

Halvårsrapport hälso- och sjukvårdsavvikelser januari- juni 2016

Bakgrund och syfte

Syftet med avvikelser är att identifiera eventuella negativa mönster och/eller systemfel i verksamheten samt utifrån analys och sammanställning skapa underlag för arbete med kvalitetsförbättring.

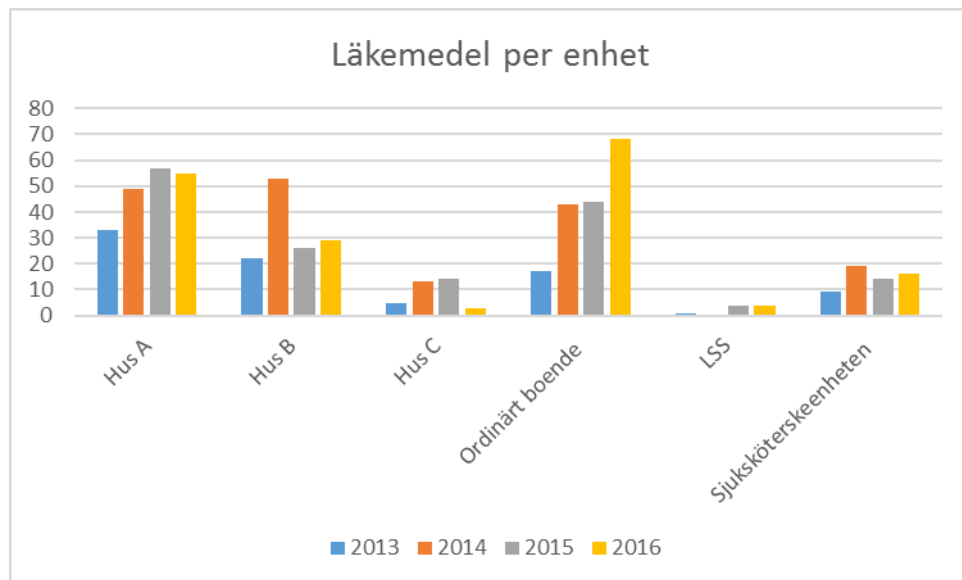
Resultat antal rapporterade avvikelser LÄKEMEDEL

Läkemedel	2013	2014	2015	2016
Hus A	33	49	57	55
Hus B	22	53	26	29
Hus C	5	13	14	3
Ordinärt boende	17	43	44	68
LSS	1	0	4	4
Sjuksköterskeenheten	9	19	14	16
Totalt	87	177	159	175

Antal rapporterade läkemedelsavvikelser under första halvåret 2016 för samtliga enheter¹ har ökat med 16 stycken, jämfört med föregående år, samma period.

Bild 1

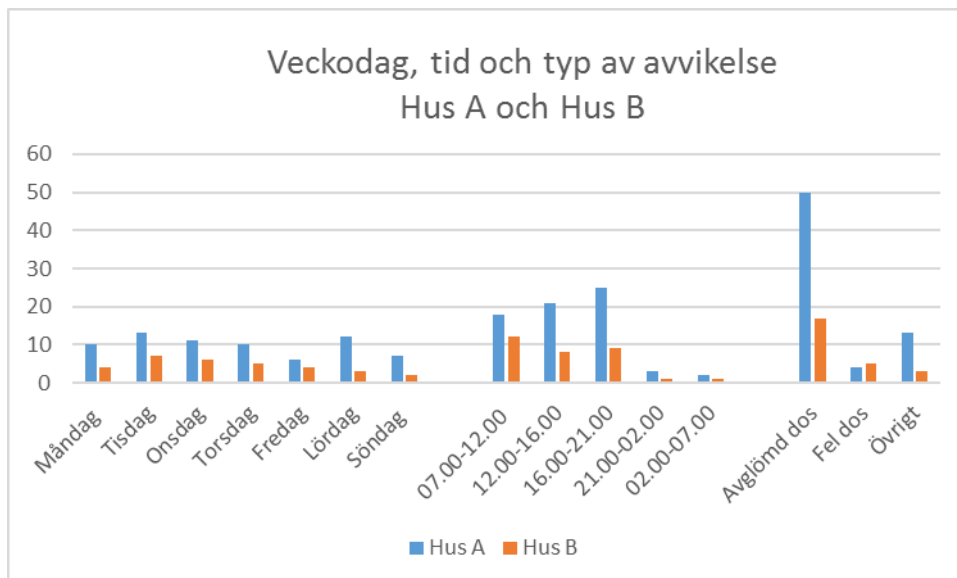
¹ Hus A =Somatiskt boende, Skattegårdsvägen våning 1 och 2. Hus B =Demensboende, Ballebovägen våning 1 och 2. Hus C =Korttidsboende. Ordinärt boende = Hemtjänst. LSS =Samtliga LSS-enheter med hälso- och sjukvårdsinsatser.



Hus C har minskat med 11 stycken och ordinärt boende ökat med 24. De övriga enheterna ligger på ungefär samma nivå som föregående år.

