

Vård- och omsorgsboendet
Åsengården

Bräcke
diakoni

*Kvalitets- och
patientsäkerhetsberättelse
2016*

Kvalitets- och patientsäkerhets- berättelse 2016

Vård- och omsorgsboendet
Åsengården

Innehåll

1	Sammanfattning.....	4
2	Inledning	5
3	Strategier och fokusområden	5
4	Organisation och ansvar	6
4.1	Bräcke diakoni.....	6
4.2	Vård- och omsorgsboendet Åsengården	7
5	Systematiskt förbättringsarbete	8
6	Risikanalyser.....	9
6.1	Risikanalyser på organisationsnivå	9
6.2	Risikanalyser på individnivå	9
7	Egenkontroll.....	10
7.1	Kvalitetsdialog	10
7.2	Externa revisioner	10
7.3	Omvärldsbevakning	10
8	Avvikelsehantering.....	11
8.1	Avvikelser	11
8.2	Klagomål och synpunkter.....	11
9	Medarbetarnas delaktighet	12
10	Samverkan.....	14
10.1	Samverkan med andra vårdgivare/omsorgsgivare	14
10.2	Samverkan med patienter, brukare och närstående	15
10.3	Samverkan med andra samhällsaktörer	16
11	Resultat	17
11.1	Systematiskt förbättringsarbete	17
11.2	Kvalitetsdialog	18
11.3	Avvikelser	19
11.4	Kvalitetsregister	20
11.4.1	Senior alert	20
11.4.2	Svenska palliativregistret.....	21
11.4.3	BPSD-registret	22
11.5	Socialstyrelsens nationella undersökningar.....	22
11.6	Egenkontrollsprogram	23
12	Mål och strategier för det kommande året	24
13	Bilaga 1 – Förbättringsprojekt Personcentrerad närståendekontakt	25

1 Sammanfattning

Åsengården har fortsatt utveckla kost- och måltidssituationen. All personal har utbildats inom ämnet enligt Bräcke diakonis koncept. Resultatet är att boenden äter mer och sitter längre till bords.

Vi har arbetat med att sänka andelen BPSD-symtom genom delvis nya arbetssätt och rutiner. Alla boende skattas minst två gånger per år samt vid behov, samtliga boende på Åsengården har någon form av BPSD-symtom.

Under 2016 har vi fortsatt utveckla den sociala dokumentationen med mer personcentrerade genomförandeplaner. Vi har också börjat anpassa genomförandeplanerna till den nationella värdegrunden.

HSL-personalens journalsystem, Vodok med ICF, har vidareutvecklats under året och förändringarna har implementerats hos både sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal. Vår ena sjuksköterska är Vodokhandledare och hon har gått på regelbundna möten hos processledaren på Hägersten-Liljeholmens stadsdelsförvaltning för att lära sig alla nyheterna.

Åsengården arbetade med ett anhörigstödsprojekt under året, som genomfördes i två delar, se Bilaga 1. Dels utbildningsinsatser från Anhörigstöd i stadsdelen och ett förbättringsarbete i eHälsa med fokus på när, om vad och hur närstående vill ha återkoppling och information. Verksamheten hade en rutin om hur ofta kontaktmannen skulle ha kontakt med närstående, men vi upplevde att närstående hade olika önskemål och att en modell inte passade alla. I vårt förbättringsarbete undersökte vi först via enkät hur de närstående generellt ville ha kontakt och på vilket sätt. Senare kontaktade varje kontaktperson just sina boendes närstående och frågade hur ofta och på vilket sätt de ville ha kontakt. De som kommer på besök ofta vill i regel ha personlig kontakt, men det finns även närstående som endast vill ha kontakt via sms, mejl och telefon. Det varierar när och vilken information närstående vill ha. Vissa vill bara ha information om det hänt något och andra vill veta allt. Vi har med andra ord personcentrerat vårt anhörigstöd.

Under våren 2016 sätts Bräcke diakonis nya ledningssystem. Systematiskt arbete med implementeringen av systemet har pågått under resterande delen av året.

Ett annat system som vi började använda under våren är DF Respons, där vi rapporterar alla avvikelser. HSL-avvikelserna förs över till Vodoks avvikelssystem precis som tidigare.

2 Inledning

Bräcke diakonis vision, att skapa ett medmänskligare samhälle, bygger på att det varje dag skapas värden mellan människor som har behov av vård, stöd och omsorg och människor som ger vård, stöd och omsorg. Det är i detta möte som vården och omsorgen utvecklas eftersom det finns kunskaper om problem och hur de kan lösas. Ett framgångsrikt kvalitets- och brukarsäkerhetsarbete kräver en kultur där man vågar och får ifrågasätta befintliga arbetssätt, där man lär av fel och brister och där man utvecklar kompetens och kapacitet i systematiskt förbättringsarbete i organisationen.

Denna berättelse utgår från Socialstyrelsens föreskrift för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt Patientsäkerhetslagen, Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen samt SKLs mall för patientsäkerhetsberättelsen. Den beskriver vårt samlade kvalitets- och patientsäkerhetsarbete som fokuserar på att skapa god vård och omsorg med hög säkerhet för de vi finns tillför.

Åsengårdens vård- och omsorgsboende tar hand om människor med demenssjukdomar och har 29 platser i uppdrag av Stockholms stad, Hägersten-Liljeholmens stadsdelsförvaltning. Åsengården bedriver vård och omsorg inom följande lagrum: HSL och SoL.

I verksamheten finns tillgång till följande professioner och roller: arbetsterapeut, läkare, sjukgymnast/fysioterapeut, sjuksköterskor, undersköterskor, vårdbiträden, samordnare, aktivitetssamordnare och verksamhetschef.

3 Strategier och fokusområden

Med utgångspunkt i förra årets kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse samt i organisationens övergripande styrkortsmål fokuserade vårt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete under 2016 på följande områden:

Åsengården arbetade under 2016 med två förbättringsprojekt. Det ena projektet var inom BPSD och den andra inom anhörigstöd.

BPSD-projektet genomfördes i samarbete med BPSD-registret i Skåne. Vi ändrade en del av våra arbetssätt och rutiner under arbetets gång. Bland annat förändrade vi rutinerna kring måltiderna. Måltiderna planerades bättre och alla moment som kunde leda till att boende stördes under måltiderna togs bort. Inga störningsljud får förekomma och dörrarna till matsalen ska vara stängda, diskmaskin, radio osv ska vara avstängda. Personal sitter med boende så mycket det går under dagarna och kvällarna och håller i den sociala samvaron. Dessa förändringar i vårt arbetssätt har lett till mindre motorisk oro hos de boende och att alla boende sover bättre på nätterna. Det är väldigt sällan som det ges lugnande vidbehovsmedicin.

Anhörigstödsprojektet genomfördes i två delar. Arbetet påbörjades med en utbildning via Anhörigstöd på Hägersten-Liljeholmens stadsdelsförvaltning. Vi fortsatte sedan arbetet med anhörigstöd under hösten med ett eHälsoprojekt genom kvalitetsavdelningen på Bräcke diakoni. Verksamheten hade en rutin om hur ofta kontaktmannen skulle ha kontakt med närstående, men vi upplevde att närstående hade olika önskemål och att en modell inte passade alla. I vårt förbättringsarbete undersökte vi först via enkät hur de närstående generellt ville ha kontakt och på vilket sätt. Senare kontaktade varje kontaktperson just sina boendes närstående och frågade hur ofta och på vilket sätt de ville ha kontakt. De som kommer på besök ofta vill i regel ha personlig kontakt, men det finns även närstående som endast vill ha kontakt via sms, mejl och telefon. Det varierar även när det gäller vilken information närstående vill ha. Vissa vill bara ha information om det hänt något och andra vill veta allt. Vi har med andra ord personcentrerat vårt anhörigstöd.

Under våren 2016 sattes företags nya ledningssystem och implementeringen av systemet påbörjades. Vi har under sommaren och hösten fortsatt arbetet med att lära alla medarbetare var de hittar olika rutiner osv.

