



Ansvarig namn Verksamhetsområdeschef	Upprättad av MAS & SAS	Berörda verksamheter Hälsa och Omsorg	Fastställt datum 2023-09-20
Dokumentnamn Rutin för patient/kundrelaterade team- och mötesforum	Reviderad: 2024-04-08		Diarienummer

1. Rutin för patient/kundrelaterade team- och mötesforum.....	2
2. Delaktighet.....	3
3. Mötesforum.....	3
3.1 Särskilt boende och korttid	3
3.2 Ordinärt boende	6
3.3 Gruppboendestäder, serviceboendestäder, Nakterhuset	8
3.4 Daglig verksamhet.....	10
3.5 Personlig assistans.....	13
3.6 Boendestöd.....	14

1. Rutin för patient/kundrelaterade team- och mötesforum

Teamet är en förutsättning för en hög kund/patientsäkerhet. Kund/patient och vid behov närstående ska vara en naturlig del av teamet där delaktighet och transparens är av största vikt. Den enskilde ska ha möjlighet att själv kunna påverka planeringen av vården och omsorgen.

Ett team kan bestå av olika professioner, beroende på kundens behov och vilken verksamhet det gäller. Teamets professioner behöver medverka aktivt med sina specifika kompetenser eftersom dessa kompletterar varandra. Nattpersonalen ska ingå i teamet. Vissa professioner som enhetschefer för legitimerad personal, demenssjuksköterska och dietist kan vara adjungerande i teamet och delta efter behov. Även andra organisationer och huvudmän kan ingå beroende på kund/patients behov.

För att få effektiva team behövs kunskap och förståelse för varandras professioner. Teamets syfte och mål behöver vara tydligt formulerade och kända av alla som ansvarar för den enskildes vård och omsorg.

För ett bra teamarbete krävs att medlemmarna är kända för varandra och har ett ömsesidigt förtroende. För att detta ska bli verklighet ska beslutade områdesindelningar/verksamheter följas och fasta teammedlemmar utses så att grupperna kan utvecklas tillsammans.

Vid digitala möten/mötesdeltagare används verktyget SEFOS för säker digital kommunikation.

Oavsett roll har medlemmarna ett personligt ansvar för att på olika sätt bidra till en säker vård och omsorg samt för att prioritera mötena.

- Samtliga i teamet ansvarar för att arbeta personcentrerat, förebyggande med kund/patients egna förmågor i fokus
- Följa uppgjorda strategier för att nå uppsatta mål
- Fast agenda för de olika mötesforumen ska användas
- Mötesansvarig finns utsedd för varje mötesform
- Samtliga i teamet ansvarar för att fylla på agendan inför mötet
- Minnesanteckningar skrivs på mötena. Sekreterare utses av mötesansvarig på sittande möte.
- Profession som har förhinder utser ersättare och meddelar mötesansvarig
- Samtliga deltagare ansvarar för att komma pålästa inför mötet
- Adjungerande deltagare bjuds in i god tid för att hinna läsa på inför mötet

Som stöd vid mötesforumen används:

[Checklista kund/patients delaktighet](#)

[Agenda för teammöten](#)

[Rutin för standardiserade bedömningsinstrument.](#)

2. Delaktighet

Hög delaktighet för kund/patient ska eftersträvas. Vid forum där det är möjligt bjuds kund/patient in till teamträff exempelvis i särskilda boendeformer.

Då det inte är möjligt att bjuda med kund/patient ansvarar fast omsorgskontakt, ansvarig sjuksköterska, ansvarig fysioterapeut och/eller arbetsterapeut för att tillfråga kund/patient om det finns specifika önskemål att lyfta i teamet. Beroende på vad som lyfts ansvarar professionerna för att återrapportera till den enskilde vad som beslutats på mötet.