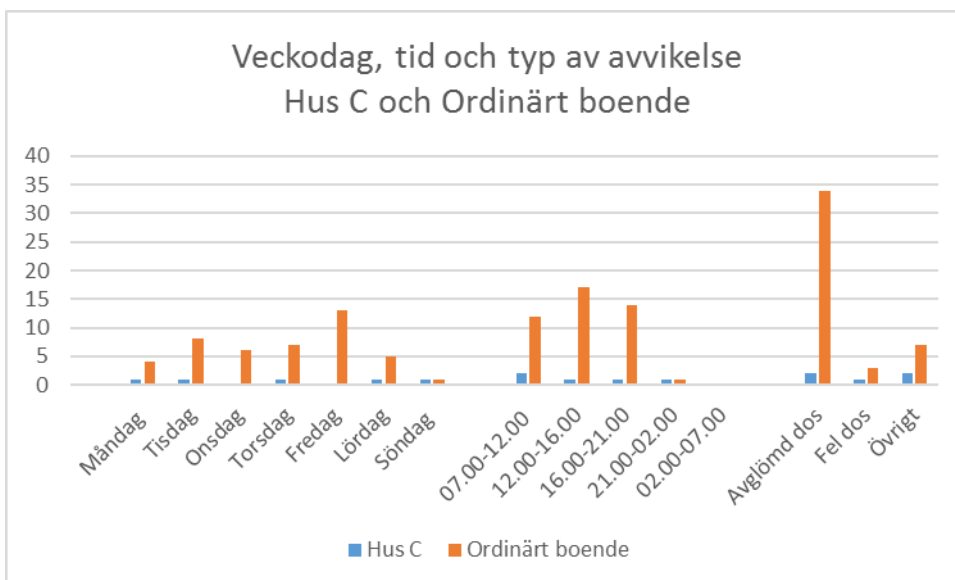
Statistik per enhet

Bild 2



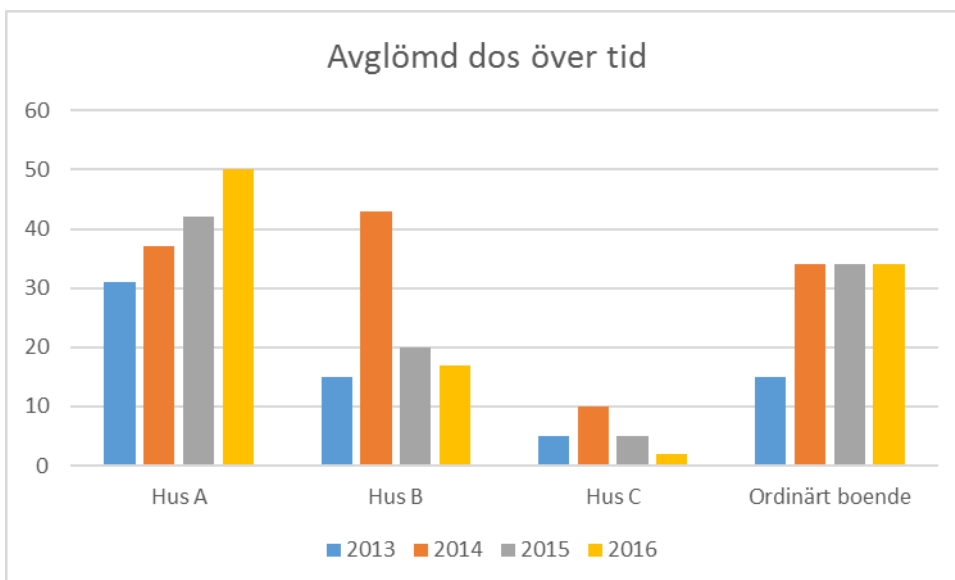
Rapporterade händelser för Hus A och Hus B är jämt fördelade över veckans alla dagar. Flest händelser sker dagtid mellan klockan 07.00- 21.00 och avglömd dos dominerar.

Bild 3



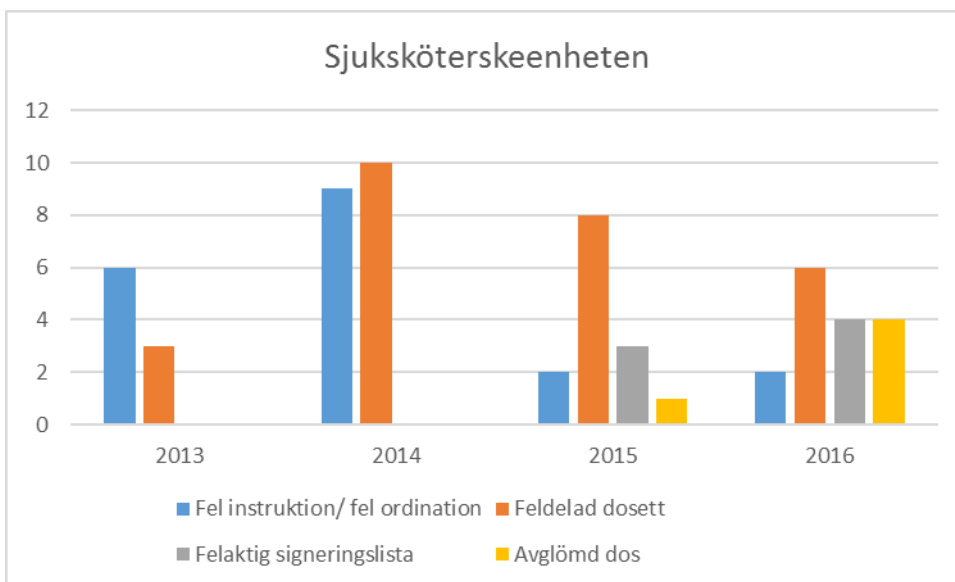
I ordinärt boende rapporteras flest händelser på fredagar. Dagtid mellan klockan 07.00- 21.00. och avglömd dos dominerar.

Bild 4



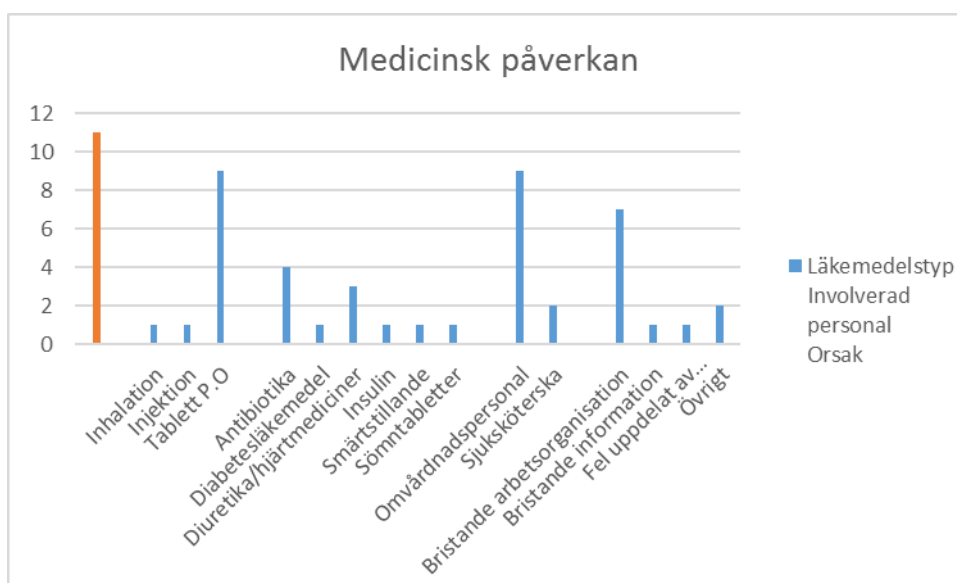
Hus A dominerar och ökar antal avglömd dos.

