

# Uppföljning av kvalitetskrav

Vård-och omsorgsboende

Utförare: Örebro kommun, Rostahemmet

## Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i basuppdrag, Voo 1211/2023. En uppföljning av kvalitetskrav genomförs minst en gång vart tredje år enligt riktlinje för avtals- och verksamhetsuppföljning, Voo 938/2023.

Uppföljning av kvalitetskrav syftar till att utveckla och förbättra verksamheten.

## Örebro kommun - Rostahemmet

Rostahemmet är ett vård- och omsorgsboende (vobo) beläget på väster i Örebro. Rostahemmet har 92 lägenheter varav 6 har möjlighet till parboende. Det finns 5 avdelningar med inriktning somatiska behov och 5 avdelningar med inriktning kognitiv svikt. Verksamheten har tre enhetschefer samt från januari 2024 en enhetschef som ansvarar för legitimerad personal på Rostahemmet, vilken även ansvarar för legitimerad personal på ytterligare tre vård- och omsorgsboenden. Verksamheten har ett hundratal medarbetare, med timanställda uppemot 150.

Vi har genomfört en uppföljning av kvalitetskrav i Rostahemmets verksamhet tidigare. Förgående uppföljning genomfördes hösten 2021 och avslutades vid en tredje resultatuppföljning i januari 2023 (Voo 41/2023).

## Bedömningsöversikt

### Kvalitetskrav

Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar		Skydds- och begränsningsåtgärder	
Kompetens - omvårdnadspersonal		Mat, måltid och nutrition	
Samverkan		Anhörigstöd	
Riskanalys		Hygien och smittskydd	
Egenkontroller		Hälso- och sjukvård	
Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet		Palliativ vård	
Dokumentation		Aktiv och meningsfull tillvaro	
Dokumentation i IT system			

### Bedömningskriterier

Uppfyller kravet

Uppfyller inte kravet

## Metod

I samband med kvalitetsuppföljningen har Avtalscontrollers inom Enheten för uppföljning begärt in och granskat underlag gällande de kvalitetskrav som specificeras i basuppdrag. Uppföljningen har även innefattat inhämtade data från berörda myndigheter samt en granskning i verksamhetssystem gällande dokumentation och avvikelshantering. Som en del i uppföljningen har också ett platsbesök genomförts, platsbesöket innefattade observation av vissa av verksamhetens utrymmen samt samtal med personal.

Underlaget ligger till grund för det beslut som Enheten för uppföljning fattat i denna rapport.

## Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet. För att se till att er verksamhet bedrivs enligt mål, riktlinjer, lag och annan författning i enlighet med 6 kap. 6 § KL, ska ni åtgärda dessa brister.

Enheten för uppföljning vill ta del av er åtgärdsplan som innehåller aktiviteter för att åtgärda de brister som redovisas i denna rapport samt tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Senast den 7 mars 2024 ska ni skicka in åtgärdsplanen till [egetval@orebro.se](mailto:egetval@orebro.se)

Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:

### **Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar**

#### **Kompetens – omvårdnadspersonal**

#### **Dokumentation**

#### **Aktiv och meningsfull tillvaro**

#### **Mat och måltider**

Med anledning av ovanstående brister ska Rostahemmet skicka in följande handlingar:

- Kompetensinventering enligt mall för all personal
- Rutin för hur ni genomför egenkontroll av social dokumentation
- Sammanställning enligt mall för aktivitets- och funktionsbedömningar

Handlingarna ska vara inskickade till [egetval@orebro.se](mailto:egetval@orebro.se) senast den 3 juni 2024.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den 3 juni 2024. Detta innebär att vi kommer att granska inkomna handlingar samt genomföra en granskning av genomförandeplaner.

## Bedömning

### Brister i kvalitetskrav

Resultatet visar att Rostahemmet brister i nedanstående kvalitetskrav.

#### Lagar, förordningar, riktlinjer och utbildningar

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Utförarens personal ska genomgå de obligatoriska utbildningar som uppdragsgivaren tillhandahåller och som riktar sig till deras profession.	Kompetensinventering

### Bedömning

Av Rostahemmets kompetensinventering framgår att flera av de obligatoriska utbildningarna inte har genomförts av samtlig personal. Basuppdraget krävställer att all personal ska genomgå utbildningarna.

De utbildningar där kraven inte uppfylls i tillräcklig omfattning för samtliga medarbetare är Basal hygien 54%, IBIC 61 %, Mat och måltid 53%, Palliativ utbildning 53% samt Vardagsrehabilitering 50 %.

