

---

Landstingets/regionens eller  
kommunens logotyp

# Patientsäkerhetsberättelse för Växjö kommun Omsorgsförvaltningen

År 2017

Datum och ansvarig för innehållet

2018-01-30 Marita Jonsson och Carina Yngvesson MAS

---

## Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	7
Uppföljning genom egenkontroll	8
Samverkan för att förebygga vårdskador	9
Riskanalys	10
Informationssäkerhet	10
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	11
Hantering av klagomål och synpunkter	11
Sammanställning och analys	11
Samverkan med patienter och närstående	12
Resultat	13

---

## Sammanfattning

Läkemedelsavvikelser är som många år bakåt i tiden de vanligast förekommande avvikelserna inom hälso- och sjukvård. Det totala antalet läkemedelsavvikelser 2017 ligger på samma nivå som föregående år (2553/2564) liksom antalet avvikelser som rör försvunnen narkotika ur patienternas läkemedelsskåp (83/85). Sju avvikelser var av den allvarlighetsgrad att de föranledde anmälan enligt Lex Maria. Anmälningssärendena var olika i sin karaktär även om flertalet handlade om brister i läkemedelshantering. De har lett till flera olika förbättringsåtgärder.

Resultaten i den årligen återkommande nationella punktprevalensmätningen av vårdhygien ligger på samma nivå som föregående år, vilket betyder att vi ännu inte uppnått målet.(67/69 extramätn.71/71). Resultaten är fortsatt goda i nationell jämförelse. Antalet patienter som insjuknat i vinterkräksjuka har på senare år minskat och även i år ser vi en betydande minskning jämfört med föregående år(57/32). Årets två skabbutbrott är en ny svårighet i verksamheterna.

Det förebyggande arbetet genom kvalitetsregistret Senior Alert har saktat av under 2017. Arbetets intensitet varierar mellan enheterna från 1 till 100 % i registreringsgrad, men totalt har det skett en kraftig nedgång. Vi kan också se en ökning av antalet trycksår som sannolikt har ett samband med detta. Ökning av trycksåren är en god kvalitetsindikator och ökningen är oroande.

Avvikelseberättelserna av icke utförda rehabiliteringsinsatser minskade kraftigt under 2017 vilket är tråkigt då vi föregående år såg en ökning. Mätningen av utförandegraden av rehabiliteringsinsatser visar samma resultat som föregående år. Det vill säga att ca.30 % av insatserna inte blir utförda.

Liksom föregående år har många nya sjuksköterskor rekryterats vilket ger en högre arbetsbelastning för sjuksköterskegruppen då inskolning av nya medarbetare tar tid. Ett antal sjuksköterskor är också tjänstlediga för studier och av andra orsaker. Förvaltningen erbjuder viss ekonomisk kompensation för vidareutbildning inom områdena öppen hälso- och sjukvård och sjuksköterska inom äldreomsorg. Att erbjuda ekonomisk kompensation för vidareutbildning och gedigen introduktionsutbildning samt andra utbildningar inom förvaltningen är en strategi för att få kompetenta medarbetare och en attraktiv arbetsplats.

Behovet av kompetens hos alla medarbetare, både legitimerade och övriga, är stort. I takt med att vi får allt mer svårt sjuka patienter i hemsjukvården

---

och mer avancerade sjukvårdsuppgifter måste vi rekrytera kunnig personal och erbjuda kompetensutveckling som en del i tjänsten.

Vi ser stora svårigheter att rekrytera personal för ärenden som kräver avancerad sjukvård i hemmet t.ex. patienter med trakeostomi<sup>1</sup> och respirator. Nya organisatoriska lösningar krävs för att kunna erbjuda en god och säker vård till dessa grupper. Ett länsövergripande arbete pågår inom området.

Journalgranskning 2016 visade stora olikheter i sjuksköterskors sätt att dokumentera. Utbildningar i steg 2 i dokumentationssystemet Procapita har därför erbjudits under året som gått.

Användandet av godkända bedömningsinstrument för smärtlindring har ökat och målet har uppnåtts med marginal. Arbetet går vidare med ännu högre målsättning under 2018.

Loggkontroller har genomförts i det egna verksamhetssystemet enligt rutin. I informationsöverföringssystemet Cambio Cosmic LINK har vi ännu inte genomfört några loggkontroller. Detta kommer att åtgärdas utan dröjsmål.

Samverkan mellan kommunerna i länet och Region Kronoberg kommer under 2018 att vidareutvecklas genom innovationssatsningen Äldrehälsa Kronoberg för östra länsdelen. Syftet med satsningen är att förbättra omsorgsnätverket för äldre.

---

<sup>1</sup> Trakeotomi, är ett operativt ingrepp som innebär att man gör en öppning på halsens framsida för att skapa fri luftväg. Öppningen i halsen kallas sedan **trakeostomi**. Passagen ned till luftstrupen hålls öppen med hjälp av en trakealkanyl.

---

## Övergripande mål och strategier

*SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1§*

Ledningssystem för kvalitet finns enligt SOSFS 2011:9 och finns att läsa på [www.vaxjo.se](http://www.vaxjo.se)

Omsorgsnämnden fullgör sitt ansvar bl.a. genom att varje år fastställa plan för patientsäkerhetsarbete och genom att följa och redovisa resultatet av detta arbete i patientsäkerhetsberättelsen.

Omsorgsnämnden ser också till att det finns rutiner för att utreda händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, och för att vidta åtgärder till följd av dessa, samt att via MAS göra anmälan enligt lex Maria enligt SOSFS 2005:28.

Omsorgsförvaltningens rutiner för arbete med avvikelser, synpunkter och klagomål och anmälan enligt lex Maria finns i handboken "När det inte blev som det var tänkt". [www.vaxjo.se/handbockeromsorg](http://www.vaxjo.se/handbockeromsorg)

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

*SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1*

Beskriv kortfattat roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer, utifrån ledningssystemet.

