

Patientsäkerhetsberättelse 2013

Antaget av omvårdnadsnämnden 27 februari 2014, § 14

Innehållsförteckning

	sida
Ansvar för patientsäkerhetsarbetet	1
Övergripande mål och strategier	1
Vårdsamverkan.....	1
Antal hembesök av läkare	2
Läkemedelsgenomgångar	2
Akuta transporter till sjukhus	3
Betalningsansvar för utskrivningsklar patient.....	4
Senior Alert	4
Vård i livets slut	6
Hemvård	7
Ny patientjournal.....	8
Avvikelser	8
Bilaga 1. Vård i livets slut per kvalitetsindikator i palliativregistret.....	11

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Omvårdnadsnämnden har ansvar t ex för att

- kraven om god vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upprätthålls
- fastställa övergripande mål samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen
- det finns ett ledningssystem för den hälso- och sjukvårdsverksamheten (SOSFS 2011:9)
- det finns tydliga roller och ansvarsfördelning enligt patientsäkerhetslagen (2010:659)
- verksamhetschefens resp. medicinskt ansvarig sjuksköterskas ställning i organisationen är tydlig och att det i övrigt finns förutsättningar för funktionerna att utöva det medicinska ledningsansvaret
- det finns ändamålsenliga former för samråd och samverkan mellan verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska (SOSFS 1997:10).

Nämnden har fastställt ansvarsfördelning mellan avdelningschef, tillika verksamhetschef enl. HSL 29§, och medicinskt ansvarig sjuksköterska.

De medicinskt ansvariga sjuksköterskorna (MAS) har fastställt övergripande riktlinjer för hälso- och sjukvårdsarbetet. Verksamhetscheferna har sedan utarbetat lokala rutiner utifrån de övergripande riktlinjerna i sina respektive verksamheter. Enhetschefen ansvarar för att de riktlinjer och rutiner som fastställts är kända och följs samt att ny personal får den introduktion som krävs. Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att arbetet utförs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet samt enligt riktlinjer och rutiner.

Övergripande mål och strategier

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Varje medarbetare ska kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges. Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och resultat för nämnden, personal, patienter och övriga medborgare. Det ska också skapa förutsättningar så att verksamheterna kontinuerligt arbetar med att identifiera förbättringsområden.

Ett nytt kvalitetsledningssystem håller på att tas fram enligt kraven i Socialstyrelsens föreskrifter SOS FS 2011:9. Arbetet har påbörjats hösten 2012 och fortsätter i olika etapper även under 2014.

Vårdsamverkan

Att vårdkedjan fungerar utan avbrott är en viktig del för ett patientsäkert arbete. Tillsammans med sjukhusen och primärvården har kommunerna via kommunalförbundet Skaraborg beslutat om en ny struktur för vårdsamverkan i Skaraborg. Ett av målen är att stärka vårdsamverkan på närsjukvårds- och kommunnivå.

I det av Sveriges Kommuner och Landsting initierade arbetet kring projektet Ledningskraft och Det goda livet för sjuka äldre i Västra Götaland pågår olika aktiviteter inom prioriterade områden. För nämndens del sker ett gemensamt arbete med övriga kommuner och primärvår-

den i östra Skaraborg och sjukhuset. Närsjukvårdscoordinatorer leder detta arbete. Ett antal uppföljningsområden har prioriterats. Till detta kommer även öppna jämförelser och interna uppföljningar.

Kort redogörelse för några uppföljningsområden:

Antal hembesök av läkare

Under mätperioden oktober 2012 - september 2013 registrerades 1475 hembesök av läkare på äldreboende. För de 415 boende/patienter på dessa enheter innebär det i genomsnitt 3,55 besök per år.

För hemsjukvården under samma period registrerades 279 hembesök av läkare för ca 700 patienter över 65 år, vilket ger ca 0,4 hembesök per patient. Man måste dock observera att ett antal av hemsjukvårdens patienter gör sina besök på vårdcentralen. Dessa besök har inte presenterats i de mätningar som gjorts.