Ett annat system som vi började använda under våren är DF Respons, där vi idag skriver alla avvikelser. HSL-avvikelserna förs sedan över till Vodoks avvikelssystem precis som tidigare.

Åsengården har fortsatt arbetet med kost och måltidssituationen och kostombuden har genomfört observationer på varandras avdelningar. Dessa observationer var mycket uppskattade och medarbetarna fick feedback av observatörerna samma dag på eftermiddagsrapporten. Karottsystem används fortfarande vid lunch och middag, eftersom vi har sett att boende äter längre tid och äter mer mat när de kan ta av maten själv och skicka karotterna till varandra. Detta arbetssätt har även lett till att boende bättre håller sin vikt.

4 Organisation och ansvar

4.1 Bräcke diakoni

Styrelsen för Bräcke diakoni har det övergripande ansvaret som vård-/omsorgsgivare. Bräcke diakoni bedriver verksamheter inom bl.a. följande lagrum: Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), Socialtjänstlagen (SoL), Lagen för stöd och service (LSS). Alla verksamheter har verksamhetschefer som utses av ledningen. I de fall där man bedriver verksamhet enligt HSL utses verksamhetschefen av Direktör som företrädare för vårdgivaren. Verksamhetschefer ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög kvalitet och kostnadseffektivitet samt i gällande fall god patient- och brukarsäkerhet.

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet samt att skapa förutsättningar för god patient- och brukarsäkerhet. I verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård följer legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kontinuerligt upp det dagliga arbetet. Legitimerad personal ansvarar här för att utföra riskbedömningar och genomföra

nödvändiga insatser för respektive patient eller brukare. De ansvarar också för att omvårdnadsåtgärder utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas och dokumenteras.

Bräcke diakonis kvalitetsavdelning stödjer verksamheterna i sin egenkontroll, omvärldsbevakning, analys och uppföljning samt i hanteringen av avvikelser. Den främjar lärande och utveckling genom att bygga kompetens och kapacitet för det systematiska utvecklingsarbetet i hela organisationen. Kvalitetsavdelningen består av Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), Socialt ansvarig samordnare (SAS), Kvalitetssamordnare inom området Hälsa & Vård, Utvecklingsjuksköterska, Utvecklingsledare och Verksamhetscontroller. MAS, MAR och SAS rapporterar direkt till organisationens högsta ledning. Det finns en bred yrkeskompetens inom gruppen med bl.a. leg sjuksköterska, leg läkare, leg sjukgymnast, socionom samt forskningskompetens inom systematisk förbättringsarbete och ledarskap. Kvalitetsavdelningen leds av Kvalitetschefen som ingår i Bräcke diakonis ledningsgrupp.

4.2 Vård- och omsorgsboendet Åsengården

Vi har under 2016 fortsatt vårt teambaserade arbetssätt och sett hur viktigt det är att alla yrkeskategorierna runt den boende är med för att lyckas åstadkomma en så personcentrerad vård som möjligt. Vi försöker i möjligaste mån ta med både närstående och brukare när vi diskuterar omvårdnadsinsatser och hur de ska genomföras.

Under 2016 utökades sjukgymnastens tjänstgöringsgrad till 40 % mot tidigare 25%. Anledningen var att öka aktiviteterna på eftermiddagarna. Samtidigt utökades omvårdnadspersonalens tjänstgöringsgrader för att arbeta mer med aktiviteter på eftermiddagarna. Vi införde också en tjänst som aktivitetssamordnare på 50 %. Dessa öknings finansierades med det statliga stimulansbidraget.

Vi har dokumentationsstödare på varje plan och två förbättringscoacher i verksamheten.

En av våra sjuksköterskor är även utbildad vårdlärare och demenssjuksköterska.

Åsengården har idag 12 utbildade BPSD-administratörer, vilket gör att vi regelbundet, minst två gånger om året samt vid behov skattar och registrerar alla boende i BPSD-registret. Vi använder oss av statistiken i registret för att se vilka områden vi behöver arbeta mer aktivt med för att få ner antalet BPSD-symptom.

Alla boende skattas och registreras oavsett om de har BPSD-symptom eller ej. På detta vis kan vi se när i tiden symptomen kom när de börjar få symptom. Samtliga boende på Åsengården har någon form av BPSD-symptom.

5 Systematiskt förbättringsarbete

Bräcke diakoni bedriver ett systematiskt förbättringsarbete i enlighet med SOSFS 2011:9 med syftet att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Förbättringsarbetet består av att analysera och förebygga risker, analysera verksamhetens resultat över tid samt i förhållande till andra aktörers resultat samt analysera, synliggöra och lära av fel och brister i verksamheter. Även synpunkter från brukare och närstående är viktiga för att få syn på förbättringsbehov. Riskanalys, egenkontroll och avvikelser bildar strukturen för vårt systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete och är återkommande delar av ledningens arbete på olika nivåer.

Vi bedriver också ett eget kompetensutvecklingsprogram för systematiskt kvalitetsarbete som kallas Förbättringskraft samt deltar i branschorganisationen Famnas program Värdeforum. Utgångspunkten för detta arbete är att värdeskapandet sker i mötet mellan den som har behov och den som ger vård, omsorg eller stöd. På detta sätt tar vi vara på alla medarbetares engagemang och skapar stolthet och glädje över förbättringar för de vi finns till för. Förbättringskraft har utvecklats i nära samarbete med vår branschorganisation Famna, Region Jönköpings läns utvecklingsenhet Kulturum och det bygger på erfarenheter och forskning om hur de bästa vård- och omsorgsaktörerna har uppnått sina resultat.

I Förbättringskraft jobbar tvärprofessionella team med förbättringsarbeten som utgår från behoven hos dem verksamheterna finns till för: brukare, patienter, boende, elever eller gäster. Under programmet lär sig deltagarna att identifiera förbättringsbehov, sätta mål, ta fram mätningar och testa förbättringsidéerna i verksamheten. Varje förbättringsteam har en coach som har till uppgift att leda teamet genom förbättringsprocessen. Upplägget utgår från *Dartmouth Microsystem Improvement Curriculum*¹.

Vi har också ett nära forskningssamarbete med The Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare vid Jönköping University där vi undersöker hur ständiga förbättringar och innovationer utvecklas i idéburna non-profit verksamheter.

För att ytterligare stärka tillämpningen av förbättringskompetensen är ett av de övergripande målen i Bräcke diakonis styrkort att varje verksamhet ska genomföra minst ett dokumenterat förbättringsarbete per år. Med detta menas en insats som följer en vedertagen förbättringsmodell med att identifiera problem, sätta mål, hitta mått och idéer för att uppnå målen samt att man testa åtgärden enligt PGSA (Planera, Göra, Studera, Agera). Vidare har under 2016 alla verksamheter jobbat med att identifiera sina viktigaste kvalitetsindikatorer för att förbättra egenkontrollen.

¹ <https://clinicalmicrosystem.org/knowledge-center/curriculum/>

Under de senaste åren har nästan 400 medarbetare och chefer inom Bräcke diakoni deltagit inom Förbättringskraft och Värdeforum. Det finns ett 50-tal förbättringscoacher med erfarenhet att leda utvecklingsprojekt som leder till mätbara förbättringar.

6 Riskanalyser

6.1 Riskanalyser på organisationsnivå

Bräcke diakonis systematiska patientsäkerhets- och kvalitetsarbete bygger på att synliggöra eventuella brister i organisationen för att stimulera och främja lärande och för att undvika fel i framtiden. Detta innebär att vi aktivt jobbar för att uppmuntra alla medarbetare att bidra med att skapa transparens samtidigt som det förebyggande arbetet stärks genom riskanalyser på olika nivåer i organisationen.

Ledningsgruppen analyserar och åtgärdar risker på strategisk nivå och på verksamhetsnivå arbetar verksamhetschefer med dessa. Riskanalyser genomförs i situationer såsom upprepade mindre allvarliga avvikelser, vid införande av ny teknik, nya metoder och arbetssätt eller vid organisationsförändringar. Medarbetare i vårdens och omsorgens vardag genomför individuella riskbedömningar tillsammans med patienter och brukare. På detta sätt skapar Bräcke diakoni en kultur där risker hanteras och där kunskapen om dessa bidra till att skapa säkrare vård och omsorg.