### Vårdgivaren/Omsorgsnämnden

- skall säkerställa att chefer och medarbetare har kompetens, engagemang, ansvar och befogenheter för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete
- skall efterfråga och följa upp mätbara mål, mått och mätrutiner för viktiga processer, även verksamhetsöverskridande
- skall av enheter kräva medverkan i olika nationella och internationella kvalitetsregister för att på så sätt kunna bedöma verksamhetens kvalitet

### Verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslagen

- ansvarar för att alla medarbetare engageras och har rätt kompetens och befogenheter för att bedriva en vård av god kvalitet
- ansvarar för att operativa verksamhetsmål formuleras så att de är mätbara och för att målen nås
- ansvarar för att ta fram mätbara mål, mått och mätrutiner för viktiga processen, även verksamhetsöverskridande
- ansvarar för att utfallet analyseras, medarbetarna delges resultatet samt åtgärder initieras

---

## Medicinskt ansvarig sjuksköterska

- ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet
- ansvarar för att journaler förs i den omfattning som förskrivs i patientdatalagen
- ansvarar för att beslut om att delegera hälso- och sjukvårds insatser är förenliga med säkerhet för patienten
- ansvarar för att det finns rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd förändras
- ansvarar för att utreda och anmäla allvarlig skada eller risk för allvarlig skada, lex Maria
- ansvarar för att patienten får den vård och behandling som en läkare förordnar om
- ansvarar för att ändamålsenliga och behövliga väl fungerande direktiv, instruktioner, riktlinjer och rutiner för läkemedelshantering upprättas, fastställs, följs upp och revideras

## Hälso- och sjukvårdspersonal

medverkar i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i:

- framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder,
- risk- och avvikelshantering, och
- uppföljning av mål och resultat

Förutom ovanstående övergripande ansvarsbeskrivning så beskrivs också ansvar för respektive yrkeskategori i de rutiner som finns i handböckerna Rutiner för hälso- och sjukvård, Handbok för rehabilitering, Vård och omsorg i livets slut, När det inte blev som det var tänkt, Handboken för medicintekniska produkter och Nutritions-handboken, <http://www.vaxjo.se/omsorgenshandbocker/nutrition>

## Vårdhygien och Smittskydd

Inom områdena vårdhygien och smittskydd har verksamheten tillgång till stöd av specialistutbildad person inom Region Kronoberg.

## Struktur för uppföljning/utvärdering

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

Det förebyggande arbetet med trycksår, fall och undernäring följs upp via Senior alert. Punktprevalensmätningar - PPM-BHK (basala hygien- och klädregler) har gjorts på 19 hemvårdsenheter, 13 särskilda boenden enligt SoL, 6 bostäder enligt LSS och 3 dagverksamheter.

För uppföljning av arbetet i livets slut används Svenska Palliativregistret. Sjuksköterska registrerar uppgifter om den palliativa vården i registret och resultatet används både i den egna verksamheten och i uppföljning av vården med regionen.

---

Tretton enheter i särskilt boende har deltagit i svenska HALT<sup>2</sup> under året för att kartlägga antibiotikaanvändandet.

Resultaten redovisas till omsorgsnämnden via delårsrapporter och verksamhetsberättelse samt patientsäkerhetsberättelse. Resultaten analyseras av förvaltningens ledningsgrupp och förbättringar i arbetet initieras från omsorgsnämnden och ledningsgruppen.

Uppkomna vårdskador analyseras och mäts genom avvikelserapporteringssystemet och redovisas till omsorgsnämnden vid delårsrapporter, verksamhetsberättelse och patientsäkerhetsberättelsen. Ansvariga chefer tar del av egna resultat via avvikelssystemet och anställd personal får återkoppling på arbetsplatsträffar. När beslutade åtgärder har vidtagits bestäms också uppföljningsdatum. Uppföljningsansvaret kan ligga på olika nivåer beroende på vilken typ av händelse det gäller och allvarlighetsgraden.

### **Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

Patientsäkerhetsarbetet har bedrivits utifrån patientsäkerhetsplanen samt utifrån de rutiner för avvikelshantering, klagomåls/synpunktshantering och anmälningar enligt lex Maria som beskrivs i handboken [När det inte blev som det var tänkt](#). Arbetet i de olika kvalitetsregistren Senior Alert, Svenska palliativregistret och BPSD:registret utgör en god grund för utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet.

---

<sup>2</sup> Healthcare associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities, Folkhälsomyndigheten

---

## Uppföljning genom egenkontroll

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2*

Den årligen återkommande nationella punktprevalensmätningen – PPM BHK<sup>3</sup>(basal vårdhygien och klädregler) är genomförd inom äldreomsorgen och till viss del inom omsorg funktionsnedsättning. Resultatet är det samma som föregående år, det vill säga att 71 % av den personal som observerades uppfyllde alla krav. Det nationella genomsnittet låg på 48,5 %. De enheter som uppvisat resultat under 50 % har fått besök av hygiensjuksköterska och/eller MAS. Diskussion har förts med berörd enhetschef om åtgärder för att förbättra arbetssättet och därmed resultatet.

På alla enheter ska egenkontroll av vårdhygien utföras varje år. Enhetschef, sjuksköterska och medarbetare besvarar gemensamt frågor relaterade till vårdhygien. MAS lämnar återkoppling till alla enheter. Totalt 18 enheter har utfört kontrollen vilket är en uppgång sedan föregående år men inte i nivå med 2015 då 54 enheter utförde kontrollen.

En skriftlig självskattning av den egna följsamheten till basala hygienrutiner utförs av all legitimerad personal samt av medarbetarna i omsorg funktionsnedsättning, på vissa enheter flera gånger om året. Resultaten används som diskussionsunderlag i grupperna. Detta är ett lätt sätt att göra personalgrupperna medvetna om vikten av att följa hygienrutinerna.

Svenska HALT är en återkommande mätningar av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende i Sverige med syfte att stödja det förebyggande arbetet inom området. 13 särskilda boende deltog i mätningen. Mätningen utfördes under valbar dag i vecka 46-47. Inrapportering gjordes i Senior alert. Resultaten finns ännu inte tillgängliga.

Farmaceut har granskat 10 enheter gällande läkemedelshantering. Några enheter behöver uppdatera sina lokala rutiner för enheten. För övrigt framkom mindre brister. Läkemedelsansvarig sjuksköterska för respektive enhet och sjuksköterskechef ansvarar för att åtgärder utförs enligt åtgärdsplan

---

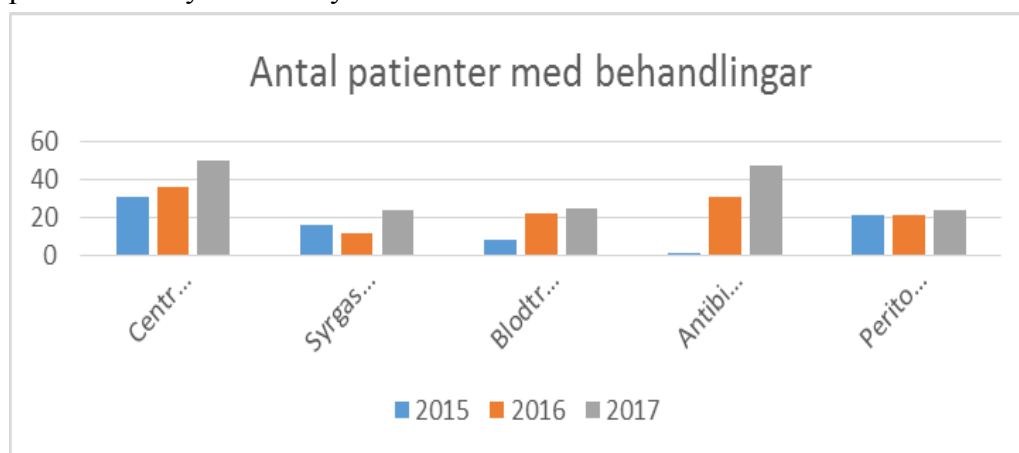
3

<https://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningbasalahygiensrutiner.2277.html>



