

Uppföljning av kvalitetskrav

Vård-och omsorgsboende

Utförare: Norlandia Care AB - Sirishof

Inledning

Enheten för uppföljning har följt upp kvalitetskrav i er verksamhet. Kvalitetskraven har sin utgångspunkt i det avtal verksamheten tecknat med Örebro kommun Sov 113/2018. 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.

Sirishof

Norlandia Care AB är på uppdrag av Örebro kommun ansvarig för driften av Sirishof, som är ett vård- och omsorgsboende beläget på öster i Örebro. På Sirishof finns 56 lägenheter fördelat på sju avdelningar. Avdelningarna har två olika inriktningar, somatik och demens. Föregående uppföljning av kvalitetskrav på Sirishof genomfördes 2020, Sov 627/2020.

Bedömningsöversikt

Grundkrav

Kvalitetsledningssystem		Dokumentation och förvaring	
* Samverkan		Vård i livets slutskede	
* Riskanalyser		Serviceinsatser	
* Egenkontroller		Aktiv och meningsfull tillvaro	
* Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet		Mat, måltid och nutrition	
Lagar, förordningar och föreskrifter		Anhörigstöd	
* Nationella register – Senior Alert, BPSD		Skydds- och begränsningsåtgärder	
* Hygien och smittskydd		Omvårdnadspersonal	
* Hälso- och sjukvård		Kompetensutveckling	

Mervärden

Mervärde Delaktighet		Mervärde Aktiv och meningsfull tillvaro	
Mervärde Introduktion		Mervärde Mat och måltider	

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 avtal. 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 i vissa av verksamhetens utrymmen samt samtal med personal.

Under våren 2023 inkom två klagomål till Enheten för uppföljning gällande bristande städning i gemensamma utrymmen.

Med anledning av dessa uppgifter är kvalitetsuppföljningen utökad med avtalspunkt:

- 3.22 Serviceinsatser

Detta innebär att vi på platsbesöket gjorde en utökad observation gällande städning i gemensamma utrymmen.

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

Beslut

Enheten för uppföljning har identifierat brister i er verksamhet och beslutar därmed att utföraren ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla aktiviteter för att åtgärda de brister som redovisas i denna rapport samt tidsplan och ansvarig för respektive åtgärd. Utföraren ska senast den **7 november 2023** skicka in åtgärdsplanen till egetval@orebro.se

Bedömningen är att utföraren brister inom följande kvalitetskrav:

Avtalspunkter

- **Kvalitetsledningssystem**
Egenkontroller
Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet
- **Aktiv och meningsfull tillvaro**
- **Mat, måltid och nutrition**
- **Omvårdnadspersonal**
- **Kompetensutveckling**
- **Mervärde delaktighet**
- **Mervärde aktiv och meningsfull tillvaro**
- **Mervärde mat och måltid**
- **Mervärde introduktion**

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

- En sammanställning av egenkontroll HSL dokumentation
- En sammanställning av registrerade avvikelser, klagomål och synpunkter
- En ny kompetensinventering

Handlingarna ska vara inskickade till eggetval@orebro.se senast **den 7 februari 2024**.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter den 7 februari 2024. Detta innebär att vi kommer

- Ta del av inkomna handlingar.
- Genomföra en ny granskning gällande hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter.
- Genomföra en dokumentationsgranskning gällande aktiv och meningsfull tillvaro, mat, måltid och nutrition samt delaktighet.

Vi kommer i januari 2024 skicka ut mallar för kompetensinventering som ni ska fylla i samt begära en sammanställning av registrerade avvikelser, klagomål och synpunkter.

Om brister kvarstår vid en resultatuppföljning kan Enheten för uppföljning komma att vidta ytterligare sanktioner i enlighet med gällande avtal. Utebliven åtgärd eller åtgärd som inte hanteras inom föreskriven tid kan leda till väsentligt avtalsbrott. Ett väsentligt avtalsbrott föreligger om fel i tjänsten påpekats av Enheten för uppföljning vid två tillfällen men trots det inte åtgärdas inom föreskriven tid.

Bedömning

Uppfyllda kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren uppfyller nedanstående kvalitetskrav.

