

# 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 ansvarar, på uppdrag av Örebro kommun, för driften av Sirishof, som är ett vård- och omsorgsboende beläget på öster i Örebro. På Sirishof finns 56 lägenheter fördelade på sju avdelningar, varav tre är inriktade på personer med demenssjukdom. Förgående uppföljning av kvalitetskrav på Sirishof genomfördes 2023, Sov 1428/2023.

## Bedömningsöversikt

Grundkrav			
<b>1.4 Kvalitetsledningssystem</b>			
* Samverkan		<b>3.14 Dokumentation och förvaring</b>	
* Riskanalyser		<b>3.21 Vård i livets slutskede</b>	
* Egenkontroller		<b>3.30 Aktiv och meningsfull tillvaro</b>	
* Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet		<b>3.31-3.33 Mat, måltid och nutrition</b>	
<b>3.3 Lagar, förordningar och föreskrifter</b>		<b>3.34 Anhörigstöd</b>	
* Nationella register – Senior Alert, BPSD		<b>3.45 Skydds- och begränsningsåtgärder</b>	
* Hygien och smittskydd		<b>3.52 Omvårdnadspersonal</b>	
* Hälso- och sjukvård		<b>3.56 Kompetensutveckling</b>	
Mervärden			
<b>4.4 Mervärde Delaktighet</b>		<b>4.5 Mervärde Aktiv och meningsfull tillvaro</b>	
<b>4.7 Mervärde Introduktion</b>		<b>4.6 Mervärde Mat och måltider</b>	

### 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 och mervärden som specificeras i avtal. Uppföljningen har även innefattat inhämtade data från berörda myndigheter samt en granskning i verksamhetsystem 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 beslutar att avsluta denna uppföljning med att tilldela verksamheten ett påpekande. Enheten för uppföljning har identifierat brister av mindre omfattning i er verksamhet inom följande kvalitetskrav:

### 3.52 Omvårdnadspersonal

Identifierade brister ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete. Sirishof ska dokumentera hur verksamheten åtgärdat de brister vi påpekat och vilka effekter åtgärderna gett. Dokumentationen kan komma att begäras in. Enheten för uppföljning beslutar därmed att avsluta denna uppföljning.

## 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 finns 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"> <li>Hur daglig samverkan och informationsöverföring sker inom egna verksamheten mellan olika professioner och funktioner</li> <li>Vilka forum, verksamhetssystem och arbetssätt för samverkan som används inom den egna verksamheten.</li> </ul>	<p><i>Lokal rutin Sirishof och Skäpplandsgården - intern extern samverkan</i></p>

## Bedömning

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

## Risakanalyser

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Att utföraren har 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><i>Risakanalys vid verksamhetsförändringar - Central rutin</i></p> <p><i>Organisatorisk och social arbetsmiljö, OSA - Handlingsplan</i></p> <p><i>Skrydds rond äldreboende - Checklista</i></p> <p>Frågor vid platsbesök 23 september 2025</p>

## Bedömning

Den centrala rutinen för riskanalyser vid verksamhetsförändringar, handlingsplan med instruktioner och checklista beskriver hur verksamheten arbetar för att systematiskt identifiera och förebygga risker. Underlagen beskriver tillvägagångssätt och ansvarsfördelning. Under platsbesöket beskrev verksamheten en genomförd riskanalys inför uppstarten av ett nytt koncept kring mat och måltider. Riskanalysen gjordes med anledning av att viss personal uttryckt oro kring att tillaga måltider samt tidsaspekten kopplad till detta. Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet.

