

KVALITETSRÅD

EN MODELL FÖR SYSTEMATISK UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING INOM ÄLDREOMSORGEN



*I denna FoU-skrift visas ett exempel på en mindre kommuns sätt att
arbeta med uppföljning och utvärdering inom äldreomsorgen*

Preliminär utgåva – mars 2016

Förord

Denna skrift är framtagen i syfte att beskriva arbetet med kvalitetsråd. Tanken är att du som läsare ska ha möjlighet att följa arbetsgången med kvalitetsråd på den lokala nivån.

Från FoU Välfärd, Region Västerbotten har vi deltagit med en utvecklingsledare och en forskningsledare inom äldreområdet som hjälpt till i arbetsprocessen i en specifik kommun genom att tillsammans med verksamheten identifiera en nulägesbild och göra en kartläggning av källor för informationsinhämtning. Vi har hjälpt till att ta fram en påverkansanalys och utifrån lokal nivå diskuterat vilka relevanta mått och indikatorer som är intressanta att följa. Vi hjälptes åt att hämta ut data som kom att ligga till grund för en kvalitetsrapport. FoU Välfärd har varit bollplank när det gäller systematisk uppföljning inom äldreområdet samt en dialogpart till de som arbetar med kvalitetsregistren på den nationella nivån – en dialog som handlat om att tillgång på utdata ska matcha de efterfrågade behoven på lokal nivå.

Kvalitetsarbetet kom att formuleras som en arbetsmodell och kulmen på utvecklingsarbetet blev en Kickoff för Kvalitetsråd den 15 mars 2016. Där förmedlade kommunens ledning inom äldreområdet den gemensamma visionen och spred kunskap om varför vissa mått blev utvalda att följa i kommunen. Kickoff-dagen innehöll även ett utbildningspass om förbättringskunskap och om brukardelaktighet.

Vid frågor kontakta

Åsa Bygdeson

asa.bygdeson@regionvasterbotten.se

En idé-skrift från

FoU Välfärd, Region Västerbotten, 2016

Besöksadress: Norrlandsgatan 10D, Umeå

Innehåll

Bakgrund	4
Källor och nulägesanalys	5
Kvalitetsråd.....	5
Arbeta enligt en evidensbaserad praktik - EBP	6
Vision och målbild	6
Årsplanering	7
Kvalitetsrapportens framtagande	8
Kvalitetsledningssystem inom äldreomsorgen	11
Planering framåt.....	12
Tips och råd	12
Reflektioner	14
Källor:.....	15

Bakgrund

Under åren 2010-2014 introducerades nya nationella kvalitetsregister* genom den nationella satsningen "Bättre liv för sjuka äldre". Detta med följden att flertalet mått och indikatorer blivit möjliga att följa via dessa register. I den aktuella kommunen implementerades tre kvalitetsregister; Senior Alert, Svenska palliativregistret och BPSD.

Alla dessa mått och mätetal tillsammans med kommunens egna hade skapat en ovisshet kring hur, när och vem som skulle följa dessa mått, samt hur dessa skulle användas på det mest effektiva sättet. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) i kommunen uttryckte behov av stöd kring den sammantagna kvalitetsuppföljningen inom äldreomsorgen. Beskrivningen var att det fanns en känsla av otydlighet när det gällde ansvarsområden runt kvalitetsfrågor och allt för ofta hamnade kvalitetsresultaten för långt från verksamheten. Ett önskemål var att via sammantagna kommunresultat skapa grund för viktiga strategiska beslut. Det fanns en plan i kommunen att börja arbeta med kvalitetsrapport och kvalitetsråd med inspiration från andra kommuner i samma län. Det fanns utöver detta en viljeyttring att på ett mer systematiskt sätt ta tillvara på brukarens erfarenheter för att arbeta i enlighet med en evidensbaserad praktik. Kommunen tog kontakt med FoU Välfärd, Region Västerbotten för stöd i denna lokala uppföljningsmodell.

Under arbetets gång framkom ytterligare ett behov. Man ville i kommunen på ett enkelt sätt kunna sammanställa resultat så att varje boendechef kunde bli delaktig i att lägga in resultat i kvalitetsrapporten, se bilaga 1. Det framkom också att behov om kunskap i Exceldokument för uppföljning, se utförligare på sid 8.

*Senior Alert, Svenska palliativregistret, SveDem och BPSD

Kommunfakta:

Mindre kustnära kommun

Invånarantal 6724 (2014)

24 % av befolkning är +65 (2013)

Areal 1 313,25 km²

4 äldreboenden och 1 korttidsboende - totalt 100 boendeplatser

Ingen anställd verksamhetsutvecklare eller utvecklingsledare



Källor och nulägesanalys

Ledningsgruppen, MAS och ÄO chef började med att identifiera vilka uppföljningssystem de använde och kunde plocka egen data ifrån, vilka nationella kvalitetsregister som var relevanta att använda samt vilka andra uppföljningssystem som för tillfället användes.