3. Mötesforum

3.1 Särskilt boende och korttid

Mötesforum	Intervall	Tidsåtgång	Medverkande	Mötesansvarig
<u>Pulsmöten</u>	Dagligen Vid behov SEFOS	5 min	Planeringsteam Enhetschef/planerare Sjuksköterska	Ansvarig sjuksköterska
<u>Daglig avstämning</u> Uppkomna behov /problem som inte kan vänta	Förmiddag och eftermiddag På respektive avd.	5 min per avdelning	Sjuksköterska Vårdpersonal i tjänst	Varje profession som behöver lyfta ett behov/problem
<u>Teammöte</u> Genomgång utifrån behov/problem, riskbedömning, uppföljningar beslutade åtgärder	Varannan vecka På respektive avd.	30 min Mer tid efter behov	Leg personal Fast omsorgskontakt Dietist v.b Demenssjuvsköterska v.b	Enhetschef
<u>Reflektionsmöten</u> Arbetsätt Kundperspektiv	1 ggr/mån Möteslokal	60 min	Samtlig vårdpersonal Avdelningsvis	Specialist undersköterska från annan avdelning utbildade i samtalsmetodik
<u>APT</u> Arbetsmiljöfrågor Verksamhetsfrågor Kompetensutveckling Ekonomifrågor	1 ggr/mån Möteslokal	60 min	Samtlig vårdpersonal Avdelningsvis	Enhetschef

Kvalitetsmöten Avvikelsehantering Återkoppling av kvalitetsregister/PPM mm	1 ggr/mån Möteslokal	Minst 30 min Upp till en timme vid behov	Leg personal Samtlig vårdpersonal Avdelningsvis	Enhetschef Ansvarig Sjuksköterska
Aktivitetsråd/boråd Kundernas möte Aktiviteter Boendefrågor	1 ggr/mån Respektive avdelning	60 min	Kunder	Avdelnings- personal

Pulsmöten

Dagliga möten, vid behov, inför inflytt/utflytt av ny kund/patient eller då någon kund/patient vistas på sjukhus.

Daglig avstämning

Dagliga möten där sjuksköterskan går runt på avdelningarna på för- och eftermiddag för att träffa vårdpersonal i tjänst. Stämmer av med enhetschef vid behov. Patientrelaterade behov och problem som behöver lösas/informeras om direkt och som behöver nå ut till många.

Teammöten

Leds av enhetschef.

Fast avdelningsschema som följer lägenheterna för systematisk uppföljning av två kunder. Övriga kunder om en oförutsedd händelse uppstått.

Varje profession presenterar kund/patients behov/problem/önskemål utifrån sitt kunskapsområde enligt [Agenda för teammöten](#). Samtliga deltagare är pålästa innan mötet.

Riskbedömningar utförs beroende på kunds/patients behov. Som vägledning finns [rutin för standardiserade bedömningsinstrument](#). Eventuella riskbedömningar ska vara utförda i god tid innan mötet. Beroende på patientens hälsotillstånd samordnar professionerna vilka som behöver medverka att utföra relevanta riskbedömningar. Kund/patient görs delaktig i resultat samt för diskussion om lämpliga åtgärder.

Beroende på kund/patients önskemål/behov/problem beslutas om lämpliga åtgärder samt vem som ska utföra åtgärderna.

Beroende på kund/patients hälsotillstånd och på planerade åtgärder beslutas om hur ofta uppföljning i teamet behöver utföras.

Behövs samsyn i omvårdnaden tas detta upp till diskussion på reflektionsmöten.

Dokumentation i patientjournal/SoL/LSS journal utförs enligt gällande rutiner för dokumentation och profession. Dokumentation i kvalitetsregister utförs på teammöten om tid finns annars vid annat tillfälle.

Överenskommelse görs för vilka kunder/patienter som är aktuella till nästföljande möte så att samtliga professioner kan förbereda sig.

Dokumentation i eventuella kvalitetsregister utförs av utsedd person som även presenterar statistik ur registerna på kvalitetsmöten. Förslagsvis specialistundersköterska med kvalitetsansvar som ska finnas i varje verksamhet och som är sjuksköterskans och enhetschefens förlängda arm. Endast om tid finns dokumenteras i kvalitetsregister under pågående teammöte.

Reflektionsmöten, APT och kvalitetsmöten

Hålls vid samma tillfälle, efter varandra. Ersättare finns schemalagda för att täcka på avdelningen så att mötena kan hållas utan larmtelefoner och avbrott.

Reflektionsmöte

Leds av specialistundersköterska/motsvarande utbildad i samtalsmetodik.

Går laget runt bland deltagarna. Tar upp kundrelaterade frågor där samsyn i omvårdnaden behövs. Vid behov lyfts frågor vidare till legitimerad personal till Kvalitetsmötet eller teammöten.

APT

Leds av enhetschef.

Fast dagordning och minnesanteckningar förs. Fast års-hjul följs. Arbetsmiljöfrågor, verksamhetsfrågor, kompetensutveckling, ekonomiuppföljning.

