



Personcentrerad vård och omsorg

- ett fortsatt salutogent arbetssätt

Begripligt
Hanterbart
Meningsfullt





Handlingsplan innehåll:

- Skapa en personcentrerad organisation genom personcentrerat ledarskap
- Förbättra teamsamverkan för ett gemensamt personcentrerat arbetssätt
- Säkerställa personcentrerad målsättningsprocess
- Säkerställa personcentrerad genomförande- och vårdplan
- Skapa samordnad och strukturerad dokumentation
- Skapa väl fungerande inflyttning till äldreboende
- Utveckla gemensamt personcentrerat arbetssätt
- Skapa väl fungerande personcentrerad korttidsverksamhet



”Ett personcentrerat arbetssätt förutsätter ett personcentrerat förhållningssätt”



Personcentrerad vård och omsorg

Personcentrerat arbetssätt innebär att i högre grad fokusera på de resurser varje person har än på sjukdomar och nedsatta förmågor. En vård och omsorg som är utformad utifrån den enskildes* behov och önskemål.

Hörnpelare inom personcentrering:

- **Berättelsen** – att lyssna
- **Överenskommelsen** – att komma överens om innehåll
- **Partnerskapet** – att bådas kompetens tas till vara
- **Dokumentationen** – ska ange i vilken grad brukaren medverkat

Ett personcentrerat *arbetssätt* förutsätter ett personcentrerat *förhållningssätt*

Personcentrerad vård är en vårdfilosofi som bygger på humanistiska idéer om att alla människor är unika, värddiga, kompetenta och jämlika. Synen på människan som en person med ett absolut värde som inte kan reduceras oavsett nedsättning av förmågor och kompetenser är central. Denna syn på människan innebär att alla ska mötas och behandlas med respekt, rättvisa och kärlek.

I personcentrerad vård och omsorg är ett hälsofrämjande förhållningssätt centralt. Detta innebär att stödja och stärka personens tillit till sin förmåga att vara delaktig i och påverka sin egen hälsa. Det goda mötet är centralt i personcentrerad vård och omsorg.

Att som en person med vård- och omsorgsbehov få vara i centrum och så långt det är möjligt inkluderas i alla beslut och processer är centralt och har i forskning visat sig leda till högre grad av nöjdhet hos brukare och anhöriga och även till bättre samverkan mellan olika omsorgs-/vårdgivare. Forskning visar att en personcentrerad vård och omsorg leder till bättre resultat i verksamheten och till minskade samhällskostnader.

Det är av vikt att understryka att personcentrerad vård och omsorg inte är något helt nytt. Det salutogena förhållningssättet introducerades i Göteborg 2006 och utgör ett "paraply" för arbetet inom vård och omsorg där det personcentrerade arbetssättet finner en naturlig plats, hand i hand med det salutogena. Att ha fokus på meningsfullhet, hanterbarhet och begriplighet innebär en självklar grund för ett personcentrerat förhållnings- och arbetssätt.



En stor del av utvecklandet av personcentrerat arbetssätt har skett inom vård och omsorg av äldre och personer med demenssjukdom. Resultat från forskning har visat att det är de allra sköraste och sjukaste äldre personerna som har störst nytta av att man inför ett personcentrerat förhållnings- och arbetssätt.

* Att på ett enhetligt, tydligt och neutralt sätt benämna de personer som är inskrivna i kommunens äldreomsorg och hälso- och sjukvård är så gott som omöjligt. Det finns olika traditioner inom olika verksamheter, men i denna skrift har vi valt att använda benämningen brukare, boende eller "den enskilde", vilket här ersätter benämningar som omsorgstagare, vårdtagare, boende, hyresgäst och patient.

Personcentrerad organisation innebär ett nära ledarskap

Ledningens intresse och engagemang är en viktig förutsättning för att kunna genomföra och bibehålla ett personcentrerat arbetssätt. Ett nära ledarskap där chefen aktivt deltar i planering av arbetet och frågar efter resultat är centralt.