Målsättningen är att varje patient ska erbjudas minst ett besök per år. I övrigt avgör behoven antalet besök. För både äldreboenden och hemsjukvård har antalet registrerade hembesök ökat det senaste året. Helt jämförbara siffror mot tidigare år finns dock inte. Inom hemsjukvård registrerades 72 hembesök under en sexmånadersperiod 2012, motsvarande period 2013 var antalet 96 st. För äldreboenden är motsvarande antal besök 562 (halvår 2012) och 615 (halvår 2013). Men fortfarande behöver en ökad prioritering av hembesök i hemsjukvård påtalas.

Läkemedelsgenomgångar

Ett ökat fokus på läkemedelsbehandlingarna märks bl.a. genom att antalet läkemedelsgenomgångar har ökat för patienter över 75 år med 77 % mellan två mätperioder under 2012 resp. 2013.

I de öppna jämförelserna presenteras bl.a. andelen personer 75 år eller äldre på äldreboende och med hemtjänst som samtidigt använder tio eller fler läkemedel, med minst ett läkemedel som bör undvikas eller som behandlas med antipsykotiska medel. I jämförelse med övriga landet är resultaten goda – se tabell 1. Skövde har en lägre andel personer för två av de tre mätområdena än både övriga kommuner i Västra Götaland som i riket. Andelen med psykotiska medel är i stort lika med riket.

Tabell 1. Andel (%) personer 75 år eller äldre på äldreboende eller med hemtjänst per mätområde.

	Skövde	Västra Götaland	Riket
Har 10 eller fler läkemedel	15,5	21,1	18,5
Har minst ett läkemedel som bör undvikas	11,2	15,9	13,3
Behandlas med antipsykotiskt medel	6,6	8,5	6,5

Akuta transporter till sjukhus

Antalet akuta/ej planerade transporter till sjukhus av patienter från den kommunala hälso- och sjukvården följs upp under åtta veckor per år. Registreringarna har pågått sedan 2007 – se tabell 2. En av orsakerna till denna mätning är för att se i hur stor grad de patienter, som omfattas av det kommunala ansvaret, är i behov av akuta transporter till sjukhus och följa utvecklingen över tid. I vissa diskussioner påtalas att patienter inom den kommunala hälso- och sjukvården ”i onödan” transporteras till sjukhus samt att ”mer skulle kunna göras på hemmaplan”, t ex genom förbättrade vårdplanering. En minskning av antalet akuta transporter under perioden har skett.

Tabell 2. Antal akuta transporter till sjukhus från den kommunala hälso- och sjukvården.

ÅR	2013	2012	2011	2009	2008	2007	2007-13 Genomsnitt
Antal/registrering	124	173	148	130	144	181	
Uppskattat/år	806	1125	962	845	936	1177	975
- antal tp/dygn	2,2	3,1	2,6	2,3	2,6	3,2	2,7

Underlaget för registreringarna omfattar ca 1300 patienter.

De flesta orsakerna till akut transport till sjukhus är relaterade till andningsbesvär, bröstsmärtor, misstanke om stroke och kräkningar. Av de 124 transporterna under uppföljningsperioden 2013 var 20 st av transporterna till sjukhus orsakade av fallolyckor där patienten behövde undersökas med röntgen. Detta motsvarar ca 0,4 transporter per dag. En av orsakerna till variationerna mellan åren som observerats är hur omfattande vinterkräksjuka och influensan varit respektive år.

Från att det varit allra flest akuta transporter från hemsjukvården har en förändring skett till att det i stort är lika många akuta transporter från äldreboenden som från hemsjukvården – se tabell 3.

Under 2012 ökade akuta transporter kraftigt från några äldreboenden. Tre av boendena står för ca hälften av de akuta transporterna. De orsaker som verkar vara den mest sannolika till denna förändring är att dessa enheter haft en bristande kontinuitet för sjuksköterskebemanningen eller på annat sätt haft en ansträngd sjuksköterskesituation och därmed en ökad risk för bristfälliga vårdplaneringar.

Inom hemsjukvården har det varit en trend med ett minskat antal akuta transporter. I samarbetet med vårdcentralerna har regelbundna vårdplaneringstider (”ronder”) med hemsjukvården införts på fler enheter under perioden. Detta skapar förutsättningar för en bättre planering av vårdinsatser och förberedelser inför akuta försämringar.

Det har hittills inte gått att konstatera i vilken omfattning ”onödiga” transporter skett. Men med bättre vårdplaneringar, en säker informationsöverföring och dokumentation ges en större beredskap vid akut uppkomna situationer som kan åtgärdas i hemmet eller på det särskilda boendet.

