlström, verksamhetscontroller Bintou Traoré Tent, MAS
13	Från utföraren medverkade: Verksamhetschef Maria Rosvall Sjuksköterska Solveig Håkansson Chaves Arbetsterapeut Lena Wickman Enskilt samtal genomfördes med två omvårdnadspersonal.
14	Datum för uppföljningen (åå/mm/dd): 2023/05/11
16	Sammanfattning: Vardaga Villa Sarvträsk är ett vård- och omsorgsboende med inriktningarna somatisk samt demens för personer över 65 år. 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 styrkor ligger dels i verksamhetens höga kvalitet vad gäller lokala rutiner och systematiska utvecklings- och kvalitetsarbete (tex. egenkontroller, riskanalyser, avvikelshantering). Personal berättar i samband med enskilt samtal att verksamheten arbetar systematiskt med synpunkter, klagomål och avvikelser och att medarbetarna görs delaktiga i förbättringsåtgärderna, på APT och genom kvalitetsmöten. I samband med enskilt samtal med personal framkommer det även att det är en god stämning inom verksamheten och att det är ett "litet ställe där personalen känner till alla boende". Ett utvecklingsområde gällande tvärprofessionellt teamarbete uppmärksammades under uppföljningen (se nedan punkt). I samband med enskilt samtal med personal framkommer att matbeställningar återkommande innehåller för lite mat samt för dåligt utbud vilket leder till att personal får gå och handla (saknas mat/beställer för lite) samt att verksamheten har ett behov av modernisering. Vardaga Villa Sarvträsk är belägen i ett lugnt område och kommer att genomgå större renovering som beräknas vara färdigställd till 2025. Dubbla antal lägenheter planeras samt renovering av befintliga lokaler. 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: Ett utvecklingsområde gällande tvärprofessionellt teamarbete uppmärksammades under uppföljningen. Verksamheten har i samband med verksamhetsuppföljningen uppvisat rutin för teammöten vilken tydliggör syfte, arbetsätt, avsatt tid och ansvarsfördelning. Verksamheten uppvisar även genomförd egenkontroll av tvärprofessionellt teamarbete (utskickat från Äldreförvaltningen 2023). I samband med egenkontroll framkommer att brister identifierats då riskbedömningar genomförts i Senior alert men inte dokumenterats i HSL-journal eller där det är relevant i SoL-journal. Bedömning görs av verksamheten att det finns en bristande efterföljsamhet i befintliga rutiner. Verksamhetens har

utformat en åtgärdsplan för detta arbete vilken bedöms vara fullgod. Åtgärdsarbetet inbegriper att komplettera information som saknas i journal vilket utförs av både HSL- och omvårdnadspersonal. Åtgärdsarbetet inbegriper även extra journalgranskningar av verksamhetschef.

18) b) Följande brister är kvarvarande sedan föregående verksamhetsuppföljning:
Inga kvarstående brister från verksamhetsuppföljning år 2021. Verksamhetsbesök gjordes senast den 2021-11-16 och komplettering av underlag inkom den 2021-11-29 samt 2021-12-16.

19) Bristerna skall vara åtgärdade senast (åå/mm/dd):
Uppföljning av ovanstående rekommenderas inför nästkommande verksamhetsuppföljning år 2025.

21) Ekonomi och administration: (Ekonomi och administration)
Avvikelseberättelserna, 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 Sarvträsk i samband med verksamhetsuppföljning efterfrågar verksamhetsuppföljare information om ekonomi och administration via Enskede-Årsta-Vantör SDF samt Södermalm SDF. Enhetschef på Enskede-Årsta-Vantör återkopplar uppföljning av ekonomi och administration den 230307. Information ges att verksamheten inte specificerar lokalschablon (bakar ihop dygnspris och lokalschablon) samt att man i samband med fakturering inte anger beslutstid (anger unokod). Enhetschef på Södermalm inkommer den 230316 med information om att utföraren skickar motsvarande underlag som framgår av vägledningen. Underlag innehåller enligt enhetschef "uppgifter om kunden samt månad, boende, pris, kontaktperson osv." Informationen delges verksamheten i samband med verksamhetsuppföljning och verksamheten ombeds att se över ovanstående. Verksamhetschef återkommer i samband med komplettering med information om att 143kr i dygnspriset avser lokalschablon i fakturaraden samt att kontakt är tagen med kundreskontra där uppdelade summor på separata rader efterfrågats. Vid behov sker ytterligare dialog centralt mellan Stockholms stad och verksamheten.