Antalet trycksår är en del i den årliga mätningen av hälso- och sjukvårdsinsatser. I mätningen som utfördes i maj ingår också bl.a. skyddsåtgärder, antal personer med demensdiagnos och avancerad hemsjukvård. Antalet personer med demensdiagnos på särskilda boenden har enligt mätningen minskat något från 44 % 2016 till 39 % 2017. Andelen som av sjuksköterska bedöms ha symptom på demenssjukdom ligger på 53 % vilket också är en minskning från 61 % 2016. Siffran är högre i verksamheter som drivs av privata utförare 47 % (demensdiagnos) respektive 67 % (dement beteende).

Den avancerade hemsjukvården hade ökat främst inom områdena centrala infarter (patienter med dropp eller intravenös behandling) syrgasbehandling, blodtransfusioner och behandling med intravenös antibiotika. Nivån är oförändrad vad gäller behandling med peritonealdialys dvs. dialys via bukhinnan.



Uppgifterna om skyddsåtgärder används i första hand för att granska användandet av skyddsåtgärder på enskilda enheter och ge återkoppling om det finns enheter som har högt användande jämfört med andra.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

*SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 3 § p 3*

Samverkan med Region Kronoberg regleras genom överenskommelsen <sup>4</sup>Hemsjukvård i Kronobergs län - överenskommelse mellan kommunerna och Region Kronoberg i Kronobergs län gällande insatser i somatisk hemsjukvård och <sup>5</sup>Överenskommelse mellan Region Kronoberg och länets kommuner gällande rutin för in- och utskrivning av patienter i

<sup>4</sup> Avtalet finns att läsa på [www.vaxjo.se/handbockeromsorg](http://www.vaxjo.se/handbockeromsorg) under fliken Samverkan och informationsöverföring.

<sup>5</sup> Avtalet finns att läsa på [www.vaxjo.se/handbockeromsorg](http://www.vaxjo.se/handbockeromsorg) under fliken Samverkan och informationsöverföring.

---

sluten vård.

Samverkan inom psykiatrin regleras genom Samverkansöverenskommelse psykiatri<sup>6</sup>.

Samverkan med primärvården bl.a. när det gäller läkarmedverkan regleras genom lokala avtal mellan hemsjukvårdsenheter och vårdcentralerna i Växjö kommun.

Samverkan mellan olika enheter inom och utanför omsorgsförvaltningen beskrivs handböckerna under rubriken [Samverkan och Informationsöverföring i Rutiner för hälso- och sjukvård](#).

För att undvika vårdskador orsakade av brister i vårdplanering, ordinationer och informationsöverföring i samband med in- och utskrivning från sjukhuset finns en aktiv avvikelshantering och återkoppling sker till verksamheten och till högsta ledningen för samverkan. De starka strukturerna för samverkan på ledningsnivå inom hälso- och sjukvård och omsorg mellan kommunerna i länet och Region Kronoberg är en grund för patientsäkerhetsarbetet.

Under 2017 har förberedelser pågått inför den nya lagen för samverkan vid in- och utskrivning från slutenvården (SFS 2017:612)

## **Risakanalys**

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

Riskbedömningar görs i stor utsträckning för enskilda patienter i samband med registrering i kvalitetsregistret Senior Alert. Det görs ofta också i flera andra sammanhang t.ex. inför att en skyddsåtgärd ordinerar. Riskanalyser ur det organisatoriska patientsäkerhetsperspektivet har gjorts vid flera tillfällen under året t.ex. inför övergång till sommarorganisationen i kvällsnattpatrullen, inför övergångar mellan kommunal och privat utförare och inför den nya lagen för samverkan vid in- och utskrivning. En analys har också gjorts av inloggning i de privata verksamheternas journalsystem vid tjänsteköp och tillhandahållande av tjänster av leg. personal. Vid riskanalys används den modell som rekommenderas av socialstyrelsen och SKL. Riskanalys planeras under 2018 för patientsäkerheten i de små nystartade hemvårdsföretagen enligt LOV.

## **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

För att säkerställa sekretess i journalhanteringen har loggkontroller genomförts i verksamhetssystemet procapita enligt rutin.

---

<sup>6</sup> Avtalet finns att läsa på [www.vaxjo.se/handbockeromsorg](http://www.vaxjo.se/handbockeromsorg) under fliken Samverkan och informationsöverföring.

---

Loggkontroller av inloggningar i informationsöverföringssystemet Cosmic LINK och av den legitimerade personalens inloggningar i den sammanhållna journalen i Cosmic har inte utförts enligt rutin.

80 slumpvist utvalda journaler från samtliga organisationer har granskats av utvecklingsledare, arbetsterapeut och fysioterapeut från dokumentationsgruppen. Fokus låg på bedömning innan åtgärd samt uppföljning och bedömning efter insats. De kontrollerade även om det fanns aktuella kontaktuppgifter till sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Fokusområden var inkontinenshjälpmedel, nutrition, skyddsåtgärder och tekniska hjälpmedel. Varje område omfattas av 20 granskade journaler. Resultatet kommer att användas som underlag för planering av verksamhetsutveckling inom dokumentationsområdet.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

*SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5*

### **Avvikelser**

När en händelse har inträffat som lett till vårdskada eller risk för vårdskada skrivs avvikelserapport. Vid allvarigare händelser ska MAS kontaktas. Händelseanalys och uppföljning ska ske enligt rutiner i handboken När det inte blev som det var tänkt.

Sammanställning av årets avvikelser finns tillgänglig för alla användare i verksamhetssystemet. Omsorgscheferna ska använda detta i sin uppföljning med enhetscheferna. Varje enhetschef ansvarar för återkoppling till sin verksamhet. Omsorgscheferna ansvarar också för att redovisning sker till enhetscheferna på förvaltningsnivå. Antalet avvikelser redovisas under rubriken kvalitetsarbete.