Kvalitetsmöten

Leds av enhetschef tillsammans med legitimerad personal.

Redovisar och diskuterar sammanställningar och analyser av avvikelser.

Presentation av statistik från eventuella kvalitetsregister

Vid behov utförs kompetensutveckling/fortbildning till arbetsgruppen vid detta forum. Ex webbutbildningar, basala hygienrutiner, vårdutvecklare bjuds in och utbildar mm

Boråd/Aktivetsråd

Leds av avdelningspersonal.

Kundernas mötesforum där synpunkter och önskemål kring boendet och verksamheten kan lyftas. Aktiviteter för månaden planeras tillsammans och schema för detta upprättas. Dels gemensamma aktiviteter, dels egna aktiviteter tillsammans med fast omsorgskontakt.

3.2 Ordinärt boende

Mötesforum	Intervall	Tidsåtgång	Medverkande	Mötesansvarig
<u>Pulsmöten</u>	Dagligen morgon SEFOS	5–10 min	Planeringsteam Enhetschef/planerare	Planerings- sjuksköterska
<u>Daglig avstämning</u> Uppkomna behov /problem som inte kan vänta	Dagligen förmiddag	15 min	Enhetschef/planerare Leg personal Vårdpersonal i tjänst	Varje profession som behöver lyfta ett behov/ problem
<u>Teammöten</u> Genomgång utifrån behov/problem, riskbedömning, uppföljningar beslutade åtgärder,	Varannan vecka Möteslokal	30 min Mer tid efter behov	Leg personal Fast omsorgskontakt Handläggare Dietist v.b Demenssjuksköterska v. b	Enhetschef
<u>Reflektionsmöten</u> Arbetsätt Kundperspektiv	1 ggr/mån Möteslokal	60 min	Samtlig vårdpersonal Grupper i gruppen Leg personal vid behov	Specialist usk från annan grupp utbildade i samtalsmetodik
<u>APT</u> Arbetsmiljöfrågor Verksamhetsfrågor Kompetensutveckling Ekonomifrågor	1 ggr/mån Möteslokal	60 min	Samtlig vårdpersonal	Enhetschef
<u>Kvalitetsmöten</u> Avvikelsehantering Återkoppling av kvalitetsregister/PPM mm	1 ggr/mån Möteslokal	Minst 30 min Upp till en timme vid behov	Enhetschef Leg personal	Enhetschef/ssk

Pulsmöten

Dagliga möten, vid behov, inför inflytt/utflytt av ny kund/patient eller då någon kund/patient vistas på sjukhus.

Daglig avstämningar/brådslande problem som inte kan vänta

Dagliga möten där vårdpersonal i tjänst, enhetschef, planerare och legitimerad personal har avstämning. Nya och avslutade kunder. Behov och problem som behöver lösas/informeras om direkt och som behöver nå ut till många.

Teammöten

Leds av enhetschef

Fast schema som följer grupper i gruppen för systematisk uppföljning av kund/patient med omfattande insatser/behov. 2-4 kunder/möte för systematisk uppföljning. En gemensam prioriteringsordning av kunder/patienter upprättas tillsammans av teamet. Störst behov först. Övriga kunder/patienter om en oförutsedd händelse uppstått.

Varje profession presenterar kund/patients behov/problem/önskemål utifrån sitt kunskapsområde enligt [Agenda för teammöten](#). Samtliga deltagare är pålästa innan mötet.

Riskbedömningar utförs beroende på kunds/patients behov. Som vägledning finns [rutin för standardiserade bedömningsinstrument](#). Eventuella riskbedömningar ska vara utförda i god tid innan mötet. Beroende på patientens hälsotillstånd samordnar professionerna vilka som behöver medverka att utföra relevanta riskbedömningar. Kund/patient görs delaktig i resultat samt för diskussion om lämpliga åtgärder.

Beroende på kund/patients önskemål/behov/problem beslutas om lämpliga åtgärder samt vem som ska utföra åtgärderna.

Beroende på kund/patients hälsotillstånd och på planerade åtgärder beslutas om hur ofta uppföljning i teamet behöver utföras.

Behövs samsyn i omvårdnaden tas detta upp till diskussion på reflektionsmöten.

Dokumentation i patientjournal/SoL/LSS journal utförs enligt gällande rutiner för dokumentation och profession. Dokumentation i kvalitetsregister utförs på teammöten om tid finns annars vid annat tillfälle.