Bild 5



För sjuksköterskeenheten har totalt rapporterats 16 avvikelser jämfört med 15 stycken 2015. Feldelad dosett dominerar.

Bild 6



Läkemedelsavvikelse har genererat 11 händelser med medicinsk påverkan eller skada. Mest förekommande av antibiotikatabletter, när omvårdnadspersonal varit involverad. Bristande arbetsorganisation är rapporterad som orsak. Vanligaste åtgärden var bedömning av sjuksköterska samt uppföljning av delegering vid ett tillfälle.

Enhetschefens orsaks- och händelseanalys

Enhet	Orsaks- händelseanalys	Åtgärd för att förhindra upprepning
Hus A	Bristfällig rapportering, kommunikation och samarbete/följsamhet till gällande rutiner.	Förtydligande av rutiner och daglig planering. Uppföljning med berörda medarbetare av chef. Dialog mellan chef och sjuksköterska om lämplighet för delegerade uppgifter. Dialog APT.
Hus B	Aktiviteter distraherar /stressig arbetsmiljö. Bristfällig uppföljning vid nyrekrytering.	Avstämning varje arbetspass. Uppföljning nyrekrytering. Mentorskap. Återkoppling enhetschef /sjuksköterska lämplighet av delegerade uppgifter. Utbildning och följsamhet till rutiner. Kvalitetsarbete stående punkt

		på APT. Göra alla delaktiga i analysarbetet.
Hus C	Få händelser.	Systematiskt arbete med avvikelser på APT och team. Samtal med berörd person kontinuerligt.
Ordinärt boende	Bristande planeringsförmåga / ansvar. Oförmåga att använda arbetsbeskrivning. Otydliga signeringslistor. Otydlighet kring tidpunkt / planerade besök.	Återkommande LÄR UT- utb. Förtydliga planeringsordning/ delegationsansvar. Återkalla delegation vid upprepade avvikelser. Ökad rapporttid. Informera planeraren vid förändring i tid för HSL- insats.
LSS	Personal saknar tillräcklig kunskap om brukaren. Stor personalomsättning.	Uppdatera rutin kring brukaren. Diskussion på verksamhetsmöten med boendepedagog. Förbättra introduktion vid rekrytering.
Natten	Analys saknas.	Åtgärd saknas.
Sjuksköterske-enheten	Ofullständig / felaktig ordination från läkaren. Bristfällig dokumentation/ kommunikation. Ökad andel dosetter. Dosettutlämning ostrukturerat. Hög arbetsbelastning. Ej följd rutin för kontroll av dosett.	Mentorskap vid nyanställning. Utvecklingsarbete med PDSA. Uppföljning läkemedelshantering med PAL. Märkta backar för färdigdelade dosetter. Se över arbetsbelastning vid toppar. Kvalitetsarbete stående punkt på APT. Göra alla delaktiga i analysarbetet.

MAS sammanfattning om läkemedelsavvikelser

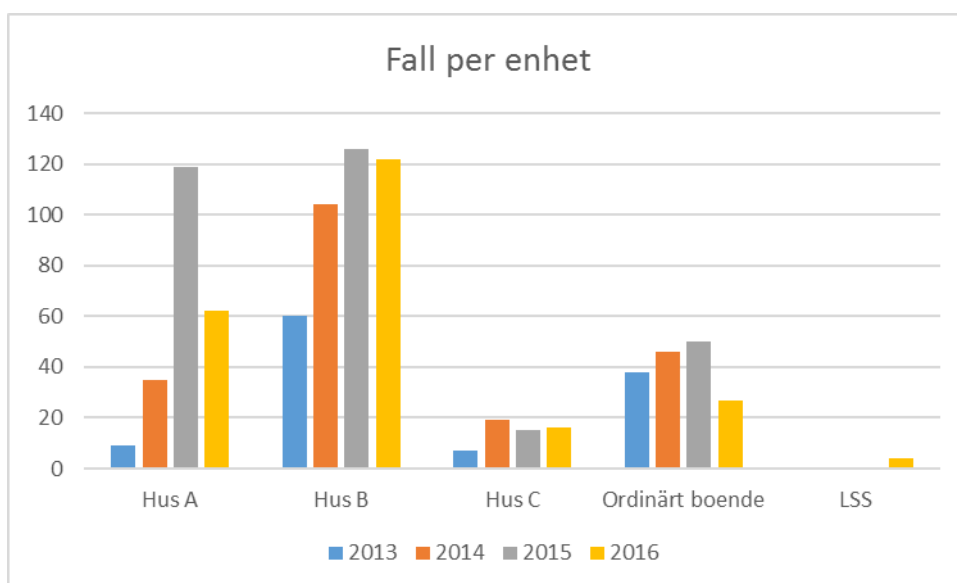
Utfallet i halvårsrapporten utgör ett underlag för verksamhetsutveckling och ett ständigt pågående förbättringsarbete gällande läkemedelshantering. Trenden har

dock ökat med 16 fler jämfört med föregående år. Alla är informerade om att det är viktigt att rapportera negativa händelser/ avvikelser. Krav kvarstår att konstruktivt utföra orsaks- och händelseanalyser som led till förbättring. Öka delaktighet för medarbetarna i analysarbetet, eftersom de troligen "sitter på lösningar" på problemet.

För sjuksköterskeenheten har händelserna för det mesta inneburit feldelade dosetter, vilket det finns en framtagen rutin om att kontroll måste ske av kollega innan dosett lämnas ut. Denna kontroll har brustit. Ny rutin införs from 1 oktober med tvingande dokumentation i journalens "Att Göra Lista". Det innebär färre pappersdokument i journalen, bättre kvalitet och mer överskådlighet, läkemedelshanteringen säkerställs med smidigare sökning och loggfunktion i journalen.

Resultat antal rapporterade avvikelser FALL

Fall	2013	2014	2015	2016
Hus A	9	35	119	62
Hus B	60	104	126	122
Hus C	7	19	15	16
Ordinärt boende	38	46	50	27
LSS	0	0	0	4
Totalt	114	204	310	231
Varav frakturer	1	1	1	5



Trend att rapporterade fallavvikelser under första halvåret 2016 har minskat i antal med totalt 79 stycken.

