



Uppföljning av ramavtal om enstaka platser samt stadens vård- och omsorgsboende för äldre 2011

Basuppgifter

Vård- och omsorgsboende:

Kampementet

Verksamhetens regiform:

- Kommunal regi
- Privat regi
- Entreprenad

Avtalspart/Nämnd:

Östermalm

Inriktning:

- Somatisk vård och omsorg (Sjukhem/Ålderdomshem)
- Gruppboende för personer med demenssjukdom (inkl. inriktning mot demens på sjukhem)
- Korttidsvård
- Profilboende

Tillstånd från Socialstyrelsen:

- Tillståndet överensstämmer med faktiska förhållanden
- Tillståndet överensstämmer **inte** med faktiska förhållanden
- Verksamheten bedrivs i kommunal regi

Adress:

Kampementsgatan 2, Stockholm

Verksamhetschef/enhetschef:

Christina von Segebaden

Telefon:

:

Antal boende totalt: 96

Varav antal boende från staden per stadsdelsnämnd:

	Antal
Bromma	
Enskede-Årsta-Vantör	1
Farsta	
Hässelby-Vällingby	
Kungsholmen	1
Hägersten- Liljeholmen	
Norrmalm	
Rinkeby-Kista	
□ karpnäck	
Skärholmen	
Spånga-Tensta	
Södermalm	6
Älvsjö	
Östermalm	86
Socialförvaltningen Annan kommun	2

Uppföljningen utförd av: Kärstin Trotzig, utvecklingsledare, Lili Briese, MAS, Linnéa Svanström Leistedt, MAR

Vid uppföljningen medverkade från utföraren: Christina von Segebaden, verksamhetschef, Ulrika Klasa, bitr chef, Christina Granholm, bitr chef, Aviva Kraitzik, bitr chef, Madeleine Gemzell, sjuksköterska,

Datum för uppföljningen: 2011-02-24, 2011-03- 16, 2011-03- 28 2011-04-01, 2011-04-04, 2011-04-07, 2011-04-18.

Metod

Metod för uppföljningen:

Intervjuer med chefer, sjuksköterska, entreprenörs MAS och rehabpersonal. Fokusgrupp med undersköterskor och vårdbiträden, verksamhetsbesök med observationer och dokumentationsgranskning.

Sammanfattande bedömning

Samlad bedömning av uppföljningen:

De flesta boende känner sig trygga på Kampementet och tycker att maten smakar bra. En hög andel av personalen har genomgått demens ABC som är en webbaserad utbildning. Förbättringsområden för Kampementet är bland annat inom områdena utbildning i palliativ vård, aktiviteter, sjuksköterskebemanningen och riskbedömningar av de boendes nutrition.

Förvaltningens bedömning är att de boende får en god vård och omsorg. Utveckling/förbättring krävs

dock på en rad områden för att motsvara de krav och åtaganden som utlovats.

Följande avvikelser/brister finns som ska vara åtgärdade;

Senast den 1 juni 2011

- ska samtliga berörda hälso- och sjukvårdsjournaler innehålla fullständig MNA bedömning
- ska täthetsschemat för sjuksköterskorna som motsvarar åtaganden enligt avtalet vara åtgärdat

Senast den 30 juni 2011

- ska entreprenören redovisa en planering för utbildning i palliativ vård
Innehållet i utbildningen ska beskrivas och omfattningen av utbildningen ska anges.
Planeringen ska innehålla en tidsplan och en namnlista på vilka som ska gå på utbildningen under 2011.
- Entreprenören ska redovisa hur man säkerställer att alla som är i behov av energi och proteinbe kost serveras detta.

Senast den 21 september 2011

- ska entreprenören redovisa hur man i verksamheten arbetar för att säkerställa att genomförandeplanerna upprättas tillsammans med den enskilde. Entreprenören ska även påvisa att genomförandeplaner som har upprättats under maj tom september är upprättade tillsammans med den enskilde eller dennes företrädare
- ska entreprenören uppvisa en plan för aktiviteter som ska anordnas enligt de boendes önskemål
- ska entreprenören redovisa att samtliga sjuksköterskor som arbetar inom verksamheten har kompetens och erfarenhet som motsvarar kraven i avtalet

Senast nästa avtalsuppföljning

- daglig reflektion ska vara infört i verksamheten enligt anbudet.