6.2 Riskanalyser på individnivå

Under året 2016 har individuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts på samtliga boende enligt validerade instrument. Åtgärder har vidtagits fortlöpande med regelbundna uppföljningar.

Alla registreringar är genomförda i Senior alert. Individuella inkontinensutredningar har genomförts på alla inkontinenta boende. Vid försämrat matintag har bedömningsinstrumentet MNA och ROAG använts. Sjuksköterskorna har gjort regelbundna muninspektioner och utifrån detta har konsistensanpassad kost erbjudits med regelbundna uppföljningar. Boendes BMI-värden har följts och vikten har kontrollerats en gång per månad. Boende har erbjudits energirik kost med täta mellanmål och näringsdryck vid behov.

Oral Care har utfört regelbundna munhälsobedömningar, boendes personliga tandläkare/ tandhygienist har åtgärdat eventuella problem. Oral Care nominerade Åsengården till Guldtanden under 2016, vilket var andra gången sedan priset instiftades. Första gången Åsengården nominerades var 2014.

Regelbundna förflyttningsutbildningar och uppdateringar av liftar och lyftskynken har genomförts av rehabiliteringspersonalen. Ökat fokus på teambaserat arbetssätt har lett till förbättrad säkerhet för den boende.

7 Egenkontroll

7.1 Kvalitetsdialog

Som en viktig del i Bräcke diakonis egenkontrollarbete genomförs årligen minst en kvalitetsdialog i varje verksamhet som leds av kvalitetsavdelningen. Dialogen utgår från ledningssystemföreskriften (SOSFS 2011:9) och går igenom hur verksamheten arbetar med det systematiska kvalitetsarbetet. Den tar upp frågor kring verksamhetens struktur, process och resultat samt följer upp ledningssystemet och verksamhetens avvikelser. Kvalitetsdialogen hjälper oss att synliggöra och sprida goda exempel samt att identifiera verksamhetens utvecklingsbehov. I kvalitetsdialogen deltar t.ex. MAS, MAR eller SAS samt verksamhetschef och andra medarbetare från verksamheten.

7.2 Externa revisioner

Under 2016 har Åsengården reviderats av Kommunens miljö/hälsoinspektör

Under 2016 har Åsengården reviderats av beställarens avtalshandläggare, kommunens MAS/SAS och Miljöinspektionen. Revisionerna gav följande resultat:

- Avtalsuppföljning med Hägersten-Liljeholmens SDF genomförs en gång per år, under våren, samt har vi ett avstämningsmöte under hösten. Hägersten-Liljeholmens SDF gjorde ett oanmält besök under sommaren 2016. Åsengården har varit godkänd i samtliga uppföljningar utifrån avtal, HSL och SoL.
- Miljöinspektionen gjorde ett oanmält besök under juni 2016. Inspektören var nöjd och hade inget att anmärka på.

7.3 Omvärldsbevakning

För att utveckla verksamheten använder Vård- och omsorgsboendet Åsengården information och data från följande källor:

- Nationell brukarundersökning inom äldreomsorgen, Senior alert, Svenska Palliativregistret och BPSD-registret
- Bräcke diakonis MAS och utvecklingssjuksköterska samlar alla sjuksköterskorna inom äldreomsorgen fyra gånger om året. På dessa möten förmedlas nyheter från de olika stadsdelarna, vårdhygien, apoteket med mera.
- Bräcke diakonis MAR samlar alla arbetsterapeuter och sjukgymnaster fyra gånger om året för information och dialog inom området.

8 Avvikelsehantering

8.1 Avvikelser

På Bräcke diakoni hanteras och analyseras alla identifierade fel och brister, inkomna klagomål och synpunkter som avvikelser. Avvikelser är en viktig källa för att identifiera förbättringsbehov i verksamheten och vi jobbar löpande med att skapa en säkerhetskultur där man tillsammans pratar om, analyserar och förebygger avvikelser. Alla medarbetare introduceras och får fortlöpande information om rutiner för rapportering av avvikelser som finns inom Bräcke diakoni. För varje avvikelse eller synpunkt genomförs en systematisk analys av bakomliggande orsaker som leder till en åtgärdsplan och förbättringsförslag. Behov av systemändringar lyfts fram även när de avser en annan nivå eller huvudman.

All personal har en skyldighet att rapportera avvikelser till närmaste chef och direkt åtgärda en händelse och/eller risk. Allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelser diskuterar verksamhetschefen med kvalitetsavdelningen för lämplig hantering av ärendet. Vid allvarlig risk för personskada och vid allvarlig personskada gör kvalitetsavdelningen tillsammans med verksamhetschefen en internutredning som vid behov anmäls till IVO (Lex Maria, Lex Sarah) och/eller beställande myndighet. Varje enhet analyserar, åtgärdar och följer upp avvikelser i syfte att dra lärdom och på så vis kunna vidta förebyggande insatser för att förhindra upprepning.

I enlighet med avtalet med Stockholms stad spelar Bräcke diakonis MAS och MAR en central roll i hanteringen av avvikelserna. MAS och MAR utreder avvikelser tillsammans med verksamhetschefen och avslutar dessa i Vodok. Under våren 2016 införde vi ett digitalt avvikelssystem för SoL-avvikelser (DF Respons) i alla verksamheter. Detta har medfört att vi nu har bättre stöd för att fånga avvikelser och effektivare processer för att utreda och följa upp dessa och skapa lärande.

Åsengården har kvalitetsråd i anslutning till APT varje månad där all personal deltar. Sjuksköterskan går igenom alla HSL-avvikelser och verksamhetschef går igenom avvikelser enligt SoL och synpunkter gällande boende och deras omvårdnad. Vi har diskuterat avvikelserna, de åtgärder som vidtagits samt hur vi ska förhindra att samma sak händer igen.

Avvikelser har registrerats månadsvis i egenkontrollen enligt Socialtjänstlagen.

Under våren 2016 införde Åsengården ett digitalt avvikelssystem, DF Respons, som idag används till både SoL- och HSL-avvikelser för att vi inte ska missa registrera några avvikelser. Sjuksköterskorna har behörighet till DF Respons och för sedan in HSL-avvikelserna enligt rutin till Vodok.

8.2 Klagomål och synpunkter

Externa klagomål och synpunkter från patienter, brukare eller närstående är en självklar del av vår avvikelsehantering och en viktig källa för förbättringar. Synpunkter och klagomål kan framföras på följande sätt:

- Broschyren "Välkommen att tycka till! Säg vad du tycker" som finns tillgänglig i samtliga verksamheter
- Den enskilde pratar direkt med personalen
- Den enskilde framför synpunkter via brev, mail eller sms.
- Via hemsidan med direktlänk till formuläret [Tyck till](#)

Information om möjligheterna att framföra synpunkter ges vid första mötet med den enskilde och dennes närstående. Verksamhetschefen ansvarar för fortsatta kontakter med den som framfört synpunkter och som inte är nöjd med svaret eller vidtagen åtgärd.

Externa klagomål och synpunkter från brukare eller närstående är en självklar del av vår avvikelshantering och en viktig källa för förbättringar. Synpunkter och klagomål kan framföras på följande sätt:

Åsengården har anhörigträff två gånger per år. Vi brukar ha det som en punkt på agendan där vi tar upp vart närstående kan vända sig om de har synpunkter och/eller klagomål. Vi tar också upp vilka synpunkter som passar bra att ta upp med kontaktman, sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och läkare. Vi talar också om att alla synpunkter naturligtvis kan lämnas till verksamhetschef som tar det vidare till berörd person om man hellre föredrar det.

9 Medarbetarnas delaktighet

Alla medarbetare bidrar aktivt med att hela tiden anpassa verksamheten till behoven hos dem vi finns till för. Bräcke diakoni har genom sin lednings- och kvalitetsorganisation skapat en ändamålsenlig och fungerande struktur för att tidigt fånga upp förbättringsbehov i verksamheten samt upptäcka, rapportera och åtgärda fel och brister.