1.4 Kvalitetsledningssystem

Leverantören ska ha ett ledningssystem som uppfyller de krav som finns i lagar och föreskrifter, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) samt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). I ledningssystemet ska finnas beskrivning som visar att utföraren har systematisk internkontroll. Det innebär att utföraren säkerställer att det finns säkerhet och tillförlitlighet i processer och rutiner i sin verksamhet.

Samverkan

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Att utföraren har en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 med regionens sjukgymnast/fysioterapeut, läkare och tandhygienist. 	<p>Lokal rutin Sirishof och Skäpplandsgården – intern extern samverkan</p>

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet då rutin för samverkan innehåller kravställda delar, tillvägagångssätt och ansvarsfördelning framgår.

Riskanalyser

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Att utföraren har en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hur verksamheten arbetar med riskanalyser för att systematiskt förbättra sin verksamhet 	<p>Risikanalys – central rutin</p>

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet då rutin för arbetet med riskanalyser innehåller kravställda delar, tillvägagångssätt och ansvarsfördelning framgår.

3.3 Lagar, förordningar och föreskrifter

Enligt avtal ska utföraren vara förtrogen med och följa Örebro kommuns och Region Örebro läns aktuella riktlinjer, överenskommelser och samverkansavtal som gäller för verksamhetsområdet.

Nationella register

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

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet då registeruttaget från Senior alert visar att riskbedömningar genomförs inom samtliga områden i tillräcklig omfattning, samt att verksamheten har 21 BPSD administratörer enligt kompetensinventering.

Hygien och smittskydd

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Att utföraren:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tillhandahåller skyddsutrustning, arbetskläder och engångsmaterial i den utsträckning som behövs för att följa riktlinjen <i>Basal hygien inom kommunal vård och omsorg</i>. Har tillgång till hygienombud i verksamheten 	<p>Observation och intervju vid platsbesök den 13 september 2023</p> <p>Kompetensinventering</p>

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet då observation vid platsbesök visar att Sirishof tillhandahåller skyddsutrustning, arbetskläder och engångsmaterial i den utsträckning som behövs för att följa riktlinjen samt att kompetensinventeringen visar att verksamheten har sju hygienombud.

Hälso- och sjukvård

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Enligt riktlinje <i>Hälso- och sjukvårdsprocessen</i> ska utföraren ha rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hur legitimerad personal, vid överlåten hälso- och sjukvård, gör den skriftliga ordinationen tillgänglig för den personal som ska utföra den. • Hur mottagande enhet, vid överlåten hälso- och sjukvård, tar emot den skriftliga ordinationen och planerar för genomförandet. 	<p>Lokal rutin - Hälso- och sjukvårdsinsatser som delegeras och överläts av legitimerad personal</p>

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet då rutin för hur hälso- och sjukvårdsuppgifter som delegeras och överläts av legitimerad personal innehåller kravställda delar, tillvägagångssätt och ansvarsfördelning framgår.

3.14 Dokumentation och förvaring

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Att verksamheten har en dokumenterad och fastställd process för att årligen genomföra egenkontroll av dokumentation.</p> <p>Enligt <i>Riktlinje för dokumentationsskyldighet</i> ska genomförandeplanen</p> <ul style="list-style-type: none"> • upprättas omgående och vara färdigställd senast 2 månader efter mottaget uppdrag • följas upp och upprättas tillsammans med individen vid behov och minst var sjätte månad • beskriva hur och när uppdraget ska utföras för att tillgodose individens behov och mål • innehålla information om individens delaktighet • innehålla namngiven kontaktperson <p>I dokumentationen som förs i verkställighetsjournalen ska</p> <ul style="list-style-type: none"> • det finnas dokumentation av händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid • den individuella vård- och omsorgsprocessen ska kunna följas i dokumentationen, det ska gå att följa vad som faktiskt genomförs och hur situationen ser ut för individen utifrån dennes ansökan, behov och genomförandet av beslutade insatser • vara utformad med respekt för individens integritet. <p>Att social dokumentation om individen som finns utanför verksamhetssystemet förvaras i enlighet med gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen</p>	<p>Verksamhetens rutin – Egenkontroll</p> <p>Granskning av 15 verkställighetsjournaler samt genomförandeplaner</p> <p>Individuppföljning hösten 2022 – granskning av 52 genomförandeplaner och verkställighetsjournaler</p> <p>Observation och frågor på platsbesök den 13 september 2023</p>

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet då en dokumenterad och fastställd process för egenkontroll av dokumentation finns. Genomförandeplaner och verkställighetsjournaler innehåller kravställda delar i tillräcklig omfattning, vilket överensstämmer med resultatet av individuppföljningen.