Ekonomi och administration

- Lokala rutiner finns för avstämning med beställaren för reglering av ersättning
- Lokala rutiner finns för rapportering av förändrat behov
- Avvikelse rapporteringen är tillfredsställande
- Fakturorna ger tillräckligt underlag för betalning

Kommentar

Ledning och personal

Ledning

- Namngiven verksamhetschef/enhetschef överensstämmer med aktuellt tillstånd (avser endast verksamhet i privat regi)

Hälso- och sjukvårdspersonal

Antal sjuksköterskor på uppföljd inriktning: Det finns sammanlagt 12 sjuksköterskor på Kampementet (1 tjänst är vakant men rekrytering pågår). Omräknat till heltidsanställningar:

På planen för demenssjuka: 4,13

På planen för somatiskt sjuka: 4,17.

Nattsjuksköterskor är 3 individer, omräknat till heltid: 1,97

Det finns 1 sjukgymnast 100% och 1 arbetsterapeut 100% på Kampementet.

Tjänstgörande sjuksköterska finns tillgänglig dygnet runt alla dagar i veckan.

Omvårdnadspersonal (ej HSL personal)

Totalt antal vårdbiträden/undersköterskor på uppföljd inriktning: 87, varav natt 16

Totalt antal vårdbiträden/undersköterskor på uppföljd inriktning omräknat till heltidsanställningar: 75,41, varav natt 11,04

Omvårdnadspersonalens anställningsform:

- 100 % av personalen är anställda tillsvidare
- Minst 75 % av personalen är anställda tillsvidare
- Minst 50 % av personalen är anställda tillsvidare
- Minst 25 % av personalen är anställda tillsvidare
- Mindre än 25 % av personalen är anställda tillsvidare

Omvårdnadspersonalens kompetens totalt (oavsett anställningsform):

- 100 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- Minst 90 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- Minst 80 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- Under 80 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)

- Plan finns för all personals kompetensutveckling.
- Lokala rutiner finns för introduktion av nyanställda.
- All personal behärskar det svenska språket i tal.
- All personal behärskar det svenska språket i skrift.

Personalen bär identifikation synlig för brukaren med

- dennes (personalens) namn
- utförarens namn

Kommentar

Plan för personalens kompetensutveckling har tagits fram under uppföljningsperioden.

Boendemiljö

- Utrymme finns för de boendes tillhörigheter samt för förvaring.
- I de boendes rum ingår som grundutrustning hemvårdssäng med tillhörande standardmadrass.
- Utföraren tillhandahåller kostnadsfritt förbrukningsartiklar såsom tvätt- och städartiklar, glödlampor, toalettpapper, engångsmaterial och inkontinenshjälpmedel.
- Den boende erbjuds egen nyckel till bostaden
- Den boende har namnskyld på dörren till bostaden

De boende erbjuds bostad med:

- egen toalett
- egen dusch
- egen kokmöjlighet

Kommentar

Generellt erbjuds inte de boende egen nyckel.

Städning och tvätt

- Lägenheter/ rum och gemensamma utrymnen städas och vårdas så att krav på hygien och trivsel upprätthålls.
- Utföraren svarar för att de boendes personliga kläder tvättas regelbundet.
- Utföraren svarar för att de boendes personliga kläder stryks vid behov
- Vid behov utförs mindre lagningar av kläder.
- Buffertförråd finns med linne och kläder för akuta behov.

Kommentar

Ledningssystem

- Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2006:11

Kommentar

Fel & brister och Lex Sarah

- Lokala rutiner finns för Fel och brister
- Rutiner finns för anmälan enligt Lex Sarah (SOSFS 2008:10)

- Lokala rutiner finns för att placerande nämnd omedelbart får kännedom om anmälan enligt Lex Sarah.

Om Lex Sarah-anmälan gjorts sedan föregående uppföljning, ange avseende vad:
1 anmälan som avser brister i omsorgen.

Kommentar

Det är inte tydligt i de lokala rutinerna för Lex Sarah vad som ska ingå i rapporteringen till nämnden. Lokala rutiner för fel och brister finns ej.