Överenskommelse görs för vilka kunder/patienter som är aktuella till nästföljande möte så att samtliga professioner kan förbereda sig.

Reflektionsmöte/grupper i gruppen, APT och kvalitetsmöten

Hålls vid samma tillfälle efter varandra. Ersättare finns schemalagda på området så att mötena kan hållas utan larmtelefoner och avbrott.

Reflektionsmöte/grupper i gruppen möte

Leds av specialistundersköterska/motsvarande utbildad i samtalsmetodik

Går laget runt bland deltagarna. Tar upp kundrelaterade frågor där samsyn i omvårdnaden behövs. Vid behov lyfts frågor vidare till Kvalitetsmöte eller teammöten.

APT

Leds av enhetschef.

Fast dagordning och minnesanteckningar förs. Fast års-hjul följs. Arbetsmiljöfrågor, verksamhetsfrågor, kompetensutveckling, ekonomiuppföljning.

Kvalitetsmöte

Leds av enhetschef tillsammans med legitimerad personal.

Redovisar och diskuterar sammanställningar och analyser av avvikelser.

Presentation av statistik från eventuella kvalitetsregister.

Vid behov utförs fortbildning till arbetsgruppen vid detta forum. Ex webbutbildningar, basala hygienrutiner, vårdutvecklare bjuds in och utbildar mm

3.3 Gruppbestäder, servicebostäder, Nakterhuset

Mötesforum	Intervall	Tidsåtgång	Medverkande	Mötesansvarig
<u>Pulsmöten</u>	Dagligen (vid behov) SEFOS	5 min	Planeringsteam Enhetschef/planerare	Ansvarig sjuksköterska
<u>APT</u> Arbetsmiljöfrågor Verksamhetsfrågor Kompetensutveckling Ekonomifrågor	1 ggr/månad Möteslokal	60 min	Samtlig vårdpersonal på arbetsplatsen	Enhetschef
<u>Teammöte</u> Genomgång utifrån behov/problem, riskbedömning, uppföljningar beslutade åtgärder	1 ggr/månad På boendet	30 min	Leg personal Fast omsorgskontakt Dietist v.b Demenssjuksköterska v.b	Enhetschef
<u>Reflektionsmöten</u> Arbetsätt Kundperspektiv	1 ggr/månad Möteslokal	60 min	Samtlig vårdpersonal på arbetsplatsen	Reflektionsledare från annan verksamhet utbildad i samtalsmetodik
<u>Kvalitetsmöte</u> Avvikelsehantering Återkoppling av	1 ggr/månad Möteslokal	Minst 30 min Upp till en	Leg personal	Enhetschef/ssk

kvalitetsregister/PPM mm		timme vid behov	Samtlig vårdpersonal på arbetsplatsen	
Aktivitetsråd/boråd Kundernas möte Aktiviteter Boendefrågor	1 ggr/månad Respektive boende	60 min	Kunder	Boendepersonal

Pulsmöten

Dagliga möten vid behov, inför inflytt/utflytt av kund eller då någon kund vistas på sjukhus alternativt har ett stort tillfälligt vårdbehov som vid vård i livets slut, ångestproblematik osv. Beroende på vad ärendet gäller är OAS med alternativt planeringsköterska vid sjukhusvistelse.

Teammöten

Leds av enhetschef.

Fast avdelningsschema som följer lägenheterna för systematisk uppföljning samtliga kunder/patienter efter behov. Övriga kunder om en oförutsedd händelse uppstått.

Vid behov lyfts frågor till företrädare (ex god man), handläggare, primärvård eller annan ansvarig myndighet/vårdgivare. Berörda professioner bjuds in i god tid till mötena för att kunna läsa på och sätta sig in i ärendet.

Varje profession presenterar kund/patients behov/problem/önskemål utifrån sitt kunskapsområde enligt [Agenda för teammöten](#). Samtliga deltagare är pålästa innan mötet.

Riskbedömningar utförs beroende på kunds/patients behov. Som vägledning finns [rutin för standardiserade bedömningsinstrument](#). Eventuella riskbedömningar ska vara utförda i god tid innan mötet Beroende på patientens hälsotillstånd samordnar professionerna vilka som behöver medverka och utföra relevanta riskbedömningar. Kund/patient görs delaktig i resultat samt för diskussion om lämpliga åtgärder.