Enheten för uppföljning bedömer att ni inte uppfyller basuppdragets krav för fem av de obligatoriska utbildningarna. Ni ska upprätta en åtgärdsplan som innehåller aktiviteter för att åtgärda bristen samt tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Inför resultatuppföljningen kommer vi att begära in en ny kompetensinventering.

#### Kompetens - omvårdnadspersonal

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Minst 85 % av all omvårdnadspersonal ska ha genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande	Kompetensinventering

### Bedömning

Av Rostahemmets kompetensinventering framgår att av tillsvidareanställda medarbetare har 96 procent genomgått omvårdnadsprogram eller motsvarande. Av det totala antalet medarbetare är det en lägre andel 69 procent. Endast 29 procent av de timanställda har rätt kompetens.

Enheten för uppföljning bedömning är att ni inte uppfyller basuppdragets krav. Ni har en hög andel tillsvidareanställda med rätt utbildningsnivå. Dock har ni en stor andel vikarier med en lägre utbildningsnivå än den som basuppdraget kräver. Ni ska upprätta en åtgärdsplan som innehåller aktiviteter för att rekrytera medarbetare med rätt kompetens samt tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Inför resultatuppföljningen kommer vi att begära in en ny kompetensinventering.

## Dokumentation

### Krav som följs upp

#### Genomförandeplanen ska:

- Upprättas omgående och vara färdigställd senast 2 månader efter mottaget uppdrag
- Följas upp och upprättas tillsammans med den enskilde vid behov och minst var sjätte månad
- Beskriva hur och när uppdraget ska utföras för att tillgodose den enskildes behov och mål
- Innehålla information om individens delaktighet
- Innehålla namngiven kontaktperson

#### I dokumentationen som förs i verkställighetsjournalen ska:

- Det finnas dokumentation av händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid
- Den individuella vård- och omsorgsprocessen ska kunna följas i dokumentationen. Dvs. det ska gå att följa vad som faktiskt genomförs och hur situationen ser ut för de enskilde utifrån dennes ansökan, behov och genomförandet av beslutade insatser
- Vara utformad med respekt för den enskildes integritet.
- Social dokumentation om den enskilde som finns utanför verksamhetssystemet förvaras i enlighet med gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen

Utföraren ska även ha en rutin som beskriver:

- Hur utföraren genomför egenkontroll av den löpande dokumentationen som förs i verkställighetsjournal

### Underlag till bedömning

Granskning av verkställighetsjournaler samt genomförandeplaner i Treserva för perioden 2023-01-18 till 2024-01-18.

Individuppföljning genomförd under vår-sommar 2023.

Observation vid platsbesök

## Bedömning

Rostahemmet har inkommit med årshjul som beskriver att egenkontroll av dokumentation för genomförandeplaner och social dokumentation sker i september. I mars granskas genomförandeplaner. Vid platsbesök beskrev ni att enhetschefer ansvarar för att genomföra egenkontrollerna och på vilket sätt dessa genomförs. Ni får till er information från SAS om på vilket sätt som egenkontrollerna ska genomföras men ni saknar en rutin som beskriver ert arbetssätt.

Granskning av 15 individers genomförandeplan visade att 13 var aktuella och dessa granskades vidare utifrån innehåll. Samtliga 13 innehöll information om kontaktperson, individens delaktighet samt hur och när uppdraget ska utföras under hela dygnet för att tillgodose individens behov. Detta är samstämmigt med de individuppföljningar som genomförts av biståndshandläggare som visade att över 90 procent hade en aktuell genomförandeplan, namngiven kontaktperson, att det framgick delaktighet samt hur insatsen ska utföras under hela dygnet.

Granskning av 15 individers verkställighetsjournal för ett år tillbaka visade att samtliga innehöll dokumentation där det framgår händelse av betydelse och faktiska omständigheter över tid. Samtlig dokumentation är utformad med respekt för individens integritet. I 13 journaler gick det att följa vad som faktiskt genomförts och hur situationen ser ut för individen utifrån dennes behov. Individuppföljning som genomförts av biståndshandläggare visade att löpande dokumentation och att dokumentationen var utformad med respekt i 98 procent.

Vid platsbesök observerades ingen dokumentation utanför verksamhetssystem som var tillgänglig för obehöriga. Rum där personal dokumenterar är låsbara.