En viktig förutsättning för införandet av personcentrerad vård och omsorg är att förhållningssättet mellan chef och medarbetare och mellan medarbetare vilar på en personcentrerad grund inom alla nivåer i organisationen. Detta innebär att man behandlar varandra som jämbördiga, med respekt och med tillit till den andres kunskap och förmåga. En väl fungerande och strukturerad teamsamverkan mellan de olika professionerna är centralt.

Det är viktigt att inse att personcentrerad vård och omsorg måste utvecklas till en vardagskultur och norm för handlande. Därför behövs en inriktning mot delaktighet och välbefinnande för både brukare och personal. Detta förutsätter en strukturerad process, kontinuerlig utveckling av personcentrerad vård och omsorg, engagemang från ledningen och ett erkännande från ledningen när man lyckats. Ledningens acceptans och stöd till ett flexibelt och innovativt tänkande och agerande har stor betydelse för personcentrerad vård och omsorg. Vård- och omsorg bör genomsyras av en strävan mot kontinuitet eftersom det leder till trygghet och underlättar att relation skapas mellan brukare och personal.

En förutsättning för att utveckla personcentrerad vård och omsorg är att ledning och chefer behöver kunskap om vad personcentrerat förhållningssätt innebär. Det behövs en diskussion på ledningsnivå om hur denna kunskap ska omsättas till praktisk verksamhet och hur hinder ska hanteras. Faktorer som tidsbrist, motstånd till förändringar och fokus på rutiner har visat sig hindra ett personcentrerat arbetssätt. Beslut i organisationen bör ta hänsyn till konsekvenser för att gynna och underlätta ett personcentrerat arbetssätt.

Skapa en personcentrerad organisation genom personcentrerat ledarskap

Vad ska vi göra /bli bättre på?	Hur ska vi göra?
Förbättra samverkan mellan de olika områdena i sektorn och utveckla samverkan med eventuell extern utförare	<ul style="list-style-type: none">• Starta/utveckla gemensamma strukturerade och regelbundna chefsmöten mellan de olika ledningsgrupperna
Skapa en gemensam syn och grund för personcentrerad vård och omsorg	<ul style="list-style-type: none">• Öppet diskutera struktur och kultur, om de drar åt samma håll• Identifiera värderingsgrunder och normer i organisationen• Diskutera hur man kan leda verksamheterna framåt i en acceptabel förändringstakt• Lyfta goda exempel - identifiera vad man gör idag som är personcentrerat• Identifiera förbättringsområden
Uppnå målinriktat och uthålligt ledarskap och förändringsarbete	<ul style="list-style-type: none">• Identifiera förändringsmotstånd och hur det kan hanteras• Avlasta chefer från administrativa uppgifter för att de ska kunna utöva ett nära ledarskap• Fråga efter process, resultat, "hur det går" på alla nivåer• Skapa en långsiktig plan med uppnåbara delmål• Premiera gott arbete• Uppmuntra kreativitet och nya idéer, "våga pröva"

Teamsamverkan – en förutsättning för personcentrerad vård och omsorg

Kommunstyrelsen har i sin budget för 2017 beslutat att modellen interprofessionell teamsamverkan med utgångspunkt i personcentrerad vård ska införas i alla stadsdelar inom äldreomsorgen. I ett interprofessionellt team samverkar alla teammedlemmar genom god kommunikation och delat ansvar.

Interprofessionell teamsamverkan är att föredra när det är komplexa frågor som kräver samlad, bred kunskap och när man vill uppnå ett gemensamt lärande och väl utnyttjade gemensamma resurser.

Samverkan mellan äldreomsorg och hälso- och sjukvård är ett förbättringsområde som även lyfts fram i stadens budget för 2017 samt inom de olika stadsdelarnas verksamhets- och kvalitetsplaner. I alla stadsdelar förekommer teammöten, även om det sker mer regelbundet för brukare i äldreboende än för brukare i ordi-närt boende. Dock rapporteras i olika sammanhang att det finns ett ”stuprörstänk” med bristfällig kunskap om varandras yrken och kompetens mellan de olika lagrummen SOL och HSL som behöver överbryggas.

