

Mottagare för Vård - och omsorgsboende 2023

Respondent

Namn: Attendo Kantarellvägen**E-post:** AttendoKantarellvägen**Svar inkom:**

Resultat

5	Verksamhetens regiform: (Verksamhetens regiform) Privat regi
6	Inriktning: (Inriktning) Somatisk Demens
7	Adress: (Adress) Kantarellvägen 5B, 184 34 Åkersberga
8	Verksamhetschef/enhetschef: (Verksamhetschef/enhetschef) Zlata Cerimagic
9	Telefon: (Telefon) 0766 98 19 69
10	Antal lägenheter totalt: (Antal boende totalt) 40
11	Antal boende från Stockholms stad: 4
12	Uppföljningen utförd av: Pim Karlström, verksamhetscontroller Bintou Traoré Tent, MAS
13	Från utföraren medverkade: Verksamhetschef Zlata Cerimagic samt undersköterska Ann-Lie Karlsson. Enskilt samtal genomfördes med tre medarbetare, både omvårdnadspersonal och HSL-personal.
14	Datum för uppföljningen (år/mm/dd): 2023/04/25
16	Sammanfattning: Attendo Kantarellvägen 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 i arbetet kring mat och måltider samt aktiviteter för de boende. Personalen uttrycker stolthet särskilt över arbetet med att tillgodose meningsfulla aktiviteter för de boende. Personal uttrycker även stolthet över omsorgspersonalens förmåga att skapa delaktighet och meningsfullhet i vardagsmoment. Vidare berättar personal att verksamhetschef arbetar förebyggande kring negativa händelser vilket upplevs som en styrka. Två utvecklingsområden, dels gällande riskanalyser, och dels gällande egenkontroller, uppmärksammades under uppföljningen (se nedanstående punkt). Attendo Kantarellvägen är belägen i ett lugnt område och inryms i en nybyggd fastighet som är väl anpassad 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: Brister som framkommit och åtgärdats genom komplettering i samband med uppföljningen framgår under respektive punkt i aktuellt dokument. Nedan brister kvarstår efter uppföljning. Riskanalys (punkt 9): Av Äldreförvaltningens vägledning framgår att riskanalyserna innebär att sannolikheten för att en händelse ska inträffa uppskattas samt att en bedömning görs av vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Verksamheten ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser eller förändringar som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Verksamheten ska även säkerställa att behov av åtgärder rörande verksamheten identifieras och utreds med stöd av

riskanalys i den frekvens och omfattning som krävs. Vidare ska riskanalysen även leda till åtgärder/aktiviteter i förebyggande syfte som exempelvis strömavbrott, utebliven matleverans, telefon/datahaveri, brand, sjukdomsutbrott, extremväder och omorganisation. Verksamheten ombuds att fortsätta arbeta med riskanalyser i förebyggande syfte och säkerställa att ovanstående områden finns med. Egenkontroll (punkt 11): Rutin för egenkontroller finns delvis i samband med verksamhetsbesök varpå verksamheten ombuds att inkomma med reviderad rutin för egenkontroll i samband med komplettering. Av Äldreförvaltningens vägledning framgår att egenkontroll inom minst följande områden ska genomföras: dokumentation SoL (SOSFS 2014:5), dokumentation hälso- och sjukvård (PDL 2008:355, SOSFS 2008:14), delegering, läkemedelshantering, basala hygienrutiner, medicintekniska produkter, livsmedelshantering, aktiviteter, utevistelse och larmloggar. Av reviderad rutin framgår att livsmedelshantering, aktiviteter, utevistelse och larmlogg saknas i befintlig rutin varpå en ny översyn och fortsatt arbete rekommenderas. Av rutin ska det även framgå: en beskrivning över vilken egenkontroll som ska genomföras, hur ska egenkontroll göras, av vem, när, hur ofta samt i vilken omfattning kontroller har skett. En samlad bedömning av respektive egenkontroll ska finnas samt hur enheten har arbetat/arbetar med de förbättringsområden som framkommit i samband med egenkontrollen. Verksamhetschef uppger att SoL-dokumentationen godkändes föregående år (90%) och att HSL-dokumentationen uppnådde 87% (dvs. ej godkänd). Granskning av dokumentation SoL genomförd den 220823 inkommer i samband med komplettering. Av granskning framgår att 8 journaler samt genomförandeplaner granskats. Ingen granskning gällande HSL-dokumentation inkommer, dock inkommer åtgärdsplan för både HSL-dokumentation samt SoL-dokumentation i samband med komplettering. Av övriga inkomna handlingar framgår dock att intern granskning av HSL-dokumentation visat på en stor brist gällande inkontinensområdet då det saknas bedömningar, hälsoplaner och ordinationer. HSL-dokumentationen bedöms därför fortsatt vara ett utvecklingsområde.