- System som redan användes för uppföljning var; Nationella kvalitetsregister(*BPSD, Senior Alert, Svenska palliativregistret*), Öppna Jämförelser, brukarenkät, egna kvalitetsmätningar och egna verksamhetssystem.

En kartläggning av nuläge inom vård och omsorg utfördes och därefter gjordes en värdering av vilka indikatorer samt mått som skulle följas utifrån nuläget. Vissa processmått samt flertalet resultatmått blev det slutgiltiga valet, se bilaga 1.

- **Nuläge:** det var övergripande bra resultat inom den mätta vårdkvaliteten. Skillnader mellan boenden identifierades men också skillnader inom varje boende. Det fanns inte rutiner för att använda statistik från BPSD-registret. Det saknades en tydlig målbeskrivning i lokala riktlinjer inom demensområdet. Det som för övrigt saknades var ett systematiskt sätt att fånga den tredje kunskapskällan, brukaren av vård och omsorg. Man beskrev att det fanns så många uppföljningar att det var svårt att sälla i alla mått och indikatorer.

Mål:

- Skapa forum för att mötas på boendenivå och att få en samlad bild av kvalitetsfrågor.
- Säkerställa att kvalitetsledningssystemet blir ett levande arbetssätt med en tydlig systematik.
- Skapa plattform för brukarmedverkan/delaktighet.
- Föra ut resultaten tydligare på boendenivå.
- Ge förutsättningar för att arbeta kontinuerligt med förbättringsarbete.

Kvalitetsråd

En planering startade med att inrätta kvalitetsråd på varje boende, totalt fem råd. Målet var att kvalitetsråden skulle träffas 1ggr/kvartal för att mötas och analysera boendets kvalitetsrapport. De funktioner/personer som skulle ingå i kvalitetsrådet var; boendechef, Ssk, Usk (som också var s.k. vårdgrundsledare) samt rehabiliteringspersonal som adjungerade. Kvalitetsrådets uppgift blev att sammanställa och analysera de resultat som levererats via kvalitetsrapporten samt att beakta övrig information såsom brukarens erfarenheter, uppkomna frågeställningar från anhöriga, etc. Kvalitetsråden skall göra en analys utav kvalitetsrapporten och sedan ge förslag på handlingsplan med prioriteringsordning utifrån denna analys. Allt som framkommer nedtecknas och återkopplas sedan till ansvarig ledning inom kommunen, i detta fall socialchef, äldreomsorgschef, MAS. Därigenom skapas en övergripande kunskap på ledningsnivå som ger underlag till strategiska beslut inom verksamheten. Se bilaga 1.

Stöd till analys och förbättringsarbete

En intern stödstruktur för kvalitetsarbete skapades. Kvalitetsrådet skulle få coachstöd i sina analyser av kvalitetsrapporten samt även vid uppstart av förbättringsarbete, detta via lokal kompetens, i det här fallet HSL-chef från den egna verksamheten med särskilt ansvar för att stötta implementeringsprocessen av kvalitetsråd. Denne chef fick även särskilt ansvar för att ta fram statistik till kvalitetsrapporten inför

kvalitetsråden. Målet var att på sikt överföra kunskapen till respektive boendechef som i fortsättningen kan ta fram egna resultat och självständigt håller i kvalitetsrådet.

Arbeta enligt en evidensbaserad praktik - EBP

En evidensbaserad praktik är ett förhållningssätt för ett ständigt och systematiskt lärande, där brukaren och de professionella utifrån bästa tillgängliga kunskap tillsammans fattar beslut om lämpliga insatser i den mån brukaren eller hans eller hennes närstående kan och vill vara delaktiga. Ett systematiskt förbättringsarbete som involverar alla yrkeskategorier och brukarnas synpunkter är en viktig motor i en evidensbaserad verksamhet. Med en evidensbaserad praktik menas alltså en sammanvägning av:

- Bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap
- Brukarens erfarenhet och önskemål
- Professionell erfarenhet och yrkeskunskap

Den evidensbaserade praktiken utövas i en samhällelig kontext såsom den lokala situationen och det sociala sammanhanget. När kvalitetsråd infördes så ville kommunen även systematiskt inhämta kunskaper från den äldre och dess anhöriga via boenderåd och anhörigräffar. Allt detta sammantaget svarar väl mot att arbetet i denna kommuns äldreomsorg sker enligt intentionerna i en evidensbaserad praktik.