Beroende på kund/patients önskemål/behov/problem beslutas om lämpliga åtgärder samt vem som ska utföra åtgärderna.

Beroende på kund/patients hälsotillstånd och på planerade åtgärder beslutas om hur ofta uppföljning i teamet behöver utföras.

Behövs samsyn i omvårdnaden tas detta upp till diskussion på reflektionsmöten.

Dokumentation i patientjournal/SoL/LSS journal utförs enligt gällande rutiner för dokumentation och profession. Dokumentation i kvalitetsregister utförs på teammöten om tid finns annars vid annat tillfälle.

Överenskommelse görs för vilka kunder/patienter som är aktuella till nästföljande möte så att samtliga professioner kan förbereda sig.

Dokumentation i eventuella kvalitetsregister utförs av utsedd person som även presenterar statistik ur registerna på kvalitetsmöten. Förslagsvis specialistundersköterska med kvalitetsansvar som ska finnas på varje avdelning och som är sjuksköterskans och enhetschefens förlängda arm.

Reflektionsmöten, APT och kvalitetsmöten hålls vid samma tillfälle efter varandra. Ersättare finns schemalagda på boendet så att mötena kan hållas utan avbrott.

APT

Leds av enhetschef.

Fast dagordning och minnesanteckningar förs. Fast års-hjul följs. Arbetsmiljöfrågor, verksamhetsfrågor, kompetensutveckling, ekonomiuppföljning.

Reflektionsmöte

Leds av Leds av specialistundersköterska/motsvarande utbildad i samtalsmetodik.

Går laget runt bland deltagarna. Tar upp kundrelaterade frågor där samsyn i omvårdnaden behövs. Vid behov lyfts frågor vidare till legitimerad personal till Kvalitetsmötet eller teammöten.

Kvalitetsmöte

Leds av enhetschef tillsammans med legitimerad personal.

Redovisar och diskuterar sammanställningar och analyser av avvikelser.

Presentation av statistik från eventuella kvalitetsregister

Vid behov utförs fortbildning till arbetsgruppen vid detta forum. Ex webbutbildningar, basala hygienrutiner, vårdutvecklare bjuds in och utbildar mm

Aktivitetsråd/boråd eller motsvarande

Leds av avdelningspersonal.

Kundernas mötesforum. Aktiviteter för månaden planeras tillsammans och schema för detta upprättas. Dels gemensamma aktiviteter. Dels egna tillsammans med fast omsorgskontakt.

3.4 Daglig verksamhet

Mötesforum	Intervall	Tidsåtgång	Medverkande	Mötesansvarig
APT Arbetsmiljöfrågor Verksamhetsfrågor Kompetensutveckling	1 ggr/månad Möteslokal	60 min	Samtlig stödpersonal på arbetsplatsen	Enhetschef

g Ekonomifrågor					
Reflektionsmöte Arbetsätt Kundperspektiv Genomgång utifrån behov/problem, riskbedömning, uppföljningar beslutade åtgärder		1 ggr/månad Möteslokal	60 min	Samtlig stödpersonal på arbetsplatsen Leg personal Boendepersonal v.b	Enhetschef
Kvalitetsmöte Avvikelsehantering Återkoppling av kvalitetsregister/PP M mm		1 ggr/månad Möteslokal	Minst 30 min Upp till en timme vid behov	Leg personal Samtlig stödpersonal på arbetsplatsen	Enhetschef
Aktivitetsråd Kundernas möte Aktiviteter		1 ggr/månad Respektive enhet	60 min	Kunder	Personal

Reflektionsmöte, APT och kvalitetsmöten hålls vid samma tillfälle efter varandra.

Reflektionsmöten

Går laget runt bland deltagarna.

Tar upp kundrelaterade frågor där samsyn behövs. Tar upp kundrelaterade frågor där samsyn i omvårdnaden behövs.

Används även till systematiska uppföljningar av kund. Ansvarig stödpersonal presenterar "sin" kund. Fast schema för systematisk uppföljning på kunderna uppdelat på var sjätte månad då även boendepersonal bjuds in vid behov.

Varje profession presenterar kund/patients behov/problem/önskemål utifrån sitt kunskapsområde enligt [Agenda för teammöten](#). Samtliga deltagare är pålästa innan mötet.

