Mottagare för AKTUELL Vård - och omsorgsboende 2023

Respondent

Namn: Villa Tule

E-post: VillaTule

Svar inkom: 2023-04-19 11:15

Resultat

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

Privat regi

6 **Inriktning: (Inriktning)**

Somatisk

Demens

7 **Adress: (Adress)**

Tulegatan 23 B, 172 78 Sundbyberg

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

9 **Telefon: (Telefon)**

08- 128 67 881

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

63

11 **Antal boende från Stockholms stad:**

9

12 **Uppföljningen utförd av:**

Ann-Britt Pettersson, MAS Marie Lissäng, verksamhetsuppföljare

13 **Från utföraren medverkade:**

Ann- Sophie Rudolph, verksamhetschef Araz Seyitham HSL ansvarig och bitr verkssamhetschef

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

23/04/24

16 **Sammanfattning:**

Verksamheten följer lagar, föreskrifter och avtal och bedöms ha förutsättningar för att bedriva en verksamhet med god kvalitet. Verksamhetens styrkor utifrån verksamhetsuppföljningen är att de har bra och tydliga rutiner som är centrala och vid behov lokala som ett komplement. De arbetar med en förbättringslogg som följs upp av verksamhetschef dagligen. Det systematiska förbättringsarbetet går som en röd tråd i verksamheten. De utvecklingsområden som framkommit i uppföljningen är områden som verksamheten själva uppmärksammat innan verksamhetsuppföljningen. Underlaget är faktagranskat av verksamhetschef. Uppföljning är genomförd på plats.

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

Verksamheten behöver utveckla dokumentationen gällande genomförandeplaner SoL, främst när det gäller nattfasta. Verksamheten behöver utveckla dokumentation och egenkontroll gällande utevistelse samt larmloggar. Verksamheten behöver utveckla metoder för att erbjuda ökad utevistelse. Verksamheten behöver utveckla hur man skriver avvikelser samt att personalen får ökad förståelse för vad en avvikelse är och varför man skriver avvikelser.

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

verksamheten följs upp för första gången 2023.

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

25 **Eventuella kommentarer avseende ledning:**

Informationen på Stockholms stads hemsida stämmer inte - den verksamhetschef som står som ansvarig har slutat. Verksamhetschefen ska kontakta huvudkontoret för att ändra så att uppgifterna stämmer. Verksamhetschef är på plats dagtid 8-17 - övrig tid finns jour som bemannas av regionchef och vise regionchef som har rullande schema. På helger är gruppchef i tjänst samt finns arbetsmiljöansvar delegerat till usk och ssk.

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)**

3

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)**

0,5

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

0,5

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	Dag
Mobilt team	Kväll Natt

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

Mobilt sjukskötersketeam, Klara kompitens, bemannar alla dagar kl 17:00-07:00. Inställelsetid 30 min. Inga fasta ärenden vid besöket. Akuta besök genomsnittligt 2-10st sedan årskiftet, ca 30 telefonsamtal/månad. Då det är svårt att rekrytera fysioterapeut bemannar Klara kompetens dessa. Begränsat antal fysioterapeuter tjänstgör. Läkarorganisationen, Legevisitten ansvarar för läkarinsatser både genom fysiska besök på plats och nås på telefon dygnet runt.

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

32,64

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

7,72

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

20

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

87

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:**

Rutiner är tydliga och centrala för hela koncernen. I de fall det behövs förtydligande gällande lokala rutiner upprättas det. 1) 1) Det finns checklista för olika professioner – gruppchef ansvarar för introduktionen samt utser handledare som innan fått handledarutbildning. 2) 2)