Den tredje kunskapskällan

Boenderåd

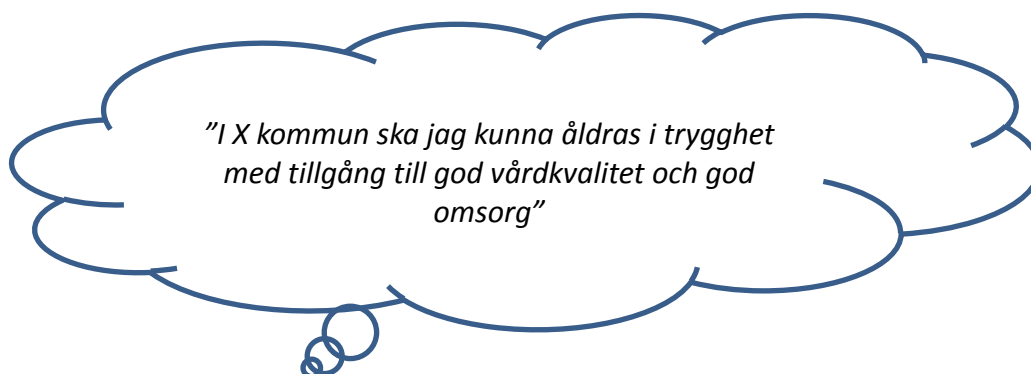
Planering fanns att starta ett boenderåd på varje boende som träffas 2ggr/halvår. Innehållet i boenderådet skulle utformas så att det man önskar följa i verksamheten kan följas upp också i boenderådet. Ex: tillgänglighet, bemötande, valmöjligheter. Boenderådet skulle också kunna fylla funktionen av en referensgrupp vid verksamhetsförändringar, etc. Utöver regelbundna boenderåd i form av fysiska träffar för de boenden där detta var lämpligt prövades också att på ett mer systematiskt sätt skapa en boendekommunikation med utgångspunkt i det aktuella kvalitetsarbetet. Särskilda boenderådskommunikatörer utbildades och pilotförsök genomfördes för att på ett varierat och anpassat sätt fånga idéer, synpunkter och förslag från alla boende/brukare så långt som det bara är möjligt. Först ut bland pilotverksamheterna fanns också rena demensavdelningar med särskilda utmaningar för en fungerande brukarkommunikation.

Anhörigräffar

Anhörigräffar skulle ske på varje boende 2ggr/halvår för att delge information om pågående verksamhet samt inhämta information från anhöriga. Syfte var att skapa delaktighet samt ökad trygghet.

Vision och målbild

En tydlig målbild togs fram, med inspiration från den i Västerbottens läns gemensamma äldreplanen.



Årsplanering

Ett så kallat "årshjul" för kvalitetsarbetet upprättades så att erfarenheter från boenderådet samt anhörigträffarna skulle inkluderas när kvalitetsrådet träffas för att analysera det sammantagna resultatet. Särskild hänsyn togs till övriga verksamhetspåverkande faktorer så som sommarmånader där inga "råd" skulle kunna ske.

Januari

Februari ledningsträff
– denna månad så skrivs verksamhetsberättelse, patientsäkerhetsberättelse. Strategi planeras för kommande år planeras utifrån äldreomsorgens sammantagna resultat.

Mars kvalitetsråd

April anhörigträff
– denna månad antas styrkort för kommunstyrelsen, socialutskott och äldreomsorgen