Riskbedömningar utförs beroende på kunds/patients behov. Som vägledning finns [rutin för standardiserade bedömningsinstrument](#). Eventuella riskbedömningar ska vara utförda i god tid innan mötet Beroende på patientens hälsotillstånd samordnar professionerna vilka som behöver medverka och utföra relevanta riskbedömningar. Kund/patient görs delaktig i resultat samt för diskussion om lämpliga åtgärder.

Beroende på kund/patients önskemål/behov/problem beslutas om lämpliga åtgärder samt vem som ska utföra åtgärderna.

Beroende på kund/patients hälsotillstånd och på planerade åtgärder beslutas om hur ofta uppföljning i teamet behöver utföras.

Behövs samsyn i omvårdnaden tas detta upp till diskussion på reflektionsmöten.

Dokumentation i patientjournal/SoL/LSS journal utförs enligt gällande rutiner för dokumentation och profession. Dokumentation i kvalitetsregister utförs på teammöten om tid finns annars vid annat tillfälle.

Uppföljning av planerade riskbedömningar och planerade åtgärder eller annat av vikt. Övriga kunder tas upp om akut behov föreligger. Samtliga deltagare är pålästa innan mötet.

Riskbedömningar ska vara utförda i god tid.

Dokumentation i patientjournal/SoL/LSS journal utförs enligt gällande rutiner för dokumentation och profession.

APT

Leds av enhetschef. Fast dagordning och minnesanteckningar förs. Fast års-hjul följs. Arbetsmiljöfrågor, verksamhetsfrågor, kompetensutveckling, ekonomiuppföljning.

Kvalitetsmöten

Leds av enhetschef tillsammans med legitimerad personal.

Redovisar och diskuterar sammanställningar och analyser av avvikelser.

Presentation av statistik från eventuella kvalitetsregister

Vid behov utförs fortbildning till arbetsgruppen vid detta forum. Ex webbutbildningar, basala hygienrutiner, vårdutvecklare bjuds in och utbildar mm

Aktivitetsråd eller motsvarande

Leds av stödpersonal.

Kundernas mötesforum. Aktiviteter planeras.

3.5 Personlig assistans

Mötesforum	Intervall	Tidsåtgång	Medverkande	Mötesansvarig
APT Arbetsmiljöfrågor Verksamhetsfrågor Kompetensutveckling Ekonomifrågor	1 ggr/månad Möteslokal	60 min	Samtlig personal på arbetsplatsen	Enhetschef
Reflektionsmöten Arbetsätt Kundperspektiv Genomgång utifrån behov/problem, riskbedömning, uppföljningar beslutade åtgärder	1 ggr/månad Möteslokal	Ca 30 min	Samtlig personal på arbetsplatsen	Enhetschef
Kvalitetsmöten Avvikelsehantering Återkoppling kvalitetsregister/PPM mm	1 ggr/månad Möteslokal	Minst 30 min Upp till en timme vid behov	Samtlig personal på arbetsplatsen Leg personal v.b	Enhetschef

Reflektionsmöten, APT och kvalitetsmöten

Kan hållas vid samma tillfälle efter varandra. Reflektionsmöte och kvalitetsmöten hålls enskilt för varje personalgrupp. Eventuell ersättare finns schemalagda hos kund så att mötena kan hållas utan avbrott.

Reflektionsmöten

Leds av enhetschef

Går laget runt bland deltagarna. Tar upp kundrelaterade frågor där samsyn i omvårdnaden behövs.

Vid behov lyfts frågor till företrädare (ex god man), handläggare, legitimerad personal, primärvård eller annan ansvarig myndighet/vårdgivare. Berörda professioner bjuds in i god tid till mötena för att kunna läsa på och sätta sig in i ärendet.

Varje profession presenterar kund/patients behov/problem/önskemål utifrån sitt kunskapsområde enligt [Agenda för teammöten](#). Samtliga deltagare är pålästa innan mötet.

Riskbedömningar utförs beroende på kunds/patients behov. Som vägledning finns [rutin för standardiserade bedömningsinstrument](#). Eventuella riskbedömningar ska vara utförda i god tid

innan mötet Beroende på hälsotillstånd samordnar professionerna vilka som behöver medverka och utföra relevanta riskbedömningar. Kund/patient görs delaktig i resultat samt för diskussion om lämpliga åtgärder.

Beroende på kund/patients önskemål/behov/problem beslutas om lämpliga åtgärder samt vem som ska utföra åtgärderna.

Beroende på kund/patients hälsotillstånd och på planerade åtgärder beslutas om hur ofta uppföljning i teamet behöver utföras.