Fakta om fallolyckor och fallförebyggande arbete nationellt

Falloolyckor är vanliga bland äldre och kan orsaka skador, förlorad självständighet och även dödsfall. Fallförebyggande insatser kan riktas till enskilda äldre och till de personalgrupper som möter äldre i sitt arbete. Enligt socialstyrelsen² är fallolyckor idag den vanligaste skadeorsaken i Sverige och utgör i synnerhet bland äldre ett omfattande folkhälsoproblem.

Två tredjedelar av de som avlider till följd av fall är 65 år eller äldre, liksom hälften av alla som vårdas på sjukhus till följd av skada. Fallskador kan få allvarliga konsekvenser i form av lidande och försämrad livskvalitet som t ex rörelsesvårigheter, isolering och ökat beroende av andra. Många fallolyckor resulterar i höftfrakturer som utöver lidande för den drabbade även medför stora kostnader för samhället.

För personer med demenssjukdom i särskilt boende har vid en närmare granskning av studier framkommer att det krävs insatser av hög intensitet av personal med specifik kompetens för att uppnå positiv effekt. Det är t.ex. kännedom om regelbunden fysisk träning, översyn av läkemedel och falluppföljning som leder till positiv effekt.

Fallförebyggande insatser³ utgörs dels av åtgärder som riktar sig till personal som träffar äldre i sitt arbete, och dels av individanpassade åtgärder för enskilda äldre.

² <http://www.socialstyrelsen.se/indikatorer/sokiindikatorbiblioteket/ojfolkhalso/fallskadorblandaldre>

³ <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialtarbete/fallforebyggande>

Det finns bedömningsmetoder att tillgå för fallriskbedömning av äldre i flera olika sammanhang, exempelvis inom primärvård, på sjukhus och i särskilda boenden. Bedömningarna baseras bland annat på om personen:

- har fallit tidigare, använder flera olika läkemedel, har problem med balansen av något skäl, har nedsatt muskelstyrka och/eller synförmåga.

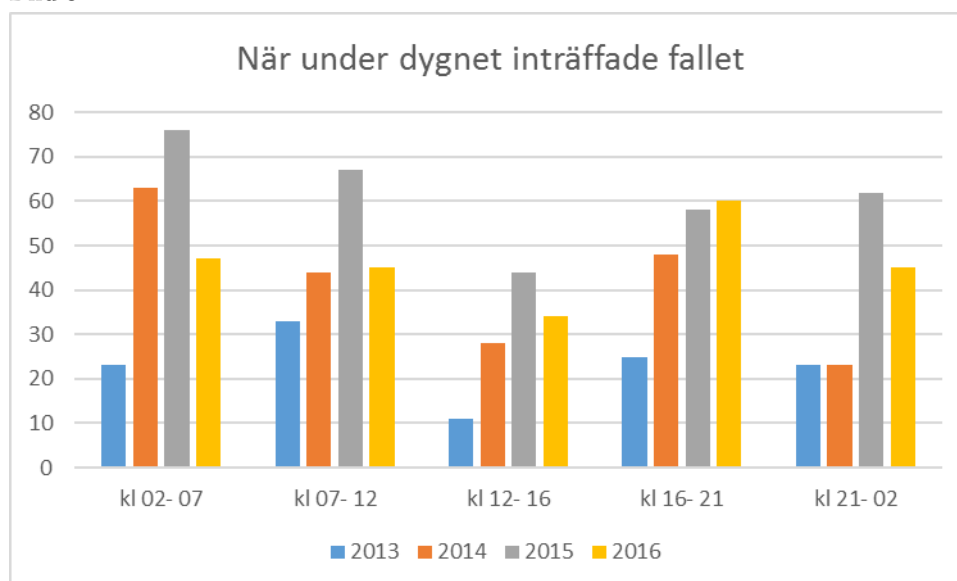
Även checklistor för bedömning av risker i hemmet har utvecklats. Där tittar man på faktorer som ökar fallrisken såväl inomhus som utomhus. Inomhus kan det till exempel handla om dålig framkomlighet, hala golv och avsaknad av stödjande handtag. Utomhus kan det handla om ojämnheter utanför entrén och avsaknad av halkskydd i trappan. Bland de individanpassade insatserna för enskilda äldre finns exempelvis:

- information om och hjälp till fysisk träning, höftskyddsbyxor, halkskydd, synkontroll och vidarehänvisning vid behov, hjälp med anskaffning och underhåll av tekniska hjälpmedel, hjälp med att minska risker i hemmiljön, rätt kost och översyn av läkemedel.

De instrument för riskbedömning och åtgärder som används är framtagna utifrån evidens som finns för äldre, men även för personer yngre än 65 år ska ett preventivt förhållningssätt alltid beaktas.

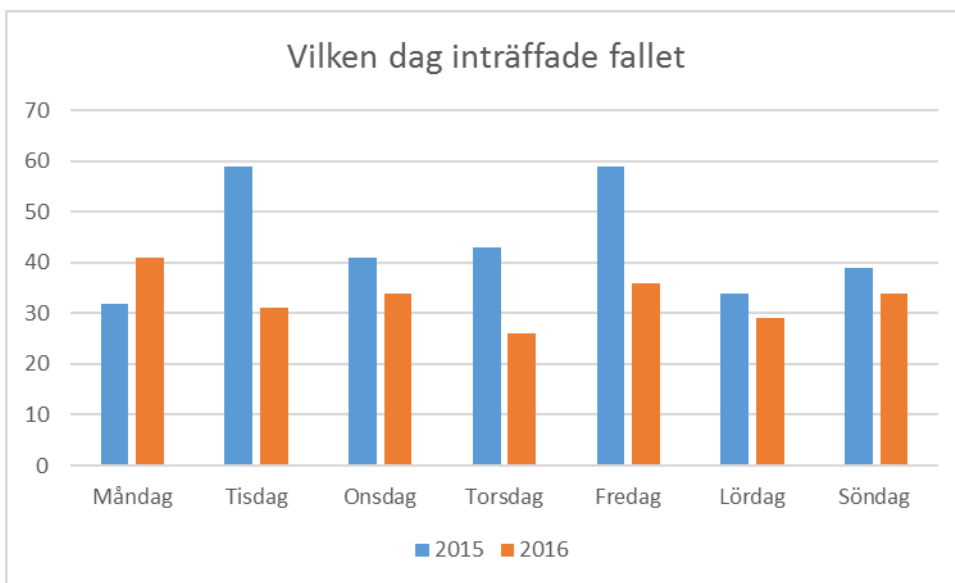
Statistik fallolyckor/ rapporterade händelser