Brukarinflytande

- Information finns så att den enskilde vet var han/hon ska vända sig för att lämna synpunkter och klagomål
- Redovisning finns för inkomna synpunkter och klagomål och vilka åtgärder som vidtagits med anledning av dessa.
- Lokala rutiner finns för att placerande nämnd omedelbart får kännedom om inkomna synpunkter och klagomål samt åtgärder.
- Inbjudan sker till boende- och/eller anhörigträffar minst två gånger per år
- Förtroenderåd och/eller anhörigråd finns.

Kommentar

Lokala rutiner för att placerande nämnd för kännedom om synpunkter och klagomål saknas. Information och blanketter för klagomål och synpunkter finns inte synliga i verksamheten.

Inflyttning

De boende får vid inflyttningen

- muntlig information
- skriftlig information

Kommentar

Kontaktmannaskap

- Det finns kontaktman för varje boende.
- Utföraren arbetar aktivt för att uppnå kontinuitet för brukarna, tex. minimerar antalet personal hos brukaren, håller överenskomna tider etc.
- Personal eller annan lämplig person följer vid behov med de boende till sjukhus, läkare, tandläkare, frisör etc.

Kommentar

Det förekommer att personer skickas in med ambulans utan att personal medföljer eller att anhöriga meddelas.

Sedan förra avtalsuppföljningen har entreprenören förbättrat arbetssättet med kontaktmannaskapet. Kontaktmannen arbetar nu på den sida kontaktpersonen bor och är den primära vårdaren

Dokumentation utifrån bestämmelser i socialtjänstlagen

- Lokal rutin finns för dokumentation enligt SoL.
- Löpande dokumentation finns om faktiska omständigheter och händelser av betydelse.
- Dokumentationen förvaras så att obehöriga inte får tillgång till den och på ett tryggsätt.
- Aktuella genomförandeplaner finns för alla boende

De aktuella genomförandeplaner som finns innehåller/framgår:

- vad som ska göras och hur
 - att information har getts om enhetens klagomålshantering
 - att den enskilde och/eller deras företrädare har deltagit vid upprättandet av genomförandeplanen
 - ansvarig arbetsledare
 - kontaktmannens namn
 - underskrift av kontaktman
 - underskrift av den enskilde eller då detta inte är möjligt legal ställföreträdare/ombud.
 - Datum för utförarens uppföljning av genomförandeplanen.
- Inga boende från Stockholm finns vid uppföljningstillfället.

Kommentar

25 % av genomförandeplanerna samt journalanteckningarna har granskats. Sedan förra avtalsuppföljningen har verksamhetens arbete med den sociala dokumentationen gett tydliga resultat. Den enskildes omsorgsbehov är väl beskrivet över hela dygnet i de allra flesta genomförandeplaner som har granskats. Den löpande dokumentationen har ökat.

Genomförandeplanen är en överenskommelse med den enskilde om hur omsorgen ska utföras. Det ska framgå av journalanteckningarna att genomförandeplanen har upprättats eller justerats. Det är därför allvarligt att majoriteten av de boende inte har medverkat i eller känner till att man har deltagit i att utforma genomförandeplanen. Det är brist på respekt för den enskildes självbestämmande att ej få delta i utformningen av hur insatserna ska genomföras. I brukarundersökningen uppges 34 % att man har möjlighet att påverka sin vardag.

Mat och måltider

- Måltiderna är jämnt fördelade över dygnets vakna timmar, med tre måltider (frukost, lunch, middag) samt tre mellanmål. Nattfastan överstiger inte 11 timmar.
- Maten är anpassad efter individens behov och önskemål, utifrån gällande riktlinjer och rekommendationer.
- De boende erbjuds möjlighet att välja mellan minst tre rätter, varav en vegetarisk, vid minst en måltid.
- Ett egenkontrollprogram finns, anpassat efter aktuell verksamhet.

I kompetensutvecklingsplanen ingår utbildning avseende

- Hälsa och måltider för äldre,
- Livsmedelshygien

Kommentar

Ovanstående utbildningar ingår inte i kompetensutvecklingsplanen för 2011. Nya mellanmålsmatsedlar och rutiner för dokumentation av kvällsmål är framtagna. Mellanmålsmatsedlarna är ännu inte implementerade i verksamheten. Det är fortfarande beroende på vem som arbetar om det serveras ett näringsriktigt mellanmål på eftermiddagarna.