Enheten för uppföljnings sammantagna bedömning är att ni uppfyller stora delar av kraven i basuppdraget. Dock saknar ni kravställd rutin för egenkontroller av dokumentation. Ni ska upprätta en åtgärdsplan som innehåller aktiviteter för att åtgärda bristen samt tidplan och ansvarig för respektive åtgärd Ni ska inför resultatuppföljning inkomma med en rutin som beskriver hur ni genomför egenkontroll av social dokumentation.

### Aktiv och meningsfull tillvaro

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska följa Örebro kommuns riktlinje för dokumentationsskyldighet enligt SoL och uppfylla följande krav inom området:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Den enskilde får stöd i att behålla och utveckla intressen, sociala relationer och kontakter som är viktiga för personen</li> <li>• Aktivitets- och funktionsbedömningar ska göras av arbetsterapeut för samtliga boende och användas som en grund för planering av individuella och gemensamma aktiviteter.</li> <li>• I genomförandeplanen ska individens synpunkter, önskemål och delaktighet av stödet framgå.</li> <li>• Utifrån den enskildes förmåga och önskemål ska utföraren verka för att den enskilde upplever en meningsfull tillvaro</li> <li>• Den enskilde tillförsäkras utevistelse efter individuella behov</li> </ul>	<p>Inkommen sammanställning över granskning av 15 individers journal.</p> <p>Individuppföljning genomförd av biståndshandläggare under vårsommar 2023.</p> <p>Frågor på platsbesök.</p>

### Bedömning

Inkommen sammanställning från er verksamhet visar att 53 procent av de granskade individerna har en aktivitets och funktionsbedömning som omfattar de flesta livsområden. Samtliga har enligt sammanställningen intressen dokumenterade i genomförandeplan. För 93 procent av de granskade individerna finns önskemål om aktiviteter dokumenterade i genomförandeplanen.

Individuppföljning genomförd av biståndshandläggare visade att 98 procent av de boende då upplevde att de blivit tillfrågade om önskemål kring aktiviteter. Endast 4 procent av de

då tillfrågade boende upplevde missnöje med aktiviteter. 96 procent upplevde att de fått utomhusvistelse i den utsträckning som önskas.

Vid platsbesök beskrev ni ert arbetssätt för att hålla aktivitets- och funktionsbedömningar aktuella, att arbetsterapeut inte kan hålla alla områden uppdaterade om denne inte rent fysiskt har närvarat och kunnat genomföra en aktivitetsbedömning. Ni beskrev även att ni arbetar med aktiviteter och motivering, samtidigt som alla boende inte vill eller kan delta i alla aktiviteter.

Enheten för uppföljnings sammantagna bedömning är att ni uppfyller stora delar av kraven i basuppdraget. Dock har ni inte dokumenterade aktivitets- eller funktionsbedömningar för samtliga boende. Ni ska upprätta en åtgärdsplan som innehåller aktiviteter för att åtgärda bristen samt tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Ni ska inför resultatuppföljning inkomma med en ny sammanställning av aktivitets- och funktionsbedömning för 15 boende.

### Mat, måltid och nutrition

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Verksamheten ska sträva efter att ge varje enskild person positiva matupplevelser. Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>När och hur en patients näringstillstånd ska utredas samt för hur undernäring förebyggs och vid behov behandlas</li> </ul>	<p>Verksamhetens rutin ”Rutin för mat, måltider och nutrition”</p> <p>Dokumentationsgranskning i Tresa för perioden 2023-01-18 till 2024-01-18.</p>
<p><b>Genomförandeplanen ska innehålla:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En planering för mat och måltider som är individuell anpassad utifrån vad, var, hur och när den enskilde önskar äta</li> </ul>	<p>Individuppföljning genomförd av biståndshandläggare under vårsommar 2023.</p> <p>Socialstyrelsens undersökning 2023- ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?”.</p>

### Bedömning

Rostahemmet har inkommit med en handlingsplan för hur ni ska implementera den även bifogade centrala rutin som finns inom Vård och omsorg.

Individuppföljning genomförd av biståndshandläggare visade att 99 procent hade tillfrågats om önskemål kring mat och måltider.

Socialstyrelsens undersökning visade att 91 procent svarade positivt på hur maten brukar smaka, i jämförelse med Örebro (72 procent) och riket (73). 79 procent av de svarande upplevde måltiderna vara en trevlig stund på dagen, i jämförelse med Örebro (66) och riket (68).