## **Klagomål och synpunkter**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 § p 6*

Klagomål som kommer till Omsorgsnämndens kännedom via anmälan till Inspektionen för vård och Omsorg - IVO eller som ett ärende från Patientnämnden handläggs av MAS på likartat sätt som interna avvikelser och synpunkter. Modellen som används för händelseanalyser är hämtad från Socialstyrelsens, SKL:s m.fl.s handbok för patientsäkerhetsarbete.

## **Sammanställning och analys**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §*

Synpunktshantering redovisas i delårs- och årsrapporter kopplat till frågeställningar i bland annat förvaltningens verksamhetsplan samt ledningssystem för kvalitet i omsorgsnämndens verksamhet. Alla enheter

---

ska ha en god uppföljning av sin synpunktshantering. Statistik ska redovisas och återkopplas av chefer till personalen i verksamheten i samband med delårsrapport och årsrapport.

### **Samverkan med patienter och närstående**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Patienter och närstående medverkar i dag i det systematiska kvalitetsarbetet genom att inkomma med synpunkter till verksamheten.

Under året har införandet av personcentrerad vård - PCV påbörjats i sjuksköterskegruppen. Arbetet kommer att fortsätta under 2018.

---

## Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

### Mål 1:

#### Systematiskt arbete med avvikelser som rör läkemedelshantering

##### Resultat

Antalet<sup>7</sup> registrerade avvikelser som rörde läkemedel var i det närmaste oförändrat sedan 2016 (2540/2560). Ökning hade skett i ordinärt boende och i bostad med särskild service enligt LSS, medan det istället hade skett en minskning i särskilt boende enligt SoL.

Antalet personer som fick hjälp med läkemedelshantering var 871 inom ordinärt boende, 583 inom särskilt boende och 219 i bostad med särskild service enligt LSS. Det finns en underrapportering och det är stora skillnader i antalet avvikelser per patient/år mellan olika enheter.

Läkemedelsavvikelser			
	2015	2016	2017
<b>Ordinärt boende</b>			
Personer som har hjälp med läkemedel	861	870	871
Avvikelser per patient/år	1,4	1,2	1,4
<b>Särskilt boende</b>			
Personer som har hjälp med läkemedel	558	517	583
Avvikelser per patient/år	1,3	1,9	1,5
<b>Bostad m särskild service</b>			
Personer som har hjälp med läkemedel	190	259	219
Avvikelser per patient/år	1,2	1	1,3

De 5 vanligaste händelserna är i fallande ordning; utebliven dos, fel dos, fel tid för överlämnande, fel i ordningställande, avvikelser narkotikakontroll.

De 5 vanligaste angivna orsakerna var i fallande ordning; glömska, annat, bristande rutiner, missförstånd och stress. Samma orsaker angavs 2016.

1 av avvikelserna ledde till inläggning på sjukhus och 41 till kontakt med läkare.

---

<sup>7</sup> Samtliga avvikelser redovisas för perioden 2016-10-01 – 2017-09-30 och gäller bara de verksamheter som drivs av kommunen men samtliga boendeformer inkl. korttidsboende SoL och korttidsvistelse LSS samt daglig verksamhet. Arbete och välfärd inkluderat. Externa vårdgivares avvikelser redovisas i deras respektive patientsäkerhetsberättelser.

Antalet avvikelser som rör avvikelser i narkotikakontroll ligger på nästan samma nivå 2017 med 85 jämfört med 83 under 2016.

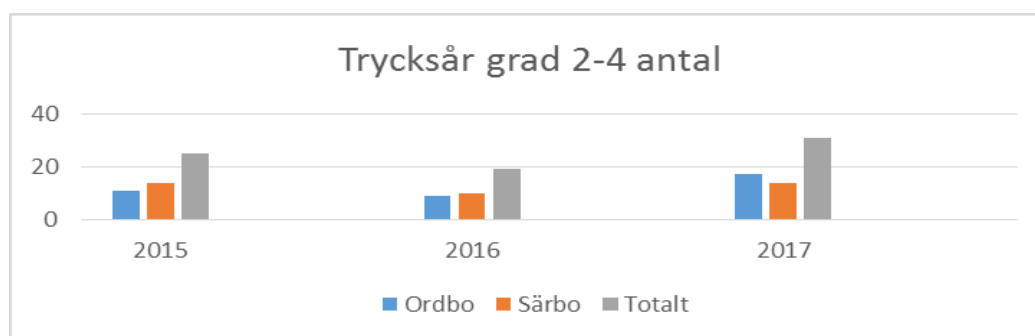
### Strukturerat arbete med avvikelse- och synpunktshantering

40 avvikelser gällande insulin, blodförtunnande läkemedel samt smärtplåster har granskats av MAS utifrån frågeställningarna om 1- orsak, 2 - omedelbar åtgärd och 3 - om förebyggande åtgärd har angivits. Det fanns brister i alla tre parametrarna. Då det gällde förebyggande åtgärder fanns det angivet i 24 av avvikelserna. Orsaker och omedelbara åtgärder var angivna i 33 av avvikelserna.

### Mål 2:

**Andelen patienter som har hälso- och sjukvårdsinsats, med trycksår i grad 2-4 som uppstått i nuvarande boendeform ska minska med 30 %, jämfört med föregående år.**

### Resultat



Trycksår som uppstått i nuvarande boendeform	2015	2016	2017
Ordinärt boende	11 (0,9 %)	9 (0,7 %)	17 (1,4 %)
Särskilt boende SoL	14 (2,5 %)	10 (1,8 %)	14 (2,4 %)
Totalt	25 (1,4 %)	19 (1,1 %)	31 (1,9 %)

Kommentar – se Mål 3. Målet är inte uppnått. Vi kunde vid vårens mätning se en ökning av antalet trycksår i både ordinärt och särskilt boende. Det främsta verktyget för att minska antalet trycksår är ett gott förebyggande arbete och god basal omvårdnad. Det instrument som vi har valt i kommunen är Senior Alert. Ett minskat användande av Senior Alert ger sannolikt också en ökning av antalet trycksår. En annan faktor som påverkar risken för trycksår är medarbetarnas grundkunskaper inom basal omvårdnad. Eftersom förvaltningen har svårt att rekrytera medarbetare med rätt kompetens och erfarenhet måste en satsning på intern utbildning ske. Områdena basal omvårdnad och förebyggande

arbete bör prioriteras.

Vid årets mätning av trycksåren ska vi kontrollera om det finns ett samband mellan att enheterna har många fall och trycksår och hög resp. låg registrering i Senior Alert.