## 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>Riktlinje för dokumentationskyldighet enligt SoL och LSS</i></li> <li>• Verksamhetens följsamhet till avvikelseprocessen som beskrivs i <i>Riktlinje Avvikelser, Klagomål och synpunkter</i></li> <li>• Verksamhetens följsamhet till riktlinjen <i>Hälsa- och sjukvårdsdokumentation</i></li> </ul>	<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

## Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Att utföraren följer Örebro kommuns <i>Riktlinjer för avvikelser, klagomål och synpunkter</i>.</p> <p>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> </ul> <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> </ul>	<p><i>Händelsehantering – lokal rutin Sirishof och Skäpplandsgården</i></p> <p>Avvikelser från de senaste 12 månaderna</p> <p>Klagomål och synpunkter för perioden 20240101–20250630</p> <p>2 klagomål och synpunkter registrerade i W3D3 (kommunens ärendehanteringssystem) under perioden 20240101 – 20250630.</p> <p>Inga klagomål, synpunkter och Lex Sarah har rapporterats till IVO under perioden 20240101–20250630.</p> <p>Socialstyrelsens kundundersökning (2024)</p>

- Vet du vart du ska vända dig om du vill framföra synpunkter eller klagomål på äldreboendet?  
Positiva svar Sirishof 68 % (riket 45 %)

Frågor på platsbesök 23 september 2025

### Bedömning

Verksamhetens rutin för egenkontroller av följsamhet till avvikelseprocessen innehåller kravställda delar, tillvägagångssätt och ansvarsfördelning framgår.

#### *Avvikelser*

Granskningen av 121 avvikelser visar att samtliga är utredda och bedömda. Åtgärder har vidtagits i 98 % av avvikelserna, och 93 % är uppföljda.

#### *Klagomål*

Verksamheten har registrerat 8 klagomål under granskningsperioden. Underlaget visar att samtliga är hanterade enligt riktlinjen. Att åtgärder och effekterna av dessa har följts upp har avtalscontrollers tagit del av i verksamhetssystem under platsbesök. Två klagomål har inkommit till kommunen under tidsperioden. Dessa har vidarebefordrats och hanterats av verksamheten.

Enheten för uppföljnings bedömning är 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 – Senior Alert, BPSD

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>Boendet ska ha en eller flera BPSD-administratörer</li> </ul>	<p>Sammanställning av riskbedömningar i Senior alert för de senaste 12 månaderna</p> <p>Kompetensinventering: 24 BPSD-administratörer</p>

### Bedömning

Sammanställningen visar att riskbedömningar har genomförts under senaste året för samtliga boende som samtyckt till att delta.

Verksamheten har BPSD-administratörer. Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet.

## Hygien och smittskydd

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p><b>Utföraren ska uppfylla följande krav:</b></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>Observation vid platsbesök 23 september 2025</p> <p>Kompetensinventering: 7 hygienombud</p>

### Bedömning

Vid rundvandring observerades skyddsutrustning, arbetskläder och engångsmaterial i tillräcklig omfattning. Kompetensinventeringen visar att verksamheten har hygienombud. Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet

## 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"> <li>• Hur legitimerad personal, vid överlåten hälso- och sjukvård, gör den skriftliga ordinationen tillgänglig för den personal som ska utföra den.</li> <li>• Hur mottagande enhet, vid överlåten hälso- och sjukvård, tar emot den skriftliga ordinationen och planerar för genomförandet.</li> </ul>	<p><i>Lokal rutin - Hälso-och sjukvårdsinsatser som delegeras och överläts av legitimerad personal</i></p>

### Bedömning

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

### 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"> <li>• upprättas omgående och vara färdigställd senast 2 månader efter mottaget uppdrag</li> <li>• följas upp och upprättas tillsammans med individen vid behov och minst var sjätte månad</li> <li>• beskriva hur och när uppdraget ska utföras för att tillgodose individens behov och mål</li> <li>• innehålla information om individens delaktighet</li> <li>• innehålla namngiven kontaktperson</li> </ul> <p>I dokumentationen som förs i verkställighetsjournalen ska</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• det finnas dokumentation av händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid</li> <li>• 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 individen utifrån dennes ansökan, behov och genomförandet av beslutade insatser</li> <li>• vara utformad med respekt för individens integritet.</li> </ul> <p>Social dokumentation om individen som finns utanför verksamhetssystemet förvaras i enlighet med gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen.</p>	<p><i>Egenkontroll social dokumentation lokal rutin.</i></p> <p>Granskning av 15 verkställighetsjournaler samt genomförandeplaner</p> <p>Observation vid platsbesök 23 september 2025</p>

#### Bedömning

Rutin för egenkontroll innehåller kravställda delar, tillvägagångssätt och ansvarsfördelning framgår. Granskade genomförandeplaner och verkställighetsjournaler innehåller kravställda delar. Vid platsbesök observeras ingen social dokumentation utanför verksamhetssystem. Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet.