Bild 8



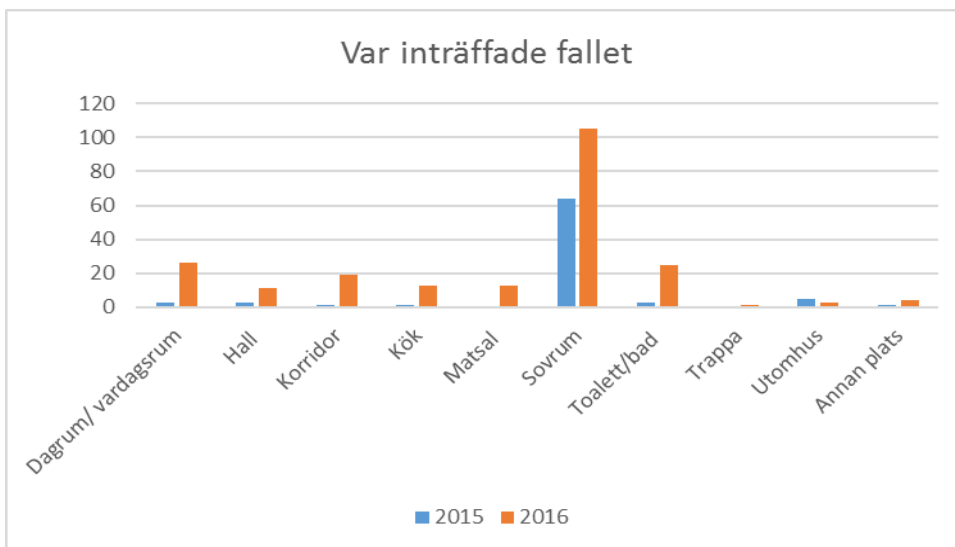
Generellt har felst falloolyckor skett mellan klockan 16.00- 21.00 för dygnets övriga timmar har trenden gått ner något.

Bild 9



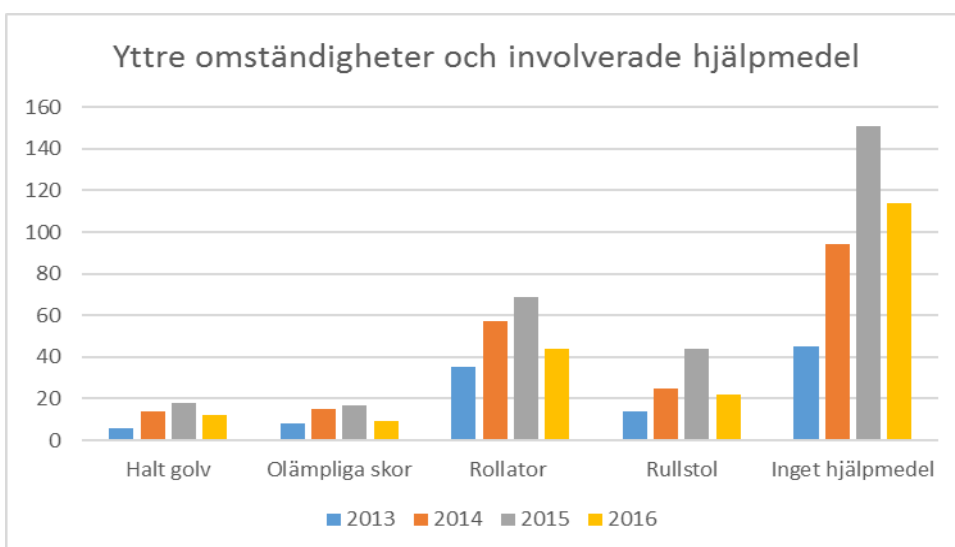
Falloolyckor sker oftast på måndagar och något färre på torsdagar, enligt statistik för samtliga enheter.

Bild 10



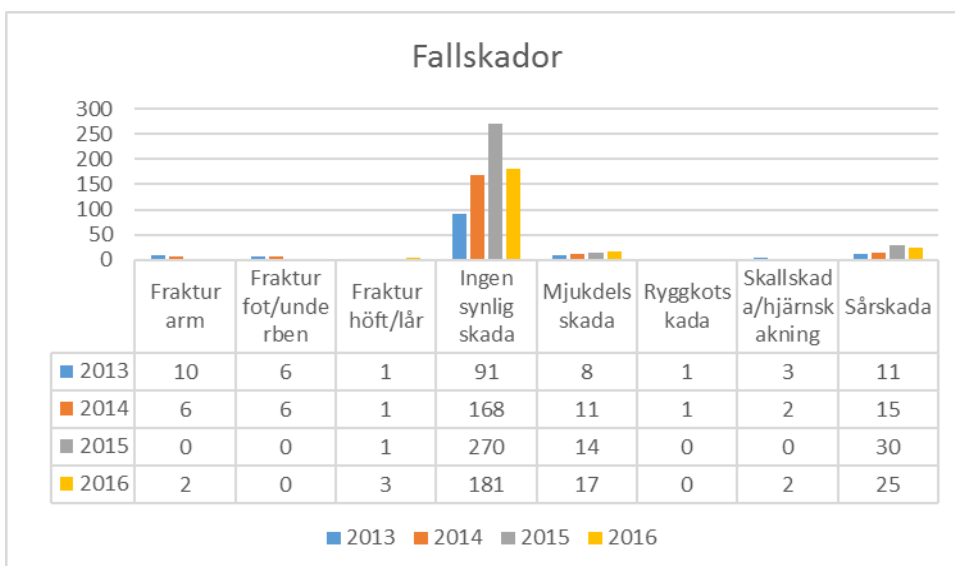
Det är i sovrums, toalett/ badrum och dagrum/ vardagsrum fallet oftast inträffar.

Bild 11



Yttre omständigheter kan vara, reser sig/sätter sig, förflyttning, hygien och gång. Färre hjälpmedel är involverade.