### Mål 3:

**Antalet fallolyckor ska minska med 10 %, jämfört med föregående år**

#### Resultat

Mellan 2016 och 2017 var det totala antalet inrapporterade fall nära nog oförändrat. Resultatet gick från 3858 till 3863. Eftersom antalet omsorgstagare i särskilt boende som drivs av kommunen har förändrats under året är siffrorna dock inte helt jämförbara.

#### Statistik från regionen på antalet höft- och lårbensfrakturer

##### Växjö kommun

	20111001- 20120930	20121001- 20130930	20131001- 20140930	20141001- 20150930	20151001- 20160930	20161001- 20170930
Samtliga åldrar <b>Antal patienter</b>						
Kvinnor	123	105	101	101	84	<b>91</b>
Män	55	56	45	40	43	<b>52</b>
Samtliga	178	161	146	141	127	<b>143</b>

##### Växjö kommun

	20111001- 20120930	20121001- 20130930	20131001- 20140930	20131001- 20140930	20151001- 20160930	20161001- 20170930
Äldre än 65 år <b>Antal patienter</b>						
Kvinnor	117	101	96	94	79	<b>85</b>
Män	47	49	40	35	38	<b>43</b>
Samtliga	164	150	136	129	117	<b>128</b>

Vi kan således se en ökning av antalet höft- och lårbensfrakturer för första gången sedan 2011. Under tidsperioden har antalet äldre i kommunen också ökat och siffrorna måste ses i relation till detta. Andelen personer 65 år och äldre som fick en lår- eller höftbensfraktur under 2016 var 0,07 % medan andelen 2017 var 0,075 %.

Under 2017 registrerades 760 riskbedömningar i Senior Alert i Växjö kommun. Av dem gjordes 476 i särskilt boende, 206 i ordinärt boende och 40 på korttidsboende. Siffrorna inkluderar privata utförare. Detta är en kraftig nedgång sedan 2016 då 1230 riskbedömningar gjordes.

I särskilt boende har 92 % av de som riskbedömts under 2017 haft risk för fall, trycksår, undernäring eller ohälsa i munnen. I ordinärt boende är motsvarande siffra 76 %. Av omsorgstagare med bedömd risk är

---

andelen med registrerad åtgärdsplan drygt 73 %. 54 % av personerna med bedömd risk har en registrerad utförd åtgärd.

Planen var att under 2017 öka registreringarna i Senior Alert. Detta har vi inte lyckats med. En del av förklaringen kan vara att den person som skulle utbilda och stödja enheterna i arbetet har haft en längre tids sjukfrånvaro under året. Det är angeläget att hitta arbetsformer som gör att registreringarna i Senior Alert blir en naturlig och integrerad del i enheternas arbete. Vissa enheter har nått långt i sitt arbete och registrerar till - 100 %, medan andra fortfarande inte alls registrerar i registret - 0 %.

De läkemedel som tillhör grupperna som klassificerats som olämpliga läkemedel för äldre kan leda till ökad risk för fall. Det är viktigt att fortsätta det påbörjade arbetet för att minska/förändra läkemedelsanvändandet bland de äldre. Antalet genomförda läkemedelsgenomgångar enligt teammodell, där läkare, farmaceut, sjuksköterska och baspersonal deltar, var under 2017 334 stycken. Det är en liten ökning, se tabell nedan. Bara 33 av genomgångarna gällde patienter i ordinärt boende vilket är en minskning från föregående år trots att vårt mål var att öka antalet i ordinärt boende.

Läkemedelsgenomgångar				
	2014	2015	2016	2017
	386	455	292	334

Trots läkarbristen och den höga andelen hyrläkare har något fler läkemedelsgenomgångar utförts 2017 jämfört med föregående år. Läkarbristen leder till att kontinuiteten och kvalitén på läkarmedverkan i hemsjukvården försämras. De goda strukturer som finns för samverkan mellan Region Kronoberg och kommunerna innebär dock att det finns möjlighet att samarbeta kring dessa svårigheter.

Tidiga åtgärder t.ex. i form av träning, utvistelse och gott näringsintag har en förebyggande effekt. Det är således av stor vikt att fortsätta det pågående samarbetet mellan omsorgsförvaltningen, Region Kronoberg, pensionärsorganisationerna och övriga förvaltningar för att minska antalet fallolyckor.

En mätning av andelen ordinerade rehabiliteringsinsatser som utförts genomfördes under hösten.<sup>8</sup> Resultatet visade att utförandegraden varierade mycket mellan enheterna men att genomsnittet låg på 54 % för hemtjänstverksamheter och i särskilda boenden enligt SoL på 65 %. I bostäder enligt LSS låg genomförandegraden på 85 %. Det totala resultatet visar samma siffra som föregående år det vill säga att ca 30 % av

---

<sup>8</sup> resultaten i detta stycke inkluderar även privata enheter



---

insatserna inte blir utförda. Resultaten kommer att ligga till grund för fortsatt utvecklingsarbete.

#### **Mål 4:**

##### **Alla enheter följer basala hygienrutiner**

#### **Resultat**

Resultatet från Växjö kommuns mätning av basala hygienrutiner och klädregler våren 2017 visade en följsamhet på 69 % vilket var en liten förbättring jämfört med 2016. Vid extramätning under hösten blev utfallet 71 %. (riket 2017: 48,5 %)

32 omsorgstagare rapporterades ha insjuknat i vinterkräksjuka under 2017 vilket var en kraftig minskning jämfört med föregående år då 57 fall rapporterades. Utbrotten kunde begränsas i sin utbredning tack vare strikt tillämpning av de vårdhygieniska riktlinjerna vid magsjuka.

Endast 3 vårdrelaterade infektioner har rapporterats via avvikelssystemet. Detta visar på att rutinerna för avvikelserapportering inte tillämpas inom området.

En mätning av antibiotikaförskrivning har gjorts på 13 särskilda boenden enligt SoL. Mätningen gjordes enligt HALT. Resultat redovisas i Senior alert under 2018.

#### **Övriga åtgärder och analys**

Självsfattningar har genomförts av den personal som inte gjorde PPM-mätningen. Föreskriften om hantering av arbetskläder SOSFS 2015:10 säger att arbetskläder endast får bäras i arbetet. Tvätt av arbetskläder bör således ske på arbetsplatsen och den kvalitetsmässigt säkraste tvätten görs i tvätterier. Flera verksamheter, särskilt i ordinärt boende kan inte uppfylla kraven då lokalerna i stor utsträckning saknar förvaringsutrymmen för tvätt och befintliga tvättmaskiner inte är anpassade för att klara tvätt av personalkläder. Handlingsplan för 2016-2020 har upprättats. Arbetet med att införa cirkulationstvätt pågår, upphandling är utförd och på alla enheter där förvaringsmöjligheter finns ska cirkulationstvätt införas. Vid anskaffning av nya lokaler ska hänsyn tas till att utrymmen för klädförvaring och omklädningsrum finns. MAS har informerat sjuksköterskorna om vårdrelaterade infektioner och förebyggande åtgärder.