Maj boenderåd

Juni kvalitetsråd

Juli

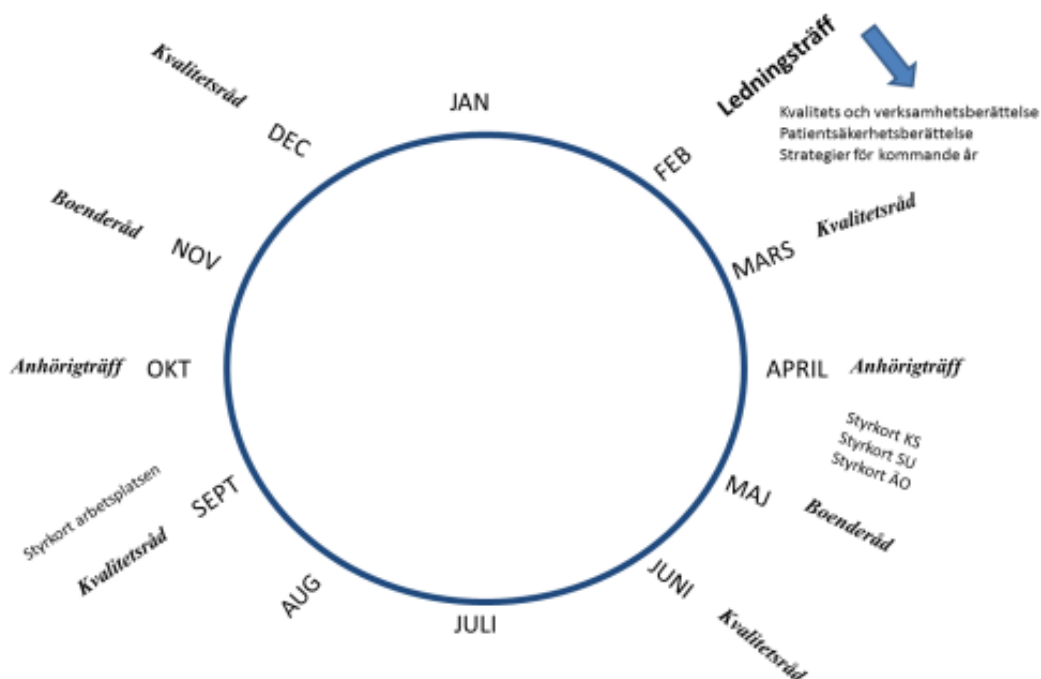
Augusti

September kvalitetsråd
– denna månad antas styrkort för arbetsplatsen

Oktober anhörigträff

November boenderåd

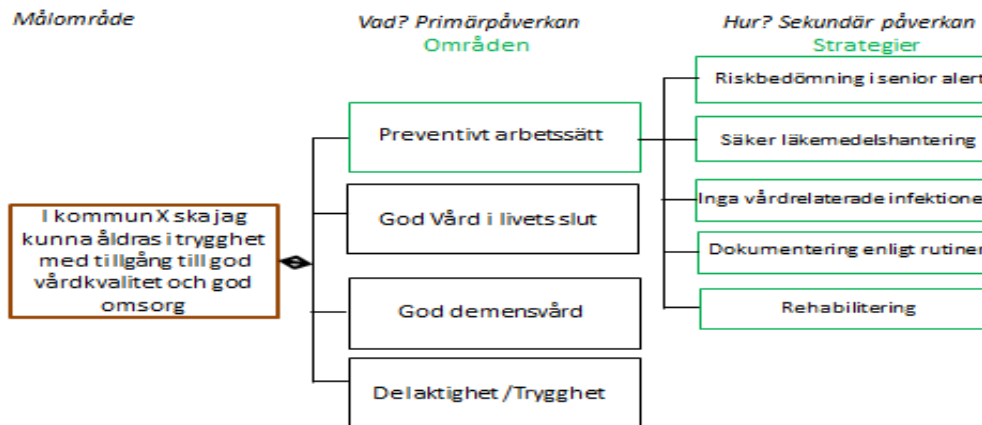
December kvalitetsråd



Kvalitetsrapportens framtagande

Först gjordes en påverkansanalys eller ett s.k. driverdiagram för att "vaska" fram de indikatorer och mått som verksamheten ämnade följa.

En påverkansanalys är en modell som kan hjälpa till att identifiera vilka faktorer som har påverkan och betydelse för hur vi ska nå de mål vi sätter upp i ett utvecklingsarbete. Bilderna ska läsas från vänster till höger, men pilarna det som kan påverka målet går från höger till vänster.



Klart uttryckt var att verksamheten inte ville följa mer indikatorer utan istället genomtänkta indikatorer och mått. Utöver mått som skulle följas via kvalitetsregister framkom andra uppföljningar som skulle beaktas i kvalitetsråden.

Primära påverkansfaktorer

De områden som framstod centrala att påverka om visionen och målbilden skulle kunna uppfyllas blev:

- ✓ Preventivt arbetssätt
- ✓ God vård i livets slut
- ✓ God vård vid demenssjukdom
- ✓ Trygghet och delaktighet.

Utifrån påverkansanalysen identifierades vilka mått som skulle följas i kvalitetsrapporten: *strukturmått*, *processmått*, *resultatmått*, samt vilka övriga mått som skulle följas men som inte skulle ingå i kvalitetsrapporten via mätetal. Denna påverkansanalys med ett driverdiagram togs fram som ett stöd till verksamheten att själv använda för att förklara helheten till kommande kvalitetsråd, tjänstemän och politiker.

Strukturmått – säger om vi har något inrättat eller ej, säger inget om innehållet eller kvaliteten

Processmått – mäter processen, att vi gör det vi sagt att vi skall göra i riktlinjer eller policys

Resultatmått – mäter resultatet av det vi gör, blir det bättre över tid eller sämre?

Övrigt att beakta vid träffarna i kvalitetsrådet:

- Boenderådets erfarenheter, maj och nov
- Eventuella uppkomna ämnen på anhörigträffar
- Basala hygienrutiner efter självskattning v 15 och v 45
- Aktuellt resultat när brukarenkäten presenteras
- Uppkomna Lex Maria/Lex Sara
- Resultat från punktprevalensmätning av fall och trycksår v 40 och v 11
- Resultat från journalgranskning
- Rehabilitering – uppföljning/utvärdering avvikelser
- Eventuellt Inkomna klagomål

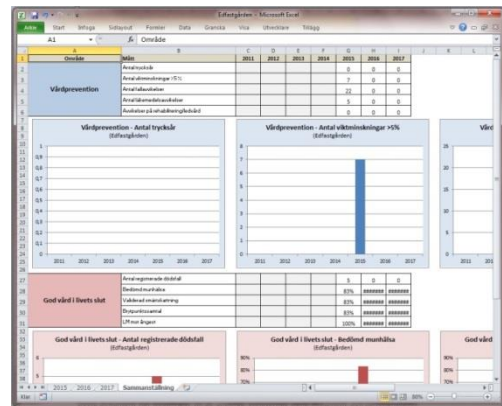
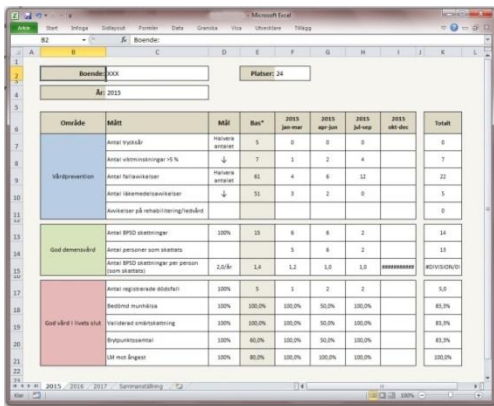
”Kick off”