Som en del i att utveckla en levande förbättrings- och säkerhetskultur erbjuder Bräcke diakoni omfattande kompetensutvecklingsinsatser:

- Introduktionsutbildningen för alla nya medarbetare förmedlar kunskap om Bräcke diakonis historia, värdegrund, ledningssystem, lagstiftning samt avvikelshantering mm.
- Omfattande utbildningsinsatser inom områden demens, palliativ vård, mjuk massage samt social dokumentation
- Introduktionsutbildning för nya chefer som särskilt tar upp frågor kring ledningssystem, lagstiftning, balanserade styrkort och informationssäkerhet.
- Förbättringskraft är Bräcke diakonis egna kompetensutvecklingsprogram för systematiskt förbättringsarbete. Medarbetare utvecklar under ett halvår sina färdigheter i att analysera förbättringsbehov, sätta mål, använda mätningar och sprida resultat. Under 2016 har ett 20-

tal förbättringsprojekt genomförts både inom Förbättringskraft och som utvecklingsprojekt i verksamheten.

- Under 2016 har Bräcke diakoni särskilt satsat på en utbildning om medarbetarskap. I tvärprofessionella grupper har alla medarbetare jobbat med frågor kring bemötande, medarbetarskap och ledarskap på olika nivåer i organisationen och skapat ett forum för delaktighet och ansvarstagande för organisationens utveckling. Arbetet resulterade i en gemensam medarbetarskapsidé där man fokuserar på vikten av mötet med dem vi finns till för och organisationens stöd i detta.
- Bräcke diakoni deltar 2016-2018 i Famnas kompetensforum i E-hälsa som är ett ESF finansierat kompetensutvecklingsprojekt med finansiering av Europeiska Socialfonden. På Bräcke diakoni kommer 200 medarbetare genomgå omfattande utbildningsinsatser i bl.a. datoranvändning, dokumentation, informationssäkerhet, presentationsteknik och förbättringskunskap.

Utöver dessa allmänna insatser har medarbetare på Åsengården deltagit i följande satsningar:

- Medarbetarna på Åsengården är vår största och viktigaste resurs. Bräcke diakoni i egenskap av arbetsgivare värnar de anställda och ser till att de får kontinuerlig utbildning inom olika områden. Alla medarbetare har under november 2016 deltagit i ett APT där de fick nya Medarbetaridén (som blev resultatet av Medarbetardagarna som gick av stapeln i Mösseberg under 2015) presenterad för sig och vi fick göra en del roliga övningar tillsammans i arbetsgruppen.
- 15 medarbetare har under året gått utbildning i Palliativ vård.
- Sju medarbetare har gått utbildning i Mjukmassage.
- Verksamhetschefen har läst kursen Socialrätt, 15 hp. på distans på Linnéuniversitet.
- Tre kostombud har gått utbildning i kost- och måltidssituationen och fått ett fint utbildningsmaterial i olika kostpärmar till respektive våning. Hela äldreomsorgen inom Bräcke diakoni använder samma koncept. Under sommaren fick övriga medarbetare utbildning i Bräcke diakonis koncept om kost och måltidssituationen.
- Åsengården har dokumentationsstödare på alla våningar och de hjälper personalen om/när de behöver hjälp med t.ex. att skriva en ny genomförandeplan. Vi har under året fortsatt vårt arbete med dokumentationen i både ParaSol och Vodok. Nytt klassificeringssystem, ICF infördes i januari 2015 och det implementeringsarbetet tog mycket tid och det arbetet har fortsatt under 2016. En av våra sjuksköterskor är Vodokhandledare och har lagt ned mycket tid på att få med alla sjuksköterskor att dokumentera med ICF och KVÅ.

- På Åsengården har vi under det senaste året utvecklat vårt arbete med BPSD. Vi har totalt 12 BPSD-administratörer, varav en också är auktoriserad utbildare i BPSD-registret. Under våren 2016 avslutade vi förbättringsarbetet i BPSD som påbörjades hösten 2015. All personal involverades i förbättringsarbetet och resultatet är att vi har fått lugnare och mer rofyllda boenden.
- Samtliga medarbetare på Åsengården har genomfört web-utbildningar i Nollvisionen, Demens ABC, Demens ABC + särskilt boende, Stöd till anhöriga, Mötas i musik, Jobba säkert med läkemedel: Delegering och ge insulin, Basala hygienrutiner och HLR (Hjärt- och lugnräddning).
- Åsengården har APT varje månad. Detta forum är till för att samverka över alla personalkategorier och samtidigt medarbetarnas forum för att diskutera och till exempel ta upp eventuella förändringar av verksamheten.
- Alla avdelningar har planmöten där de tar upp respektive avdelnings inre angelägenheter. Detta är forumet för att diskutera arbetssätt på avdelningen, olika rutiner och göra planering framåt.

10 Samverkan

10.1 Samverkan med andra vårdgivare/omsorgsgivare

Vården och omsorgen är ett komplext system med olika aktörer t.ex. i en huvudmannaroll som myndighet eller vårdgivare eller som profession i mötet med patienter, brukare och deras närstående. Många brister i vården och omsorgen beror på övergångarna mellan olika aktörer, professioner eller enskilda personer som leder till glapp där det krävs att alla aktörer tar sitt ansvar utöver sina egna verksamhetsgränser. För Bräcke diakoni är en sammanhållen vård och omsorg en viktig målsättning och vi tar vår roll som idéburen aktör i detta system med största allvar.

Bräcke diakoni deltar t.ex. i vårdplaneringen för äldre personer i övergången mellan primärvården och äldreomsorgen, eller för barn med funktionshinder som rör sig mellan boenden, skola och det egna hemmet. Andra samverkanspartner kan vara Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommuner, assistansbolag, hemhabiliteringar, regionhabilitering, brukarstödcenter, apoteken m.fl. Dessutom förekommer övergripande samverkan med brukar- och patientorganisationer.

Vårt arbete utgår från en personcentrerad vård och omsorg där vi strävar efter att synliggöra hela personen och prioriterar tillgodoseende av andliga, existentiella, sociala och psykiska behov i lika hög utsträckning som fysiska behov.

10.2 Samverkan med patienter, brukare och närstående

Åsengården organiserar samverkan med brukare och närstående genom vårdplaneringar och följande insatser:

- Åsengården organiserar samverkan med brukare och närstående genom anhörigmöten och följande insatser:
- Åsengården har anhörigmöten två gånger per år. Ena gången har man fest tillsammans med boende, närstående och personal. Andra tillfället är ett informationsmöte för närstående och då deltar en personal från varje avdelning, sjuksköterskor, rehabiliteringspersonal samt verksamhetschef.
- Intresset för att starta ett anhörigråd har varit svalt och ingen har anmält sitt intresse på förfrågan via brev och under anhörigmöten. Vi har dock många närstående som kommer flera gånger i veckan som personal och även verksamhetschefen träffar regelbundet.
- Varje kontaktman kommer överens med "sina" närstående om hur ofta de ska ha kontakt och under vilka former. Vi har under hösten i ett förbättringsarbete tagit reda på hur varje enskild närstående vill ha kontakt (personlig kontakt, telefon, sms, mejl osv) med kontaktpersonen och hur ofta. Tidigare hade vi regeln att minst ett telefonsamtal i månaden, men märkte att närstående önskade olika sätt och frekvens på kontakten.
- Verksamhetschef har regelbunden kontakt med ett fåtal närstående efter deras önskemål.
- Vårdplaneringar genomförs minst en gång per år. Då träffas sjuksköterska, kontaktman och närstående. Rehabiliteringspersonal är med om de är involverade i vården, eller kommer behöva vara det. I särskilda fall är verksamhetschef med på vårdplaneringar. Det händer även att läkaren deltar i en del vårdplaneringar, det beror på mötets orsaker.
- Ett väl fungerande samarbete och kommunikation inom vårdteamet runt den boende har varit avgörande för att säkra vård- och omsorgsinsatsernas kvalitet. Omvårdnadsmöten har hållits varje vecka och medarbetarna har fortlöpande dokumenterat i sociala dokumentationssystemet ParaSoL.