Faktorer som hierarkiska värderingar inom organisationen, bristande respekt för varandras kompetens och rollkonflikter påverkar teamarbetet och effektiviteten negativt. En viktig aspekt inom teamsamverkan är förtroende för varandra och varandras kunskap och roller.

Förbättrad teamsamverkan för att nå ett gemensamt personcentrerat arbetssätt

Vad ska vi göra/bli bättre på?	Hur kan vi göra? <i>Brukare = inbegriper anhöriga när så är lämpligt</i>
Skapa en tydlig organisation för teamsamverkan där förhållningssätt och värdegrund sätts i centrum	<ul style="list-style-type: none">• Gemensamt beslut i sektor- och områdesledningsgrupper• Tydlig uppföljning från sektor- områdes- och enhetschefer• Uthållighet i organisationen – hålla fokus
Utveckla och tydliggöra teamsamverkan – roller, tillit, ansvar, innehåll, kunskap om varandras kompetens Förbättra teamsamverkan mellan hälso- och sjukvård och äldreomsorg för att komma bort från ”stuprör”	<ul style="list-style-type: none">• Lära känna varandra i teamet genom informella träffar, fika etc• Konsensus om arbetssätt – delge varandra, diskutera, skapa öppenhet i dialog• Arbeta aktivt för en kultur i hela organisationen där man stödjer och litar på varandra
Utveckla teamträffar som en del av ett gemensamt arbetssätt	<ul style="list-style-type: none">• Strukturera teamträffarna, t ex vem som kallar, vilka som ska delta och hur teammedlemmarna ska förbereda sig innan mötet• Ha obligatorisk närvaro och regel att meddela återbud som norm• Säkerställ att alla ges möjlighet att komma till tals vid träffen• Utgå från brukarens behov och mål
Säkerställ fungerande informationsöverföring mellan SoL och HSL	<ul style="list-style-type: none">• Skapa rutiner för möten liksom säker elektronisk informationsöverföring mellan olika personalgrupper• Skapa läsbarhet i varandras dokumentationssystem för involverade personalgrupper
Utveckla mål och innehåll i rambeslut genom teamsamverkan	<ul style="list-style-type: none">• Säkerställa att brukarens resurser och funktioner tas tillvara i biståndsbeslut genom samverkan med andra professioner, t ex genom sakkunnighetsutlåtande av arbetsterapeut

Gemensam målsättning skapar samsyn

För att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda är det viktigt att personen, så långt det är möjligt, är delaktig i att identifiera och formulera individuella mål. Detta sker som en del i partnerskapet gemensamt mellan personal och den enskilde och eventuella anhöriga.

I samtalet görs en överenskommelse där man gemensamt kommer fram till realistiska och önskvärda mål som tar upp vad som förväntas av båda parter; den enskilde och vård- och omsorgspersonal.

Det finns målinstrument där man skattar grad av måluppfyllelse, till exempel GAS (Goal Attainment Scale) som upplevs som ett enkelt verktyg i teamet. Det är viktigt att brukaren själv skattar upplevda problem, symtom och om man nått målen. Dessutom används professionsspecifika mätinstrument och delmål, till exempel funktions- och aktivitetsförmåga.

För personer som skrivs hem från sjukhus eller kommer hem från korttidsvistelse kan målen vara att åter uppnå tidigare funktions- och aktivitetsförmågor efter en skada eller sjukdom. För personer som flyttar till äldreboende kan individuella mål handla om att få stöd att upprätthålla dagliga aktiviteter och vanor för att på så sätt undvika att den enskilde tappar förmågor och att upprätthålla sociala kontakter.

Målen ska vara konkreta, lagom utmanande, nåbara och formuleras så att brukaren förstår och så att de kan följas upp. Målen ska dokumenteras och följas upp tillsammans med den enskilde.