Tabell 3. Antalet akuta transporter till sjukhus fördelat per verksamhetstyp.

ÅR	2011	2012	2013	2011 - 2013
Hemsjukvård	106	80	55	- 51
Korttid	17	15	15	- 2
Särsk. boende	25	78	54	+ 29
Summa	148	173	124	- 24

I arbetet att ytterligare förbättra förberedelser inför akuta försämringar hos patienterna utvecklas den medicinska vårdplaneringen mellan patienten, läkaren och sjuksköterskan. En ny modell för medicinsk vårdplan införs successivt med start under våren 2014.

Betalningsansvar för utskrivningsklar patient

Under slutet av 2013 ökade antalet s.k. betaldagar för patienter som var utskrivningsklara från sjukhuset. Januari till september var antalet betaldagar 27, under oktober och november betalades det för 76 dagar.

Antalet korttidsplatser minskades med 10 platser och antalet äldreboendeplatser också med 10 platser under året. Detta måste anses vara den största orsaken till det ökande antalet betaldagar i detta korta tidsperspektiv. Ett ökat antal s.k. betaldagar sätter verksamheten i en ökad press och vårdplaneringssituationerna försvåras. En översyn av det minskade antalet platser i relation till övriga resurser bör göras.

Senior Alert

Arbetet med att förbättra omvårdnaden inom områdena fall, undernäring, trycksår samt munvård inom särskilda boenden utifrån arbetssättet enligt Senior Alert fortsätter. Under året har strukturerade bedömningar om munhälsa också införts. Kostombudsverksamheten utvecklats med bl.a. införandet av nätverk för samverkan mellan personal i köken och på särskilda boenden.

På äldreboenden görs nu riskbedömningar på alla boenden. På servicehusen har arbetet kommit igång under försommaren och hösten och riskbedömningar har gjorts på 135 av 183 patienter.

I tabell 4 redovisas andelen personer där en risk bedömts föreligga och där förebyggande insatser/åtgärder har registrerats/satts in under 2012-13. En markant förbättring har skett på äldreboenden under året. Från att endast ca 20 % av de boende fick åtgärder insatta under 2012 till att nästan 75 % fick det under 2013 för områdena fall, undernäring och trycksår samt drygt 60 % för området munvård. På servicehusen har åtgärder satts in för 20-47 % av de med risk inom de fyra olika delområdena. I de Öppna jämförelserna redovisas motsvarande andel under perioden september 2012-augusti 2013. Under denna period var andelen insatta åtgärder vid risk betydligt lägre – för fall 34 % (riket 66 %), för undernäring 36 % (riket 65 %), för tryck-

sår 32 % (riket 64 %) och för munvård 19 % (riket 48 %). Resultaten visar att arbetet med Senior Alert kom igång ordentligt under årets senare del på äldreboenden.

Tabell 4. Andel (%) personer i särskilt boende under 2013 med bedömd risk och där åtgärder insatser satts in.

Riskbedömning för:	Åtgärder vid risk	Åtgärder vid risk	Åtgärder vid risk
	äldreboende antal bedömningar:272	äldreboende antal bedömningar:310	servicehus antal bedömningar:135
	2012	2013	2013
Fall	17	72	47
Munhälsa	-	62	20
Undernäring	20	73	25
Trycksår	22	71	32

På äldreboendena är 35 % av riskbedömningarna utförda för mer än sex månader sedan. Bedömningar bör göras minst en gång per halvår. Dessutom har endast ca 40 % av bedömningarna följts upp enligt plan. Andelen patienter på äldreboenden som har fått åtgärder/insatser vid risk har visserligen ökat, men det är drygt 25 % som inte har registrerade åtgärder vid risk för fall, trycksår och undernäring. För munvårdsåtgärder är motsvarande andel 38 %. Vid dessa typer av risker är det väsentligt att åtgärder sätts in relativt omgående.

Bedömningen är i stort att arbetet kring dessa riskfaktorer på äldreboenden har kommit igång relativt bra, fränsett det ovan påpekade. Servicehusen har endast arbetat med Senior Alert under ca ett halvår varför det är svårt att göra någon ordentlig utvärdering. Arbetssättet måste förankras på ett tydligare sätt i de olika enheternas "ordinarie verksamhet" för att få ett ordentligt genomslag. Den "dubbla" dokumentationen, dels i patientjournalen och dels i kvalitetsregistret kräver mycket resurser. Ett extra stöd till verksamheterna är nödvändigt för att fortsätta utveckla arbetssättet i verksamheterna.

