

Uppföljning av kvalitetskrav

Vård-och omsorgsboende

Utförare: Norlandia Care AB – Skäpplandsgården

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.

Skäpplandsgården

Norlandia Care AB är på uppdrag av Örebro kommun ansvarig för driften av vård- och omsorgsboendet Skäpplandsgården. Boendet är beläget på väster i Örebro, i närområdet ligger Haga centrum och Karlslunds herrgård. På Skäpplandsgården finns 27 lägenheter fördelade på tre våningar. Avdelningarna har två olika inriktningar, somatik och demens. Förgående uppföljning av kvalitetskrav på Skäpplandsgården genomfördes 2020, Sov 538/2020.

Bedömningsöversikt

Grundkrav

Kvalitetsledningssystem		Dokumentation och förvaring	
Samverkan		Vård i livets slutskede	
Riskanalys		Serviceinsatser	
Egenkontroller		Aktiv och meningsfull tillvaro	
Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet		Mat, måltid och nutrition	
Lagar, förordningar och föreskrifter		Anhörigstöd	
Nationella register		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. 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 på Sirishof, Norlandias andra verksamhet. Med anledning av dessa uppgifter är kvalitetsuppföljningen utökad med avtalspunkt:

- 3.22 Serviceinsatser

Trots att klagomålen inte var riktade mot Skäpplandsgården har vi valt att följa upp avtalspunkten för att säkerställa att kravet uppfylls inom samtliga verksamheter som på uppdrag av Örebro kommun bedrivs av Norlandia. 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 ni 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:

Kvalitetsledningssystem

- Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

Omvårdnadspersonal

Kompetensutveckling

Mervärde Mat och måltider

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

- Sammanställning av avvikelser
- En ny kompetensinventering

Handlingarna ska vara inskickade till egetval@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 genomföra en granskning av begärda handlingar samt dokumentation av mellanmål i genomförandeplaner.

Inför resultatuppföljningen, i januari 2024, kommer vi att skicka mall för kompetensinventering samt närmare instruktioner gällande sammanställning av avvikelser.

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, tillvägagångsätt och ansvarsfördelning framgår.

Risikanalyser

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>Risikanalyser – central rutin</p>

Bedömning

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

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 under de senaste 12 månaderna.</p>

Bedömning

Verksamheten har genomfört samtliga kravställda egenkontroller, identifierat brister, vidtagit åtgärder samt följt upp vidtagna åtgärder och effekten av dessa.

Utifrån detta gör Enheten för uppföljning bedömningen att verksamheten uppfyller kravet.

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.

Av registeruttag från Senior alert framgår att riskbedömningar genomförs inom samtliga fem riskområden i tillräcklig omfattning. Av kompetensinventeringen framgår att Skäpplandsgården har 11 BPSD-administratörer.

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 6 september 2023</p> <p>Kompetensinventering</p>

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet då observation vid platsbesök visar att skyddsutrustning, arbetskläder och engångsmaterial fanns samt att verksamheten har tre 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 utifrån att granskad rutin för hälso- och sjukvård innehåller kravställda delar, tillvägagångsätt 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 10 verkställighetsjournaler samt genomförandeplaner</p> <p>Individuppföljning hösten 2022 – granskning av 19 genomförandeplaner och verkställighetsjournaler</p> <p>Observation och frågor på platsbesök den 6 september 2023</p>

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet i tillräcklig omfattning. En dokumenterad och fastställd process för egenkontroll finns. Dokumentation i genomförandeplaner och verkställighetsjournaler uppfyller kravet i tillräcklig omfattning, vilket både vår granskning och den granskning som genomfördes i samband med individuppföljningarna visar. På platsbesöket observerades att dokumentation om de boende förvarades i låsta kontor på avdelningarna.

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 uppföljning gör bedömningen att verksamheten uppfyller kravet utifrån att verksamheten har fyra palliativa ombud samt två palliativa ombudssamordnare.