#### **Mål 5:**

##### **Smärtbehandling med validerat bedömningsinstrument för minst**

---

## 50 % av de patienter som vårdas i livets slutskede.

### Resultat

Resultaten nedan gäller Växjö kommun 2017 och är hämtade ut Svenska palliativregistret<sup>9</sup>.

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Andel avlidna utan trycksår	90	89,6
Andel ordinerade injektionsläkemedel mot ångest	100	94,8
Andel ordinerade injektionsläkemedel mot smärta	100	95,3
Andel med dokumenterad munhälsa	100	42,9
Andel med dokumenterat brytpunktsamtal	100	64,2
<u>Andel med dokumenterad smärtskattning</u>	<u>100</u>	<u>59,4</u>
Andel med dokumenterad symtomskattning	100	30,2

Antal vårdtillfällen i urvalet: 212

Målet för 2017 vad gäller bedömning av smärta har uppnåtts. Andelen som fått behandling utifrån en validerad bedömning var 59,4 %. Arbetet går vidare under 2018 för att ytterligare öka användandet av rekommenderade smärtbedömningsinstrument.

Registreringsgraden låg på 60 %. Önskvärd registreringsgrad är 70 % En satsning på att öka registreringsgraden kommer att göras under 2018.

## Övriga resultat

### Tandvård

2016 konstaterades att nästan hälften av de omsorgstagare som hade fått en bedömning av sin munhälsa av tandhygienist hade dålig munhygienstatus. Med anledning av detta gick det ut en uppmaning till enhetscheferna att ta kontakt med Region Kronoberg för att ta emot den kostnadsfria utbildning i munhälsa som de erbjuder. Detta har lett till att 217 av 2110 medarbetare har fått en utbildning i munvård under 2017, vilket är en ökning från 52 år 2015. Resultat 2017 vad gäller munhälsan visar att 278 av de 728 som fick en munhälsobedömning hade dålig munhygienstatus, vilket innebär en viss förbättring. Arbetet med att förbättra munhälsoarbetet fortsätter under 2018 genom Senior Alert och utbildning till medarbetare.

### Skabbutbrott

Under året har vi haft två utbrott av skabb. Ett av utbrotten drabbade ett hemvårdsområde. Flera omsorgstagare blev smittade och flertalet med-

---

<sup>9</sup> <http://palliativ.se/>

---

arbetare hade symptom på skabb och behandlades. Spridning hade skett innan någon fick diagnosen. Utbrottet har pågått under lång tid och flera både omsorgstagare och medarbetare har behandlats mer än en gång.

Det andra utbrottet uppstod i slutet av året på ett särskilt boende. För närvarande har 9 personer smittats varav 6 omsorgstagare.

## **Avvikelser**

### **Övrig hälso- och sjukvård**

De avvikelser som kategoriseras övrig hälso- och sjukvård var 336 vilket är en ökning sedan 2016 då 297 avvikelser rapporterades. De fem vanligaste avvikelserna inom kategorin var i fallande ordning - brister i utförande av insats, utebliven insats, brister i dokumentation, brister i informationsöverföring, brister i omvårdnad. 3 av avvikelserna ledde till inläggning på sjukhus och 2 till annan kontakt med läkare.

### **Avvikelser som inkommit till förvaltningen från annan vårdgivare/annan part**

71 avvikelser har inkommit, vilket är en kraftig ökning sedan 2016 då det inkom 45. Alla utom sex har kommit från Region Kronoberg. Då avvikelserna inkommit via annat avvikelssystem finns ingen statistik på vad avvikelserna har innehållit. Detta är ett förbättringsområde i avvikelshanteringen.

### **Avvikelser som skickats från förvaltningen till annan vårdgivare/part**

Totalt skickades 148 avvikelser vilket var en liten minskning sedan 2016 då vi skickade 156. Merparten skickades till Region Kronoberg. De 5 vanligaste händelserna var i fallande ordning; annat, bristande informationsöverföring, brister i läkemedelshantering, brister i utförande av insats, felaktig ordination av läkare.

### **Medicintekniska produkter - MTP**

Totalt registrerades 48 avvikelser under perioden. Detta är en minskning sedan 2016 då 54 avvikelser rapporterades. I 19 fall fanns ingen identifierad skada registrerad. De skador som registrerades var: smärta, psykiskt lidande, sårskada och annan fraktur. 5 avvikelser har rapporterats till Läkemedelsverket.

### **Stick- och skärskador**

4 rapporter om stick- och skärskador på personal har inkommit. Antalet har minskat sedan 2016 med 1. En stor minskning av antalet skador skedde 2014 då arbetsmiljöregler ändrades så att endast utrustning med stickskydd fick användas. 3 av årets händelser orsakades av kanyler med stickskydd och de drabbade hade ingen förklaring hur det kunde hända. En händelse orsakades av en icke stickskyddad kanyl som fortfa-

---

rande förekommer på vissa förfyllda sprutor.

### **Rehabilitering**

Totalt har 109 avvikelser rapporterats inom området, vilket är en minskning jämfört med 2016. Av dem gällde 64 utebliven insats. Eftersom mätningar har visat på stora brister i utförandet av insatser ordinerade av sjukgymnast/fysioterapeut vet vi att det sedan länge föreligger en stor underrapportering. Därför görs ingen analys av denna statistik. De skador som rapporterats var i fallande ordning fördröjd rehabilitering, smärta och kontrakturer, försämrad funktionsförmåga, psykiskt lidande och försämrad andningsfunktion. Granskning av de avvikelser som lett till försämring i funktionsförmågan visar även i år på brister i analysarbetet.

### **Lex Maria**

Under året har 7 avvikelser lett till anmälan enligt Lex Maria. En kraftig ökning sedan 2016 då endast 1 anmälan gjordes. Ärendens gäller olika områden så det är svårt att se att det finns en gemensam orsak till ökningen. Varje händelse har lett till flera åtgärder som ska förhindra att liknande situationer uppstår igen. Några rutiner har upprättats t.ex. för hantering av uppdrag och informationsöverföring vid byte av utförare. Flera av ärendena gäller läkemedelshantering och en orsak som gäller för många avvikelser inom det området är bristande följsamhet till rutiner.