Vid platsbesök observeras att dörrar till kontor är låsta samt att ingen dokumentation innehållande personuppgifter ligger framme.

3.21 Vård i livets slutskede

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<ul style="list-style-type: none"> Enligt <i>Riktlinje för palliativ vård</i> ska alla verksamheter som bedriver palliativ vård ha utsedda palliativa ombud samt minst en palliativ ombudssamordnare. 	Kompetensinventering

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet då kompetensinventeringen visar att det finns sex palliativa ombud samt en palliativ ombudssamordnare.

3.22 Serviceinsatser

Kvalitetsuppföljningen är utökad med denna avtalspunkt utifrån två klagomål som inkom till Enheten för uppföljning under våren 2023. Klagomålen gällde bristande städning i gemensamma utrymmen.

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<ul style="list-style-type: none"> Att gemensamma utrymmen städas regelbundet och vid behov. 	Observation och frågor på platsbesök den 13 september 2023

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet då observation vid platsbesök visar att gemensamma utrymmen är städade. Vi kunde besöka sex av sju avdelningar där samtliga kök och tvättstugor var städade. Vi observerade även ifyllda signeringslistor gällande städning av kyl, frys och övriga ytor i kök.

3.34 Anhörigstöd

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hur utföraren arbetar för att göra den anhörige delaktig i vården och omsorgen 	<p>Lokal rutin Sirishof och Skäpplandsgården – Samverkan med anhöriga</p>

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet då rutin för anhörigstöd innehåller kravställda delar, tillvägagångssätt och ansvarsfördelning framgår.

3.45 Skydds- och begränsningsåtgärder

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

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet då sammanställningen av skydds- och begränsningsåtgärder visar att samtliga delar finns dokumenterade.

Brister i kvalitetskrav

Resultatet visar att utföraren brister i nedanstående kvalitetskrav.

1.4 Kvalitetsledningssystem

Leverantören ska ha ett ledningssystem som uppfyller de krav som finns i lagar och föreskrifter, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) samt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). I ledningssystemet ska finnas beskrivning som visar att utföraren har systematisk internkontroll. Det innebär att utföraren säkerställer att det finns säkerhet och tillförlitlighet i processer och rutiner i sin verksamhet.

Egenkontroller

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Utföraren ska årligen genomföra egenkontroll inom följande områden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verksamhetens följsamhet till riktlinjen <i>Basal hygien inom kommunal vård och omsorg</i> • Verksamhetens följsamhet till <i>Riktlinje för dokumentationsskyldighet enligt SoL och LSS</i> • Verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i <i>Riktlinje Avvikelser, Klagomål och synpunkter</i> • Verksamhetens följsamhet till riktlinjen <i>Hälso- och sjukvårdsdokumentation</i> 	<p>Inskickad sammanställning av egenkontroller genomförda de senaste 12 månaderna.</p>

Bedömning

I sammanställningen framgår att egenkontroller är genomförda inom samtliga områden. Verksamheten har identifierat brister och åtgärder är vidtagna, dock saknas handlingsplan samt uppföljning för HSL dokumentation.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni brister i avtalspunkten då handlingsplan kopplad till identifierade brister saknas för HSL dokumentationen, samt att uppföljning av insatta åtgärder saknas. Ni ska inkomma med en sammanställning av egenkontroll gällande HSL dokumentation som innehåller de delar som saknas. Ni ska också i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta framåt för att egenkontroller ska genomföras i samtliga steg.

Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Att utföraren följer Örebro kommuns <i>Riktlinjer för avvikelser, klagomål och synpunkter</i> .	Avvikelse från de senaste 12 månaderna
<p>Utföraren ska även:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informera om och möjliggöra för den enskilde och anhöriga att lämna klagomål och synpunkter muntligt och skriftligt till verksamheten och direkt till uppdragsgivaren. 	Klagomål och synpunkter från de senaste 36 månaderna
	Information från IVO
	Klagomål/synpunkter i W3D3 (kommunens ärendehanteringssystem)
	Socialstyrelsens kundundersökning (2022)

Bedömning

Granskning av avvikelser visar att verksamheten de senaste 12 månaderna har 147 registrerade händelser som är utredda, bedömda och åtgärdade i tillräcklig omfattning, dock är endast 35% av åtgärdernas effekter uppföljda.