Inför uppstarten av kvalitetsråd och boenderåd genomfördes en ”kickoff” med berörda parter. De som inbjöds på träffen tillhörde ytterst ansvariga ledningspersoner för äldreomsorgen, de som skulle sitta i kvalitetsråd på boendena samt rehabiliteringspersonal. Medverkade gjorde utvecklingsledare och forskningsledare från FoU Välfärd, Region Västerbotten.

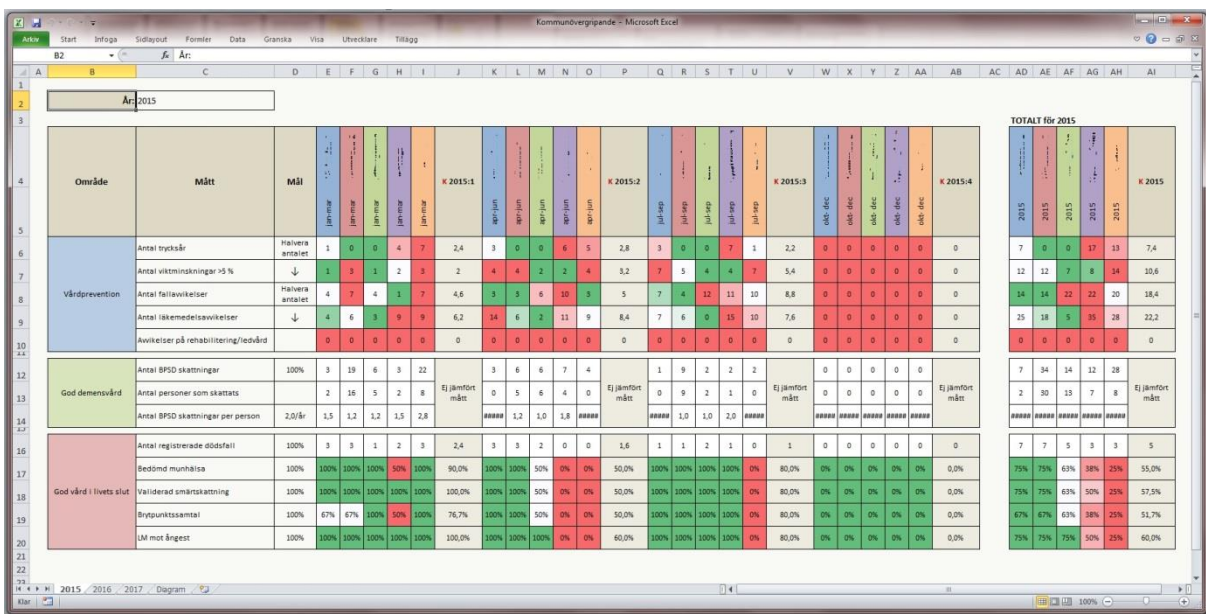
Innehållet på ”Kickoff” dagen bestod av att förmedla den gemensamma visionen, uppdatera sig inom förbättringskunskap, skapa inspiration till systematiskt kvalitetsarbete, introducera kvalitetsrådets uppgifter, påbörja analys och planer till förbättringar samt att skapa en plattform för kommande boenderåd.

Excelstöd för verksamhetsuppföljning via kvalitetsrapport

För att underlätta hanteringen av insamlad data togs en mall fram efter önskemål från kommunen. Mallen skapades i ett vanligt Excel-dokument och möjliggör för medarbetarna både på enhets- och ledningsnivå att följa resultat med färdiga diagram och tabeller. Se nedan, men även bilaga 1 och 2. Särskilda dokument skapades för enhetsnivån där den enskilda enheten fyller i sina egna siffror i ett eget dokument. Dokumentet har flikar för år samt en flik för total sammanställning. Kopplingar mellan celler och formler i själva Excel-dokumentet beräknar bland annat resultaten årsvis och ger grafiska sammanställningar för det kommunen anser vara de mest intressanta aspekterna av resultaten. (För större bilder, se bilaga 5a & b)



Vidare skapades ett övergripande Excel-dokument för den kommunövergripande ledningsnivån. Detta dokument är kopplade till de enskilda enheternas egna dokument och sammanställer dessa data på årsbasis och i vissa tabeller och diagram över tid. I detta fall är det fem olika enheter som sammanställs. Här färgmarkeras de olika enheternas resultat i förhållande till varandra efter önskemål från kommunen. Syftet är att ge en snabb överblick över resultaten. Det kommunövergripande dokumentet innehåller också färdiga diagram som uppdateras med de resultat som enheterna registrerar för att ledningen enkelt skall kunna göra enkla presentationer.