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:

27) Hälso- och sjukvårdspersonal: (Hälso- och sjukvårdspersonal)



28) Antal sjuksköterskor dag/kväll omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler): (Antal sjuksköterskor dag/kväll)
3,7

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)
0,7

31) Antal sjukgymnaster/fysioterapeuter omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler): (Antal sjukgymnaster)
0,2

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 genom platsbesök alternativt per telefon.

36

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

18,2

37

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

3,95

38

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

15

39

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

88

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

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:

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. - Verksamheten uppvisar rutin gällande våld i nära relation samt den 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. 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.

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 Delvis

45 Eventuella kommentarer avseende samverkan:

- Verksamheten uppvisar rutin för intern och extern samverkan i samband med verksamhetsbesök. Verksamheten ombeds att komplettera rutin för extern samverkan med information om samverkan med apotek, vårdhygien, tandläkare samt dietist. I samband med komplettering inkommer verksamhetschef med reviderad rutin där samverkan med ovan nämnda aktörer framgår. - Verksamheten har rutin för teammöten vilken tydliggör syfte, arbetsätt, avsatt tid och ansvarsfördelning. Verksamheten uppvisar genomförd egenkontroll av tvärprofessionellt teamarbete (utskickat från Äldreförvaltningen 2023). I samband med egenkontroll framkommer att brister identifierats då riskbedömningar genomförts i Senior alert men inte dokumenterats i HSL-journal eller där det är relevant i SoL-journal. Bedömning görs av verksamheten att det finns en bristande efterföljsamhet i befintliga rutiner. Verksamheten arbetar för närvarande med åtgärder kopplade till ovanstående varpå både HSL- och omvårdnadspersonal arbetar under maj månad 2023 med att dokumentera det som saknas i journal. Verksamhetschef kommer därefter att utföra extra journalgranskningar (sker varje kvartal i regel). 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). Verksamhetens åtgärdsplan bedöms vara fullgod. - I samband med ovanstående har även samtal om begrepp och vissa arbetsätt förts bland såväl HSL- som omvårdnadspersonal. Verksamhetschef rekommenderas att fortsätta arbete med att tydliggöra begrepp och arbetsätt i samband med teammöten (dvs. HSL-personal behöver omarbeta uttryck/begrepp som ej är bekanta för omvårdnadspersonal eller boende) och verksamheten bedömer själva att de behöver fortsätta språkutveckla omvårdnadspersonalen. I samband med enskilt samtal med personal framkommer att teamarbetet mellan den ordinarie personalen samt sjuksköterskor via patrull är väl utvecklat och att all personal "är mycket bra och hjälpsamma". Personal exemplifierar med att personal "kavlar upp ärmarna". Personal berättar att omvårdnadspersonal inte deltar i samband med läkarrond.

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 Ameba 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 krisituation". 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. Under APT används fallbeskrivningar som diskussionsunderlag i samband med dessa frågor.

48 10. Avvikelsehantering:

Rutiner för avvikelsehantering finns Ja

Rutiner för synpunkts- och klagomålshandling 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 avvikelshantering:

- Verksamheten uppvisar rutiner för synpunkts- och klagomålshantering, avvikelshantering samt Lex Sarah och Lex Maria. Verksamhetschef uppger att 4 Lex Sarah-rapporter och 3 Lex Maria rapporter upprättats 2022 varav ingen anmäls till IVO. Lex Maria har samtliga gällt dubbeldos medicin vilket lett till att verksamheten kommer att införa digital signering av läkemedel inom kort. - Verksamhetschef uppger att avvikelser registreras i Ambeas system Qmaxit och att informationen automatiskt skickas till "förbättringsloggen". Avvikelse förmedlas även till regionchef samt MAS/kvalitetsutvecklare där bedömning av Lex Sarah-utredning görs. Annan verksamhetschef inom regionen tillsätts för att utreda ev. missförhållande för berörd verksamhet. Vid färdigställd utredning skickas denna till regionchef som bedömer innehåll enligt checklista och därefter skickas utredningen till MAS/kvalitetsutvecklare som gör en bedömning och skriver ett ställningstagande. MAS/kvalitetsutvecklare fattar beslut om Lex Sarah ska anmälas till IVO. Verksamhetschef uppger att beställande nämnd informeras om Lex Sarah-rapport upprättats vilket framgår under punkten "information till berörda" i rutin. MAS/kvalitetsutvecklare ansvarar för den rapporteringen. - Verksamhetschef uppger att samtliga avvikelser diskuteras under kvalitetsråd som sker 1 gång/månad. Synpunkter och klagomål lyfts som separat punkt under kvalitetsråd där personal kan inkomma med synpunkter som de fått med sig men inte dokumenterats. Verksamhetschef uppger att det som inkommer i dessa fall registreras under sittande möte. Verksamhetschef tar även med sig punkter från kvalitetsråd till APT och i vissa fall även närståendemöten. - I samband med enskilt 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. I samtalet framkommer att personal uppfattar att rapporteringen ökat samt att avvikelser diskuteras frekvent och att detta är ett resultat av verksamhetschefens arbete inom området. Vidare framgår att medarbetare i samtalet själva inte rapporterat Lex Sarah och att det inte känns bekvämt utan att de i detta fall skulle vända sig till verksamhetschefen. Verksamheten rekommenderas att fortsätta arbetet med att ta bort stigmatiseringen kring avvikelser samt att ge all personal förutsättningar för kompetenshöjning inom Lex Sarah (tex. genom utbildning, delaktighet i Lex Sarah-process, MAS/kvalitetsutvecklare på kvalitetsråd etc.).