Dokumentation i patientjournal/SoL/LSS journal utförs enligt gällande rutiner för dokumentation och profession.

APT

Leds av enhetschef.

Fast dagordning och minnesanteckningar förs. Fast års-hjul följs. Arbetsmiljöfrågor, verksamhetsfrågor, kompetensutveckling, ekonomiuppföljning.

Kvalitetsmöten

Leds av enhetschef tillsammans med eventuell legitimerad personal.

Redovisar och diskuterar sammanställningar och analyser av avvikelser.

Presentation av statistik från eventuella kvalitetsregister

Vid behov utförs fortbildning till arbetsgruppen vid detta forum. Ex webbutbildningar, basala hygienrutiner, vårdutvecklare bjuds in och utbildar mm

3.6 Boendestöd

Mötesforum	Intervall	Tidsåtgång	Medverkande	Mötesansvarig
<u>Pulsmöten</u>	Dagligen (vid behov) SEFOS	5 min	Ev Planeringsteam Enhetschef Tjänstgörande personal Berörda professioner	Planerings- sjuksköterska Alternativt OAS
<u>APT</u> Arbetsmiljöfrågor Verksamhetsfrågor Kompetensutveckling Ekonomifrågor	1 ggr/månad Möteslokal	60 min	Samtlig personal på arbetsplatsen	Enhetschef

Reflektionsmöten Arbetsätt Kundperspektiv Genomgång utifrån behov/problem, riskbedömning, uppföljningar beslutade åtgärder	1 ggr/månad Möteslokal	60 min	Samtlig personal på arbetsplatsen Leg personal Handläggare v.b	Enhetschef
Kvalitetsmöten Avvikelsehantering Återkoppling av kvalitetsregister/PPM mm	1 ggr/månad Möteslokal	Minst 30 min Upp till en timme vid behov	Samtlig personal på arbetsplatsen Leg personal v.b	Enhetschef

Pulsmöten

Dagliga möten vid behov, ny kund eller då någon kund vistas på sjukhus alternativt har ett stort tillfälligt vårdbehov som vid vård i livets slut, ångestproblematik osv. Beroende på vad ärendet gäller är OAS med alternativt planeringsköterska vid sjukhusvistelse.

APT, reflektionsmöte och kvalitetsmöten hålls vid samma tillfälle efter varandra. Mötena ska hållas utan avbrott.

APT

Leds av enhetschef.

Fast dagordning och minnesanteckningar förs. Fast års-hjul följs. Arbetsmiljöfrågor, verksamhetsfrågor, kompetensutveckling, ekonomiuppföljning.

Reflektionsmöten

Leds av enhetschef

Går laget runt bland deltagarna. Tar upp kundrelaterade frågor där samsyn i omvårdnaden behövs.

Vid behov lyfts frågor till företrädare (ex god man), handläggare, legitimerad personal, primärvård eller annan ansvarig myndighet/vårdgivare. Berörda professioner bjuds in i god tid till mötena för att kunna läsa på och sätta sig in i ärendet.

Varje profession presenterar kund/patients behov/problem/önskemål utifrån sitt kunskapsområde enligt [Agenda för teammöten](#). Samtliga deltagare är pålästa innan mötet.

Riskbedömningar utförs beroende på kunds/patients behov. Som vägledning finns [rutin för standardiserade bedömningsinstrument](#). Eventuella riskbedömningar ska vara utförda i god tid innan mötet Beroende på hälsotillstånd samordnar professionerna vilka som behöver medverka

och utföra relevanta riskbedömningar. Kund/patient görs delaktig i resultat samt för diskussion om lämpliga åtgärder.

Beroende på kund/patients önskemål/behov/problem beslutas om lämpliga åtgärder samt vem som ska utföra åtgärderna.

Beroende på kund/patients hälsotillstånd och på planerade åtgärder beslutas om hur ofta uppföljning i teamet behöver utföras.

Dokumentation i patientjournal/SoL/LSS journal utförs enligt gällande rutiner för dokumentation och profession.

Kvalitetsmöten

Leds av enhetschef tillsammans med eventuell legitimerad personal.

Redovisar och diskuterar sammanställningar och analyser av avvikelser.

Presentation av statistik från eventuella kvalitetsregister

Vid behov utförs fortbildning till arbetsgruppen vid detta forum. Ex webbutbildningar, basala hygienrutiner, vårdutvecklare bjuds in och utbildar mm