Det förekommer att man på en enhet beställer färre portioner än vad som det finns boende, med motivering att flera personer inte äter en normalportion. Enligt rekommendationerna ska äldre personer som av olika skäl inte orkar äta upp en hel portion av A-kosten (normalkost) serveras E-kost (energi- och proteinberikad kost). Även personer med tugg-och/eller sväljsvårigheter kan oftast inte äta tillräckligt stora portioner utan behöver energitätkost. Matleverantören har emellertid endast en rätt på matsedeln som kan beställas som E-kost. Detta ses som ett hinder för att personer som är i behov av energitätkost inte får det.

Åtgärd: Entreprenören ska senast den 30 juni 2011 redovisa hur man säkerställer att alla som är i behov av energi och proteinberikad kost serveras detta.

Aktivering

- De boende erbjuds kontinuerligt gemensamma aktiviteter
- Det boende erbjuds kontinuerligt individuella aktiviteter
- Samarbete sker med frivilliga organisationer i syfte att tillgodose kulturella, andliga och mentala behov.

De boende erbjuds regelbunden utevistelse

- i närmiljön
- på balkong, terrass, altan

Kommentar

Övergripande gemensamma aktiviteter erbjuds inom enheten. Ett åtagande som entreprenören har gjort i sitt anbud är att erbjuda minst en timmes "egen tid" tillsammans med kontaktpersonen till varje boende. "Egen tid" innebär att kontaktpersonen avsätter tid per vecka för den boende som man är kontaktperson för. Det viktiga är att man ser och bekräftar personens identitet och att det är den enskildes intresse som är i centrum. Omsorgspersonalen uppger att det är svårt att hinna med och erbjuda "egen tid". I dokumentationen framgår det att entreprenören inte uppfyller sitt åtagande om att erbjuda en timmes "egen tid" per vecka till de boende. I brukarundersökning från 2010 har antalet boende och närstående som är nöjda med utbudet av aktiviteter och utevistelse minskat jämfört med brukarundersökningen från 2009. Även resultatet från individuppföljningen påvisar att det finns behov av förbättringar inom området aktiviteter. I individuppföljningen uppger mer än 50 % att man inte får komma ut så ofta som man vill. Attendo Care har påbörjat en kartläggning av vad respektive person vill delta i för aktiviteter och om man saknar någon sysselsättning.

Åtgärd: Till samverkansmötet den 21 september 2011 ska entreprenören uppvisa en plan för aktiviteter som ska anordnas enligt de boendes önskemål.

Hantering av egna medel och nycklar

- Lokala rutiner finns för hantering av egna medel.
- Lokala rutiner finns för hantering av nycklar eller likvärdigt, till den boendes egen dörr.

Kommentar

Hälsa- och sjukvård

- Verksamhetschef finns i enlighet med 29 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL).
- Sjuksköterska finns enligt HSL 24 §.
- De boende har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska.
- De boende har en namngiven läkare.
- Möjlighet finns till hembesök av läkare alla tider på dygnet.
- Lokal rutin finns för hur hälso- och sjukvårdspersonal ska kontaktas.
- Lokal rutin finns för delegering.

Kommentar

Då verksamhetschefen 29 § HSL är sjukgymnast har hon uppdragit enl 30 § HSL åt sjuksköterskan Madeleine Gemzell, vissa medicinska ledningsuppgifter som ligger inom sjuksköterskans ansvarsområde. Annette Sjöborg är entreprenörens MAS och stadsdelsnämndens (sdn) MAS och entreprenörens MAS har regelbunden kontakt. Vid sdn MAS granskning av verksamhetens delegeringsbeslut har det skett en förbättring från förra årets uppföljning. Alla de slumpmässigt utvalda delegeringsbesluten var korrekt ifyllda. Stockholmsgeriatriken ansvarar för läkarinsatserna dygnet runt och de boende, anhöriga och verksamheten är nöjda med dem.