De senaste 36 månaderna har 85 klagomål och synpunkter registrerats i verksamhetens system. Även här är de utredda, bedömda och åtgärdade i tillräcklig omfattning, dock är endast 61% av åtgärdernas effekter uppföljda. IVO har mottagit 9 klagomål och synpunkter gällande Sirishof, varav en anmälan om Lex Sarah. Under samma tid har 4 klagomål och synpunkter inkommit till kommunen, vidarebefordrats och hanterats av verksamheten. Detta överensstämmer med vad verksamheten registrerat i sitt avvikelssystem.

Socialstyrelsens kundundersökning visar att 42% av de boende vet vart de ska vända sig för att lämna klagomål eller synpunkter, vilket är i nivå med rikssnittet (43%).

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni följer processen enligt riktlinje, dock följer ni inte upp effekter av åtgärder i tillräcklig omfattning. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni kommer arbeta framåt för att följa hela processen gällande avvikelshantering samt klagomål och synpunkter. Inför resultatuppföljning kommer vi begära in en ny sammanställning av avvikelser, klagomål och synpunkter.

3.30 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"> • Den enskilde får stöd i att behålla och utveckla intressen, sociala relationer och kontakter som är viktiga för personen • Aktivitets- och funktionsbedömningar ska göras av arbetsterapeut för samtliga boende och användas som en grund för planering av individuella och gemensamma aktiviteter. • I genomförandeplanen ska individens synpunkter, önskemål och delaktighet av stödet framgå. • Utifrån den enskildes förmåga och önskemål ska utföraren verka för att den enskilde upplever en meningsfull tillvaro 	<p>Egenkontroll av dokumentation i genomförandeplaner gällande intressen och önskemål av aktiviteter</p> <p>Egenkontroll av dokumenterade aktivitets- och funktionsbedömningar</p> <p>Frågor på platsbesök den 13 september 2023</p>

Bedömning

I verksamhetens egenkontroll gällande aktivitets- och funktionsbedömning samt aktiv och meningsfull tillvaro framgår att samtliga av de 15 slumpmässigt utvalda boende har aktivitetsbedömningar. Vidare framgår det att intressen finns dokumenterade i tillräcklig omfattning i genomförandeplaner, önskemål om aktiviteter finns dock endast dokumenterat i 27%.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni brister i avtalspunkten då endast 27% av de boende har önskemål om aktiviteter dokumenterat i sina genomförandeplaner. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta framåt för att säkerställa att boendes önskemål om aktiviteter framgår i genomförandeplaner. Inför resultatuppföljningen kommer ni få genomföra en ny egenkontroll av dokumentation i genomförandeplaner gällande önskemål om aktiviteter.

3.31 Mat, 3.32 Måltider, 3.33 Nutrition

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Enligt <i>riktlinje för Mat, måltider och nutrition</i> ska utföraren ha en rutin som beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • När och hur en patients näringstillstånd ska utredas samt för hur undernäring förebyggs och vid behov behandlas <p>Genomförandeplanen ska innehålla:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En planering för mat och måltider som är individuellt anpassad utifrån vad, var, hur och när den enskilde önskar äta 	<p>Rutin för utredning av näringstillstånd samt hur undernäring förebyggs</p> <p>Granskning av 15 genomförandeplaner</p> <p>Individuppföljning – granskning av 52 genomförandeplaner</p>

Bedömning

Verksamheten har kravställd rutin, dock framgår önskemål kring mat och måltider endast i 33% av granskade genomförandeplaner. I granskning som genomfördes i samband med individuppföljningen hösten 2022 finns individuell planering för mat och måltid i 83% av granskade genomförandeplaner. Här konstateras en tydlig nedgång gällande resultat senaste året.

Socialstyrelsens kundundersökning visar att 52% av de boende är nöjda med hur maten brukar smaka (rikssnitt 71%) och 75% av de boende upplever att måltiden på Sirishof är en trevlig stund på dagen (rikssnitt 66%).

