

# Uppföljning av kvalitetskrav

Vård-och omsorgsboende

Utförare: Norlandia Care AB-Skärplandsgården

## 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 ansvarar, på uppdrag av Örebro kommun, för driften av Skäpplandsgården, som är ett vård- och omsorgsboende beläget på väster i Örebro. Skäpplandsgården har 27 lägenheter fördelade på tre våningar. Två av tre enheter är avsedda för personer med demenssjukdom. Enheten för uppföljning följde senast upp kvalitetskrav på Skäpplandsgården 2023, Voo 1423/2025.

## Bedömningsöversikt

Grundkrav		
<b>1.4 Kvalitetsledningssystem</b>		<b>3.14 Dokumentation och förvaring</b>
* Samverkan		3.21 Vård i livets slutskede
* Riskanalyser		3.22 Serviceinsatser
* Egenkontroller		3.30 Aktiv och meningsfull tillvaro
* Utredning av avvikelser och rapporteringsskyldighet		3.31-3.33 Mat, måltid och nutrition
<b>3.3 Lagar, förordningar och föreskrifter</b>		3.34 Anhörigstöd
* Nationella register – Senior Alert, BPSD		3.45 Skydds- och begränsningsåtgärder
* Hygien och smittskydd		3.52 Omvårdnadspersonal
* Hälso- och sjukvård		3.56 Kompetensutveckling
Mervärden		
4.4 Mervärde Delaktighet		4.5 Mervärde Aktiv och meningsfull tillvaro
4.7 Mervärde Introduktion		4.6 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 och mervärden 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 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 och beslutar därmed att Skäpplandsgården ska åtgärda bristerna och upprätta en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen ska innehålla aktiviteter för att åtgärda de brister som redovisas i denna rapport samt tidplan och ansvarig för respektive åtgärd. Ni ska senast **den 5 november 2025** skicka in åtgärdsplanen till [egetval@orebro.se](mailto:egetval@orebro.se)

Bedömningen är att Skäpplandsgården brister inom följande kvalitetskrav:

- **3.56 Kompetensutveckling**
- **4.4 Mervärde delaktighet**

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

- Uppdaterad kompetensinventering

Kompetensinventeringen ska vara inskickade till [egetval@orebro.se](mailto:egetval@orebro.se) senast **30 januari 2026**.

Enheten för uppföljning kommer följa upp att identifierade brister är åtgärdade i tillräcklig omfattning genom en resultatuppföljning. En resultatuppföljning kommer genomföras efter 30 januari 2026. Detta innebär att vi kommer

- Granska kompetensinventering
- Genomföra en dokumentationsgranskning gällande avstämningssamtal och anhörigas önskemål kring kontakt

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 Skäpplandsgården 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 arbetsätt för samverkan som används inom den egna verksamheten.</li> </ul>	<p><i>Lokal rutin Sirishof och Skäpplandsgården - intern extern samverkan</i></p>

### Bedömning

Rutinen innehåller kravställda delar, tillvägagångssätt och ansvarsfördelning framgår. Enheten för uppföljning gör bedömningen 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>Skyddsronnd äldreboende - Checklista</i></p> <p>Frågor vid platsbesök 17 september 2025</p>

### Bedömning

Den centrala rutinen för riskanalyser vid verksamhetsförändringar, handlingsplan med instruktioner och checklista beskriver hur verksamheten arbetar för att systematiskt förbättra verksamheten genom att identifiera risker och förebygga dessa. Underlagen

beskriver tillvägagångssätt och ansvarsfördelning. Vidare beskriver verksamheten på platsbesök hur de arbetat med riskanalys för en hissreparation under det senaste året. I beskrivningen framgår vidtagna åtgärder, metod och uppföljning av åtgärder. Enheten för uppföljning gör bedömningen att Skäpplandsgården uppfyller kravställda delar.

## 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 dokumentationsskyldighet 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>Hälso- 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>Egenkontroll avvikelser 2025</i></p> <p>Avvikelser från de senaste 12 månaderna</p> <p>Klagomål och synpunkter för perioden 20240101–20250630</p> <p>1 klagomål har rapporterats till IVO under perioden 20240101–20250630.</p> <p>Inga klagomål och synpunkter registrerade i W3D3 (kommunens ärendehanteringssystem) under perioden 20240101–20250630.</p> <p>Socialstyrelsens kundundersökning (2024) - Vet du vart du ska vända dig om</p>

du vill framföra synpunkter eller klagomål på äldreboendet?  
Positiva svar 64 % (riket 45%)

Frågor vid platsbesök 17 september 2025

### Bedömning

Verksamheten har en rutin för egenkontroll av följsamhet till avvikelseprocessen och bedöms innehålla kravställda delar.

#### *Avvikelser*

Granskning av 88 avvikelser visar att verksamheten har utrett, bedömt och vidtagit åtgärder i alla dessa. Åtgärderna har i 97% följts upp.