Hemsjukvården har i stort sett blivit introducerad i Senior Alert under senare delen av hösten, men verksamheten har ännu inte kommit igång. Signaler från hemsjukvården indikerar tydligt på att kommer att bli stora svårigheter att kunna implementera arbetssättet. Detta måste beaktas i den fortsatta planeringen för 2014.

Åtgärder 2014

En utvecklingsledare för Senior Alert tillsätts för att bl.a. stötta Senior Alert-processen.

Snarast fastställa arbetssätt och rutiner för Senior Alert inom hemsjukvården.

Se över det hittills upparbetade arbetssättet inom äldreboenden för att få det som en "ordinarie" del av verksamheten.

Vård i livets slut

Uppföljningen av vården i livets slut utifrån Palliativa registret visar på förbättringar för förvaltningen från 2012 till 2013 för alla kvalitetsindikatorer utom för bedömd munhälsa. För ett antal av kvalitetsindikatorerna (8 av 12) har förvaltningen ett sämre resultat än övriga kommuner i riket – se tabell 5 och bilaga 1. Det gäller främst validerad smärtskattning, munhälso-bedömning och erbjudande av eftersamtal med närstående. För smärtskattning krävs att en validerad skattningsmetod används för att få ett ”ja-svar”. I de allra flesta fall har skattning gjorts men då utifrån en klinisk bedömning. För indikatorn ”någon närvarande i dödsögonblicket” har närvarofrekvensen ökat successivt från 82 % (-11), 85 % (-12) till 86 % under 2013. Motsvarande frekvens i riket är 87 %. Målvärdet är 90 %.

Tabell 5. Andel (%) patienter där vården bedömts uppfyllt resp. kvalitetsindikator under 2012 och 2013 för Skövde samt 2013 för kommunerna i Västra Götaland resp. hela riket.

Indikator	Skövde 2012	Skövde 2013	V Götaland 2013	Riket 2013
Eftersamtal erbjudet	36	52	58	63
Läkarinformation till patienten	57	60	56	59
Uppfyllt önskemål om dödsplats	40	44	45	43
Munhälsa bedömd	50	46	62	67
Avliden utan trycksår	92	92	90	90
Mänsklig närvaro vid dödsögonblicket	84	86	88	87
Utförd validerad smärtskattning	4	9	21	28
Lindrad från smärta	73	77	82	84
Lindrad från illamående	73	78	85	86
Lindrad från ångest	64	74	77	79
Lindrad från rosslig andning	70	70	75	77
Läkarinformation till närstående	59	63	64	69

Se även bilaga 1 där resultatet visas i diagramform för omvårdnadsförvaltningen och riket.

För att stärka och utveckla insatserna i vården i livets slut planeras under våren 2014 ämnet som tema i sjuksköterske- och rehabiliteringsenheternas utvecklingsgrupper. Dessutom skall ett lokalt vårdprogram tas fram under 2014 för att ytterligare arbeta in de nationella riktlinjerna om palliativ vård i förvaltningens verksamhet.

Åtgärder 2014

Ett lokalt vårdprogram för vården i livets slut tas fram för att stärka kopplingen i arbetet till de nationella riktlinjerna.

Hemvård

Under året har ett nytt upplägg tagits fram för uppföljning av de verksamheter som omfattas av den hemvård som ingår kundvals-systemet. Upplägget prövas under 2014.

Två externa utförare bedriver hemvård med personlig omvårdnad, inkl hälso- och sjukvård på uppdrag av förvaltningens sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster utöver förvaltningens sex egna hemvårdsenheter. Ytterligare en extern utförare är godkänd att ingå i kundvalet, men har ännu inte startat upp sin verksamhet. Detta beräknas ske under våren 2014.

Vid uppföljning konstateras några problemområden för patientsäkerheten.