18

b) Följande brister är kvarvarande sedan föregående verksamhetsuppföljning:

Inga identifierade eller kvarstående brister i samband med verksamhetsuppföljning den 2021-03-01. Samtliga rutiner fanns vid tiden för uppföljning och samtliga relevanta rutor var ifyllda/bockade "ja"/"finns" enligt tidigare QS-mall.

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)

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 (Skarpnäcks SDF) och ansvarig stadsdelsförvaltning (Norrmalms SDF) saknar boende på Attendo Kantarellvägen 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 det saknas mailadress för kontakt gällande fakturafrågor. Ekonomiassistent på Södermalm återkopplar uppföljning av ekonomi och administration den 230331. Information ges att fakturorna ger tillräckligt underlag för betalning. Ekonomiassistent anmärker på att verksamheten inte uppger beslutsID vid fakturering, istället uppges år, månad och de 2 första bokstäverna på för och efternamn för den person som tjänsten avser. Informationen delges verksamheten i samband med verksamhetsuppföljning och verksamheten ombuds att se över ovanstående.

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)

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)

2,66

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)

0,25

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 Attendos mobila team. - Patientansvarig läkare besöker verksamheten varje vecka och övrig tid vid behov.

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

16,72

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

5,97

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

31

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

70

40 Eventuella kommentarer avseende omvårdnadspersonal:

- Uppgift om "antal timanställd omvårdnadspersonal, angivet i procent" saknas i samband med verksamhetsuppföljning. Verksamhetsuppföljare rekommenderar verksamheten att beräkna hur många timmar som arbetats av timanställd personal en genomsnittlig månad för att få ut aktuell siffra. Verksamhetschef återkommer med denna uppgift i samband med komplettering och uppger då 31% för mars månad. - Verksamhetschef uppger att två medarbetare är under pågående undersköterskeutbildning.

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 Attendos ledningssystem. Attendos kvalitetsavdelning bistår med mallar så att alla rutiner ser enhetliga ut. Verksamhetschef genomför i samband med verksamhetsuppföljning en intern granskning av ledningssystemet för att undersöka om revideringar är nödvändiga. Följande utvecklingsområden uppmärksammades kopplade till rutiner och dokument: - Gemensam kompetensutvecklingsplan finns. Under uppföljningen framkommer det att verksamheten har både en gemensam kompetensutvecklingsplan vad gäller årets utbildningar, samt individuella kompetensplaner som upprättas i samband med årliga medarbetarsamtal. Genom Attendos ledningssystem är det även möjligt att få ut statistik på genomförda utbildningar för respektive personal, samt inom respektive område. Verksamheten ombeds att komplettera kompetensutvecklingsplanen med information om vilka yrkeskategori/er som avses för respektive utbildning i den gemensamma kompetensutvecklingsplanen. Komplettering genomförs under aktuellt verksamhetsbesök. - Rutin för att upptäcka hot och våld i nära relation samt hedersrelaterat våld och förtryck finns. Verksamhetsuppföljare anmärker på att information om specifikt hedersrelaterat våld med fördel kan lyftas fram i rutinen. I samband med komplettering inkommer verksamhetschef med reviderad rutin där förtydligande om hedersrelaterat våld och förtryck framgår. - Rutin för smittförebyggande arbete samt handlingsprogram för att minska vårdrelaterade infektioner finns. Verksamheten ombeds uppdatera verksamhetens rutin för smittförebyggande arbete samt handlingsprogram för att minska vårdrelaterade infektioner i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:44) om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS. I samband med komplettering inkommer verksamhetschef med reviderad rutin där förtydligande av smittförebyggande arbete samt handlingsprogram för att minska vårdrelaterade infektioner framgår. - Rutin för läkemedelshantering finns. Av rutin framgår att läkemedel förvaras i elektroniskt skåp. Verksamheten ombeds att förtydliga information om hantering av nyckel till läkemedelsskåp. I samband med komplettering inkommer verksamhetschef med reviderad rutin där förtydligande om nyckel till läkemedelsskåp framgår.