### 3.21 Vård i livets slutskede

#### Krav som följs upp

Enligt *Riktlinje för palliativ vård* ska alla verksamheter som bedriver palliativ vård ha utsedda palliativa ombud samt minst en palliativ ombudssamordnare.

#### Underlag till bedömning

Kompetensinventering:  
8 Palliativa ombud  
1 Palliativ ombudssamordnare

#### Bedömning

Verksamheten har palliativa ombud och palliativ ombudssamordnare. Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet.

### 3.30 Aktiv och meningsfull tillvaro

#### Krav som följs upp

Utföraren ska följa Örebro kommuns riktlinje för dokumentationsskyldighet enligt SoL och uppfylla följande krav inom området:

- 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.

#### Underlag till bedömning

Egenkontroll av dokumentation i 15 genomförandeplaner gällande intressen och önskemål

Egenkontroll av 15 dokumenterade aktivitets- och funktionsbedömningar

#### Bedömning

Av verksamhetens egenkontroll framgår att önskemål och intressen är dokumenterade i granskade genomförandeplaner. Det framgår även att aktivitets- och funktionsbedömningar är dokumenterade för dessa. Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet.

### 3.31 Mat, 3.32 Måltider, 3.33 Nutrition

#### Krav som följs upp

Enligt *riktlinje för Mat, måltider och nutrition* ska utföraren ha en rutin som beskriver:

- När och hur en patients näringstillstånd ska utredas samt för hur undernäring förebyggs och vid behov behandlas

Genomförandeplanen ska innehålla:

#### Underlag till bedömning

*Central rutin - Förebygga, utreda och behandla undernäring*

*Matenkät Sirishof 2025*

Granskning av 15 genomförandeplaner

- En planering för mat och måltider som är individuellt anpassad utifrån vad, var, hur och när den enskilde önskar äta

Socialstyrelsens kundundersökning (2024)  
 - Hur brukar maten smaka?  
 Positiva svar  
 Sirishof 64 % (riket 72 %)  
 - Är måltiderna en trevlig stund på dagen?  
 Positiva svar Sirishof 58 % (riket 66 %)

### Bedömning

Rutinen innehåller kravställda delar, tillvägagångssätt och ansvarsfördelning framgår. I 93% av granskade genomförandeplaner framgår önskemål kring mat och måltider. Vid platsbesöket beskriver verksamheten sitt nya matkoncept som de har fått positiv feedback på från boende, anhöriga och personal. Konceptet infördes efter Socialstyrelsens undersökning, verksamhetens egen matenkät som genomfördes under våren 2025 visar högre kundnöjdhet. Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet.

### 3.34 Anhörigstöd

#### Krav som följs upp

Utföraren ska ha en rutin som beskriver:

- Hur utföraren arbetar för att göra den anhörige delaktig i vården och omsorgen

#### Underlag till bedömning

*Lokal rutin Sirishof och Skäpplandsgården - Samverkan med anhöriga*

### Bedömning

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

### 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"> <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 10 skyddsåtgärder</p>

#### Bedömning

Verksamhetens sammanställning visar att samtycke, syfte och riskbedömning framgår i 90 % av granskade journaler. Samtliga skyddsåtgärder har en dokumenterad uppföljning. Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet.

### 3.56 Kompetensutveckling

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Att utföraren deltar i de utbildningar (inklusive webbutbildningar) som Örebro kommun erbjuder.</p>	<p>Kompetensinventering            Andel personal som genomgått utbildningarna:            Basala hygienrutiner i vård och omsorg 98 %            Demens ABC 98 %            IBIC 100 %            Manuell förflyttning/lyftkörkort 100 %            Mat, måltid och nutrition 94 %            Palliativ utbildning 93 %            SBAR 91 %            Verksamhetssystem 98 %            Vardagsrehabilitering 91 %</p>

#### Bedömning

Av kompetensinventeringen framgår att personal har genomgått utbildningar i tillräcklig utsträckning för att uppfylla kravet. Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet.