1. Kvinna på särskilt boende fick läkemedel som var avsett för en annan patient. Läkemedlet hade lagts under pålägget på ett smörgåskex som låg i det gemensamma utrymmet på boendet. En medarbetare tog kexet och gav det till kvinnan. Kvinnan tog ingen skada av händelsen.
2. Man med demenssjukdom i ordinärt boende fick inte sina läkemedel på två veckor. Insatsen hade av misstag tagits bort ur planeringsverktyget varför ingen gick till mannen. Mannen tog ingen skada av händelsen
3. Kvinna på särskilt boende fick läkemedel som var utsatt under vistelse på sjukhus. På grund av bl.a. dålig kommunikation gav medarbetare kvinnan läkemedel från den dosrulle som fanns i läkemedelsskåpet. Dosrullen skulle varit bortplockad och utbytt till dosett med de nyinsatta läkemedlen. Kvinnan fick mycket låg puls och skickades akut till sjukhus.
4. Kvinna med personlig assistens från privat utförare fick inte sitt insulin på morgonen. Detta berodde på att ordinarie assistent blev sjuk och ingen ersättare sattes in. Bristande bemanningsrutiner åtgärdades. Patienten låg högt i sitt blodsocker och fick varken assistens eller insulin förrän på eftermiddagen men kom inte till skada
5. En kvinna (1) i ordinärt boende med hemtjänst och hemsjukvård fick under 4 dagar fel mediciner, sammanlagt vid 12 tillfällen. Hon fick av misstag läkemedel ut en dosrulle som felaktigt levererats till henne.

---

Dosrullen var avsedd för en annan kvinna (2) som skulle ha en akut dosändring, vilket hon därmed inte heller fick. Kvinna 1 fick ett försämrat allmäntillstånd och ökat hjälpbehov. Hon föll också vid två tillfällen under de här dagarna med smärtor och röntgenundersökning som följd. Ingen av patienterna fick bestående skador av händelsen.

6. Kvinna med bipolär sjukdom som efter en tids försämring försökte ta sitt liv. Hon hade påtalat att hon behövde hjälp och många personer och professioner var inblandade både från kommunen och region Kronoberg. Hon besökte också psykiatrin akut några veckor innan händelsen.

7. Man i ordinärt boende fick inte sina läkemedel under en vecka. Mannen bytte utförare inom hemtjänst/hemsjukvård och pga. brister i överrapporteringen fick aldrig den privata utföraren som övertog ansvaret reda på att mannen hade hjälp med leverans av dosrullarna. Mannen kom inte till skada.

### **Ärende klagomål till IVO**

Ett klagomålsärende gällande brister i vård och omsorg har inkommit. Ärendet är utrett och besvarat, återkoppling och beslut har inkommit.

### **Synpunkter gällande hälso- och sjukvård**

Under 2017 har 7 synpunkter gällande hälso- och sjukvård inkommit. Detta är en minskning med 10.

### **Patientnämnd**

4 ärenden som rörde hälso- och sjukvård har inkommit via patientnämnden. Detta är 2 synpunkter färre än 2016.

## 5.7 MÅLOMRÅDE – TRYGGHET OCH SÄKERHET

Övergripande mål	1. Växjö kommun ska upplevas som trygg och säker.
Verksamhetsmål för god ekonomisk hushållning	<ul style="list-style-type: none"><li>• Andelen medborgare som känner sig trygga ska öka.</li><li>• Antalet fallolyckor ska minska.</li></ul>
Nämndens verksamhetsmål	Säker vård och omsorg ska ges till omsorgstagarna.
Strategier	<p>a) Insatser för hög patientsäkerhet framgår i bilaga 8.2 ”Patientsäkerhetsplan 2017”</p> <p>b) Tillräcklig dokumentation görs för möjlighet till god informationsöverföring. Nya lösningar för säker åtkomst till information och effektiv informationsöverföring införs. Tillgång till mer tillförlitliga data inom hälso- och sjukvården utvecklas.</p> <p>c) Arbete sker för att omsorgstagarna ska uppleva att deras boende är fritt från våld och hot om våld.</p> <p>d) God och likvärdig introduktion ska ges alla nyanställda.</p>
Uppföljning/utvärdering	Se bilaga 8.2 ”Patientsäkerhetsplan 2017” Mätning via Kolada av boendeplatser enligt LSS där våld inte förekommit de sex senaste månaderna.

## 8.2 PATIENTSÄKERHETSPLAN 2018

**Mål 1: Antalet trycksår i grad 2-4 som uppstått i nuvarande boendeform ska minska med 30 %, jämfört med 2017.**

**Mål 2: Antalet fallolyckor som leder till allvarlig skada ska minska med 10 %, jämfört med 2017.**

**Mål 3: Minska antalet omsorgstagare med undernäring**

### Strategier

Personer 65 år och äldre i särskilt boende eller ordinärt boende med hemtjänst och med kommunal hälso- och sjukvårdsinsats ska erbjudas en riskbedömning i Senior Alert, samt vid behov åtgärder och uppföljning. Resultaten i Senior Alert ska ligga till grund för styrning av arbetssätt och kompetensutveckling. Riskbedömningar ska även erbjudas andra målgrupper vid behov.

Fortsatt arbete i fallpreventionsgruppen, vilket ska ske i samverkan med övriga aktörer som kan påverka antalet fallolyckor.

Utförande av ordinerade rehabinsatser ska säkerställas på enheterna genom signering och uppföljning i teamen.

Arbete för att stimulera ett jämnt näringsintag över dygnet pågår. Enheter med låg måluppfyllelse upprättar handlingsplan med stöd av dietist.

Fortsatta utbildningar i munhälsobedömningsinstrumentet ROAG på enheterna. Projektet ”Dysfagiscreening” fortsätter till alla särskilda boenden. Utbildning för sjuksköterskor i nutritionsvårdprocessen.

Sjuksköterskorna ska tillsammans med Region Kronoberg arbeta för att alla hemsjukvårdspatienter erbjuds att träffa läkare minst en gång per år och få läkemedelsgenomgång enligt HSLF-FS 2017:37.

Utbildning för sjuksköterskor i trycksårspåbyggande arbete är obligatorisk för nyanställda sjuksköterskor och erbjuds även till övriga.

Ökat användande av BPSD-registret i syfte att genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär. (register för patienter med beteendemässiga och psykiska symptom vid demens). Ett ökat psykiskt välbefinnande minskar risken för undernäring, fall och trycksår.

Översyn av riktlinjer för teamkonferenser.

Kartlägga prevalensen av undernäring i syfte att kunna följa utveckling över tid, inledningsvis i särskilt boende i äldreomsorgen.

Fortsätta ta fram och implementera måltidsrutiner på samtliga särskilda boenden inom äldreomsorgen med grund i vad som framkommit i måltidsprojektet.