Bild 12

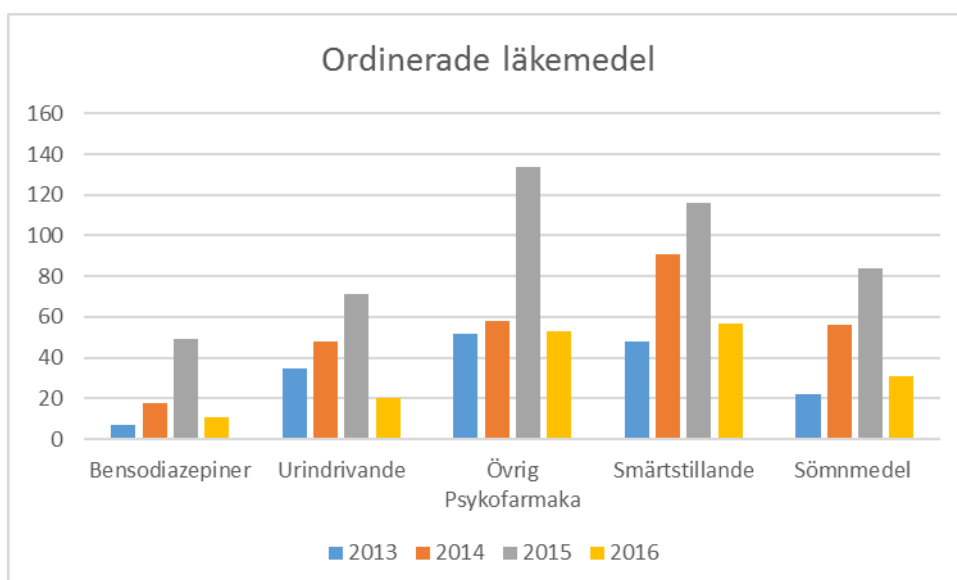


Sårskada har minskat med 5 stycken, övriga skador har ökat. Mjukdelsskada och ryggkotskada⁴.

Bild 13

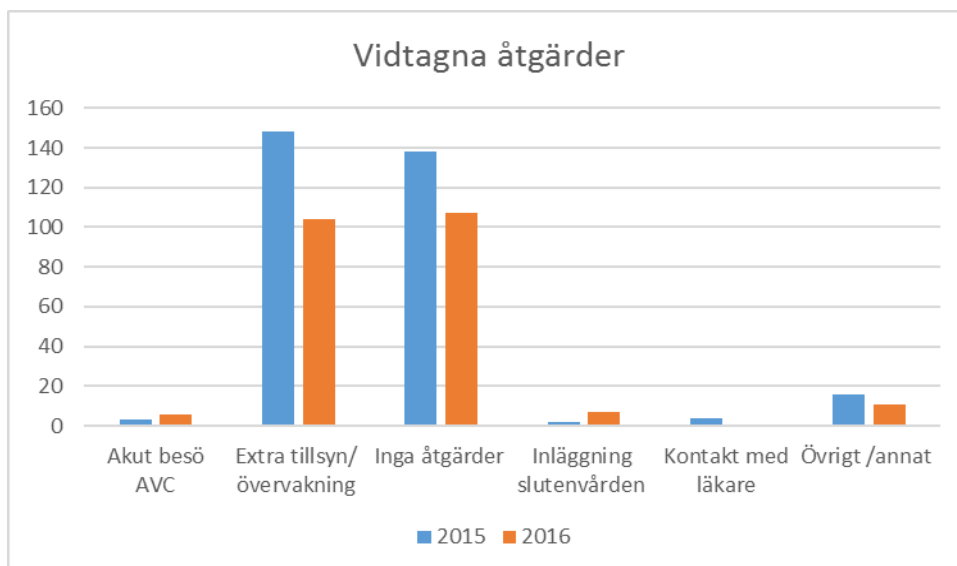
⁴ Mjukdelsskada kan vara muskelskada eller större blåmärke mm. Det innebär en mjukdel som inte innefattas av benvävnad, brosk eller emalj.

Ryggkotskada innebär kotkompression, förvärras vid broskförslitning, artros, diskdegeneration och diskbräck.



Samtliga ordinerade läkemedel som påverkar äldre med ökad fallrisk, har minskat.

Bild 14



Enhetschefens orsaks- och händelseanalys

Enhet	Orsaks- händelseanalys	Åtgärd för att förhindra upprepning
Hus A	Rörliga boende. Bristande tillsyn pga. enhetens utformning.	Ny rutin för teamträffar. Aktivt arbete med Senior alert. Översyn av belysning. Återgång till 2 separata enheter för att underlätta tillsyn/ överblick. Förtydligande av rutiner. Dialog /uppföljning APT.

<p>Hus B</p>	<p>Saknas fallförebyggande åtgärder i genomförandeplanen. Information/kommunikation av planerade fallförebyggande åtgärder.</p> <p>Kunskapsbrist om syfte med larm och dess utrustning, koppling nattfasta-nattro, samt resultat av inaktivitet.</p> <p>Larmombudets roll otydlig/ larmrutin används inte. Stöd och hjälp vid toalettbesök saknas. Senior alert-arbetet avstannat pga SITHS-kortsinloggning och dess användning/anskaffning. Utebliven teambaserad riskbedömning/uppföljning. Kontaktpersonens roll otydlig. Ej följsamhet till rutin för trygghetsturen.</p>	<p>Kompetensutveckling fallprevention, dokumentation, informationsöverföring, mål, aktiviteter i genomförandeplan och social dokumentation.</p> <p>Inventering utbildningsbehov kost hälsofrämjande arbete.</p> <p>Belysa framgångsfaktorer för ökad livslust och minskad smärta. Uppdatera checklista introduktion för nyanställda.</p> <p>Ta fram uppdrags-beskrivning, återinföra och utbildning i larmutrustning, säkerställa de boendes rätt att få komma på toaletten vid behov. Utbildning SITHS- korts-användning i Senior alert. Förstärka kontaktpersonens roll. Se över och förbättra rutin för trygghetstur. Teamarbete.</p>
<p>Hus C</p>	<p>Viss otydlighet om mål med korttidsvistelsen. Larmutrustning upplevs som ett hinder för den boende.</p> <p>Riskbedömningar i Senior alert ej genomförda och åtgärder saknas därför.</p>	<p>Få nattpersonal att medverka på teamträffar.</p> <p>Fallförebyggande arbete och pedagogiska samtal med personalen samt åtgärder gällande larm. Arbete med kvalitetsregister enligt mål i enhetsplan samt utöka antal användare.</p>
<p>Ordinärt boende</p>	<p>Upprätthålla brukarens vilja till självständighet och integritet.</p> <p>Avsaknad av riskbedömningar och fallförebyggande åtgärder. Få personer med behörighet till Senior alert och SITHS- kortsanvändning.</p>	<p>Säkerställa kommunikation/vårdplanering och tematräff / uppföljning i Senior alert.</p> <p>Uppdatera genomförandeplan med fallförebyggande mål/åtgärder. Utöka antalet</p>

		SITHS- kortsanvändare/ utbilda i teknikanvändning.
LSS	Brukaren "tappar ork" vid förflyttning/ missbedömning av brukarens dagsform.	Verksamhetsmöten/ dialog med Rehabenheten om förflyttningsteknik. Säker förflyttningsutrustning.
Natten	Analys saknas.	Åtgärd saknas.