#### 4.5 Mervärde Aktiv och meningsfull tillvaro

Mervärde som följs upp	Underlag till bedömning
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Att två gemensamma aktiviteter erbjuds måndag till fredag, en gemensam aktivitet lördag och söndag.</li> <li>• Att alla erbjuds daglig utevistelse.</li> <li>• Verksamheten ska ha Aktivitetsteam bestående av anställd aktivitetsansvarig och aktivitetsombud på varje avdelning.</li> </ul>	<p>Program för det aktivitetsutbud som erbjuds under fyra veckor för en avdelning</p> <p>Frågor på platsbesök 23 september 2025</p>

#### Bedömning

Verksamhetens program för aktivitetsutbud visar att varierande aktiviteter erbjudits samtliga veckodagar, både förmiddag och eftermiddag.

Under platsbesöket beskrev verksamheten hur de arbetar med utevistelse, att utevistelse erbjuds dagligen och att gemensamma utomhusaktiviteter genomförs när vädret tillåter. Närheten till Stadsparken och Rosenträdgården lyfts fram som positiva faktorer.

Vidare beskrevs att verksamheten har en aktivitetsansvarig som samverkar med aktivitetsombud på respektive avdelning. Aktivitetsansvarig planerar veckovis för aktiviteter och handleder kollegor i både planering och syfte med aktiviteterna. På Sirishof uppskattar de boende fysisk aktivitet, gemensamma fikastunder och att vistas utomhus. Aktiviteter genomförs både på individ- och gruppnivå. Samordnade möten med aktivitetsombuden hålls två gånger per termin. Aktivitetsansvarig samverkar även med gastronomen, då aktiviteter och måltider ofta går hand i hand. Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller utlovat mervärde.

#### 4.6 Mervärde Mat och måltider

Mervärde som följs upp	Underlag till bedömning
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verksamheten ska möjliggöra en mycket hög kvalitet kring mat och måltider för den enskilde.</li> <li>• Att gastronom, med ansvar att inspirera, utveckla och förbättra helhetsupplevelsen av mat- och måltider, finns i verksamheten.</li> <li>• Att mellanmål utformas i enlighet med de äldres önskemål</li> </ul>	<p><i>Smaklig måltid, Norlandia</i></p> <p>Granskning av 15 genomförandeplaner</p> <p>Frågor på platsbesök 23 september 2025</p>

## Bedömning

I *Smaklig måltid*, *Norlandia* beskrivs hur verksamheten arbetar för att skapa en trivsamt och näringsrik måltidsupplevelse med fokus på matens kvalitet, en lugn miljö och social gemenskap. Måltidsombudets roll, som ersätter tidigare kostombud, tydliggörs i beskrivningen.

Vid platsbesöket beskrev verksamheten att det nya matkonceptet innebär enklare matlagning och minskad användning av halvfabrikat. Gastronomen beskrev sitt övergripande ansvar samt samverkan med måltidsombuden, som finns representerade på varje våning. I 86% av granskade genomförandeplaner finns önskemål om mellanmål beskrivna.

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller utlovat mervärde.