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:

- Rutiner för intern och extern samverkan finns. Verksamheten ombeds att förtydliga kontaktvägar till sjuksköterska i mobilt team om sjuksköterska inte kan nås. I samband med komplettering inkommer verksamhetschef med reviderad rutin där förtydligande av kontaktvägar till sjuksköterska i mobilt team framgår. - Verksamheten har rutin för teammöten vilken tydliggör syfte, arbetssätt, avsatt tid och ansvarsfördelning. I samband med enskilt samtal med medarbetare framgår att verksamheten har ett fungerande tvärprofessionellt teamarbete vilket medarbetarna uttrycker stolthet över. HSL-personal uppger att informationsöverföringen fungerar väl vilket möjliggör ett bra arbete och och uppföljning av den boende. Medarbetare uppger att atmosfären och det goda teamarbetet även påverkar de boende positivt.

46

9. Riskanalys:

Rutiner för riskanalys finns	Delvis
Resultaten från riskanalyser används systematiskt för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet	Ja

47

Eventuella kommentarer avseende riskanalys:

- Verksamhetschef beskriver arbetssätt vad gäller riskanalyser samt tillvägagångssätt i Attendos ledningssystem där minimum fyra riskanalyser måste göras systematiskt årligen (dessa laddas upp, granskas och bedöms därefter som godkänd/inte godkänd). Av Äldreförvaltningens vägledning framgår att riskanalyserna innebär att sannolikheten för att en händelse ska inträffa uppskattas samt att en bedömning görs av vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Verksamheten ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser eller förändringar som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Verksamheten ska även säkerställa att behov av åtgärder rörande verksamheten identifieras och utreds med stöd av riskanalys i den frekvens och omfattning som krävs. Vidare ska riskanalysen även leda till åtgärder/aktiviteter i förebyggande syfte som exempelvis strömavbrott, utebliven matleverans, telefon/datahaveri, brand, sjukdomsutbrott, extremväder och omorganisation. Verksamheten ombeds att fortsätta arbeta med riskanalyser i förebyggande syfte och säkerställa att ovanstående områden finns med. - Verksamhetschef uppger att schemaförändringar är föremål för riskanalys för närvarande. På individnivå diskuteras risker i respektive team på teammöte/avdelningsmöte. Identifierade risker ligger till grund för en handlingsplan, handlingsplan upprättas och går därefter igenom.

48

10. Avvikelsehantering:

Rutiner för avvikelshantering 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 avvikelshantering:

- Rutin för synpunkts-, klagomåls- och avvikelshantering finns. Attendo använder begreppet "negativa händelser" gällande avvikelser. Verksamhetschef berättar att ett identifierat förbättringsområde är att uppmuntra personalen att skriva konkret och utförligt om situationen som föranlett den negativa händelsen. Negativa händelser går igenom på APT och redovisas kvartalsvis till nämnd. Samtliga synpunkter och klagomål sammanställs även och redovisas till nämnd. I enskilt samtal med personal framkommer att verksamheten arbetar systematiskt med avvikelser och att medarbetarna görs delaktiga i förbättringsåtgärderna på APT. Verksamhetschef samt personal berättar att berört team samt kontaktperson är involverade kring synpunkter och klagomål på respektive enhet och att det är kontaktperson som tex. håller i kontakt med närstående samt rapporterar direkt i system. I samband med enskilt samtal med medarbetare framgår att avvikelser dokumenteras i Attendos system (ADD) och går igenom tillsammans med olika representanter från respektive avdelning (omvårdnadspersonal, HSL-personal och verksamhetschef) som har i uppdrag att föra informationen vidare. Avvikelser tas även upp på APT. Medarbetare berättar att det finns en blankett i entrén "vi vill bli bättre!" samt att de flesta synpunkter/klagomål inkommer muntligen via kontaktperson men även i mailform till administrativ personal alternativt direkt till verksamhetschef. Även dessa tas upp i team och med berörd personal. Medarbetare uppger även att verksamhetschef vistas mycket på avdelningarna och pratar med omvårdnadspersonal och därför får till sig information som kanske inte skulle rapporteras annars. Medarbetare uppger även att verksamhetschef eftersöker information kring diverse händelser vilket medför att arbetssättet verkar förebyggande. - Rutin för rapportering, utredning och anmälan av lex Sarah finns. Verksamhetschef berättar att verksamheten arbetar i enlighet med Attendos arbetssätt gällande lex Sarah. Av arbetssätt framgår att ansvarig regionchef beslutar om att anmäla lex Sarah till IVO. Verksamheten ombeds att komplettera befintlig rutin med beskrivning av när information till beställande nämnd lämnas (vid inkommen lex Sarah-rapport ska verksamheten omgående informera beställande nämnd). Verksamhetschef berättar att två lex Sarah rapporterats under 2022 varav ingen anmäls vidare till IVO. I samband med komplettering inkommer verksamhetschef med reviderad rutin där förtydligande av information till beställande nämnd framgår. - Rutin för rapportering, utredning och anmälan av lex Maria finns. Verksamheten berättar att lex Maria rapporteras till kvalitetsutvecklare på Attendo (motsvarande MAS). Verksamheten ombeds att utveckla rutinen på samma sätt som befintlig rutin gällande lex Sarah som är betydligt mer omfattande. Verksamhetschef berättar att en lex Maria rapporterats under 2022 vilken också anmäldes vidare till IVO. I samband med komplettering inkommer verksamhetschef med reviderad och utvecklad rutin gällande lex Maria.

50

11. Egenkontroll:

Rutiner för egenkontroller finns Delvis

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 Delvis

Hälsa- och sjukvårdsdokumentationen (PDL 2008:355, HSLF-FS 2016:40) uppfyller ställda krav Delvis

51

Eventuella kommentarer avseende egenkontroll:

- Rutin för egenkontroller finns delvis i samband med verksamhetsbesök varpå verksamheten ombeds att inkomma med reviderad rutin för egenkontroll i samband med komplettering. Verksamhetschef uppger att en kvalitetsrevision av egenkontroller sker centralt via Attendos kvalitetsavdelning samt att resultaten därefter används i verksamheten. Av Äldreförvaltningens vägledning framgår att egenkontroll inom minst följande områden ska genomföras: dokumentation SoL (SOSFS 2014:5), dokumentation hälsa- och sjukvård (PDL 2008:355, SOSFS 2008:14), delegering, läkemedelshantering, basala hygienrutiner, medicintekniska produkter, livsmedelshantering, aktiviteter, utevistelse och larmloggar. Av reviderad rutin framgår att livsmedelshantering, aktiviteter, utevistelse och larmlogg saknas i befintlig rutin varpå en ny översyn och fortsatt arbete rekommenderas. Av rutin ska det även framgå: en beskrivning över vilken egenkontroll som ska genomföras, hur ska egenkontroll göras, av vem, när, hur ofta samt i vilken omfattning kontroller har skett. En samlad bedömning av respektive egenkontroll ska finnas samt hur enheten har arbetat/arbetar med de förbättringsområden som framkommit i samband med egenkontrollen. - Verksamheten ombeds att inkomma med genomförda egenkontroller både vad gäller SoL- och HSL-dokumentation efter verksamhetsbesök. Verksamheten ombeds även att inkomma med en sammanfattande bedömning av resultatet samt en åtgärdsplan vid konstaterade brister. Av den skriftliga redogörelsen ska det framgå hur många journaler (eller andel) som ingått i granskningen för egenkontroll av dokumentation (dvs. inte endast en procentsats över andel godkända resultat). Verksamhetschef uppger att SoL-dokumentationen godkändes föregående år (90%) och att HSL-dokumentationen uppnådde 87% (dvs. ej godkänd). Granskning av dokumentation SoL genomförd den 220823 inkommer i samband med komplettering. Av granskning framgår att 8 journaler samt genomförandeplaner granskats. Ingen granskning gällande HSL-dokumentation inkommer, dock inkommer åtgärdsplan för både HSL-dokumentation samt SoL-dokumentation i samband med komplettering. Av övriga inkomna handlingar framgår dock att intern granskning av HSL-dokumentation visat på en stor brist gällande inkontinensområdet då det saknas bedömningar, hälsoplaner och ordinationer. HSL-dokumentationen bedöms därför fortsatt vara ett utvecklingsområde. - Verksamhetschef berättar att metodstödjare finns tillgänglig på avdelningen och att personal erbjuds två individuella handledningsträffar med denne i samband med att skriva genomförandeplan. Dokumentationsstödjare finns även tillgängliga på respektive avdelning i det löpande arbetet. Verksamhetschef berättar att personal med hänvisning till detta förväntas kunna fullfölja sitt uppdrag i samband med att skriva genomförandeplaner självständigt. Verksamheten kan med fördel skapa en lathund för att skriva genomförandeplaner. Verksamheten informeras om detta i