Vid platsbesök beskriver gastronomen hur hon arbetar och att hon går igenom frågor gällande mat och måltider med de boende på kostråd. Vidare beskriver omvårdnadspersonal att när det framkommer specifika önskemål från boende återkopplar de detta till gastronomen.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni brister i avtalspunkten då önskemål kring mat och måltider inte framgår i genomförandeplaner i tillräcklig omfattning. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta framåt för att säkerställa att önskemål kring mat och måltider ska framgå i genomförandeplaner. I resultatuppföljningen kommer en ny granskning av genomförandeplaner genomföras.

3.52 Omvårdnadspersonal**Krav som följs upp**

- Att omvårdnadspersonal som lägst har vård- och omsorgsutbildning på gymnasienivå eller annan motsvarande utbildning.

Underlag till bedömning

Kompetensinventering

Bedömning

I kompetensinventeringen framgår att 62% av omvårdnadspersonalen har vård- och omsorgsutbildning eller annan motsvarande utbildning.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni brister i avtalspunkten då omvårdnadspersonal inte har vård- och omsorgsutbildning eller motsvarande i tillräcklig omfattning. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni ska arbeta framåt med rekrytering och kompetensutveckling för att säkerställa att omvårdnadspersonal som lägst ska ha vård- och omsorgsutbildning eller motsvarande. Inför resultatuppföljning kommer vi begära in en ny kompetensinventering.

3.56 Kompetensutveckling

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<ul style="list-style-type: none"> Att utföraren deltar i de utbildningar (inklusive webbutbildningar) som Örebro kommun erbjuder. 	Kompetensinventering

Bedömning

Enligt kompetensinventering framgår att personal genomgått obligatoriska utbildningar, dock inte i tillräcklig omfattning gällande följande utbildningar:

Basal hygien (21% genomförda)

IBIC (65%)

Manuell förflyttning (73%)

Mat, måltid och nutrition (44%)

Palliativ utbildning (57%)

Vardagsrehabilitering (5%).

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni brister i avtalspunkten då samtlig personal inte genomfört obligatoriska utbildningar i tillräcklig omfattning. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni kommer arbeta framåt för att personal ska genomföra obligatoriska utbildningar. Inför resultatuppföljning kommer vi begära in en ny kompetensinventering.

4.4 Mervärde Delaktighet

Mervärde som följs upp	Underlag till bedömning
<ul style="list-style-type: none"> För att se till att behov och önskemål uppfylls så långt det är möjligt ska den enskilde få två kontaktpersoner Varannan vecka ska kontaktmannen ha ett avstämningssamtal med den boende för att ta reda på om han eller hon tycker att det man kommit överens om uppfylls Individuella insatser ska utformas i samråd och delaktighet med den enskilde och med utgångspunkt från levnadsberättelsen och genomförandeplanen Boenderåd anordnas sex gånger per år där bland annat aktivitetsutbud, möjlighet till utevistelse, delaktighet och självbestämmande, bemötande, menyer och måltidsupplevelsen diskuteras Anhöriga ska känna sig välkomna och uppleva att de är en del av gemenskapen 	<p>Granskning av 15 verkställighetsjournaler samt genomförandeplaner</p> <p>Minnesanteckningar från två boenderåd</p> <p>Frågor på platsbesök den 13 september 2023</p>

Bedömning

Vid granskning av genomförandeplaner och verkställighetsjournaler framgår att de boende erbjuds att skriva levnadsberättelse i tillräcklig omfattning, dock är det endast 47% av de boende som har två kontaktpersoner och 67% som haft avstämningssamtal varannan vecka.

Minnesanteckningar från två boenderåd visar att frågor kring aktiviteter, mat och måltid samt delaktighet hanteras. Vid platsbesök beskrivs att inbjudan till boenderåd sätts upp på informationstavlor, och att personal även påminner muntligt. Vid platsbesök beskrivs vidare att anhöriga görs delaktiga genom skriftlig information på tavlor i entrén och att månadsmejl skickas ut. Verksamhetschef och administratörer har besökt anhörigcentrum och tagit del av deras arbete för att kunna föra information vidare till anhöriga. Hur kontakt med anhöriga ska ske framgick endast i 60% av de granskade genomförandeplanerna.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni brister i utlovat mervärde då alla boende inte har två kontaktpersoner samt att avstämningssamtal inte utförs i tillräcklig omfattning.