Säkerställa personcentrerad målsättningsprocess

Vad ska vi göra/bli bättre på?	Hur kan vi göra? <i>Brukare = inbegriper anhöriga när så är lämpligt</i>
Utforma gemensamma mål tillsammans med brukaren	<ul style="list-style-type: none">• Genomför samtal tillsammans med brukaren• Utgå från brukarens berättelse - börja med öppna frågor• Ta reda på brukarens resurser, behov och önskemål• Dialog - gör en överenskommelse med brukaren om mål och vägen dit
Säkerställ att brukaren är informerad och har förstått mål och överenskommelsen om planerade insatser	<ul style="list-style-type: none">• Be brukaren beskriva vilka mål ni gemensamt har kommit fram till• Dokumentera överenskommelsen och lämna till brukaren• Följa upp mål och insatser regelbundet och kommunicera detta med brukaren
Säkerställ att all involverad personal har aktuell information om mål och eventuella förändringar	<ul style="list-style-type: none">• Ha regelbunden kontakt och kommunicera kring mål och måluppfyllelse samt eventuellt överenskomna förändringar. Frekvensen för detta varierar beroende på typ av mål och planering, till exempel vid korttidsvistelse bör det göras daglig avstämning.

Genomförande- och vårdplanen – ett levande dokument som stärker delaktighet

Genomförande- och vårdplan utgår från den enskildes berättelse och utformas tillsammans med brukaren. Det bör framgå om den enskilde varit delaktig i målsättning och planering och i vilken grad man tagit hänsyn till brukarens synpunkter och önskemål. Det är viktigt att i genomförandeplanen även beakta sociala och existentiella behov för att hjälpa till att skapa en meningsfull vardag.

Den enskilde och eventuella anhöriga ska känna till, godkänna och ha tillgång till planen. All involverad vård- och omsorgspersonal ska känna till överenskommelserna i planen. Planen ska vara ett levande dokument som kontinuerligt ändras och uppdateras vid behov.

Ett sätt att säkerställa att genomförande- och vårdplanen reflekterar den enskildes behov är att personal med goda kunskaper i samtal och dokumentation (spetskompetens) genomför intervjun och skriver genomförandeplan.

Säkerställa personcentrerad genomförande- och vårdplan

Vad ska vi göra/bli bättre på?	Hur kan vi göra? <i>Brukare = inbegriper anhöriga när så är lämpligt</i>
Säkra det goda samtalet	<ul style="list-style-type: none">• Utgå från den enskildes berättelse• Personalen får utbildning i samtalsteknik inklusive träning• Omsorgshandledarna handleder omsorgspersonalen i detta• Fokusera på det som upplevs som meningsfullt för brukaren samt brukarens resurser och förmågor• Använda tolk eller anlita språkkunnig personal för brukare med annat modersmål• Planera in tillräcklig tid för samtalet
Säkerställ den enskildes delaktighet	<ul style="list-style-type: none">• Använda den enskildes berättelse i underlaget för planen• Inhämta samtycke samt stäm av innehåll i planen regelbundet med den enskilde• Erbjud den enskilde en kopia av planen
Säkra dokumentation och uppföljning av planen	<ul style="list-style-type: none">• Planera in tid för dokumentation och uppföljning•Handledning för undersköterskor av omsorgshandledare för att stärka personcentrerad av planen• Organiserad uppföljning av planen• Planera in kollegial granskning av varandras planer
Säkerställ att all involverad personal känner till planen	<ul style="list-style-type: none">• Kontaktpersonalen har huvudansvar för genomförandeplanen och att den läses av all involverad personal• Delge varandra plan och mål vid teammöten• Enhetschefen följer upp genomförandeplanerna• Ta upp frågor kring planen på möten, t ex APT
Säkerställ att all personal följer upprättad plan	<ul style="list-style-type: none">• Organiserad strukturerat dagligt planeringsmöte med speciellt utsedd person/koordinator som samordnare• Chefer efterfrågar hur arbetet fungerar (process - inte bara produktion)

Samordnad dokumentation skapar förutsättningar för personcentrerat arbetssätt

Grunden i personcentrerad vård och omsorg är att brukaren har en gemensam plan där gemensamma överenskomna mål och planerade aktiviteter finns beskrivna och är tillgängliga både för vård- och omsorgspersonal och brukaren.