Granskning visar att av 15 genomförandeplaner var 13 aktuella. Fyra av dessa saknade en beskrivning av behov och önskemål kring mat och måltider, tillsammans med de två som saknade en aktuell genomförandeplan blir det 40 procent av de granskade individerna som saknade sådan beskrivning.

Vid platsbesök beskrev ni hur ni arbetat aktivt med mat och måltider, att ni ser att måltidssituationen kan påverka trivsel och det sociala. Ni har mat och nutrition som fokusområde inom teamarbetet. Ni ser en förbättring vad gäller svaren i Socialstyrelsens undersökning sedan förra gången.

Enheten för uppföljnings sammantagna bedömning är att ni uppfyller stora delar av kraven i basuppdraget. Dock har ni inte i tillräcklig omfattning dokumenterat behov och önskemål om mat och måltid i genomförandeplaner. Ni ska upprätta en åtgärdsplan som innehåller aktiviteter för att åtgärda bristen samt tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Vi kommer vid resultatuppföljning att genomföra en ny granskning av genomförandeplaner.

## Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att Rostahemmet uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

### Ledningssystem för kvalitet - Samverkan

#### Krav som följs upp

Utföraren ska ha en rutin som beskriver:

- Hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom egna verksamheten mellan olika professioner och funktioner
- Vilka forum, verksamhetssystem och arbetssätt för samverkan som används inom den egna verksamheten.
- Hur samverkan och informationsöverföring sker mellan legitimerade personal och omvårdnadspersonal ska finnas särskilt beskrivet. Med legitimerad personal menas utförarens arbetsterapeut och sjuksköterska samt regionens sjukgymnast/fysioterapeut, läkare och tandhygienist.

#### Underlag till bedömning

Verksamhetens rutin ”*lokal rutin för samverkan Rostahemmet*”

### Bedömning

Rostahemmet har inkommit med en rutin som beskriver daglig samverkan och informationsöverföring i verksamheten mellan olika professioner och funktioner. Rutinen innehåller en beskrivning av forum för samverkan. Ansvarsfördelning och arbetssätt finns beskrivet för de olika forumen. Rutinen beskriver hur extern samverkan sker med regionens sjukgymnast/fysioterapeut, läkare och tandhygienist. Vid platsbesök beskrev ni teamarbete som en styrka och att ni arbetar med ett nära ledarskap för att synas ute i verksamheten.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller basuppdragets krav.



## Ledningssystem för kvalitet - Riskanalyser

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hur verksamheten arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra sin verksamhet</li> </ul>	<p>Verksamhetens rutin ”<i>lokal rutin för riskanalys Rostahemmet</i>”</p>

### Bedömning

Rutinen beskriver syftet med att arbeta med riskanalyser och ger exempel på när en riskanalys kan behöva genomföras och hur verksamheten gör när de ska genomföra den. Rutinen beskriver vilka moment riskanalys innehåller samt att resultat ska dokumenteras och att effekt av åtgärder ska följas upp.

Vid platsbesök beskrev ni ert arbetssätt för att systematiskt förbättra verksamheten och lämnade exempel på riskanalyser som genomförts under senaste året. Ni beskrev att ni har enligt årshjulet en arbetsmiljögrupp fyra gånger årligen. Ni beskrev exempel på identifierade risker och åtgärder samt att ni inför sommarperioden har nytta av tidigare genomförda riskanalyser.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller basuppdragets krav.

## Ledningssystem för kvalitet - Egenkontroller

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska årligen genomföra egenkontroll inom följande områden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Verksamhetens följsamhet till riktlinjen <i>Basal hygien inom kommunal vård och omsorg</i></li> <li>Verksamhetens följsamhet till <i>punkt 2.8.4 dokumentation</i></li> <li>Verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i <i>Riktlinje Avvikelser, Klagomål och synpunkter</i></li> <li>Hälso- och sjukvårdsdokumentation. Egenkontrollen ska överensstämma med Örebro kommuns egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation</li> </ul>	<p>Inskickad sammanställning</p> <p>Inkomna dokument ” <i>handlingsplan avvikelseprocessen, handlingsplan för identifierade brister i genomförandepplaner och social dokumentation, handlingsplan hygien, handlingsplan mat måltid nutrition</i>”</p>

### Bedömning

Rostahemmets sammanställning visar att samtliga kravställda egenkontroller har genomförts två gånger under 2023. Det finns beskrivet att åtgärder vidtagits och exempel på dessa. Handlingsplaner finns vilka även har bifogats som exempel. Det beskrivs i vilka forum som uppföljning har skett. Ni följer årshjul för när egenkontroller ska genomföras vilket ni även beskrev på platsbesöket.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller basuppdragets krav.