Utförarna har svårigheter att hinna utföra alla beslutade insatser inom angiven tid och att detta är mer uttalat under helger. Det gäller t ex att hinna ge läkemedel inom de tidsramar som anges. Vissa patientgrupper, t ex personer med demenssjukdom eller psykiatrisk sjukdom behöver oftast längre mycket tid vid besök än vad som kan ges. Detta skapar svåra situationer för personalen, vilket bidrar till stress och att uppgifter inte alltid hinner utföras på ett tryggt och säkert sätt. En orsak till detta som bör utredas vidare är ersättningssystemets utformning.

Behovet av dagliga kontaktytor mellan utförarnas personal och sjuksköterskorna är bara upp- arbetat på några arbetsplatser. Sjuksköterskornas uppdrag till utförarna är inte tillräckligt tydligt dokumenterade (se även avsnitt om ny patientjournal).

Följsamheten till delar av hygienrutinerna, främst användandet av skyddskläder och att inte ha på sig t ex ringar vid omvårdnadsarbete, måste förbättras.

Delegeringsprocessen av hälso- och sjukvårdsuppgifter, främst från sjuksköterskor, till personal hos externa utförare har skapat ett merarbete. Successivt har detta lösts genom en viss ändring av sjuksköterskornas indelning av ansvarsområden.

Åtgärder

Den internt drivna hemvården slutför sin översyn av planeringen av tidsscheman och arbetsfördelning, bl.a. genom införande av nytt digitalt planeringssystemet.

Översyn av vårdplaneringsytor inom hemvården (avstämningmöten och övriga möten mellan omvårdnadspersonal och sjuksköterskor/sjukgymnaster/arbetsterapeuter)

Översyn av ersättningssystemet inom hemvården.

Ny patientjournal

Under året har fortsatta insatser gjorts för införandet av nytt verksamhetssystem och ny patientjournal samt införandet av ICF (ny sökordsstruktur i patientjournalen - *Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*). För både sjuksköterske- och reha-benheten återstår dock mycket av arbetet så att införandet av dokumentation enligt den nya ICF-strukturen kan fullföljas. Under perioden har även införandet av arbetssätten enligt de nationella kvalitetsregistren Senior Alert och BPSD varit högaktuellt och påfrestande för delar av verksamheten. Även inom dessa områden återstår mycket av arbetet. Allt detta har belastat enheterna.

Vid uppföljning ses att en stor del av personalstyrkan behöver mer introduktionsinsatser och stöd för att dokumentationen skall säkerställas. Införandet är nu inne i en fas då det finns risk att hittills gjorda insatser inte ger effekt, om inte de inom det närmaste kan följas upp med ytterligare stöd. För att eliminera de risker, utifrån denna ökade belastning, som kan försvåra det fortsatta införandet av ICF-strukturen bör enheterna ges tillfälliga resurser.

Åtgärder 2014

Det blir viktigt att snabbt se över behovet av tillfälliga extra insatser och resurser för fortsatt införandet av patientjournal och ICF.

Avvikelser

Avvikelser ska enligt rutin rapporteras och följas upp fortlöpande/månatligen på enhetsnivå och därefter på avdelningsnivå. En övergripande analys görs på förvaltningsnivå årsvis av MAS.

Under året har 1039 avvikelser rapporterats. Detta är en ökning med 345 registrerade avvikelser jämfört med året innan. Se även tabell 6 över historik om registrerade avvikelser mellan åren 2009-2013.

De allra flesta av avvikelserna som registreras inträffar i samband med hantering av läkemedel. Under året registrerades 698 avvikelser inom läkemedelsområdet. En ökning med 104 avvikelser från förra året. De största orsakerna till avvikelser inom läkemedelsområdet är att doser inte har getts till patienten (t ex genom rapporteringsmiss, glömts bort att ges), att doserna har getts försent (t ex inte hunnit inom tidsramen, blivit fördröjd) eller att läkemedelsdoser är iordningsställda på ett felaktigt sätt.

Även gruppen övriga avvikelser ökade - sammanlagt med 242 registreringar från 90 till 332 stycken. De vanligaste avvikelserna i gruppen är bristande information/kommunikation inom/mellan personalgrupper, utebliven behandling/omvårdnad, brister i arbetsrutiner, bemötande. Enstaka trycksår ingår också i gruppen. Brister i arbetsrutiner är det som angetts som en stor del till ökningen.