Inom Omsorg funktionsnedsättning ska risken för undernäring undersökas genom att SKL:s tre <sup>1</sup>frågor om undernäring ställs. Åtgärder ska vid behov vidtas för att förhindra undernäring.

Uppsökande verksamhet för äldre i ordinärt boende. Information om rådande kostrekommendationer och fallförebyggande åtgärder av undersköterskor enligt utarbetat material.

#### Uppföljning/utvärdering

Avvikelser fall

Antal höft- och lårbensfrakturer Region Kronobergs statistik.

Senior Alert - andel registreringar i särskilt boende och antal registreringar i ordinärt boende samt andel planerade och utförda åtgärder

Prevalens för undernäring i särskilt boende inom äldreomsorgen baserat på mätning av MNA<sup>2</sup>.

Andel omsorgstagare inom Omsorg och funktion som fått riskbedömning genom SKL:s tre frågor.

Mätning av nattfasta

Mätning av trycksår via enkät till sjuksköterskor.

Antal personer med aktuell registrering i BPSD-registret

#### **Mål 4: Alla enheter följer basala hygienrutiner**

##### Strategier

Webutbildning ska användas vid introduktion av nyanställd personal och sedan en gång per år.

Egenkontroller genomförs årligen och de brister som upptäcks åtgärdas. De grupper som inte genomför PPM-mätning genomför självskattning vårdhygien två gånger per år. Legitimerad personal ska genomföra självskattning vårdhygien två gånger per år.

De enheter som har lägre resultat än 50 % får särskilt stöd i sitt utvecklingsarbete av hygiensjuksköterska, sjuksköterskor i kommunens hygiengrupp och MAS.

#### Uppföljning/utvärdering

Mätning PPM basala hygienrutiner och klädregler, på alla enheter inom äldreomsorgen och utvalda enheter inom omsorg funktionsnedsättning.

Antal utbrott av magsjuka och storleken på utbrotten.

HALT<sup>3</sup> -mätning som visar andel med antibiotikabehandling och samband med vårdrelaterade infektioner sker på alla särskilda boenden inom äldreomsorgen.

#### **Mål 5: Smärtbehandling med validerat bedömningsinstrument för minst 70 % av de patienter som vårdas i livets slutskede.**

##### Strategier

Region Kronoberg och länets kommuner ska registrera minst 70 % dödsfallen i Svenska Palliativregistret. Det är sjuksköterskor som gör registreringen.

Utvecklingsarbete sker enligt handlingsplan från palliativa arbetsgruppen.

Resultaten från registret tas upp regelbundet på de övergripande kommungrupperna med chefer för den kommunala hälso- och sjukvården och verksamhetschefer/avdelningschefer på vårdcentralerna. De lokala resultaten från palliativregistret ska årligen också gås igenom av sjuksköterskechefer med

---

<sup>1</sup> 1. Vilket BMI personen har 2. Om personen ofrivilligt har gått ner i vikt 3. Om personen har svårt att äta

<sup>2</sup> Mini Nutritional Assessment – bedömningsinstrument för undernäring

<sup>3</sup> Healthcare-associated infections and Antimicrobial use in Long-Term Care facilities



sjuksköterskor, samt med avdelningschef och läkare på respektive vårdcentral av MAS. Enheternas resultat presenteras årligen av sjuksköterska för teamen.

Utbildning i palliativ vård sker i team av interna handledare i samarbete med Palliativt Centrum.

#### Uppföljning/utvärdering

Resultat i Svenska Palliativregistret

### 8.3 OMSORGSNÄMNDENS STYRKORT 2017

Område	Mål	Nyckeltal/Mätvariabel	Redovisning
<i>För målområdena Arbete &amp; företag, Barn &amp; utbildning och Bygga &amp; bo har omsorgsnämnden inga egna verksamhetsmål.</i>			
Demokrati & mångfald	80 % av omsorgstagarna ska uppleva öppenhet och delaktighet i insatserna.	Andel som upplever att åsikter och önskemål tas till vara. Andel omsorgstagare som har en aktuell genomförandeplan som de har varit delaktiga i. Andel som vet vart man ska vända sig med synpunkter.	Årsrapport
Miljö, energi & trafik	Koldioxidutsläppen ska vara högst 325 ton, där berörda enheter ska förbättra sina resultat med minst 10%.	Central mätning av koldioxidutsläpp. Mätning av koldioxidutsläpp per enhet. Andel förnyelsebart bränsle.	Årsrapport
Stöd & omsorg	Omsorgstagarna ska vara nöjda med sina stöd-, vård- och omsorgsinsatser.	Andel omsorgstagare som är nöjda med sina insatser.	Årsrapport
	Varje omsorgstagare ska under en tvåveckorsperiod möta max 11 olika baspersonal som utför insatser under dag, kväll och helg.	Antal baspersonal per omsorgstagare under två veckors mätperiod.	Delårsrapport Årsrapport
	Direkta brukartiden ska öka.	Andel brukartid, ”direkt” och ”indirekt” via tidmätning.	Årsrapport
	Omsorgstagarnas självständighet ska gynnas	Uppföljningar och anpassade beslut i hemtjänsten. Utvärdering projekt självständighet omsorg funktionsnedsättning.	Årsrapport
	Minst 80 % av omsorgstagarna ska uppleva att måltiderna är en trevlig stund.	Andel som upplever att måltiderna är en trevlig stund.	Årsrapport
Trygghet & säkerhet	Säker vård och omsorg ska ges till omsorgstagarna.	Andel registrerade patienter i Senior Alert, med bedömd risk som har en registrerad åtgärd. PPM vårdhygien.	Delårsrapport Årsrapport

		Andel omsorgstagare i äldreomsorg med en nattfasta under 11 timmar. Andel utförda rehabinsatser. Fallolyckor.	
Uppleva & göra	Omsorgstagarna är nöjda med aktiviteter och möjligheten att komma ut. I särskilda boendeformer ska utomhusmiljön upplevas som trivsamt.	Nöjdhet med de aktiviteter som erbjuds. Erbjudna och genomförda utevistelser. Upplevelse av möjligheterna att komma utomhus. Upplevelse av utomhusmiljön runt särskilt boende	Årsrapport
Växjö Kommun som arbetsgivare	Den totala sjukfrånvaron ska vara högst 22 sjukdagar/snittanställd (eller motsvarande i procent).	Antal sjukdagar per snittanställd.	Delårsrapport Årsrapport
Ekonomi	Förvaltningen, i helhet såväl som i delar, uppvisar ekonomisk balans.	Totalt ekonomiskt utfall relaterat till budget i hela verksamheten. Andel enheter i ekonomisk balans.	Månadsbokslut Delårsrapport Årsrapport