#### *Klagomål*

Under granskningsperioden har 12 klagomål registrerats och alla dessa har utretts, bedömts och åtgärder har vidtagits. Klagomålet som inkom till IVO är avslutat utan vidare hantering från IVO. Under platsbesök visar verksamheten att åtgärder även följts upp.

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, 6 BPSD-administratörer</p>

### Bedömning

Av sammanställningen framgår att Skäpplandsgården arbetar med Senior alert. Riskbedömningar inom de tre områdena finns för samtliga boende och verksamheten har BPSD-administratörer. Utifrån detta gör Enheten för uppföljning bedömningen 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 17 september 2025</p> <p>Kompetensinventering, 4 hygienombud</p>

### Bedömning

Vid rundvandring på platsbesök observeras skyddsutrustning, arbetskläder och engångsmaterial i tillräcklig omfattning. I kompetensinventering framgår att verksamheten har hygienombud. Enheten för uppföljning gör bedömningen 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 uppföljning bedömer 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> </ul>	<p><i>Egenkontroll social dokumentation lokal rutin.</i></p> <p>Granskning av 10 verkställighetsjournaler och genomförandeplaner i journalsystem</p>

- 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

Observation vid platsbesök 17 september 2025

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 individen utifrån dennes ansökan, behov och genomförandet av beslutade insatser
- vara utformad med respekt för individens integritet.

Social dokumentation om individen som finns utanför verksamhetssystemet förvaras i enlighet med gällande lagstiftning och intentionerna i arkivlagen

### Bedömning

Granskning visar att 75% av genomförandeplaner och 90% av verkställighetsjournaler uppfyller kravställda delar. Tillsammans med granskning av inskickad rutin och observation i verksamheten gör Enheten för uppföljning bedömningen att Skäpplandsgården 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  
3 Palliativa ombud  
2 Palliativa ombudssamordnare

### Bedömning

Skäpplandsgården har palliativa ombud och palliativa ombudssamordnare. Enheten för uppföljning gör bedömningen att verksamheten uppfyller kravet.

### 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"> <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> </ul>	<p>Egenkontroll av dokumentation i 15 genomförandeplaner gällande intressen och önskemål</p> <p>Egenkontroll av 15 dokumenterade aktivitets- och funktionsbedömningar</p>

#### Bedömning

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

### 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"> <li>• När och hur en patients näringstillstånd ska utredas samt för hur undernäring förebyggs och vid behov behandlas</li> </ul> <p>Genomförandeplanen ska innehålla:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En planering för mat och måltider som är individuellt anpassad utifrån vad, var, hur och när den enskilde önskar äta</li> </ul>	<p><i>Central rutin- Förebygga, utreda och behandla undernäring</i></p> <p>Granskning av 10 genomförandeplaner</p> <p>Socialstyrelsens kundundersökning (2024)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hur brukar maten smaka? Positiva svar Skäpplandsgården 55 % (riket 72 %)</li> <li>- Är måltiderna en trevlig stund på dagen? Positiva svar Skäpplandsgården 64 % (riket 66 %)</li> </ul> <p><i>Matenkät</i></p>

#### Bedömning

I rutinen framgår förebyggande arbete och åtgärder, vidare hur näringstillstånd utreds, riskanalyser genomförs och utifrån utredning behandlas. I 80 % av de granskade genomförandeplanerna framgår behov och önskemål om mat och måltider. På platsbesöket informerade verksamheten om Norlandias nya matkoncept som infördes efter Socialstyrelsens undersökning och som uppskattas av de boende och anhöriga. Skäpplandsgårdens egna 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	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><i>Lokal rutin Sirishof och Skäpplandsgården- Samverkan med anhöriga</i></p>

#### Bedömning

Rutinen beskriver hur verksamheten arbetar för samverkan med anhöriga genom bland annat välkomstsamtal och anhörigträffar. Rutinen beskriver ansvar och metoder för samverkan. 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 5 skyddsåtgärder</p>

#### Bedömning

Verksamhetens sammanställning av skyddsåtgärder visar att samtliga delar är dokumenterade. Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet.

### 3.52 Omvårdnadspersonal

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
<p>Att omvårdnadspersonal som lägst har vård- och omsorgsutbildning på gymnasienivå eller annan motsvarande utbildning.</p>	<p>Kompetensinventering Andel utbildad omvårdnadspersonal 86%</p>

#### Bedömning

I kompetensinventering framgår andelen omvårdnadspersonal som har genomgått vård- och omsorgsutbildning på gymnasienivå eller annan motsvarande utbildning. Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet i tillräcklig omfattning.

#### 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 vid platsbesök 17 september 2025</p>

#### Bedömning

Verksamhetens program för aktivitetsutbud visar att det erbjudits varierad aktivitet samtliga veckodagar på förmiddag och eftermiddag.

På platsbesöket beskrev verksamheten hur de arbetar med utevistelse. Dels går flera av de boende ut själva när de önskar, dels hålls aktiviteter utomhus när vädret tillåter. Vidare beskrivs hur de boende erbjuds utevistelse dagligen och arbetet med aktivitetsteam. Aktivitetsteamet består av aktivitetsansvarig och ombud på varje avdelning där aktivitetsansvarig har det övergripande ansvaret. Aktivitetsansvarig samverkar löpande med gastronom för mat och måltider i samband med aktiviteter. Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet.