samband med verksamhetsuppföljning. I samband med enskilt samtal med medarbetare framgår att den sociala dokumentationen kan variera mellan boenden samt att det finns förbättringspotential i dokumentationen som helhet ("den röda tråden") samt särskilt inom HSL-dokumentationen.

52

12. Processer och förankring:

Verksamhetens huvudprocesser är identifierade Ja

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är tydliggjord Ja

53

Eventuella kommentarer avseende processer och förankring:

Verksamhetschef berättar att verksamhetens kvalitet utgår från personalen. Personalen deltar i bla. kvalitetsmöten, kostmöte, boenderåd, avdelningsmöte, reflektionstillfällen, APT och Ascot-samtal. Rutinerna genomförs av personalens bidrag till kvalitetsarbetet.

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:

- Verksamheten kommer att utbilda två palliativa ombud hösten 2023. - Verksamhetschef berättar att verksamheten tillämpar det arbetssätt som anges i BPSD i förekommande fall vilket framgår av rutin. Verksamheten registrerar ej BPSD utan arbetar i pappersform. Verksamheten saknar boende med svåra symtom.

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 samordnare planerar verksamhetens aktiviteter. Samordnare inhämtar löpande önskemål samt i samband med boenderåd. Även omvårdnadspersonal frågar boende löpande om önskemål. Personal berättar att personalen observerar de som har svårigheter att uttrycka önskemål och på så sätt ser "vad som funkar" och vad "man märker att de mår bra av". Personal berättar att det finns en grovplanering för vecka till vecka samt att personal även planerar aktiviteter efter väder, årstid, högtider och särskilda dagar. Verksamheten har även en långsiktig planering med större aktiviteter. Verksamheten samarbetar med externa aktörer i samband med planerade aktiviteter. I samband med enskilt samtal berättar personal att de är väldigt stolta över de dagliga aktiviteter som erbjuds. - Verksamhetschef berättar att boende på somatisk avdelning erbjuds rekommenderade måltider regelbundet, men ej dagligen. Boende uttrycker själva löpande önskemål gällande sina måltider som serveras därefter (tex. är det få/ingen som önskar nattmål och därför erbjuds detta ej dagligen). Boende på demensavdelning erbjuds samtliga rekommenderade mål över hela dygnet. I samband med enskilt samtal med personal framgår att personalen arbetar för att skapa en trevlig stämning och atmosfär kring måltiderna. HSL-personal uppger att omvårdnadspersonalen är mycket skickliga på att "fånga in" detta på samtliga avdelningar och omvårdnadspersonal beskriver hur de boende involveras i dukning, matlagning och bakning. Verksamheten följer upp mat/måltid genom regelbundna måltidsobservationer och inhämtar även önskemål kring mat och måltid via boenderåd. Personal nämner även särskilt bakning och fikastunder som förekommer i stort sett dagligen inom verksamheten. - Avdelningarna har öppna planlösningar och kök finns på respektive avdelning. I huset finns även gemensamt aktivitetsrum.