Ankomstsamtal, vårdplaneringar och uppföljningar av dessa, anhörigmöten och vid behov enskilda samtal har regelbundet erbjudits anhöriga till de boende. Anhöriga har inbjudits till förekommande sammankomster för att kunna känna delaktighet i verksamheten. Anhörigas synpunkter, klagomål och förbättringsförslag har tagits på största allvar.

10.3 Samverkan med andra samhällsaktörer

Bräcke diakoni har som nationell idéburen aktör en bred samverkan med många olika organisationer. Vi är bl.a. genom Famna (Riksorganisation för idéburen vård och social omsorg) involverad i flera nationella utvecklingsprocesser som t.ex. Öppna Jämförelser, Nationell eHälsa, utredningen om en nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen och ett flertal andra offentliga utredningar.

Internationellt finns Bräcke diakoni representerad i den europeiska paraplyorganisationen Eurodiaconia och i ett nordiskt nätverk kring palliativ vård. Kvalitetschefen har bl.a. tidigare varit medlem i programrådet för Nationella patientsäkerhetskonferensen och har under 2016 ansvarat för en session på International Forum on Quality and Safety in Healthcare som arrangeras av Institute for Healthcare Improvement (IHI) och British Medical Journal (BMJ).

Bräcke diakonis delägarskap i Ersta Sköndal Högskola skapar en närhet till forskning och utbildning inom vård- och socialvetenskap med konkreta forskningssamarbeten och möjlighet till verksamhetsförlagd utbildning för studenter.

Åsengården har gott samarbetet med Hägersten-Liljeholmens stadsdelsförvaltning samt med stadens gemensamma köhantering. Tomma platser meddelas till köhanteringen inom Stockholm stads med information om när den lediga lägenheten är inflyttningsklar. Några lägenheter har renoverats under året av fastighetsägare HEFAB innan ny hyresgäst kunnat flytta in. Vi har gott samarbete med fastighetsägaren och fastighetsskötaren.

Samverkan har skett regelbundet med matleverantören ISS Älvsjö. Vi har även gott samarbete med ICA Hägerstensåsen där vi också handlar mat, kaffe osv.

Anticimex har genomfört två kontroller av livsmedelshygien under 2016. De har även följt upp vår egenkontroll utan att finna några anmärkningar.

Liko har utfört den årliga inspektionen av manuella golvliftar och sängar. Vidare har samverkan skett inom ramen för avtal med Sodexo hjälpmedelsservice. Rehab-personalen har gjort årlig kontroll av övriga hjälpmedel. Samtliga hjälpmedel som verksamheten äger och hyr har kontrollerats och godkänts.

Samverkan med Svenska kyrkan har skett en gång i månaden genom att prästen och en pianist besökt enheten för sångstund och andakt. Några boende har haft enskilda samtal med präst.

Samverkan har fortlöpande skett med Örbydoktor som besökt verksamheten en gång per vecka samt vid behov.

Samverkan med sjuksköterskepatrullen Vårdliljan AB har skett fortlöpande och behovsanpassat genom hembesök hos boenden och stöd och rådgivning till medarbetarna via telefon vid behov.

Samverkan sker regelbundet med Oral Care, de har under året gjort munhälsobedömningar på samtliga boende. Oral Care eller den boendes personliga tandläkare/-hygienist har åtgärdat eventuella problem. Oral Care är mycket nöjda med hur personalen på Åsengården sköter de boendes munhälsa och nominerade Åsengården till priset Guldtanden. Vi vann dock inte men fick diplom och "tröstpris" i form av choklad. Åsengården nominerades även 2014 till Guldtanden.

Samverkan sker med fotvårdsspecialist som erbjuder boende fotvård regelbundet och som även utför medicinsk fotvård enligt remiss från läkare.

Övriga samarbetspartners är frisören och tandläkaren på Hägerstensåsens torg samt skolor som vi tagit emot elever från.

11 Resultat

I följande avsnitt presenteras resultaten av Åsengårdens systematiska kvalitets- och patient-/brukarsäkerhetsarbete.

11.1 Systematiskt förbättringsarbete

Vi har under året arbetat med ett förbättringsprojekt i BPSD. Arbetet påbörjades hösten 2015 och avslutades under våren 2016. Vi tog ut statistik från BPSD-registret som låg till grund för vårt förbättringsarbete. Arbetet gick ut på att sänka den motoriska oron och som bieffekt kunde vi sänka andelen lugnande läkemedel. Vi arbetade parallellt på alla tre avdelningarna och ändrade vissa dagliga rutiner för att få ett bestående gott resultat och vi lyckades. Nu sitter det nästan hela tiden en personal med de boende och håller i den sociala samvaron. Man sitter tillsammans och samtalar om allt möjligt, lyssnar på musik eller spelar spel osv. Huvudsyftet med att en personal sitter med de boende är att öka gemenskapen och att boende blir lugnare.

Vi har under 2016 fortsatt att förbättra dokumentationen både inom SoL och HSL. Vi har effektiviserat dokumentationen i Vodok genom att all HSL-personal lärt sig hitta vilka rubriker de ska skriva under och att de skriver KVÅ-koder.

Åsengården har fortsatt skatta alla boende i BPSD-registret under mars och september. Alla boende på Åsengården har någon form av BPSD-symtom. Åsengården fortsätter att arbeta enligt de rutiner som vi skapade under vårt förbättringsarbete inom projektet i BPSD.

Åsengården har också fortsatt arbetet med kost- och måltidssituationen. Bland annat har kostombuden tillsammans med verksamhetschef och samordnare utfört måltidsobservationer hos varandras avdelningar. Dessa var mycket lärorika och uppskattade. Vi kommer att fortsätta göra observationer hos kollegor på olika avdelningar för att få syn på arbetsmoment som behöver förändras.

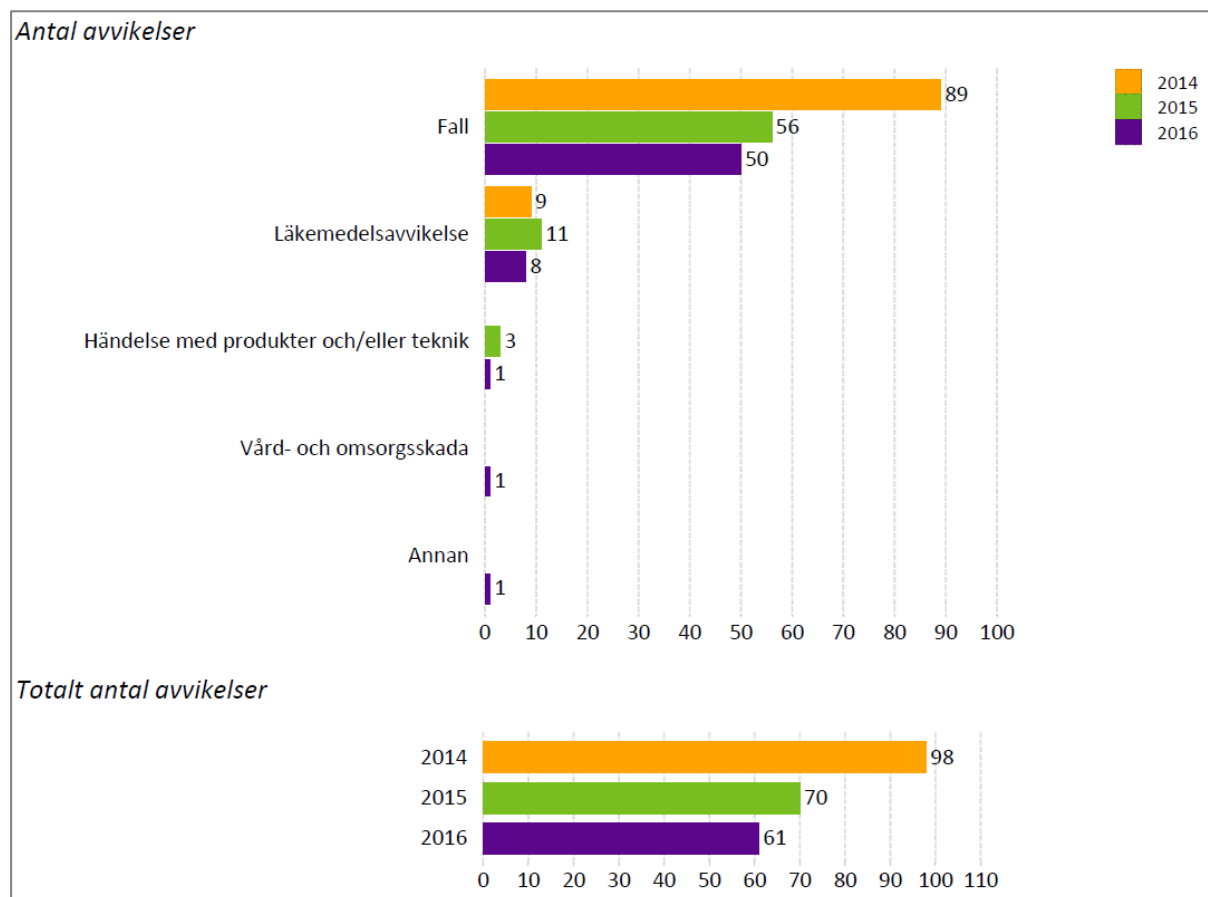
Alla medarbetare har gått utbildning i palliativ vård, vilket har varit bra och lett till att alla arbetar på likvärdigt sätt t.ex. när boende ligger vårdas i livets slutskede.