Vid årets uppföljning finns följande skyddsåtgärder:

För gruppboendets 48 boende:

Sänggrindar har	18 personer
Rörelselarm har	17 personer
Brickbord har	1 person
Dörrlarm har	1 person

Boende med somatisk sjukdom, 48 boende:

Sänggrindar	33 personer
Rörelselarm	3 personer
Positioneringsbälte	1 person
Brickbord	1 person

Förebyggande hälso- och sjukvård

- Lokal rutin finns för regelbundna nutritionsutredningar inkluderande bedömning med uppföljning och åtgärd.
- Lokal rutin finns för regelbundna fallutredningar inkluderande bedömning med uppföljning och åtgärd.
- Lokal rutin finns för regelbundna trycksårsutredningar inkluderande bedömning med uppföljning och åtgärd.
- De boende har tillgång till uppsökande verksamhet med munhälsobedömning samt tandvårdsstödsintyg för nödvändig tandvård.

Kommentar

De omvårdnadsansvariga sjuksköterskorna arbetar förebyggande för att minska risker för undernäring och trycksår hos de boende som genom bedömningsinstrumenten MNA¹ och Norton² identifierats finna sig inom dessa riskområden. Tillsammans med sjukgymnasten och arbetsterapeuten arbetar sjuksköterskorna också för att minska risken för fallolyckor hos de boende genom bedömningsinstrumentet DFRI.³ Viktkontroller sker var 3:e månad och vid behov. Verksamheten håller på att utveckla det tvärprofessionella teamarbetet kring de boendes risker, problem och resurser och följer upp åtgärderna vid team konferenser. Deltagare är de boendes kontaktmän, omvårdnadsansvariga sjuksköterskan och rehabiliterings- personalen. Läkaren deltar när behov föreligger och kan remittera den boende till logoped när t ex svårare tugg- och sväljningsproblem föreligger.

Ledningssystem

- Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2005:12.
- Aktuell patientsäkerhetsberättelse finns

Kommentar

I patientsäkerhetsberättelsen framgår hur verksamheten arbetar förebyggande för att undvika upprepning av avvikelser. Verksamheten dokumenterar avvikelser och för statistik som återkopplas till alla anställda samt dokumenterar konkreta åtgärder för att minska på avvikelserna vilket är bra. Som exempel har de 3 enheterna på Kampementet en rutin som innebär att vid varje arbetspass ska en av omsorgspersonalen vara ansvarig för kontroll av att alla ordinerade läkemedel är givna. Verksamheten har bjudit in närstående till information och diskussion om demenssjukdom tillsammans med verksamhetens Silviasyster.

Avvikelser och Lex Maria

- Lokal rutin finns för avvikelshantering
- Rutiner finns för anmälan enligt Lex Maria (SOSFS 2005:28)

¹ MNA = Mini Nutritional Assessment, ett screening- och bedömningsverktyg för att identifiera äldre som löper risk för undernäring.

² Norton = Modifierad Nortonskala, ett specialinstrument för bedömning om en person löper risk för att utveckla trycksår.

³ DFRI = Downton Fall Risk Index, ett bedömningsinstrument för att identifiera vilka personer som löper risk för fallolyckor.

- Lokala rutiner finns för att placerande nämnd omedelbart får kännedom om anmälan enligt Lex Maria.

Om Lex Maria-anmälan gjorts sedan föregående uppföljning, ange avseende vad:

Kommentar

På hela Kampementet finns 3 kvalitetsråd med kvalitetsombud från varje plan, samordnaren och hälso- och sjukvårdspersonalen som träffas 1 gång per månad och går igenom alla händelser samt även rutiner som fungerar eller inte fungerar och förslag på förbättringar. Kvalitetssamordnaren sammanställer statistik och skickar till Attendos kvalitetsavdelning inklusive MAS. Varje plan är representerat i kvalitetsrådet.

Dokumentation av hälso- och sjukvård

- Lokala rutiner finns för dokumentation enligt HSL.
- Journaler innehåller den lagstadgade journalföringen.
- Journalerna innehåller riskbedömningar för fall.
- Journalerna innehåller riskbedömningar för undernäring.
- Journalerna innehåller riskbedömningar för trycksår.
- Journalerna finns tillgängliga för berörd personal så att de boende får nödvändig vård och omsorg.
- Vårdplanerna upprättas vid behov och uppdateras vid förändringar i hälsotillståndet
- Rehabiliteringsplanerna upprättas vid behov och uppdateras vid förändringar i hälsotillståndet.
- Journalhandlingarna förvaras på ett tryggsätt och så att obehöriga inte får tillgång till dem.
- Inga boende från Stockholm finns vid uppföljningstillfället.