Inom äldreomsorg och hälso- och sjukvård i Göteborgs Stad finns två separata it-baserade dokumentationssystem för SoL och HSL. Det är en utmaning för verksamheterna att skapa en överbryggande informationsöverföring och samordning mellan SoL och HSL. För att lösa de aktuella problemen med de två systemen behöver strategier arbetas fram för att minska glappet, skapa synergi, öka kommunikationen och på så sätt minska ”stuprören”. Ett sätt är att ge alla aktuella professioner, där även undersköterskor ingår, läs- och skrivbehörighet i båda systemen.

För att dokumentationen ska stödja det personcentrerade arbetssättet gäller att information och kopia på dokumentationen erbjuds brukaren, att ett enkelt språk används och att alla planer (genomförandeplan, vårdplan, rehabplan) synkroniseras så att brukaren får en sammanhållen och samordnad planering.

Skapa en samordnad och strukturerad dokumentation

Vad ska vi göra/bli bättre på?	Hur kan vi göra? <i>Brukare = inbegriper anhöriga när så är lämpligt</i>
Säkerställ den enskildes delaktighet i dokumentationen och informera alltid brukaren om vad som dokumenteras	<ul style="list-style-type: none">• Dokumentera om brukaren har varit delaktig och samtyckt till genomförande- och vårdplan• Erbjud brukaren kopia på genomförande- och vårdplan• Stäm av med brukaren vad som skrivits och notera om brukaren samtycker eller har en avvikande åsikt• Dokumentera om brukaren informerats om förändrade planer, måluppfyllelse m m
Samordna information och dokumentation	<ul style="list-style-type: none">• Organisera samverkan mellan omsorgs- och hälso- och sjukvårdspersonal inklusive informationsöverföring till varandra• Organisera så att dokumentationen kan nås av all involverad personal (t ex genom läsbehörighet i varandras dokumentationssystem)
Säkerställ tydlig personcentrerad dokumentation	<ul style="list-style-type: none">• Vid teammöten, ta beslut om vem som dokumenterar• Dokumentera alltid den enskildes upplevelse och vad planerade insatta insatser ska tillföra/har tillfört för värde för den enskilde
Säkerställ god och personcentrerad uppföljning av mål och planerade insatser/åtgärder	<ul style="list-style-type: none">• Planera in uppföljning tillsammans med den enskilde• Dokumentera hur långt man nått, eventuella förändring av mål eller planering samt om den enskilde varit delaktig i uppföljningen• Dokumentera den enskildes syn på måluppfyllelse

En väl förberedd inflyttning till äldreboende ger ökad delaktighet

Att flytta in på ett äldreboende är för många ett stort och svårt steg att ta och oftast är inflyttningen en snabb process. Korta ledtider kan försvåra en god förberedelse, både vad det gäller informationsöverföring mellan tidigare vård/omsorg och äldreboendet och att göra hembesök före inflyttning.

Forskning visar att många äldre personer känner sorg, ovisshet och otrygghet inför den nya okända situationen, samtidigt som det kan kännas som en trygghet för dem att veta att de får tillgång till hjälp från personalen.

I samband med inflyttningen till äldreboende är det viktigt att personalen lyssnar på önskemål från brukaren. Det är också viktigt att brukaren och anhöriga får tydlig information om vad som kan erbjudas så att önskemål, möjlighet till påverkan och erbjudna resurser kan mötas.

En god planering med hembesök hos den enskilde, planerat visningsbesök, väl fungerande skriftlig information samt ett samordnat inflyttningssamtal är väsentligt för en god start på en personcentrerad relation.