3.22 Serviceinsatser

Kvalitetsuppföljningen är utökad med denna avtalspunkt utifrån två klagomål som inkom till Enheten för uppföljning under våren 2023. Klagomålen riktade sig till Sirishof, Norlandias andra verksamhet, gällande 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 6 september 2023

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet. Observation på platsbesök visar att gemensamma utrymmen är städade. Två av tre avdelningar besöktes, samtliga kök och tvättstugor var städade. Vi observerade även ifyllda signeringslistor gällande städning av kyl/frys och övriga ytor i kök.

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 6 september 2023</p>

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet. Av verksamhetens egenkontroll framgår att önskemål och intressen är dokumenterade i samtliga 15 granskade genomförandeplaner. Det framgår även att aktivitets- och funktionsbedömningar är dokumenterade för dessa. På platsbesöket beskrev verksamheten hur aktiviteter planeras utifrån önskemål och intressen från de boende.

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 10 genomförandeplaner</p> <p>Individuppföljning – granskning av 19 genomförandeplaner</p> <p>Socialstyrelsens kundundersökning (2022)</p>

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet. Verksamhetens rutin beskriver kravställda delar, ansvarsfördelning samt tillvägagångsätt framgår. Vår granskning av genomförandeplaner samt den granskning som genomfördes vid individuppföljning visar att behov och önskemål kring mat och måltider framgår i tillräcklig omfattning.

På de frågor som berör mat och måltider i Socialstyrelsens kundundersökning har 50 % av de boende svarat positivt på frågan om hur maten brukar smaka, vilket är lägre än rikssnittet 79 %. 70 % upplever att måltiderna på boendet är en trevlig stund på dagen, rikssnittet är 66 %. På platsbesöket beskrev gastronom hur verksamheten arbetar för att förbättra resultatet utifrån kundundersökningen.

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 utifrån att granskad rutin för anhörigstöd innehåller kravställda delar, tillvägagångsätt 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. Verksamhetens sammanställning av skyddsåtgärder visar att samtliga delar är dokumenterade.

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 10 verkställighetsjournaler och genomförandeplaner</p> <p>Minnesanteckningar från två boenderåd</p> <p>Frågor på platsbesök den 6 september 2023</p>

Bedömning

Bedömningen är att verksamheten uppfyller utlovat mervärde. Enligt journalgranskning har de boende två kontaktpersoner, regelbundna anteckningar om avstämningssamtal samt information eller anteckning om att den boende fått erbjudande om att lämna levnadsberättelse finns i tillräcklig omfattning. Under platsbesöket bekräftades att boenderåd anordnas sex gånger per år. I minnesanteckningar framgår att mat, städ och aktiviteter bland annat har diskuterats.

För att skapa delaktighet för anhöriga skickas informationsmejl till anhöriga månadsvis och anhörigträffar anordnas fyra gånger per år. Anhöriga är även välkomna att närvara vid måltider, fikastunder och vardaglig samvaro. Hur kontakt med anhöriga ska ske framgår i genomförandeplaner i tillräcklig omfattning.

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 10 verkställighetsjournaler</p> <p>Beskrivning av hur verksamheten arbetar med serviceteam och vilka effekter det har haft</p> <p>Program för det aktivitetsutbud som erbjöds under en månad</p> <p>Frågor på platsbesök 6 september 2023</p>

Bedömning

Enhets för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller utlovat mervärde. Verksamheten beskriver på platsbesöket att samarbetet med serviceteam innebär att de har större utrymme att genomföra aktiviteter och att ha egentid med de boende. Verksamhetens program för aktivitetsutbud visar att det erbjudits varierande aktiviteter samtliga veckodagar på förmiddag och eftermiddag. I samband med den rundvandring som genomfördes på två avdelningar observerades lista för aktiviteter där bland annat promenader bockas av. Anteckning om utevistelse finns i samtliga granskade verkställighetsjournaler.

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 och Skäpplandsgården</p> <p>Checklista nyanställd Norlandia ÄO – lokal Örebro</p> <p>Frågor på platsbesök den 6 september 2023</p>

Bedömning

Enhets för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller utlovat mervärde. I rutinen beskrivs hur verksamheten arbetar vid introduktion av nyanställda, tillvägagångsätt och ansvarsfördelning framgår.