MAS sammanfattning om fallavvikelser

Trots mål i verksamhetsplanen om minskat antal fallskador, så har skadorna ökat. Totalt 5 stycken frakturer jämfört med 1 föregående år, även skallskada / hjärnskakning har ökat med 2 stycken trots att fallolyckor totalt minskat med 79 stycken jämfört med föregående år samma period. Hus A och ordinärt boende har generellt minskat antal fall. Generellt har flest fall skett mellan klockan 16.00-21.00 för dygnets övriga timmar har trenden gått ner något. Fallolyckor sker oftast på måndagar och något färre på torsdagar, generellt för samtliga enheter och det är i sovrum, toalett/ badrum och dagrum/ vardagsrum det oftast inträffar. Involverade hjälpmedel har minskat. Översyn av ordinerade läkemedel och läkemedelsgenomgång pågår ständigt. Flera läkemedel påverkar fallrisk för äldre, vilket måste vägas in och förskrivning av olämpliga läkemedel har minskat. Vid förskrivning av hjälpmedel tas alltid hänsyn till säkerhet i relation till syfte och mål med hjälpmedlet.

Det preventiva arbetet med Senior alert och teambaserade arbetsätt för fallprevention har dock fungerat mindre bra och arbetet måste utvecklas och bli bättre. Framförallt behöver enheterna arbeta preventivt med att bl. a inventera de boendes fysiska närmiljö. Enheterna inom äldreomsorgen måste lyfta fram kvalitetsregistreringen i Senior alert och göra det till en prioriterad fråga för verksamheten. Det finns ett tydligt samband mellan framgång i det förebyggande arbetet och registreringen i Senior alert därför att registreringen klargör vad personalen behöver fokusera på och vilka anpassningsåtgärder som behöver vidtas för att tillgodose den boendes behov av en säker boendemiljö. Riskbedömningar måste ske i tvärprofessionella team för att synliggöra kvaliteten i riskbedömningen med rätt planerade åtgärder, som även ska följas upp. Personer

med specifika behov måste uppmärksammas i det dagliga arbetet. Åtgärder måste leda till tydliga mål i genomförandeplanen och revideras kontinuerligt. För bättre resultat spelar arbetsledningens engagemang och stöttning en avgörande roll för framgång i området.

Resultat antal rapporterade avvikelser REHABILITERANDE TRÄNING

Utebliven rehab-träning	2014	2015	2016
Hus A			51
Hus B			38
Hus C			45
Ordinärt boende			175
LSS			135
Extern utförare LSS			38
Totalt	22	155	482

Enhetschefens orsaks- och händelseanalys

Enhet	Orsaks- händelseanalys	Åtgärd för att förhindra upprepning
Hus A	Bristande kommunikation och samarbete. Medarbetare avvikelser från gällande rutiner. Bristfällig signering.	Ny rutin för teamträff. Utbildning för nya rehabombud / förtydliga uppdraget. Förtydliga rutiner och daglig planering. Uppföljning av berörda medarbetare av chef. Dialog/ uppföljning APT.
Hus B	Informationsbrist mellan arbetspassen. Osäkerhet och otillräcklig kompetens. Bristfällig kommunikation i teamet leder till svårighet att följa upp och utvärdera i tid. Brist i planering. Otydlighet i rollen som rehabombud.	Kompetensutveckling av rehabiliterande förhållningssätt samt specifik individuell rehabilitering. Avstämning HSL- ordination varje arbetspass. Forum för ökat teamarbete vid nya

		ordinationer. Planera utbildning och delegeringstillfällen i god tid. Uppföljning delegation 1 g / månad. Information nyanställning.
Hus C & Ordinärt boende	Signatur uteblir. Avböjt träning men dokumenteras inte. Personal otrygg i att utföra uppgiften. Brist på delegerad personal. Otydligt uppdrag.	Utbildning för Rehabombud och förtydliga uppdraget. Ökad rapporttid mellan hemsjukvård och omvårdnadspersonal. Återkoppling till medarbetarna på APT, följa flöde av avvikelser. Tydliggöra ansvar för delegerade uppgifter. Belysa framgångsfaktorer
LSS	Missat att signera. Stressad personal. Många vikarier utan delegering. Inte haft möjlighet att utbilda/ delegera. Personalbrist. Brukare på semester på annan ort, inte fått med utrustning på vistelsen, rutiner ej fungerat. Viss träning ej möjlig att genomföra på annan ort.	Dialog / påminna varandra. Dokumentera på signeringslistan varför träning uteblir, vilket kan bero på dagsform hos brukaren/ eller att annan aktivitet utförts. Utbildning fortlöpande vid rekrytering.
Extern utförare LSS	Missat att signera. Brukaren avböjer träning.	Fylla i signeringslistan varför träning uteblir. Hjälpas åt i gruppen att påminna varandra att signera.

MAS sammanfattning om utebliven rehabiliterande träning

Denna typ av avvikelserrapport påbörjades föregående år eftersom utebliven rehabiliterande träning ofta uppmärksammats. Samtliga träningstillfällen som uteblivit under en månad sammanställs i en rapport och redovisas varje månad from januari 2016 med antal uteblivna tillfällen per enhet. Siffran i rapporten från föregående år är missvisande, eftersom den inte rapporterades på samma sätt. Ordinerad rehabiliterande träning måste säkerställas eftersom konsekvenser medför minskad stabilitet, muskelfunktion, balans och meningsfullhet i vardagen

och att leva ett självständigt liv så långt det går vilket även förebygger risk för fall och fallskador. Träningen ska ingå som en del av vardagen.