Skapa en väl fungerande inflyttning till äldreboende

Vad ska vi göra/bli bättre på?	Hur kan vi göra? <i>Brukare = inbegriper anhöriga när så är lämpligt</i>
Standardisera mottagandet på äldreboenden	<ul style="list-style-type: none">Genomför hembesök hos brukaren innan inflyttning (även vid korttidsboende)
Skapa gemensam information över staden	<ul style="list-style-type: none">Ta fram ett gemensamt informationsmaterial kring att flytta till äldreboende
Anpassa information till brukare före inflyttning	<ul style="list-style-type: none">Enhetschef och kontaktpersonal visar runt på boendet och lämnar broschyr med information om boendet samt att man ser positivt på att brukaren fortsätter gör det hen klarar och önskar
Gemensamt inflyttningssamtal	<ul style="list-style-type: none">Enhetschef, kontaktpersonal och representant från hälso- och sjukvården genomför ett strukturerat samtal med brukarens berättelse som grund
Utforma gemensamma mål tillsammans med brukaren	<ul style="list-style-type: none">Utgå från brukarens berättelse - börja med öppna frågorTa reda på brukarens resurser, behov och önskemålDialog - göra en överenskommelse med brukaren om mål och vägen dit.
Mottagandeprocessen	<ul style="list-style-type: none">Rutiner och arbetssätt utifrån ett personcentrerat arbetssätt finns utarbetade kring inflyttningen som stöd för vård- och omsorgspersonalMöjliggöra att kontaktpersonal träffar brukaren under de första två veckorna för att etablera kontakt
Kvalitetssäkra genomförandeplan och uppföljning	<ul style="list-style-type: none">Samtal och upprättande av genomförandeplanen görs av personal som har kompetens i samtalsteknik och dokumentationUppföljning 1-2 veckor efter att genomförandeplan upprättats för att fånga upp eventuella frågor och förändringar i planen

Gemensamt personcentrerat arbetssätt skapar delaktighet

När det gäller att ändra och utveckla förhållningssätt krävs ett aktivt arbete direkt med personalgrupperna för att få trygga och effektiva team och arbetsgrupper som arbetar mot gemensamma mål.

Som ledare behöver man arbeta med att konkretisera förbättringsområden på den egna enheten och att arbeta med arbetslagen för att förankra förändringsarbetet. Personalen ska vara delaktig i att ta fram konkreta förslag och att visa vilka effekter förändringen har för den enskilde brukaren. Det är viktigt att förändringar förankras både uppåt i ledningen samt till alla involverade i arbetsgruppen.

Behoven hos de enskilda brukarna bör styra hur man lägger schema och planerar bemanning. Ofta utförs både omvårdande och rehabiliterande insatser av undersköterskor, på delegering eller ordination från legitimerad personal. En kontinuerlig kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal och att få aktuell uppföljning av hur brukaren upplever att målen uppnås är viktigt. En förutsättning för detta är att skapa enkla och säkra kommunikationsvägar mellan personalgrupper.

Kontaktpersonal är viktig i en personcentrerad vård och omsorg och är ”spindeln i nätet” i kontakten med samarbetspartners och värnar angelägna frågor för den enskilde. Kontaktpersonal ska verka för att den äldre får det stöd och den information som hen behöver. Kontaktmannaskapet behöver stärkas och förtydligas i alla verksamheter inom äldreomsorg genom att ge tydliga och strukturerade uppdrag.

Utveckla ett gemensamt personcentrerat arbetssätt

Vad ska vi göra/bli bättre på?	Hur kan vi göra? <i>Brukare = inbegriper anhöriga när så är lämpligt</i>
Stärk att den enskilde blir medskapande i sin egen vård och omsorg	<ul style="list-style-type: none">• Be den enskilde berätta och utgå från berättelsen• Erbjud alltid kopia på dokumentation som rör brukaren• Informera brukaren om planerade åtgärder/insatser och om eventuella förändringar• När det är möjligt ha med brukaren i teammötet
Öka kompetensen om personcentrerat arbetssätt Medarbetare förstår och kan använda redskap för att öka personcentreringen.	<ul style="list-style-type: none">• Diskutera, t ex på APT och andra möten, vad vi gör idag som är personcentrerat och vad vi kan förbättra, skriv ner och prioritera• Starta mindre ”försök” utifrån personalens prioritering• Utvärdera och följ upp dessa ”försök”
Lär av varandra	<ul style="list-style-type: none">• Ordna reflexionstillfällen kring personcentrerat arbetssätt• Kollegial granskning av dokumentation
Förbättra personcentrerat arbetssätt i ordinärt boende	<ul style="list-style-type: none">• Upprätta levnadsberättelse för de brukare som har omvårdnadsbehov och/eller har kognitiv nedsättning
Stärk kontaktmannaskap	<ul style="list-style-type: none">• Skapa gemensam uppdragsbeskrivning för kontaktmannaskapet inom ordinärt boende och äldreboende• Enhetschefen poängterar betydelsen av kontaktpersonalens arbete i en personcentrerad vård och omsorg
Organisera så hög kontinuitet som möjligt i om-sorgskontakten	<ul style="list-style-type: none">• Planera så att brukaren i så hög grad som möjligt får träffa sin kontaktpersonal• Tydliggör kontaktpersonalens ansvar att överföra information, t ex utifrån genomförandeplanen, till övrig involverad personal