Ni brister även i att det inte framgår i genomförandeplaner hur kontakt med anhöriga ska ske i tillräcklig omfattning. I åtgärdsplan ska framgå hur ni kommer arbeta framåt för att säkerställa att de boende har två kontaktpersoner, att avstämningssamtal genomförs varannan vecka samt hur kontakt med anhöriga ska ske. I resultatuppföljningen kommer en ny granskning av genomförandeplaner och verkställighetsjournaler genomföras.

4.5 Mervärde Aktiv och meningsfull tillvaro

Mervärde som följs upp	Underlag till bedömning
<ul style="list-style-type: none"> • Att verksamheten, genom serviceteam frigör tid för omvårdnadspersonalen att ägna sig mer åt aktiviteter på enheten tillsammans med de äldre. • Att två gemensamma aktiviteter erbjuds måndag till fredag, en gemensam aktivitet lördag och söndag. • Att alla erbjuds daglig utevistelse. 	<p>Granskning av 15 verksamhetsjournaler</p> <p>Beskrivning av hur verksamheten arbetar med serviceteam och vilka effekter det har haft</p> <p>Program för det aktivitetsutbud som erbjöds under fyra veckor</p> <p>Frågor på platsbesök den 13 september 2023</p>

Bedömning

Program för aktivitetsutbud visar på att varierande aktiviteter erbjuds samtliga vardagar, förmiddag och eftermiddag, dock finns inga aktiviteter erbjudna på helger. Dokumentation gällande utevistelse finns i tillräcklig omfattning i granskade verkställighetsjournaler och genomförandeplaner. Vid platsbesök beskrivs att effekterna av arbetet med serviceteam bland annat frigör tid för utevistelse.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni brister i utlovat mervärde då ni inte erbjuder aktiviteter på helger.

4.6 Mervärde Mat och måltider

Mervärde som följs upp	Underlag till bedömning
<ul style="list-style-type: none"> • Att gastronom, med ansvar att inspirera, utveckla och förbättra helhetsupplevelsen av mat- och måltider, finns i verksamheten. • Att verksamheten erbjuder fredagsmys och trerätters middag. • Att mellanmål utformas i enlighet med de äldres önskemål 	<p>En beskrivning av hur verksamheten arbetar med mat och måltidsmiljö – ”Konceptet Hälsöfrämjande mat och måltider”</p> <p>Frågor på platsbesök den 13 september 2023</p> <p>Matsedel för en månad</p> <p>Granskning av genomförandeplaner</p>

Bedömning

Verksamheten beskriver arbetet med mat- och måltidsmiljö och hur gastronomen finns som stöd i arbetet. Gastronomen är med på platsbesöket och beskriver sitt uppdrag. Vi tar del av matsedel för en månad där det framgår att verksamheten erbjuder fredagsmys och trerätters middag, vilket också finns dokumenterat i verkställighetsjournaler.

Mellanmål ska utformas i enlighet med de boendes önskemål, dock framgår beskrivning av mellanmål endast i 40% av granskade genomförandeplaner.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni brister i utlovat mervärde då önskemål och beskrivning av mellanmål inte framgår i tillräcklig omfattning i granskade genomförandeplaner. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni kommer arbeta framåt för att säkerställa att önskemål och beskrivning av mellanmål framgår i genomförandeplaner. Vid resultatuppföljning kommer vi genomföra en ny granskning av genomförandeplaner.

4.7 Mervärde Introduktion

Mervärde som följs upp	Underlag till bedömning
<ul style="list-style-type: none"> Att verksamheten har en rutin för introduktion av nyanställd personal/vikarie 	<p>Introduktionsprogrammet Sirishof/Skåpplandsgården</p> <p>Checklista – nyanställd Norlandia ÄO – lokal Örebro</p> <p>Frågor på platsbesök den 13 september 2023</p>

Bedömning

Verksamheten har en rutin för introduktion av nyanställd personal och en checklista för delarna i introduktion, dock framkommer på platsbesöket att checklistor håller på att följas upp då verksamheten brustit i att använda dem. Det är oklart om alla har en checklista samt framgår att viss personal inte haft någon handledare under introduktionen.

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni brister i utlovat mervärde då ni inte följer rutinen och inte heller använder checklistor i tillräcklig omfattning. Ni ska i åtgärdsplan beskriva hur ni kommer arbeta framåt för att säkerställa att rutinen och checklistan följs.

Karolina Fritzon
 Avtalscontroller
 Enheten för uppföljning
 Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet
 Örebro kommun