

# Mottagare för AKTUELL Vård - och omsorgsboende 2023


Respondent

**Namn:** Attendo Hovsjövägen- Somatisk/demens

**E-post:** AttendoHovsjövägen-Somatisk/demens

**Svar inkom:** 2023-12-15 09:51

Resultat

5	<b>Verksamhetens regiform: (Verksamhetens regiform)</b> Privat regi
6	<b>Inriktning: (Inriktning)</b> 
7	<b>Adress: (Adress)</b> Hovsjövägen 12, 151 65 Södertälje
8	<b>Verksamhetschef/enhetschef: (Verksamhetschef/enhetschef)</b> Khanda Hamed
9	<b>Telefon: (Telefon)</b> 072-1429238
10	<b>Antal lägenheter totalt: (Antal boende totalt)</b> 54
11	<b>Antal boende från Stockholms stad:</b> 0
12	<b>Uppföljningen utförd av:</b> Lidia Lara Salazar, Pia Corral & Alexandra Donath
13	<b>Från utföraren medverkade:</b> Khanda Hamed, Mirsad Masinovic, sjuksköterska, arbetsterapeut och 3 undersköterskor
14	<b>Datum för uppföljningen (åå/mm/dd):</b> 2023-10-19
16	<b>Sammanfattning:</b> Utifrån uppföljningsunderlagen som har legat till grund för denna bedömning, uppfyller verksamheten till övervägande del de krav som ställs för att ha förutsättningar att ge en säker vård och omsorg av god kvalitet. Ett förbättringsarbete med att identifiera verksamhetens huvudprocesser rekommenderas, för att samtliga krav ska vara uppfyllda. Verksamheten har sedan uppföljningen 2021 bedrivit ett utvecklingsarbete, och har gjort tydliga framsteg med rutinerna för förebyggande av undernäring och arbetet med medicinsktekniska produkter. Vad gäller intern samverkan identifierades behov av att utveckla processen för informationsöverföring, i synnerhet inom och mellan yrkeskårer. Verksamheten gör ett gediget arbete vad gäller egenkontroll och utifrån deras resultat så har de valt den sociala dokumentation som fokusområde.
17	<b>a) Följande brister finns vid denna uppföljning:</b> Avsaknad av verksamhetens huvudprocesser.
18	<b>b) Följande brister är kvarvarande sedan föregående verksamhetsuppföljning:</b> Inga.
19	<b>Bristerna skall vara åtgärdade senast (åå/mm/dd):</b>

21	<b>Ekonomi och administration: (Ekonomi och administration)</b>
22	<b>Eventuella kommentarer avseende ekonomi och administration:</b> Vid uppföljningstillfället fanns inga klienter från Stockholms Stad, därmed inte heller några underöag att kontrollera.
24	<b>Ledning: (Verksamhetschef)</b> 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	<b>Eventuella kommentarer avseende ledning:</b>
27	<b>Hälso- och sjukvårdspersonal: (Hälso- och sjukvårdspersonal)</b> Sjuksköterska finns enligt 11 kap 4§ hälso-och sjukvårdslagen (motsvarande MAS) De enskilda har en utsedd omvårdnadsansvarig sjuksköterska
28	<b>Antal sjuksköterskor dag/kväll omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler): (Antal sjuksköterskor dag/kväll )</b> 2
29	<b>Antal sjuksköterskor natt omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler): (Antal sjuksköterskor natt)</b> 0
30	<b>Antal arbetsterapeuter omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler): (Antal arbetsterapeuter)</b> 0,4
31	<b>Antal sjukgymnaster/fysioterapeuter omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler): (Antal sjukgymnaster)</b> 0,6
32	<b>Tillgång finns till sjuksköterska under vardagar med en inställelsetid som inte överstiger 30 minuter genom:</b> <b>Sjuksköterska på plats</b> Dag <b>Mobilt team</b> Kväll Natt
33	<b>Tillgång finns till sjuksköterska under helger med en inställelsetid som inte överstiger 30 minuter genom:</b> <b>Sjuksköterska på plats</b> <b>Mobilt team</b> Dag Kväll Natt
34	<b>Eventuella kommentarer avseende hälso- och sjukvårdspersonal:</b>
36	<b>Antal omvårdnadspersonal dag/kväll omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler): (Antal vårdbiträden/undersköterskor dag/kväll )</b> 24,7
37	<b>Antal omvårdnadspersonal natt omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler): (Antal vårdbiträden/undersköterskor natt)</b> 7,6
38	<b>Andel timanställd omvårdnadspersonal, angivet i procent (inga decimaler): (Andel timanställd omsorgspersonal)</b>



39

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

70

40

**Eventuella kommentarer avseende omvårdnadspersonal:**

Ledningen jobbar på att öka andelen omvårdnadspersonal med adekvat utbildning.