Åsengården har under 2016 arbetat med Anhörigstöd. Arbetet med förbättrat Anhörigstöd startade under våren 2016 genom utbildning via Anhörigstödsverksamheten i Hägersten-Liljeholmen. Under hösten fortsatte vi med samma tema inom Förbättringskraft via kvalitetsavdelningen på Bräcke diakoni. Till följd av dessa förbättringsarbeten kan vi erbjuda närstående ett personcentrerat kontaktsätt, dvs vi har kommit överens om hur ofta och på vilket sätt närstående önskar höra från oss.

11.2 Kvalitetsdialog

En av styrkorna på Åsengården är samverkan mellan all personalen och mellan på de olika planen. Det finns en tydlig kultur av att lära av varandra, t ex hur man sprider informationen om det nya ledningssystemet. Även matobservationerna som gjordes av kostombuden på samtliga plan har fallit väl ut. Personalen delar med sig av goda exempel och det finns en öppenhet att pröva nytt. Arbetet med BPSD fungerar väldigt bra och har bidragit till att förbättra den personcentrerade vården och omsorgen. Verksamheten känner inte igen sig i resultatet från den nationella brukarundersökningen, eftersom många närstående säger sig vara nöjda eller mycket nöjda med Åsengården. Man är inte nöjd med resultatet från brukarundersökningen och arbetar nu på olika sätt för att förbättra resultatet inför 2017. Bland annat har verksamheten undersökt och kartlagt närståendes behov av information och hur man kan personcentrera bemötandet och informationen till dem. Under 2017 behöver verksamheten göra en genomgång och uppdatering av lokala rutiner samt lägga in dem i nya ledningssystemets för Åsengården.

11.3 Avvikelser



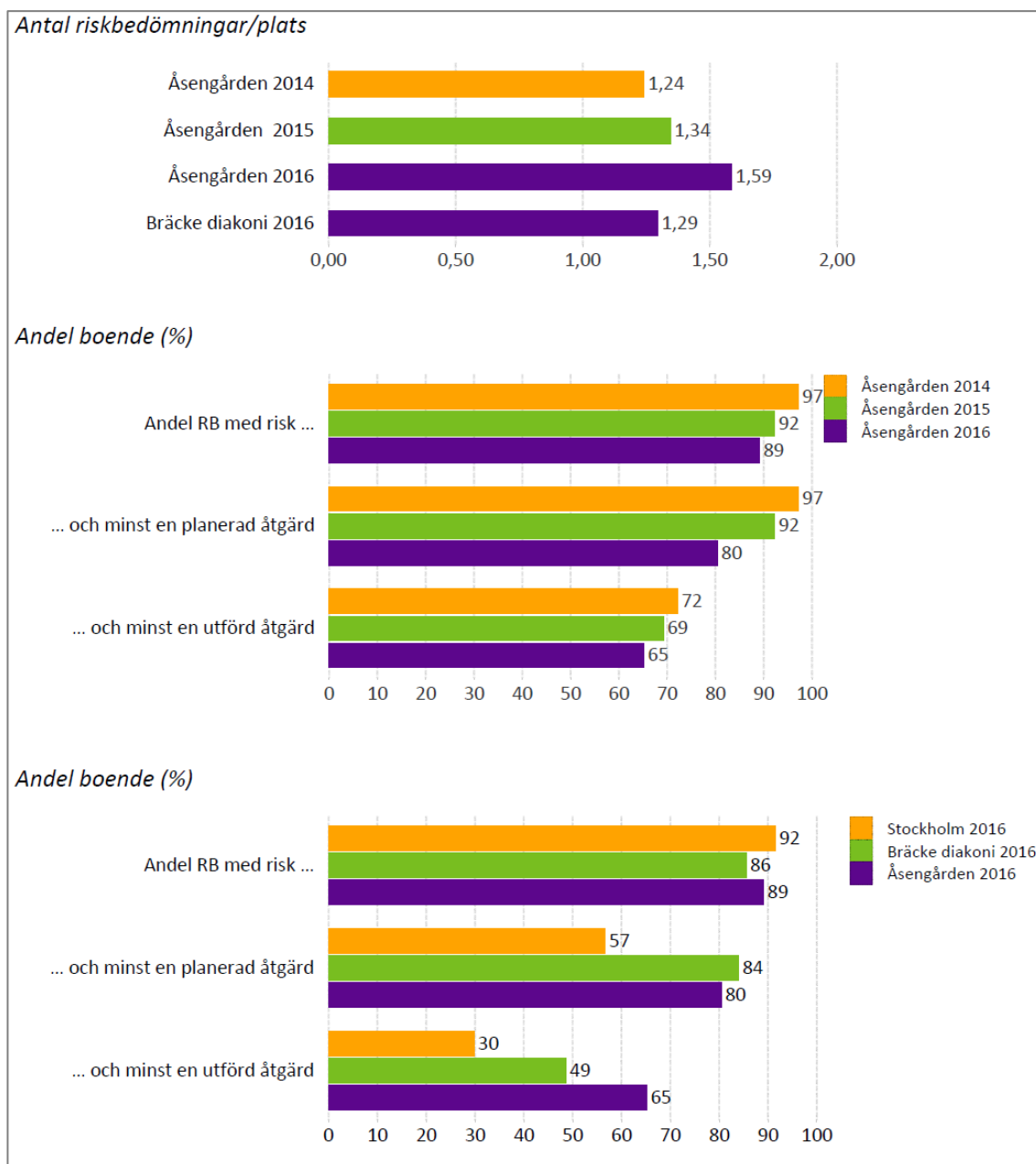
Figur 1. Antal avvikelser per avvikelsestyp och år 2014-2016.

Kommentarer

Den vanligaste avvikelser på Åsengården är fallavvikelser. Många äldre har svårt att gå och hålla balansen. En del boende glömmar också bort att de inte längre kan gå och försöker ändå resa sig och faller till följd av detta, vilket är särskilt vanligt nattetid. Vi försöker förhindra fall genom t.ex. rörelselarm, men vi lyckas inte alltid. Antalet fall har minskat något i jämförelse med föregående år och en bidragande orsak till detta är sannolikt det systematiska förebyggande arbetet utifrån kvalitetsregistren. Åsengården har även lyckats sänka antalet läkemedelsavvikelser något i jämförelse med år 2015.