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. Egenkontrollerna genomförs genom kollegial granskning en av gångerna per år, dvs. att en annan verksamhetschef inom regionen genomför kontroller på aktuell verksamhet. - De områden som registrerats som delvis uppfyllt/inte uppfyllt hamnar i "förbättringsloggen" i Ambeas verksamhetssystem. Verksamhetschef uppger att resultaten från egenkontrollerna diskuteras under kvalitetsråd. Från egenkontroll våren 2023 framkom att social dokumentation samt genomförandeplaner registrerats som delvis uppfyllt och att detta lett till att skrivstöd i att skriva genomförandeplaner håller på att upprättas. Verksamhetschef uppger att tex. uppföljning av genomförandeplaner följs upp i praktiken men att det inte går att utläsa av dokumentationen. Verksamheten har dokumentationsstödare. Verksamhetschef uppger att stickkontroller av den sociala dokumentationen genomförs kvartalsvis. - Verksamhetschef uppger att processer i "förbättringsloggen" används systematiskt för att förbättra verksamheten och att resultat från externa granskningar så som apoteksgranskning och verksamhetsuppföljningar leder till revidering av rutiner. - Verksamheten uppvisar styrdokument samt lokal rutin (checklista) gällande social dokumentation. Verksamhetschef uppger att den sociala dokumentationen i huvudsak ska ge en bild av den boendes situation och att dokumentation ska ske minst en gång i veckan (veckoanteckning) om ingen annan journalföring skett. Verksamheten ombeds att komplettera rutin med information om att dokumentation ska ske minst en gång per vecka för att ge en bild av den boendes situation. I samband med komplettering inkommer verksamhetschef med reviderad rutin där det framgår att dokumentation ska ske minst en gång per vecka.

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 och teammöten. Verksamheten har utsedda kvalitetsombud (som även är hygienombud).

54 13. Nationella kvalitetsregister:

Enheten registrerar i Senior alert

Enheten registrerar 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:

- HSL-personal och verksamhetschef uppger att verksamheten fått utbildning i samtalskortet DöBra gällande livets slutskede. - Verksamheten tillämpar arbetssätt enligt BPSD på samtliga enheter (somatisk/demens) och registrerar även boende på demensavdelning.

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 förukost 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 med personal framkommer att verksamheten har aktivitetsansvarig sedan ca 1 år tillbaka på plats 2 ggr/vecka som tillgodoser aktiviteter genom egen personal samt externa gäster. - Verksamhetschef berättar att boende i regel erbjuds 1 timme egentid per vecka tillsammans med sin kontaktperson vilket räknas som en individuell aktivitet. I samband med enskilt samtal med personal framkommer att vanliga önskemål under egentid är tex. nagelvård, att fixa håret, titta i album eller samtala. - I samband med enskilt samtal med personal framgår att Vardags måltidskoncept innebär hemlagad mat. Medarbetarna lagar mat från grunden (halvfabrikat) och de boende deltar efter förmåga och önskemål. Personal berättar att måltidssituationen i regel anpassas utifrån de boende. Personal ansvarar för att duka fint, servera mat från köksö, stötta i samband med måltiden (tex. bre smörgås) samt starta/driva samtal vid behov. Vid helg och högtid används exempelvis andra glas och dukar och vin serveras till de som önskar. I samband med enskilt samtal med personal framkommer att matbeställningar återkommande innehåller för lite mat samt för dåligt utbud vilket leder till att personal får gå och handla (saknas mat/beställer för lite). Personal uppger att detta arbetssätt inte stämmer överens med Vardags måltidskoncept och att förbättring inom området är nödvändig.