På platsbesök beskriver medarbetare att rutinen för introduktion fungerar bra och att en ny checklista för introduktion tagits fram i år. Verksamheten har även stärkt arbetet med att följa upp introduktionen för att behålla medarbetare.

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.

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> .	Avvikelser från de senaste 12 månaderna
Utföraren ska även:	Klagomål och synpunkter från de senaste 36 månaderna
<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. 	Information från IVO
	Klagomål/synpunkter i W3D3 (kommunens ärendehanteringssystem)
	Socialstyrelsens kundundersökning (2022)

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten inte uppfyller kravet i tillräcklig omfattning. Vår granskning av 104 avvikelser visar att avvikelseprocessens alla steg inte följs då effekt av de insatta åtgärderna inte har följts upp i 46 % av avvikelserna.

Motsvarande granskning av klagomål och synpunkter visar att processen följs i tillräcklig omfattning. Under de senaste 36 månaderna har inga klagomål/synpunkter eller Lex Sagra på verksamheten inkommit till IVO. Under samma period har två klagomål/synpunkter inkommit till kommunen, vidarebefordrats och hanterats av verksamheten. Enligt Socialstyrelsens kundundersökning upplever 64 % av de boende att de har kännedom om var de ska vända sig med klagomål och synpunkter, vilket är över riksnittet 43 %.

Verksamheten ska säkerställa att samtliga rapporterade avvikelser hanteras i enlighet med gällande riktlinje, det vill säga att de utreds, bedöms, åtgärdas och att åtgärderna följs upp. I åtgärdsplan ska ni beskriva hur ni ska arbeta för att nå följsamhet till kravet. Inför resultatuppföljningen kommer vi att begära in och granska avvikelser.

3.52 Omvårdnadspersonal

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<ul style="list-style-type: none"> Att omvårdnadspersonal som lägst har vård- och omsorgsutbildning på gymnasienivå eller annan motsvarande utbildning. 	Kompetensinventering

Bedömning

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten inte uppfyller kravet. Enligt kompetensinventeringen har 70 % av omvårdnadspersonalen genomgått omvårdnadsprogrammet eller motsvarande.

Ni ska beskriva i åtgärdsplan hur ni ska arbeta framåt med rekrytering och kompetensutveckling för att säkerställa att omvårdnadspersonal som lägst ska ha vård- och omsorgsutbildning eller motsvarande. Inför resultatuppföljningen 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

Enheten för uppföljnings bedömning är att ni inte uppfyller kravet i avtalspunkten då det av kompetensinventeringen framgår att följande utbildningar inte genomförts i tillräcklig omfattning:

Palliativ utbildning (69 % genomförda)
 Individens behov i centrum, IBIC (65 %)
 Mat, måltid och nutrition (65 %)
 Vardagsrehabilitering (2 %)

Ni ska beskriva i åtgärdsplan de aktiviteter ni ska genomföra för att åtgärda bristen så att samtlig personal genomför de obligatoriska utbildningarna. Inför resultatuppföljningen kommer vi begära in en ny kompetensinventering.

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 Hälsofrämjande mat och måltider”</p> <p>Frågor på platsbesök den 6 september 2023</p> <p>Matsedel för en månad</p> <p>Granskning av 10 genomförandeplaner</p>

Bedömning

Verksamheten har en gastronom två dagar i veckan som samarbetar med kostombud, bidrar med recept, bakar med de boende, frågar och följer upp vad de tycker om maten. Enligt matsedeln serverades trerätters middag på fredagar. På platsbesöket ges exempel på fredagsmys som fredagsdrink med musikquiz. För att följa upp om önskemål om mellanmål inhämtas och dokumenteras granskades 10 genomförandeplaner. Granskningen visar att i endast 20 % av genomförandeplanerna är mellanmål beskrivna. Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten inte uppfyller mervärdet i tillräcklig omfattning.

Ni behöver säkerställa att önskemål om mellanmål beskrivs i genomförandeplaner. I åtgärdsplan ska ni beskriva de aktiviteter ni ska genomföra för att åtgärda bristen.

Hanna Näsholm
 Avtalscontroller
 Enheten för uppföljning
 Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet
 Örebro kommun