11.4 Kvalitetsregister

11.4.1 Senior alert



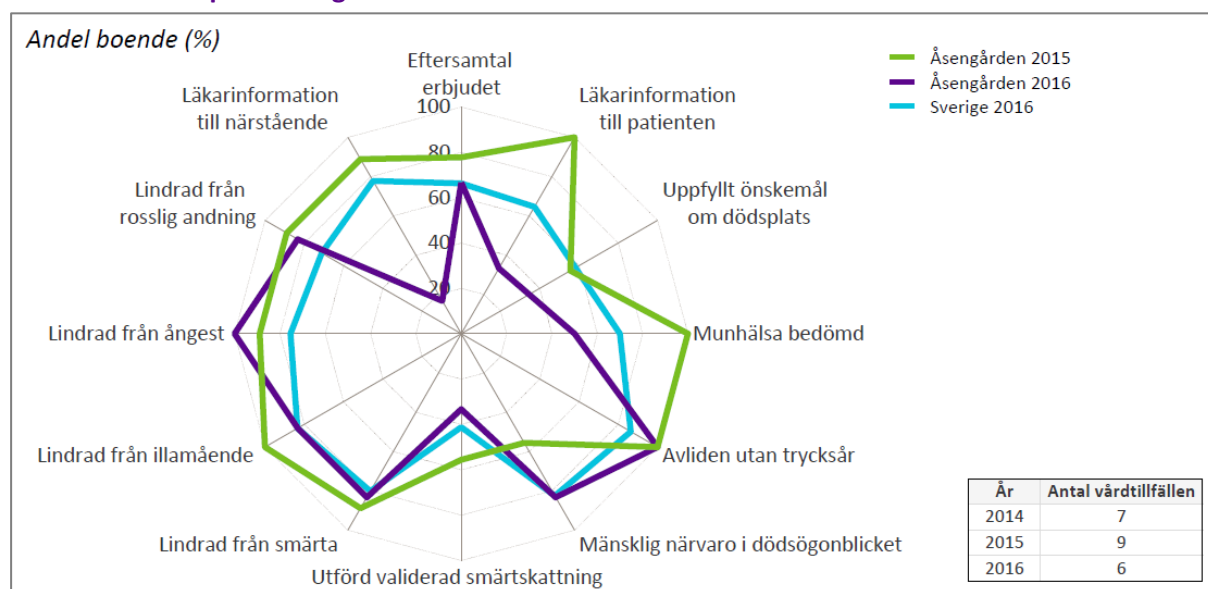
Figur 2. Re Resultat från det förebyggande arbetet för att förhindra fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen för 2014, 2015 och 2016 samt jämförelser med Bräcke diakonis övriga verksamheter och hela Stockholms stad. Andel riskbedömningar (RB) med risk avser andelen av de genomförda riskbedömningarna som visar risker. Andelar planerade och utförda åtgärder anges i förhållande till de som hade risk. Uppgifter avser riskbedömningar för alla riskområden tillsammans. Datakälla: Senior alert.

Kommentarer

Andelen riskbedömningar med risk sjönk något under 2016 jämfört med föregående år. Under en period fick vi in friskare boende. Våra boende äter bra och håller vikten. Vi har under året haft två trycksår. Båda dess trycksår har uppkommit då boende varit inlagda på sjukhus under en kortare period.

Journalsystemet Vodok ändrades 2015 och ICF som tillkom. Idag skriver man under andra rubriker än vad man gjorde tidigare vilket gör att det blir lite svårt att jämföra. Utförd åtgärd samt planerad åtgärd kom i journalsystemet under 2016.

11.4.2 Svenska palliativregistret



Figur 3. Resultat från Palliativregistret för 2014-2016 samt jämförelser med medelvärde för hela Sverige.

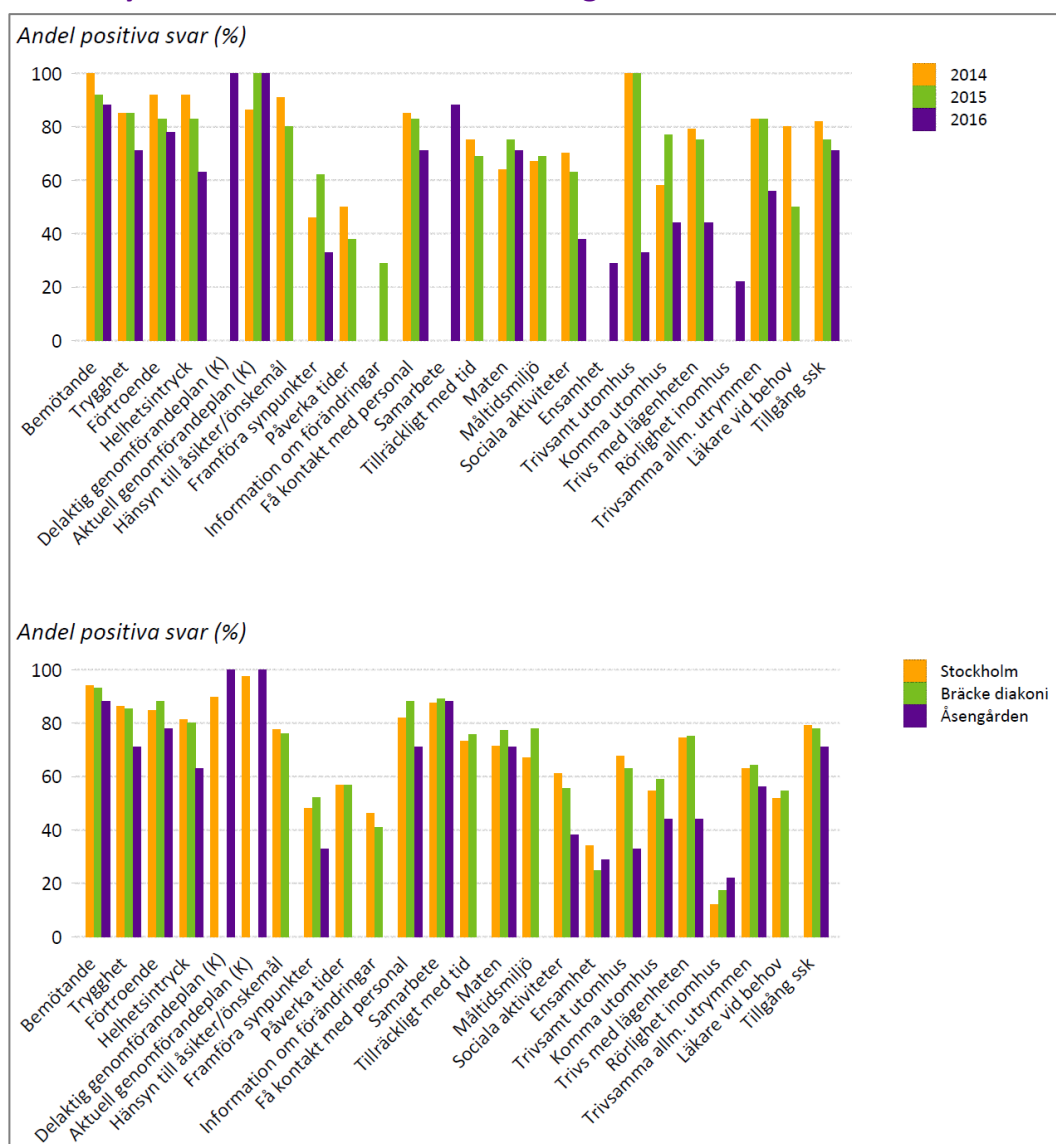
Kommentarer

Åsengårdens resultat i Palliativregistret 2016 är sämre än under 2015 på alla områden utom mänsklig närvaro i dödsögonblicket, lindrad från ångest samt avliden utan trycksår. Åsengården har under året anlitat vikarierande sjuksköterskor i samband med rekrytering av en ordinarie sjuksköterska som anställdes i juni. Det försämrade resultatet kan bero på att vikarierande sjuksköterskor inte hade kännedom om alla uppgifter som skulle registreras i dödsfallsenkäten.