Kommentar

Enligt MAS och MARs journalgranskning har rehabpersonalen tillsammans med sjuksköterskorna riskbedömt i stort sett alla boende för fallolyckor. Sjuksköterskorna har också gjort riskbedömningar för trycksår på alla boende. Men det har skett en försämring sedan förra uppföljningen av sjuksköterskornas riskbedömningar inom området nutrition. Det saknas fullständig riskbedömning av nutrition och undernäring för 33-35% av de boende som skulle ha bedömts. Vid MAS granskning av samtliga journaler ett år tillbaka i tiden är endast 63 MNA slutlig av 97 gjorda. Av samtliga pågående journaler är endast 50 riskbedömningar MNA slutlig gjorda av 77. Vid MAS mer omfattande journalgranskning av 20 % av 97 journaler slumpmässigt valda visade resultatet att 33 % av journaler som skulle innehållit fullständig riskbedömning för undernäring (MNA initial och slutlig) saknade detta. I övrigt innehåller journalerna planer med mål och åtgärder vad gäller olika problemområden som t ex trycksår, sömnproblem och besvär med urinkateter.

Rehabilitering

- För nyinflyttade boende görs en funktionsbedömning av sjukgymnast och vid behov upprättas en rehabiliteringsplan.
- För nyinflyttade boende görs ADL-bedömning av arbetsterapeut och vid behov upprättas en rehabiliteringsplan.
- Sjukgymnast/arbetsterapeut ger behandling individuellt eller i grupp.
- Sjukgymnast/arbetsterapeut ger handledning till övrig personal.
- Utrustning finns för träning och sjukgymnastik.

Kommentar

Verksamheten har en arbetsterapeut (1,0 tjänst) som tillsammans med en sjukgymnast (1,0 tjänst) utifrån sina respektive områden ansvarar för att bedöma de boendes behov av insatser för att upprätthålla funktionsförmåga samt tillgodose behov av bl.a. förflyttnings- och ADL-hjälpmiddel. De handleder omsorgspersonal i ett rehabiliterande arbetssätt utifrån den enskildes behov av stöd.

Det är positivt att i stort sett alla boende har en ADL bedömning som inte är äldre än ett år, vilket är en utveckling jämfört med tidigare uppföljning.

Medicintekniska produkter

- Lokala rutiner finns i enlighet med SOSFS 2008:1.
- Utföraren tillhandahåller och bekostar den medicinska och medicintekniska utrustningen, övrig utrustning, arbetsredskap, hjälpmedel, förbrukningsartiklar, inkontinenshjälpmedel m.m. som åtgår för att fullgöra åtagandet.

Kommentar

Lokala rutiner finns och hjälpmedel har inventerats och registrerats i en inventarieförteckning. Kontroll av personlyftar och vårdsängar utförs av personal från serviceföretag. För att säkra användning och hantering av hjälpmedel får personal handledning och instruktioner av sjukgymnasten eller arbetsterapeuten. Hjälpmedelsparmar finns tillgängliga på de olika planen. Det brister till viss del i spårbarheten i journalen avseende utlämnade hjälpmedel, då registreringsnummer inte alltid framgår.

Fyra sjuksköterskor dagtid har utbildning i inkontinensvård samt en nattsjuksköterska vilket är bra.

Basal hygien

- Utföraren arbetar med basala hygienrutiner i enlighet med SOSFS 2007:19
- All personal har utbildning om basala hygienrutiner.
- Vårdprogram för MRSA tillämpas.

Kommentar

Verksamheten har avtal med Vårdhygien och sjuksköterskorna registrerar alla infektioner som lett till antibiotikabehandlingar vilket är mycket bra och ett viktigt led i arbetet mot resistenta bakterier.

Läkemedel

- Lokal instruktion finns i enlighet med SOSFS 2000:1.
- Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen sker årligen.

Kommentar

Extern granskning skett 20110311.

Vård i livets slutskede

- Lokala rutiner finns för vård i livets slutskede.
- Rutinerna för vård i livets slutskede omfattar hänsynstagande till den boendes önskemål och stöd till den boendes närstående
- Enheten registrerar i Palliativa registret.

Kommentar