#### 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 10 genomförandeplaner</p> <p>Frågor vid platsbesök 17 september 2025</p>

#### Bedömning

I beskrivning av hur verksamheten arbetar med mat och måltidsmiljö, *Smaklig måltid* framgår hur verksamheten arbetar för att belysa vikten av matglädje, dofter, uppläggning och personalens betydelse i måltidsmiljön. Granskning i genomförandeplaner visar att det i 80% framgår önskemål om mellanmål.

På platsbesöket beskriver gastronomen det nya matkoncept *Smaklig måltid* som innebär enklare matlagning och mindre halvfabrikat och fokus på måltidssituationen. De boende, personal och anhöriga har framfört positiv feedback på det nya arbetssättet. Gastronomen beskrev vidare det övergripande ansvaret för mat och måltider och samverkan med måltidsombuden som finns på varje avdelning. Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet.

## 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>Introduktionsprogrammet Sirishof och Skäpplandsgården</i></p> <p><i>Checklista nyanställd Norlandia ÄO - lokal Örebro</i></p> <p>Frågor vid platsbesök 17 september 2025</p>

### Bedömning

Introduktionsprogrammet med checklista beskriver hur verksamheten arbetar vid introduktion av nyanställda, tillvägagångsätt och ansvarsfördelning framgår. Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten uppfyller kravet.

### Brister i kvalitetskrav

Resultatet visar att Skäpplandsgården brister i nedanstående kvalitetskrav.

## 3.56 Kompetensutveckling

Krav som följs upp	Underlag till bedömning
Att utföraren deltar i de utbildningar (inklusive webbutbildningar) som Örebro kommun erbjuder.	<p>Kompetensinventering</p> <p>Andel personal som genomgått utbildningarna:</p> <p>Basala hygienrutiner 73 %</p> <p>Demens ABC 66 %</p> <p>IBIC 48 %</p> <p>Manuell förflyttning/lyftkörkort 69 %</p> <p>Mat, måltid och nutrition 66 %</p> <p>Palliativ utbildning 71 %</p> <p>SBAR 73 %</p> <p>Verksamhetssystem 79 %</p> <p>Vardagsrehabilitering 75 %</p>

### Bedömning

Av kompetensinventeringen framgår att personal inte genomgått de obligatoriska utbildningarna i tillräcklig omfattning. Enheten för uppföljnings bedömning är att verksamheten inte uppfyller kravet.

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur ni ska säkerställa att all personal genomgår de obligatoriska utbildningarna.

#### 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>Verksamhetschef informerar varje månad genom ett informationsbrev som skickas ut till anhöriga.</li> <li>Kontinuerlig information och kommunikation sker genom överenskommelse mellan anhörig och kontaktsman.</li> </ul>	<p><i>Delaktighet för de boende</i></p> <p><i>Din dag - Norlandia Äldreomsorg</i></p> <p>Granskning av 20 verkställighetsjournaler och 10 genomförandeplaner</p> <p>Boenderåd, minnesanteckningar</p> <p>Frågor vid platsbesök 17 september 2025</p>

#### Bedömning

I den inskickade beskrivningen framgår olika metoder för arbetet med delaktighet och målet att de boende ska känna sig sedda, hörda och respekterad utifrån förutsättningar och önskemål. Arbetet sker bland annat genom genomförandeplaner, kontaktsmän, konceptet ”din dag” och boenderåd.

På platsbesöket framkommer att verksamheten erbjuder alla boende att fylla i sin levnadsberättelse och lämna till boendet och verksamhetsansvarig informerar om löpande informationsbrev till anhöriga.

I granskning av genomförandeplaner framgår att det i 85% av dessa finns två kontaktsmän.

Granskning av verkställighetsjournaler visar att personal har avstämningssamtal med de boende varannan vecka, men endast i 45% av dessa sker det med tillräcklig regelbundenhet. I 50% framgår dokumentation kring hur anhörig eller företrädare vill ha löpande dialog. Vid granskning av verkställighetsjournaler inom ramen för denna avtalspunkt utökades granskning att omfattade 20 journaler och bristen kvarstod.

Enheten för uppföljning gör den sammantagna bedömningen att verksamheten brister i följsamhet till kravet. Dokumentation av avstämningssamtal och hur anhöriga eller företrädare önskar löpande kontakt sker inte i tillräcklig omfattning.

Ni ska inkomma med en åtgärdsplan som beskriver hur ni ska säkerställa att avstämningssamtal varannan vecka dokumenteras. Det ska även framgå hur ni säkerställer att dokumentation förs om hur anhöriga eller företrädare önskar kontakt.

Hanna Hernebring  
Avtalscontroller  
Enheten för uppföljning  
Socialförvaltningen, Förvaltningskansliet  
Örebro kommun