Under 2011 och 2012 genomfördes informationsinsatser om den nya Patientsäkerhetslagen. En viktig del i detta var avsnitt om risk- och avvikelserrapportering, inkl genomgång av avvi-

kelser på enheterna. En ökad benägenhet om vikten av att rapportera avvikelser kan märkas efter dessa diskussioner på arbetsplatserna, även från andra områden än läkemedelsområdet. Den förbättrade rapporteringsgraden av avvikelser utgör med största sannolikhet en del av det ökande antalet. Men i övrigt ger det också en bild av en reell ökning.

Tabell 6. Antal avvikelser per år mellan åren 2009-2013.

År	2009	2010	2011	2012	2013
Totalt antal avvikelser	654	465	573	694	1039
varav avvikelser inom					
Läkemedels- hantering	552	409	512	594	698
Rehabilitering	-	-	-	12	9
Övriga avvikelser	102	56	61	90	332

Inom nämndens ansvarsområde finns ca 970 patienter där ansvar för läkemedelshandlingen har övertagits. Uppskattningsvis innebär detta ca 850 000-900 000 läkemedelsdoseringar per år.

Nationella jämförelser saknas inom detta område. Vid ett urval av jämnstora kommuner ses att antalet avvikelser inom förvaltningen ligger i nivå med dessa kommuner – Falkenberg 1549 avvikelser, Hässleholm 1144 avvikelser, Kungsbacka 2150 avvikelser, Nyköping 637 avvikelser (endast läkemedel) och Kungälv 500 avvikelser (endast läkemedel). Inom närområdet kan jämföras med Mariestad 608 avvikelser, Tibro 289 avvikelser och Karlsborg 129 avvikelser. Utifrån kommunstorlek ligger även dessa i motsvarande nivå som Skövde.

Under året skulle övergången till rapportering av avvikelser i det nya verksamhetssystemet introduceras. Detta har dock försenats främst pga. svårigheterna med införandet av andra delar i verksamhetssystemet (se ovan om ny patientjournal m m).

För de olika verksamhetstyperna kan observeras att registrerade avvikelser inom hemvård har ökat under året – se tabell 7.

För hemvårdens del rör det sig främst om utebliven eller försenad läkemedelsbehandling, felaktigt iordningsställda dosetter samt bristande kommunikation. Många av personalgrupperna på de olika enheterna upplever en ”stressig arbetssituation” där man inte alltid har en ”tydlig överblick” över vilka uppgifter som ska utföras, särskilt om ”det planerade arbetsschemat” inte kan följas då situationer som fördröjer schemat inträffar. Samtidigt framkommer också att kommunikationen mellan olika yrkesgrupper inte fungerar på ett optimalt sätt. Särskilt ses att kontakterna mellan omvårdnadspersonal och sjuksköterskor inte är helt säkerställda för det löpande, dagliga arbetet.

På äldreboenden har en stor satsning gjorts med installation av läkemedelsskåp under 2011-13 till resp. lägenhet/rum, detta för att bl.a. säkerställa läkemedelshandlingen. Avvikelseökning-

en på äldreboende har avstannat. Full effekt av det förändrade arbetssättet på äldreboenden har ännu inte nåtts, då de sista enheterna installerade läkemedelsskåpen under 2013.

Tabell 7. Antal avvikelser för olika verksamheter mellan 2011-13.

Verksamhetstyp / år	2013	2012	2011
hemvård, inkl servicehus	672	345	227
LSS	34	30	58
Äldreboende, inkl korttidsvård	338	339	256

Antalet rapporterade avvikelser inom läkemedelområdet har fortsatt att öka. Verksamheterna har vidtagit enskilda åtgärder, men inte i tillräcklig omfattning för att problemen kan åtgärdas. Verksamheterna har påbörjat en mer övergripande översyn av processer och arbetsrutiner. Detta arbete måste ytterligare intensifieras för att komma till rätta med ökningen av avvikelser.

Åtgärder 2014

Fortsatt genomgång av pågående processkartläggning av läkemedelshanteringen.

Utifrån resultat av processkartläggningen utarbeta och implementera nya lokala rutiner för läkemedelshanteringen på varje arbetsplats.