Verksamheten använder ”kompetensportalen”, där alla utbildningar och genomförda utbildningar/diplom finns. Varje anställd har en egen planering. Gruppchefer tar fram individuella kompetensutvecklingsplaner med medarbetaren samt följer upp dessa. Kvalitetsledningen tar fram övergripande kompetensutvecklingsbehov utifrån omvärldsbevakning. Planerna gäller ett år i taget. 3) Finns en central värdegrund, "Den goda dagen", "Den goda natten", som alla ska känna till, de gås igenom på avstämningsmöten. Genomförandeplaner håller på att utvecklas till att vara individuellt så det framkommer tydligare hur den enskilde vill ha det. 5) De har en informationsmapp som delas ut. 6) Rutin och checklista finns över kontaktpersonens ansvar. Det är möjligt att byta kontaktperson. 8) Nyckelknippa finns för olika funktioner. Huvudnyckel finns till alla lgh. Mobiler används även som dörröppnare. Till läkemedelsrummet har endast ssk nyckel och kod till läkemedel. SSK kommer in med blipp till läkemedelsrummet och kod till nyckelskåpet där nyckel till läkemedel finns. Mobila teamet har samma tillgång. 9) Tillgång till dietist finns. Gör individuella riskbedömningar som följs upp. Finns rutiner för hur undernäring ska förebyggas, upptäckas och vem som ska kontaktas vid behov. Regelbunden viktkontroll genomförs, för vissa brukare varje vecka. Använder senior alert. 14) Rutin finns. Verksamheten har hygienombud på varje avdelning som har gemensamma möten för att följa upp deras uppdrag samt att ge dem stöd i deras roller. Skattningar görs varje månad som lämnas till HSL ansvarig. Observationskontroller görs varje månad av hygienombud och lämnas till HSL ansvarig. Personal uppdateras i de nya föreskrifterna och informerar och tar upp frågor vid varje avdelningsmöte. 16) Brytpunktssamtal utförs och fungerar bra med läkare (legesvistelsen). Verksamheten har utbildat palliativa ombud som stöttar sina kollegor på avdelningarna samt har kontakt med ssk. Ett palliativt ombud på varje avdelning. Behov av extra vak tar ssk ställning till – ingen ska behöva gå bort ensam. Vid extra vak sitter ordinarie personal hos boende och den extra personal som tas in ska vara i verksamheten. Symptomkontroll används och personal rapporterar smärta till ssk. Palliativa registret fylls i. Vid beslut om palliativ vård håller de ett möte med personal för att informera om vad som ska ingå i det palliativa vården, hälsoplan upprättas så att alla vet vad som ska göras. Efterlevandesamtal erbjuds inom två månader.

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:

Personalen känner till rutinerna som finns tillgängliga i varje dokumentationsrum på avdelningarna. Anslag finns på varje expedition och dokumentationsrum där det tydligt framgår vilka som ska kontaktas i olika frågor och vad som behöver göras innan kontakt tas. Finns även information vem som ska kontaktas om ordinarie läkare/ssk inte nås. Telefonlista finns som uppdateras kontinuerligt. Morgonmöten hålls varje morgon där HSL och SoL personal ingår. Omvårdnadspersonal kontaktar ssk vid behov övrig tid. Teamträffar hålls en gång i veckan där omvårdnadsansvarigsjuksköterska, omvårdnadspersonal och arbetsterapeut/fysioterapeut deltar. Förebyggande arbete med fallmöten 1ggr/v i teamet genomförs. Verksamheten har avtal och samverkar med vårdhygien, apoteket som genomför granskningar 1ggr/år. Verksamheten samverkar med Distriktstandvården, som också utbildar all personal. Vardaga har egen dietist att tillgå vid behov.

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:

Rutiner för riskanalyser finns. Resultat från riskanalyser läggs in i förbättringsloggen - förbättringsområden följs upp dagligen av verksamhetschef. En gång i månaden följer regionchefen upp förbättringsloggen tillsammans med verksamhetschefen. Riskanalyser görs kontinuerligt och finns 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:

Verksamheten tar upp på varje APT hur man skriver avvikelser. Personalen har blivit bättre på att skriva avvikelser men behöver bli bättre på att skriva mer detaljerat och utförligt vad avvikelsen handlar om. Kulturen att skriva avvikelser diskuteras även på APT för att inte hänga ut varandra utan för att ta upp händelser som ska leda till förbättringar. Information och blankett gällande synpunkter och klagomål finns vid entrén. Verksamhetschef skriver i månadsbrev information om synpunkter och klagomål samt finns det information i välkomstmappen. Verksamheten använder det som framkommer i avvikelsehantering till att förbättra och ändra i verksamheten. Även anhörigas synpunkter har medfört att de ändrat arbetssätt. Under 2022 inkom ingen lex Sarah eller lex Maria. 284 avvikelser inkom under 2022. 127 fall 82 läkemedelshantering 15 synpunkter och klagomål 1 vårdhygien 3 miljö 1 livsmedelshygien Verksamheten har infört "fallmöten" en gång i veckan i som består av ett team med ssk, AT och FT där de diskuterar händelser och förbättringsåtgärder.