Kvalitetsledningssystem inom äldreomsorgen

Den 1 januari 2012 trädde Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i kraft. ”Med ledningssystem avses ett system för att fastställa principer för ledning av verksamheter inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS i kommunen med fokus på hur systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas. Ledningssystemet möjliggör ordning och reda i verksamheten så att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser från krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och verksamheter inom LSS kan förebyggas. Alla vårdgivare som bedriver verksamhet inom socialtjänsten ansvarar för att det finns ett ledningssystem för kvalitet”. (hämtat från kommunens beskrivna ledningssystem för kvalitet, 2013)

Enligt (SOSFS 2011:9) ska ledningssystemet användas för att:

- Systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet
- Planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten

I ett försök att beskriva detta i en bild framgår att arbetssättet med kvalitetsråd, boenderåd, uppföljning, utvärdering, förbättringsarbete och återkoppling säkerställer att kvalitetsledningssystemet blir ett strukturerat arbetssätt

Kvalitetsledningssystem i praktiken



Planering framåt

Den särskilt utsedda chef som skulle agera intern stödstruktur för fortsatt utvecklingsarbete bokade in träffar med respektive kvalitetsråd. Tid som avsattes till varje träff var ungefär två timmar. Efter genomgång av egna resultat och upprättande av handlingsplaner skulle dessa skickas in till denna chef och vidare upp i ledningssystemet. Efter test att använda en kortare variant på handlingsplan, (se bilaga 3) övergick enheterna att använda A3 som dokumentationsverktyg i sitt förbättringsarbete (se bilaga 4). Nya träffar beslutades om i respektive kvalitetsråd med olika intervall och det beslutades också vilka som skall ingå i det fortsatta arbetet beroende på valt förbättringsområde. Boenderåden och dess innehålls struktur är under uppbyggande med stöd av forskningsledare från FoU Välfärd.

Tips och råd

Här följer ett axplock av hur man kan tänka kring införande av nya arbetssätt. Det finns många teorier och idéer varav några presenteras här.

Några frågor att ställa sig vid införande av nya arbetssätt

- ✓ Vilka behöver kunna?
- ✓ Vilka behöver veta?
- ✓ Vilka behöver känna till?

När dessa grupper är identifierade bör handlingsplan upprättas om hur och när en involvering ska ske till valda grupper. Hur involverar vi de som ska agera i kvalitetsråden? Vilka kunskaper behöver de för att lyckas med sitt uppdrag? Vilka utöver kvalitetsrådet behöver veta hur vi arbetar på vår arbetsplats och hur involverar vi dessa? Vem eller vilka utanför den cirkeln kan tänkas behöva känna till och hur sprider vi den informationen?

Att implementera nya arbetssätt

För att lyckas med implementering av nya arbetssätt krävs enligt Thylefors (2007) vissa byggstenar som leder till förändring; *vision, kompetens, belöning, resurser och handlingsplan*. Först när alla dessa byggstenar är på plats så kommer det enligt Thylefors en förändring att ske.

Vision- vart är vi på väg och hur ska vi mäta att vi når vårt mål? Saknas vision så kommer det att uppstå en förvirring, vart ska vi?

Kompetens- har medarbetarna den kompetens de behöver för att kunna nå visionen eller behövs utbildningsinsatser? Saknas kompetens att utföra uppdraget så kommer de som ska kunna utföra uppdraget uppleva ångest.

Belöning – kan de som ska genomföra förändringen se eller uppleva att det leder till någon form av belöning? Blir vården bättre? Underlättar det nya arbetssättet för verksamheten? Kan inte någon form av belöning upplevas, varken av den som utför det förändrade arbetssättet eller att det ger effekt på, i det här fallet vårdtagaren kommer det bli ett motstånd till förändringen.

Resurser- finns det avsatt tid för det nya arbetssättet att utföras? Planeras det in i verksamheten? Finns det inte inplanerat eller någon utsedd person/funktion i verksamheten som ska se till att processen förverkligas kommer det uppstå en frustration.

Handlingsplan- har vi satt upp en handlingsplan för införandet och när vissa steg ska vara avklarade? Saknas en handlingsplan med tydliga instruktioner så kommer det bli en trampkvarn där ingenting sker som för förändringen i mål.



Ledarskap i human service-organisationer, Ingela Thylefors, (2007) (Efter Knosler , 1991)

Framgångsfaktorer inom äldreomsorgen

Enligt en studie som utfördes av Sveriges kommuner och landsting (2010) – *Framgångsfaktorer inom äldreomsorgen* - identifierades att införa ett kvalitetsledningssystem som fungerar som en röd tråd igenom kvalitetsarbetet som den viktigaste åtgärden kommunen kunde göra för att skapa en systematik i kvalitetsarbetet vara. Det andra som studien kunde identifiera var åtta framgångsfaktorer som utmärker de kommuner som lyckas bättre i sin äldreomsorg enligt resultat från öppna jämförelser. Dessa framgångsfaktorer är:

- Individanpassad omsorg
- Välutvecklad personastrategi
- Förankrad verksamhetsstyrning
- Tydlig rollfördelning mellan politiker och tjänstemän
- Systematiskt kvalitetsarbete
- Brukarorienterad organisationskultur
- Strukturerat samarbete med landstinget
- Aktivt arbete i kommunala nätverk

Att leda i en föränderlig verksamhet

I *Navigera i ständig förändring -Facilitering av utvecklingsarbete inom vård och omsorg* beskriver Höög (2014) tre viktiga komponenter för att stöd till utvecklingsarbete ska fungera – dels att den som ska ha funktionen att stödja/facilitera utvecklingsarbete behöver få tillgång till god kompetens för sin uppgift, att verksamheten som vill utvecklas bygger goda inre strukturer för sitt arbete så det kan följas och följas upp, och kanske allra viktigast är att den som ska stödja och den som ska utvecklas behöver ha en mycket god och kontinuerlig kommunikation mellan varandra.

Reflektioner

I den beskrivna kommunen fanns redan kunskap och erfarenhet av förändringar och förbättringsarbete. Det fanns en tanke och formulerad idé om införandet av kvalitetsråd i planeringen för äldreomsorgen. Några av boendecheferna inom äldreomsorgen hade gått den nationella ledarskapsutbildningen för äldreomsorgens chefer. Det fanns en tydlig struktur där alla yrkesroller inom äldreomsorgen hade tydliga uppdrag och utbildningssatsningar hade genomförts på alla nivåer. Det fanns även en tydlig ledningsstruktur som under många år bestått av samma personer. Ett nytt strukturerat arbetssätt inspirerat av författare och föreläsare Ola Polmé hade genomförts något år innan införandet av kvalitetsråd.

Sammantaget kan man anta att införandet av ett systematiskt arbetssätt kring kvalitetsfrågor underlättas om vissa ramar finns utstakade och en tydlig viljeinriktning finns på ledningsnivå. Andra viktiga faktorer kan vara att det finns en stabilitet i ledningsgrupper och att förbättringsarbete ligger högt på agendan för alla berörda. Det faktum att kvalitetsfrågor varit på agendan under en längre tid ledde förmodligen till att det var lättare att identifiera vilka behov som kommunen hade och ville genomföra.

Källor:

<http://www.socialstyrelsen.se/ledningssystem>

<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/attarbetevidensbaserat>

Thylefors, Ingela (2007). "Ledarskap I human service-organisationer." Natur och Kultur.

Knoster, T. "Managing complex change." *Session presented at TASH Conference, November, Washington, DC.* 1991.

Höög, Elisabet (2014). "Navigera i ständig förändring - Facilitering av utvecklingsarbete inom vård och omsorg", Avhandling, Umeå universitet.

SKL (2009). "Framgångsfaktorer inom äldreomsorgen – en analys utifrån kommunernas resultat 2009". - Öppna jämförelser analys

Bilaga 1. Kvalitetsrapport på enhetsnivå

Boende: XXX

Platser: X

År: 2015

Område	Mått	Mål	Bas*	2015 jan-mar	2015 apr-jun	2015 jul-sep	2015 okt-dec	Totalt
Vårdprevention	Antal trycksår	Halvera antalet	6	7	5	1		13
	Antal viktminskningar >5 %	↓	18	3	4	7		14
	Antal fallavvikelser	Halvera antalet	60	7	3	10		20
	Antal läkemedelsavvikelser	↓	42	9	9	10		28
	Avvikelser på rehabilitering/ledvård							0
God demensvård	Antal BPSD skattningar	100%	0	22	4	2		28
	Antal personer som skattats			8				8
	Antal BPSD skattningar per person (som skattats)	2,0/år	0,0	2,8	#####	#####	#####	#DIVISION/0!
God vård i livets slut	Antal registrerade dödsfall	100%	12	3	0			3,0
	Bedömd munhälsa	100%	83,3%	100,0%				100,0%
	Validerad smärtskattning	100%	91,7%	100,0%				100,0%
	Brytpunktssamtal	100%	91,7%	100,0%				100,0%
	LM mot ångest	100%	91,7%	100,0%				100,0%