Bilaga 1. Vård i livets slut per kvalitetsindikator i palliativregistret

Diagram 1. Skövde 2013

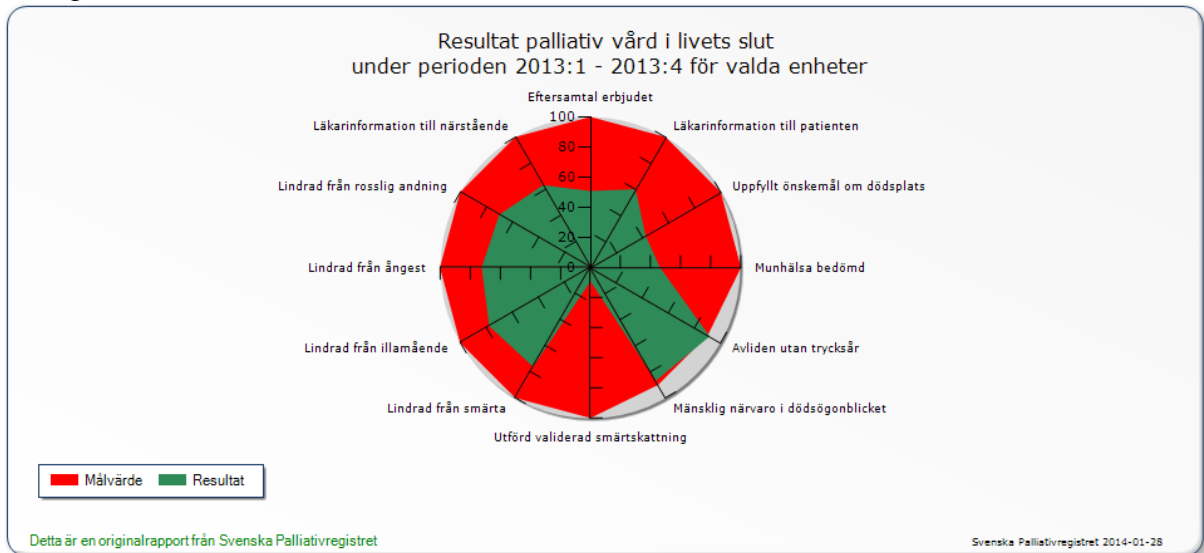
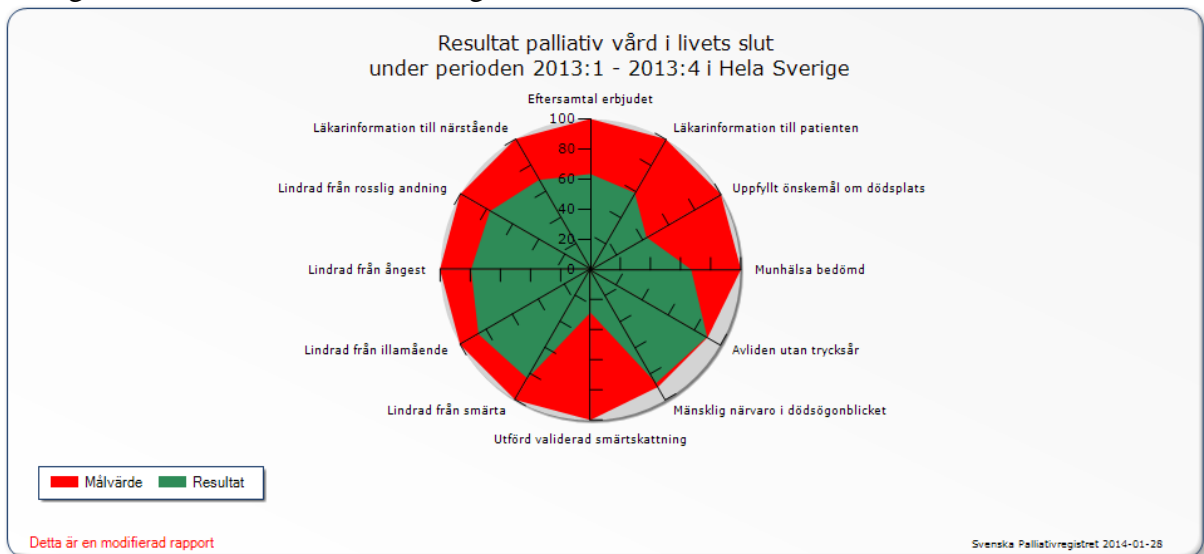


Diagram 2. Alla kommuner i Sverige 2013.





Omvårdnadsnämnden

Postadress 541 83 Skövde **Telefon** 0500-49 80 00 **Webbplats** www.skovde.se