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:

Egenkontroll av Stockholms stads fokusområde gällande ”röda tråden# är genomförd på de brukare som kommer från Stockholm. Resultatet visar på att samma information gällande brukaren framkommer i både SoL- och HSL dokumentationen. Omvårdnadspersonalen har tillgång till en tittfunktion i hälso-och sjukvårdsjournalen. Dokumentation SoL – gruppchefer kontrollerar enligt social journal, var tredje månad samt vid egenkontroll två ggr per år. Kontrollerar att det dokumenteras gällande egentid, utevistelse, aktiviteter. Resultat visar att SoL dokumentationen, inklusive genomförandeplanen, behöver utvecklas. Personal har fått utbildning i dokumentation under 2022. Dokumentation HSL – HSL chef granskar 10 % av HSL dokumentation minst två ggr per år, granskning sker efter en checklista. Resultatet ser bra ut. Egenkontroll av delegering sker genom stickprov tas på avdelningen och genom att dokumentationssystemet SafeDok säger till i god tid innan delegeringsbeslut går ut. Delegering förnyas minst en gång per år och föregås av kunskapstester. Diskussion förs om att digital signering via mobiltelefon ska införas för att få bättre kontroll över att läkemedel ges korrekt. Läkemedelshantering – rutiner finns – två och två räknar boendes narkotika samt räknas narkotika i akutskåpet en gång i månaden. Samtliga läkemedel, boendes och i akutskåpet gås igenom var 3:e månad bla gällande utgångsdatum. Livsmedelshantering – rutiner finns – koll av temp, mat etc Basala hygienrutiner - Smittskyddsenheten anlitas vid behov. Basala hygienrutiner förs ofta dialog om vikten av att följa rutinerna, verksamhetschefen följer upp att det efterlevs. Det finns hygienombud på varje avdelning som har möten med varandra och ansvarig chef för att följa upp och ge dem stöd i deras roller. Skattningar görs varje månad som lämnas till HSL ansvarig. Observationskontroller görs varje månad av hygienombud och lämnas till HSL ansvarig. Personal uppdateras i de nya föreskrifterna och informerar och tar upp frågor vid varje avdelningsmöte. Vid introduktionen på första dagen ges information gällande basala hygienrutiner. Smittspårning görs och verksamheten håller koll på det. MRP – Egenkonroller genomförs av AT kontinuerligt enligt plan – protokoll finns. Aktiviteter – Finns signeringslistor på varje avdelning per individ som lämnas in till aktivitetsansvarig en gång i veckan som följs upp av aktivitetsansvarig. Utevistelse – håller på att utveckla egenkontroll av utevistelse – dokumenterar men behöver utvecklas Larmloggar – larmansvariga kontrollerar larmloggar. Finns på varje avdelning är osäker om det utförs. Behöver utveckla. Prioriterade utvecklingsområde Utevistelse – hur de ska få till en ökad utevistelse. Bemötande från personalen, språkutveckling hos personalen samt arbeta mer personcentrerat Öka dokumentationen av nattfasta i genomförandeplanen. Personalen har brukarens önskemål och behov av nattfasta i ”huvudet” men behöver dokumentera i genomförandeplanen. Utvecklingsområden läggs in i ”Förbättringsloggen” som följs upp dagligen av verksamhetschef samt månadsvis av regionchef,

52

12. Processer och förankring:

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

53

Eventuella kommentarer avseende processer och förankring:

Det finns styrdokument för alla processer och rutiner som är tillgängliga för personal. Verksamheten har ett väl utvecklat kvalitetsarbete där det framgår i vilka processer personal och chefer är ansvariga.

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:

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:

Utevistelse erbjuds men verksamheten behöver bli bättre enligt brukarundersökningen, vilket visade på en låg nöjdhet gällande utevistelse. En person från MISA kommer varje onsdag för att erbjuda aktiviteter. Individuella aktiviteter erbjuds om brukaren inte vill delta i gruppaktiviteter. Brukaren erbjuds egentid varje vecka i en timme med sin kontaktperson. Aktiviteter erbjuds fm och em. Personal planerar vem som ska göra vad, finns ett schema att gå efter eller kp bestämmer när och vem. Gällande mat och måltider så behöver verksamheten bli bättre på att dokumentera i den enskildes genomförandeplan gällande nattfasta.