## 4.4 Mervärde Delaktighet

Mervärde som följs upp	Underlag till bedömning
<ul style="list-style-type: none"> <li>• För att se till att behov och önskemål uppfylls så långt det är möjligt ska den enskilde få två kontaktpersoner</li> <li>• 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.</li> <li>• Individuella insatser ska utformas i samråd och delaktighet med den enskilde och med utgångspunkt från levnadsberättelsen och genomförandeplanen.</li> <li>• Anhöriga ska känna sig välkomna och uppleva att de är en del av gemenskapen.</li> <li>• Verksamhetschef informerar varje månad genom ett informationsbrev som skickas ut till anhöriga.</li> <li>• Kontinuerlig information och kommunikation sker genom överenskommelse mellan anhörig och kontaktperson</li> </ul>	<p><i>Din dag - Norlandia Älderomsorg</i></p> <p><i>Delaktighet för de boende</i></p> <p><i>Minnesanteckningar boenderåd (30 januari, 3 april och 12 juni 2025)</i></p> <p><i>Lokal rutin Sirishof och Skäpplandsgården - Samverkan med anhöriga</i></p> <p>Granskning av 15 verkställighetsjournaler samt genomförandeplaner</p>

## Bedömning

Verksamheten arbetar efter konceptet "*Din dag*" som innebär att vardagen ska utformas utifrån den boendes individuella behov, önskemål och dagsform. Fokus ligger på att erbjuda valfrihet, visa respekt för personliga vanor och skapa en meningsfull och trygg tillvaro. Anhöriga involveras utifrån samtycke och med respekt för integritet.

*Delaktighet för de boende* beskriver hur verksamheten arbetar för att de boende ska vara delaktiga i sin vardag och i verksamhetens utveckling.

Genom individuella genomförandeplaner, kontaktmannaskap, konceptet ”*Din dag*” och regelbundna boenderåd skapas förutsättningar för att lyssna in och ta tillvara de boendes önskemål och behov. Synpunkter från boenderåd följs upp och minnesanteckningar visar att frågor om bemötande, måltider, aktiviteter och miljö diskuteras regelbundet.

*Lokal rutin Sirishof och Skäpplandsgården - Samverkan med anhöriga* beskriver hur anhöriga ska göras delaktiga vid inflyttning och i vardagen. Verksamhetschef och biträdande verksamhetschef ansvarar för att information når ut till anhöriga via bland annat månadsbrev.

Granskning av genomförandeplaner visar att det i 87 % av fallen framgår två kontaktpersoner. I 86 % finns information om hur, när och i vilken form kontakt med anhöriga ska ske. I 73 % av journalerna finns regelbundna anteckningar om avstämningssamtal.

Sammantaget visar granskningen att Sirishof har ett arbetssätt med fokus på individanpassning, delaktighet och samverkan med anhöriga. Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller utlovat mervärde.

#### 4.7 Mervärde Introduktion

Mervärde som följs upp	Underlag till bedömning
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Att verksamheten har en rutin för introduktion av nyanställd personal/vikarie</li> </ul>	<p><i>Introduktionsprogram Sirishof och Skäpplandsgården</i></p> <p><i>Checklista nyanställd Norlandia ÄO</i></p> <p>Frågor på platsbesök 23 september 2025</p>

#### Bedömning

Verksamheten har en rutin för introduktion av nyanställda och vikarier. Introduktionen omfattar flera ansvariga roller, inklusive verksamhetschef, teamledare, handledare och sjuksköterska. De följer en checklista som täcker organisation, utbildningar, praktiskt arbete och kvalitetsledningssystem. Efter cirka en månad hålls ett avstämningssamtal för att säkerställa att introduktionen har genomförts och att den nyanställda trivs.

Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller utlovat mervärde.

## Påpekande

Nedanstående brister har föranlett ett påpekande och ska åtgärdas inom ramen för verksamhetens eget kvalitetsarbete.

### 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  
Andel utbildad  
omvårdnadspersonal: 80 %

#### Bedömning

Enligt kompetensinventeringen har 80 % av omvårdnadspersonalen genomgått omvårdnadsprogrammet eller motsvarande, vilket är en förbättring jämfört med uppföljningen 2023 då andelen var 62 %.

Även om utvecklingen är positiv bedömer Enheten för uppföljning att kravet inte är uppfyllt i tillräcklig omfattning. Ni behöver, inom ramen för ert eget kvalitetsarbete, fortsätta att arbeta med åtgärder för att uppfylla kravet.

Hanna Näsholm  
Avtalscontroller  
Enheten för uppföljning  
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet  
Örebro kommun