## Ledningssystem för kvalitet - Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska följa Örebro kommuns riktlinjer för avvikelser, klagomål och synpunkter. Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hur utföraren genomför egenkontroll av verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter</li> <li>• Hur samverkan sker vid avvikelsehantering när fler yrkeskategorier eller enheter är involverade i utredning av en händelse</li> </ul>	<p>Granskning av rapporterade händelser i Treserva för perioden 2022-12-01 till 2023-12-01.</p> <p>Verksamhetens rutin ”Egenkontroll avvikelse 2023”</p> <p>Information från IVO för perioden 2021-01-01 till 2024-01-12.</p>
<p><b>Utföraren ska även:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informera om och möjliggöra för den enskilde och anhöriga att lämna klagomål och synpunkter muntligt och skriftligt till verksamheten och direkt till uppdragsgivaren.</li> <li>• Informera och utbilda personal om rapporteringsskyldigheten</li> </ul>	<p>Klagomål/synpunkter i W3D3(kommunens ärendehanteringssystem) för perioden 2021-01-01 till 2024-01-12.</p> <p>Socialstyrelsens undersökning 2023 ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?”.</p>

### Bedömning

Vår granskning i verksamhetssystem visar att det fanns 55 händelser för ett år tillbaka varav 21 var bedömda som ingen avvikelse. Av de kvarstående 30 var samtliga utredda, bedömda och åtgärdade. 93 procent av de 30 var uppföljda.

Vid förfrågan till IVO fanns två registrerade klagomål för en treårsperiod. Båda var överlämnade till verksamheten och avslutade från IVO. Sökning i kommunens ärendesystem W3D3 visade 18 ärenden för en treårsperiod som omfattade klagomål, avvikelser, utredningar av lex Sarah där ingen gått vidare till IVO.

Vår granskning i verksamhetssystem Treserva visade att det fanns 18 klagomål för en treårsperiod varav 9 var bedömda som avvikelser, av dessa var 89 procent utredda och 78 procent var bedömda, åtgärdade eller uppföljda.

Socialstyrelsens undersökning visade att 59 procent av de svarande på Rostahemmet upplevde att de hade kännedom om var de ska vända sig med klagomål och synpunkter, i jämförelse med övriga Örebro och riket (44 procent).

Ni har inkommit med rutin för egenkontroll som är övergripande för område funktionsstöd samt vård och omsorg i Örebro kommun, där framgår att enhetschef med team bör granska flera gånger under ett år. Det finns med mall för genomförandet, vad chefens ansvar är samt metod och hur sammanställning av resultat ska genomföras.

Vid platsbesök beskrev ni att ni arbetat vidare sedan föregående uppföljning med anslag till anhöriga om var de ska vända sig med klagomål eller synpunkter, ni informerar redan vid visning av en lägenhet om ni träffar anhöriga. Ni beskrev att när ni tar emot klagomål

tex från Regionen som hamnar i W3D3 så brukar dessa även föras in i Treserva, ni har inte arbetat med att föra in övriga klagomål i avvikelsemodulen på ett systematiskt sätt. Ni ser ingen röd tråd i tidigare lex Sarah utredningar, förutom stölder som förekom en period.

Enheten för uppföljnings samlade bedömning är att ni uppfyller basuppdragets krav.

### Nationella register – Senior Alert

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<ul style="list-style-type: none"> <li>Utföraren ska genomföra en riskbedömning inom områdena trycksår, undernäring och fall med stöd av kvalitetsregistret Senior alert om inte uppenbart obehövt i enlighet med Örebro kommuns riktlinjer för vårdprevention.</li> <li>Boendet ska ha en eller flera BPSD-administratörer</li> </ul>	<p>Registeruttag Senior Alert för de senaste 12 månaderna.</p> <p>Kompetensinventering</p>

### Bedömning

Inkommet registerutdrag visar att Rostahemmet genomfört riskbedömningar för 87 individer under 2023, för några av dem hade fler än en riskbedömning genomförts inom områdena trycksår, undernäring och fall.

Inkommen kompetensinventering visar att det finns 14 BPSD administratörer vilket medför att ni har förutsättningar att ge struktur i bedömning, behandling och bemötande för att lindra och förebygga beteendemässiga och psykiska symtom.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller basuppdragets krav.