Bilaga 2. Kommunövergripande rapport

År: 2015

Område	Mått	Mål	#REFERENS!	#REFERENS!	#REFERENS!	#REFERENS!	#REFERENS!	K 2015:1	#REFERENS!	#REFERENS!	#REFERENS!	#REFERENS!	#REFERENS!	K 2015:2	#REFERENS!	#REFERENS!	#REFERENS!	#REFERENS!	#REFERENS!	K 2015:3	#REFERENS!	#REFERENS!	#REFERENS!	#REFERENS!	#REFERENS!	K 2015:4
			jan-mar	jan-mar	jan-mar	jan-mar	jan-mar		apr-jun	apr-jun	apr-jun	apr-jun	apr-jun		jul-sep	jul-sep	jul-sep	jul-sep	jul-sep		okt-dec	okt-dec	okt-dec	okt-dec	okt-dec	
Vårdprevention	Antal trycksår	Halvera antalet	1	0	0	4	7	2,4	3	0	2,4	6	5	3,28	3	0	0	7	1	2,2	0	0	2,8	0	0	0,56
	Antal viktminskningar >5 %	↓	1	3	1	2	3	2	4	4	2	2	4	3,2	7	5	2	4	7	5	0	0	3,2	0	0	0,64
	Antal fallawikelser	Halvera antalet	4	7	4	1	7	4,6	3	3	4,6	10	3	4,72	7	4	6	11	10	7,6	0	0	5	0	0	1
	Antal läkemedelsawikelser	↓	4	6	3	9	9	6,2	14	6	6,2	11	9	9,24	7	6	2	15	10	8	0	0	8,4	0	0	1,68
	Awikelser på rehabilitering/ledvård		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
God demensvård	Antal BPSD skattningar	100%	3	19	1,2	3	8	Ej jämfört mått	3	6	0	7	0	Ej jämfört mått	1	9	1	2	0	Ej jämfört mått	0	0	0	0	0	Ej jämfört mått
	Antal personer som skattats		2	16	0	2	2,75		0	5	0	4	#####		0	9	0	1	#####		0	0	0	0	#####	
	Antal BPSD skattningar per person	2,0/år	1,5	1,2	1,0	1,5	0,0		#####	1,2	2,4	1,8	0,0		#####	1,0	2,0	2,0	0,0		#####	#####	1,6	#####	0,0	
God vård i livets slut	Antal registrerade dödsfall	100%	3	3	1	2	1	2	3	3	1	0	0	1,4	1	1	1	1	0	0,7	0	0	1	0	0	0,1
	Bedömd munhälsa	100%	100%	100%	100%	50%	100%	90,0%	100%	100%	77%	0%	0%	55,3%	100%	100%	50%	100%	0%	70,0%	0%	0%	50%	0%	0%	10,0%
	Validerad smärtskattning	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100,0%	100%	100%	100%	0%	0%	60,0%	100%	100%	100%	100%	0%	80,0%	0%	0%	60%	0%	0%	12,0%
	Brytpunktsamtal	100%	67%	67%	0%	50%	100%	56,7%	100%	100%	0%	0%	0%	40,0%	100%	100%	0%	100%	0%	60,0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,0%
	LM mot ångest	100%	100%	100%	0%	100%	0%	60,0%	100%	100%	0%	0%	0%	40,0%	100%	100%	0%	100%	0%	60,0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,0%

TOTALT för 2015

#REFERENS!	#REFERENS!	#REFERENS!	#REFERENS!	#REFERENS!	K 2015
2015	2015	2015	2015	2015	2015
7	0	5,2	17	13	8,44
12	12	8,2	8	14	10,84
14	14	19,6	22	20	17,92
25	18	19,6	35	28	25,12
0	0	0	0	0	0
7	34	2,2	12	8	Ej jämfört mått
2	30	0	7	#####	
#####	#####	7,0	#####	0,0	
7	7	3	3	1	4,2
75%	75%	69%	38%	25%	56,3%
75%	75%	90%	50%	25%	63,0%
67%	67%	0%	38%	25%	39,2%
75%	75%	0%	50%	0%	40,0%

Bilaga 4 A3 dokumentationsverktyg

Rubrik

Problembeskrivning, bakgrund, historik

Fakta som beskriver problem/nuläge (Källor?)

Analys - Grundsaker till problem

Vad vill vi åstadkomma? Beskriv bild av framtida önskvärt tillstånd		

Mätbart mål	Indikator/mått	Koppling till verksamhetens mål

Strategier/Aktiviteter	Ansvarig	Tidsaxel													
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	ok	

Pågående arbeten	Nuläge	Risker/Avvikelser	Bedömning
			<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px;"> </div>

Bilaga 5a

Microsoft Excel - Boende: XXX

Platser: 24

År: 2015

Område	Mått	Mål	Bas*	2015 jan-mar	2015 apr-jun	2015 jul-sep	2015 okt-dec	Totalt
Vårdprevention	Antal trycksår	Halvera antalet	5	0	0	0		0
	Antal viktnedgångar >5 %	↓	7	1	2	4		7
	Antal fallavvikelser	Halvera antalet	61	4	6	12		22
	Antal läkemedelsavvikelser	↓	51	3	2	0		5
	Avvikelser på rehabilitering/ledvård							0
God demensvård	Antal BPSD skattningar	100%	15	6	6	2		14
	Antal personer som skattats			5	6	2		13
	Antal BPSD skattningar per person (som skattats)	2,0/år	1,4	1,2	1,0	1,0	#####	#DIVISION/0!
God vård i livets slut	Antal registrerade dödsfall	100%	5	1	2	2		5,0
	Bedömd munhälsa	100%	100,0%	100,0%	50,0%	100,0%		83,3%
	Validerad smärtskattning	100%	100,0%	100,0%	50,0%	100,0%		83,3%
	Brytpunktssamtal	100%	60,0%	100,0%	50,0%	100,0%		83,3%
	LM mot ångest	100%	80,0%	100,0%	100,0%	100,0%		100,0%

Bilaga 5b