Personcentrerad korttidsvistelse genom samverkan och aktiverande arbetssätt

En grund i korttidsverksamhet är väl fungerande teamsamverkan samt att all personal har ett aktiverande och funktionsbevarande arbetssätt. I detta ska stöd och motivation att själv utföra aktiviteter ges till den enskilde.

Den enskilde har rätt att från första dagen ha tillgång till samordnade insatser för att nå målet med korttidsvistelsen. Förutsättningen är att det finns en rutin för intern samverka mellan olika personalgrupper. Efter samtycke sätts gemensamma mål i samverkan mellan den enskilde och teamet. Allt med utgångspunkt från den enskildes upplevda resurser och behov. Genomförande- och vårdplaner bör samordnas och integreras så att insatserna för den enskilde sker i samstämmighet med uppsatta mål och mellan olika professioner.

En god och strukturerad teamsamverkan är central inom korttidsverksamhet. All personal, brukare och eventuella anhöriga, ska vara helt klara över varje enskild brukares mål och planerade insatser för nå målen. Teammöten ska vara strukturerade och utgå från brukarens mål och behov. Därutöver bör registrering i Senior Alert och vid behov BPSD-registret vid behov diskuteras och dokumenteras. Brukaren informeras alltid före och efter mötet och erbjuds om möjligt att delta vid teammötet.

Inom korttidsvistelse är det extra viktigt att insatserna för biståndsbeslut och hälso- och sjukvårdsåtgärden blir konkreta, tydliga och görs i tvärprofessionell samverkan.

Skapa en väl fungerande personcentrerad korttidsvistelse

Vad ska vi göra/bli bättre på?	Hur kan vi göra? <i>Brukare = inbegriper anhöriga när så är lämpligt</i>
Förbättra information och realitetsanpassa förväntningar inför vistelse på korttidsplats	<ul style="list-style-type: none"> Ta fram en gemensam broschyr för korttidsvistelse där syfte och innehåll tydligt framgår, med plats för lokal information
Förbättra ankomstsamtalet	<ul style="list-style-type: none"> Samordna samtalet mellan olika personalrepresentanter så långt det går för att undvika upprepning av frågor till brukaren Använd checklistor med frågeområden från de personalrepresentanter som inte kan medverka Kommunicera resultatet av samtalet till alla involverade
Säkerställ brukarens delaktighet i vård och omsorg	<ul style="list-style-type: none"> Informera brukaren kontinuerligt om planerade möten och vad som ska tas upp, om möjligt bör brukaren delta i möten Erbjuda brukaren kopia på genomförande- och vårdplan, även vid uppdateringar
Säkerställ personalens kunskaper	<ul style="list-style-type: none"> Organisera så att all personal får återkommande grundläggande introduktionsutbildning samt uppföljande och återkommande utbildning och handledning i personcentrerat, funktionsbevarande och rehabiliterande arbetssätt
Skapa tydlighet i gemensamma mål i vård och omsorg	<ul style="list-style-type: none"> Använda gemensamt instrument för måluppfyllelse Uppdatera dagligen aktuella mål och delmål för varje brukare samt väl fungerande teamsamverkan och teammöten Tydligt och återkommande involvera brukare i hur långt man kommit mot gemensamma mål/delmål Diskutera regelbundet kring kvalitetsregister (Senior Alert, BPSD-registret) för att samordna åtgärder/insatser tillsammans med brukare