42

**7. Rutiner och dokument:**

<b>1) Introduktion av nyanställd personal</b>	Finns
<b>2) Gemensam plan för kompetensutveckling</b>	Finns
<b>3) Beskrivning av enhetens värdegrundsarbete</b>	Finns
<b>4) Uppmärksamma hot och våld i nära relation och hedersrelaterat våld och förtryck</b>	Finns
<b>5) Information till nyinflyttad</b>	Finns
<b>6) Kontaktmannaskap</b>	Finns
<b>7) Hantering av privata medel eller motsvarande</b>	Finns
<b>8) Hantering av nycklar eller motsvarande</b>	Finns
<b>9) Förebyggande och behandling av undernäring enligt HSLFS 2022:49</b>	Finns
<b>10) Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter</b>	Finns
<b>11) Uppsökande verksamhet med munhälsobedömning samt nödvändig tandvård</b>	Finns
<b>12) Fotsjukvård</b>	Finns
<b>13) Medicintekniska produkter i enlighet med HSLF FS 2021:52</b>	Finns
<b>14) Smittförebyggande arbete i enlighet med HSLF-FS 2022-44 och SOSFS 2015:10 samt handlingsprogram för att minska vårdrelaterade infektioner</b>	Finns
<b>15) Läkemedelshantering i enlighet med HSLF-FS 2017:37</b>	Finns
<b>16) Vård i livets slutskede i enlighet med Nationellt vårdprogram för palliativ vård</b>	Finns
<b>17) Aktuell Patientsäkerhetsberättelse</b>	Finns

43

**Eventuella kommentarer avseende rutiner och dokument:**

7.2 Rutinen för kompetensutveckling behövde kompletteras med information om vilka utbildningar som ska göras, av vem och när, komplettering inkom inom begärd tid. 7.3 Rutinen för värdegrundsarbete behövde kompletteras med information om när aktiviteterna som nämns i rutinen, ska genomföras. Komplettering inkom inom begärd tid. 7.4 Rutinen för att uppmärksamma hot och våld behövde kompletteras med hur arbetet ska ske och även när. Rutinen hänvisar till en lokal rutin som inte fanns med bland övriga rutiner, därför behöver den inkomma. Den inkom inom begärd tid. 7.5 Rutinen för information till nyinflyttad skulle behöva kortas ner och enbart fokusera på klienten, inte det administrativa arbetet som det innebär. Ny rutin inkom inom begärd tid. 7.9 Åtgärdad efter förra uppföljningen. 7.10 Rutinen för delegering: Sjuksköterskans rutiner saknas gällande utförandet av delegering och uppföljning av personbunden delegering. Komplettering inkom inom begärd tid. 7.13 Åtgärdad efter förra uppföljningen. 7.15 Patientsäkerheten. Det måste finnas signeringslistor i sjuksköterskerummet för dosetter, fanns förut men försvann efter en period av mycket bemanning. Komplettering inkom inom begärd tid.

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:**

8.1 Rutin för intern samverkan finns enligt ledningen, men fanns inte med bland de rutiner som inkom inför besöket, därför behöver den inkomma. Ledningen och personalen kunde dock vid uppföljningstillfället berättat detaljerat om hur intern samverkan fungerar. Personalen lyfte behov av förbättrad kommunikation mellan de olika professionerna, framförallt mellan den egna personalen vid byte av arbetspass. Rutin inkom inom begärd tid efter åter-koppling, det vore dock önskvärt att rutinen tydligt visar att teammöte utgår ifrån klientens genomförandeplan och hälsoplan, vilka vid behov ska uppdateras efter möten. Det är bra att vara tydlig med vem som ansvarar för att uppdatera dem. 8.2 Rutin för extern samverkan saknar information om när extern samverkan ska ske och på vilken frekvens. Komplettering inkom i begärd tid.

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:**

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:**

Attendo har centrala stödfunktioner som är behjälpliga vid allvarliga avvikelser där bedömning om det är aktuellt att göra anmälan om Lex Sara/Lex Maria .

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:**

Genomförandeplaner och social dokumentation är fokusområden för vidareutveckling just nu

52

**12. Processer och förankring:**

**Verksamhetens huvudprocesser är identifierade** Nej

**Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är tydliggjord** Delvis

53

**Eventuella kommentarer avseende processer och förankring:**

Vid uppföljningstillfället återgavs inget svar om processer och förankring och en komplettering inkom efter återkoppling men den visade inte verksamhetens huvudprocesser. Under besöket framkom delvis hur personalens medverkan i kvalitetsarbetet sker, men inte som ett direkt svar i anslutning till frågan om verksamhetens huvudprocesser.

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:**

Verksamheten erbjuder en rad aktiviteter genom att använda egna resurser, men också ge-nom att samarbeta exempelvis med kyrkan, vilket uppskattas av klienter och anhöriga. Vad gäller maten så anpassas den i största möjliga mån efter klienternas kulturella bakgrund. Personalen är i regel med som sällskap eller hjälp vid behov och för att skapa god stämning. Lokalerna är välanpassade för rullstol.