### Skydds- och begränsningsåtgärder

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Följande delar ska dokumenteras i verkställighetsjournal respektive hälso- och sjukvårdsjournal inför användning av skydds- och begränsningsåtgärder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Samtycke till begränsningsåtgärden</li> <li>Syftet/målet med begränsningsåtgärden</li> <li>Riskbedömning av begränsningsåtgärden</li> <li>Uppföljning av åtgärden, senaste 6 månaderna</li> </ul>	<p>Sammanställning av verksamhetens skyddsåtgärder</p>

### Bedömning

Inkommen sammanställning visar att 27 individer på Rostahemmet har en skyddsåtgärd, för samtliga finns dokumentation om samtycke, syfte, riskbedömning och uppföljning inom de senaste 6 månaderna. Vid platsbesök beskrev ni att den vanligaste åtgärden är att individen själv ber att få ha sänggrinden uppe, för att känna sig trygg under natten.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller basuppdragets krav.

## Anhörigstöd

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hur utföraren arbetar för att göra den anhörige delaktig i vården och omsorgen</li> </ul>	<p>Verksamhetens rutin ”rutin för stöd till anhöriga”</p>

## Bedömning

Rostahemmets rutin beskriver hur ni arbetar med att göra den anhörige delaktig i vården och omsorgen.

Vid platsbesök beskrev ni att er rutin har sin grund i Anhörigcentrums verksamhet, att ni får positiv feedback från anhöriga samtidigt som alla boende inte har någon anhörig, eller att anhörig inte kan eller vill ha kontakt.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller basuppdragets krav.

## Hygien och smittskydd

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska uppfylla följande krav:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tillhandahålla skyddsutrustning till personalen.</li> <li>Tillhandahålla arbetskläder och engångsmaterial i den utsträckning som behövs för att följa riktlinjen <i>Basal hygien inom kommunal vård och omsorg</i>.</li> <li>Ha tillgång till hygienombud i verksamheten</li> </ul> <p>Utföraren ska även ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hur utföraren årligen genomför egenkontroll av verksamhetens följsamhet till riktlinjen Basal hygien inom kommunal hälso-och sjukvård.</li> </ul>	<p>Observation vid platsbesök</p> <p>Kompetensinventering</p> <p>Verksamhetens rutin ”Egenkontroll Basal hygien 2023”</p>

## Bedömning

Inkommen kompetensinventering visar att det finns 11 hygienombud i verksamheten vilket ger er förutsättningar att skapa en god vårdhygienisk standard i verksamheten och ha kunskap om var information i hygienfrågor finns. Rutin egenkontroll som används i verksamheten är övergripande inom Vård och omsorg, där framkommer ansvarsfördelning, vilka verktyg, mallar eller blanketter som används. Enligt rutinen sammanställer enhetschef, upprättar handlingsplaner och följer upp. Redovisning sker till verksamhetschef vid årets slut.

Observation och frågor vid platsbesök visade att ni har tillräckligt med arbetskläder för dagligt ombyte, ni använder cirkulationstvätt. Ni har förråd med tillgång till engångsmaterial, material för god handhygien samt skyddsutrustning.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller basuppdragets krav.

## Hälso- och sjukvård

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hur fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder praktiskt överläts från legitimerad personal till omvårdnadspersonal</li> <li>• Hur omvårdnadspersonalen praktiskt tar emot och planerar för fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder</li> <li>• Rutinen ska även omfatta den hälso- och sjukvård som överläts av regionen</li> </ul>	<p>Inkomna dokument ”Rutin överläta hälso- och sjukvård från annan vårdgivare samt lokal rutin för fördelade och delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder Rostahemmet”</p>

### Bedömning

Övergripande rutin gäller för Örebro kommun när åtgärder överläts från annan vårdgivare. Rutin för Rostahemmet beskriver hur sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut överläter åtgärder samt hur baspersonal tar emot och planerar för att åtgärderna blir kända och utförda.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller basuppdragets krav.

## Palliativ vård

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utföraren ska ha utsedda palliativa ombud samt minst en palliativ ombudssamordnare</li> </ul>	<p>Kompetensinventering</p>

### Bedömning

Inkommen kompetensinventering visar att det finns 15 palliativa ombud samt 2 palliativa ombudssamordnare i verksamheten vilket ger er förutsättningar att förmedla kunskap och ge stöd till medarbetare.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni uppfyller basuppdragets krav.

Malin Paulsson  
 Avtalscontroller  
 Enheten för uppföljning  
 Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet  
 Örebro kommun