11.4.3 BPSD-registret

Åsengården skattar och registrerar alla boende i registret minst två gånger per år (mars och sept.) oavsett om vi har sett BPSD-symptom hos den boende eller inte. Samtliga boende på Åsengården har haft olika BPSD-symptom under året. Alla boende får en bemötandeplan med 1-2 individuella åtgärder. Åsengården har idag 12 BPSD-administratörer samt en sjuksköterska som utbildar administratörer.

11.5 Socialstyrelsens nationella undersökningar



Figur 4. Resultat från Socialstyrelsens nationella undersökningar inom äldreomsorgen 2014-2016 samt jämförelser med Bräcke diakonis övriga verksamheter och hela Stockholms stad. Datakälla: Socialstyrelsens nationella brukarundersökning och kommun- och enhetsundersökning (K) inom äldreomsorgen.

Kommentarer

Åsengården har sänkt alla resultat i brukarundersökningen för 2016. Under vårt närståendemöte 16 november 2016 hade vi undersökningen som en punkt på agendan och resultatet diskuterades. Resultatet från brukarundersökningen förvånade oss mycket, eftersom vi inte kände igen beskrivningen att närstående skulle vara missnöjda med vår verksamhet. Under närståendemötet uttryckte de närstående att de är nöjda med Åsengården och att de därför inte svarat på enkäten. De hade inte förstått att svaren på brukarundersökningen ligger till grund för uppgifterna i *Öppna jämförelser*. Andelen som upplever att det är lätt att få tillgång till sjuksköterska har sjunkit. Detta beror sannolikt på att Åsengårdens fram till juni i år har anlitat vikarierande sjuksköterskor i samband med rekrytering av en ny ordinarie sjuksköterska. Andelen som tycker att det är lätt att komma i kontakt med läkare saknar svar i år. Andelen som känner sig trygga har också sjunkit mot föregående år.

11.6 Egenkontrollsprogram

Infektionsregistreringar har genomförts. Registreringar i BPSD-registret har genomförts på alla boende minst två gånger under året.

Följsamheten av basala hygienrutiner har genomförts kontinuerligt och dialoger har förts i arbetsgrupperna om risker för smitta.

Regelbundna läkemedelsavstämningar har genomförts med boendeansvarig läkare, för att kunna minimera bruket av läkemedel.

Samtlig personal har genomgått web-utbildning i begränsningsåtgärder. Inga begränsningsåtgärder används mot boendes vilja.

Samtliga boende har aktuella genomförandeplaner, som uppdateras minst varje kvartal. Genomförandeplanerna är personcentrerade och vi har börjat skriva dem med utgångspunkt i den nationella värdegrunden.

12 Mål och strategier för det kommande året

- Vi ska fortsätta registrera i de nationella kvalitetsregistren och målet är att öka andelen registrerade samt att alla boende ska må så bra de kan trots sin demenssjukdom.
- Vi ska förbättra resultatet i Brukarundersökningen i sin helhet. Vi ska arbeta aktivt med att informera närstående om undersökningens syfte och var de kan hitta resultatet av undersökningen. Vi går igenom resultatet på närståendemöte som vi brukar under hösten 2017. Vårt mål är att minst 92 % ska vara nöjda.
- Vi ska registrera alla avvikelser i DF Respons, dvs både SoL- och HSL-avvikelser.
- Under 2017 hoppas vi få fortsätta att ta del av det statliga stimulansbidraget för att kunna fortsätta utöka andelen aktiviteter under senare eftermiddagarna.
- Vi ska genomföra ett förbättringsarbete under året. Vilket arbetsområde det blir inom är ännu inte bestämt av arbetsgruppen.
- Det finns tre hygienombud på Åsengården. Vi ska utveckla hygienombudets roll samt fortsätta utveckla våra hygienrutiner.
- Vi ska fortsätta arbeta med genomförandeplanerna så att de inte bara är personcentrerade utan vi ska också få in den nationella värdegrunden.

13 Bilaga 1 – Förbättringsprojekt Personcentrerad närståendekontakt

Åsengårdens vård och omsorgsboende

Bräcke diakoni

Personcentrerad närståendekontakt

Tara Rashid, Ingrid Eriksson, Tirhas Atobran
Coach: Lisbeth Elgered, lisbeth.elgered@brackediakoni.se

Beskrivning av verksamheten

Åsengårdens vård och omsorgsboende ligger i Hägersten. Vi har 29 platser för personer med demenssjukdom, fördelat på 3 plan. Arbetsteamet består av verksamhetschef, samordnare, undersköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeut, sjukgymnast, och konsultläkare. Vår vision är att vara en förebild inom vård och omsorg. Värdegrunden utgår från en humanistisk människosyn och syftar till att individen ska få uppleva hälsa, trots sjukdom.

Sammanfattning

Vi har arbetat för en ökad kommunikation mellan brukare, personal och närstående och för att anpassa kontakten efter de individuella önskemålen. Vi kan se att anhörigkontakterna har ökat och att vi fått en ökad medvetenhet om hur närstående önskar ha kontakt med oss.

Förbättringsområde

Vi valde att arbeta för en förbättrad kommunikation med närstående. Med anledning av Socialtjänstlagen 5 kap. Paragraf 10 om anhörigas rätt till stöd.

Mål

Tryggare närstående och brukare med en förbättrad kommunikation utifrån brukare och närståendes önskemål

Mått

Enkät med frågor om bemötande och önskad kontakt samt genom granskning av dokumentation hur ofta kontakt önskas med personal / kontaktperson.

Idé att testa

Genom att mäta och registrera hur vi lever upp till överenskommelserna med de närstående vill vi öka fokus på deras behov i arbetet och därigenom närståendekontakten.



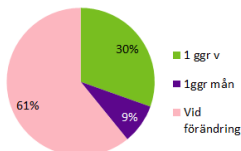
Planera testet

Tillsammans med verksamhetschef satte vi ihop frågor till en enkät för att ta reda på brister och behov. Vi har också frågat arbetsteamet vad de behöver för att känna sig trygga i kontakten med anhöriga. Dessutom har vi tittat på dokumentationen av anhörigkontakter i den sociala dokumentationen.

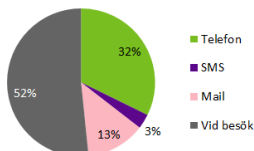
Genomföra testet

Enkäten skickades ut. Efter resultaten kommit in tog samtliga kontaktpersoner telefonkontakt med närstående för att ta reda på personliga önskemål om hur och hur ofta kontakt önskas med kontaktpersonen. Det var svårt att få hög svarsfrekvens på enkäten, trots påminnelser. Fortsättningsvis kommer överenskommelserna att följas upp genom granskning av dokumentationen.

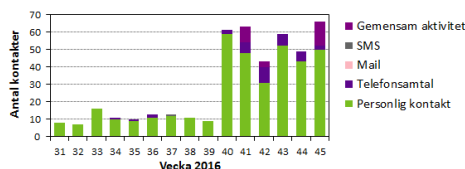
Hur ofta vill närstående ha kontakt? (n=23)



På vilket sätt vill närstående bli kontaktade? (n=31)



Dokumenterade närståendekontakter



Studera resultat

Vi har nu en ökad kännedom om hur ofta och på vilket sätt de närstående önskar kontakt (se fig.). Detta har underlättat för oss i kontakten med närstående och vi kan se att anhörigkontakterna har ökat (se fig.). Diskussioner i arbetslagen har ökat medvetenheten om vikten av att regelbunden kontakt tas med närstående samt att anhörigkontakten dokumenteras.

Agera och dra slutsatser

Lokala rutiner som skapats har varit till hjälp vid inflyttning. Precis som våra brukare är närståendes önskemål om kontakt individuella. Vi kommer att fortsätta följa upp att vi följer våra överenskommelser om hur och hur ofta kontakt ska tas. Vi ska även påminna och stödja varandra i arbetsgrupperna. Visionen är att detta ska ge en ökad delaktighet och trygghet för brukare och närstående.