Det som framgår för första halvåret är att mycket stor del av ordinerad träning uteblir. Det ser tyvärr inte ut att bli bättre. Främst inom ordinärt boende och inom LSS. Trots att fysioterapeuter är på plats som stöd för personalen ute hos varje patient, undervisar inför delegering och följer upp och att rehab- assistent är ute på plats i flera veckor och tränar själv med patienten med hjälp av stöd från personalen, så fungerar inte träningen när personalen ska överta ansvaret själva. Det läggs oerhört mycket arbete från rehabenheten att stötta både personal och chefer. Personalen önskar tydligare instruktioner från fysioterapeuten, men för varje träning finns en mycket tydlig och lagom omfattande instruktion, ingen återkopplar att de inte förstått uppgiften eller texten. Jag har inspekterat fysioterapeuternas signeringslistor med instruktioner, här kommer ett exempel: Träning ordinerats 2 gånger per vecka (tisdag/ torsdag) gångträning utomhus på raksträcka, med stöd av rollator vid behov, vägen ska vara plan, patienten kan gå önskad sträcka med stöd av rollator, omvårdnadspersonalen stöttar i hantering av rollator och förflyttar rullstol bakom patienten. Patienten kan med fördel dela upp promenaden med sittande vila mellan omgångarna. När patienten inte orkar mer kan förflyttning ske i rullstol. På signeringslistan finns följande att signera: Antal minuter per gång, körd i rullstol, patienten avböjt, tidsbrist hos personal eller annan orsak, iväg på annan aktivitet. Signeringslista som delegerande fysioterapeut kontrollerar månadsvis, är helt tom, dvs inte en enda signatur eller förklaring varför träning uteblivit. Ingen har kontaktat rehab och frågat om oklarheter /otydligheter. Signeringslistan är en journalhandling.

Övriga rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser

Vårdsamverkan: 2016 1 styck (0⁵)

Otillfredsställande hantering av vårdplanerings-systemet KLARA/ SVPL inom biståndsenheten, avvikelse från sjukhuset till Bollebygds kommun. Utbildning har skett och uppföljning sker fortlöpande. Viktigt med introduktion vid nyrekrytering och biståndshandläggarna har igen nyrekryterats. Föregående år hade ingen avvikelse inkommit till kommunen från annan vårdgivare.

Lynk- utbildning om distansvårdplanering (via Skype) har skett inom Närvårdssamverkan i syfte att minska resor/restid för vårdplaneringsteamet.

⁵ 2015 års utfall

Medicinteknisk produkt: 2016 4 stycken (1)

Felaktig hantering av lyftsele (Hus A) och felaktig användning av benstödsfäste till elrullstol (LSS) har rapporterats. Benstödsfäste har två incidenter, en i samband med förflyttning genom dörr vid Bollegårdens entré och en incident mot hög trottoarkant. Enhetschefens analys: Otillräckliga instruktioner, för snabb introduktion. Svårt att bemanna utökade behov. Slarv, känner att de kan uppgiften, lyssnar inte klart. Genomgång av rullstolens funktion varit bristfällig. Få ordinarie personal. Sjukskrivningar/ personalbrist. Dubbelbemanning svårt. Förslag till åtgärd: Dialog APT- föreslagit ”provkörning” utan brukare. Önskar bilder från arbetsterapeut för tydligare instruktion. Sänkt hastighet på elrullstolen. Nyrekryterad personal fått utbildning av rehab. Rehabombud är på plats i verksamheten.

MAS kommentar: I förskrivningsprocessen av hjälpmedel ingår ansvar att undervisa, installera, dokumentera, hänsyn till patientens behov/ förmåga och mål med aktivitet och förflyttning samt att uppföljning sker enligt rutin. Till varje hjälpmedel följer en instruktionsbok från tillverkare/leverantör med bilder och text. Arbetsterapeuten har förtydligat texten i instruktionen utefter bilder, undervisar om att testa elrullstol innan användning, eller då patienten vilar. På något sätt måste man förstå hur en rullstol fungerar då tex. trottoarkant helt plötsligt uppmärksammas på marken. Nyrekryterad personal måste ges förutsättning till introduktion, lära av varandra och nya medarbetare får läras upp att ”köra rullstol” av van kollega. Det är ingen delegerad uppgift att ”köra rullstol”. Sunt förnuft och gott omdöme samt att läsa och förstå text i en instruktion, är förutsättning för att arbeta med patienter/ brukare som har behov av medicintekniska produkter/hjälpmedel, dessutom är elrullstolar kostsamma.

Brist i basal hygien: 2016 2 styck (0)

Bristande rengöring av andningshjälpmedel, risk för smitta (Ordinärt boende).

Åtgärd information samtal med personal.

Informationsbrist angående omhändertagande och hantering av cytostatika- avfall och tvätthantering. Rutin är förtydligad, kommunicerad med enhetschefer och hälso- och sjukvårdspersonal. Ytterligare kompetensutbildning kommer ske i form av ett sk. Cytostatika- körkort, under hösten.

Brist i katetervård/ sårvård: 2016 3 stycken (3)

Urinkateter (Natten och Ordinärt boende) sårvård (Hus B)

Olåsta medicinskåp: 2016 7 stycken (13)

(Hus A och Natten) 6 stycken.

(Hus B) 1 styck. Orsak: Bristande återkoppling om svårigheter i handhavande av låsteknik. Bristfällig uppföljning vid nyrekrytering. Stressig omgivning. Åtgärd: Avstämning varje arbetspass. Utbildning/genomgång av utrustning. Arbetsätt för säker hantering. Mentorskap och utvärdering.

Lex Maria- anmälan till IVO: 2016 2 stycken (0)

En allvarlig händelse har inträffat, då sjuksköterska ordinerade läkemedel, som endast läkare har förskrivningsrätt för. Händelsen är åtgärdad. Avslutad av IVO.

En allvarlig händelse om att rehabiliterande träning uteblivit som vållat vårdskada. Patienten förlorade gångförmåga och blivit sittande i rullstol. Ej kommit beslut från IVO.

Slutsats

Det systematiska kvalitetsarbetet måste prioriteras på samtliga enheter, för att rätt åtgärder ska kunna vidtas och uppföljning måste ske. För att lyckas med ständiga förbättringar ska samtliga chefer och medarbetare delta i analysarbetet och då krävs uthållighet.

PDSA- hjulet

Planera Genomföra Utvärdera Förbättra

Organisation



Orsaksanalys med 5 varför

MTO Människa Teknik

