



Styresak 103-2014

Nordlandssykehusets dashboard for kvalitet og pasientsikkerhet - november 2014

Saksbehandler:

Benedikte Dyrhaug Stoknes og Tonje E Hansen

Saksnr.:

2010/1702

Dato:

03.11.2014

Dokumenter i saken:

Trykt vedlegg: Dashboard for november 2014

Ikke trykt vedlegg:

Bakgrunn

Dashbordet er ment å være en kort oversikt over viktige og aktuelle, målbare parametre knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet. Dashbordet skal være så intuitivt som mulig og gi en forståelig presentasjon av aktuelle parametre. Det skal både gi et øyeblikksbilde, men også vise utvikling og trender. Data er tilgjengelige med ulik frekvens. Det er et mål at Dashbordet skal være dynamisk over tid, og at data som presenteres er tilpasset gjeldende satsningsområder i foretaket.

Om Global Trigger Tool (GTT) resultatene for første halvdel 2014

Global Trigger Tool (GTT) er en metode for å avdekke og overvåke forekomsten av pasientskader i pasientbehandling ved hjelp av strukturert journalanalyse. Nordlandssykehuset har på foretaksnivå hatt signifikant nedgang i andelen pasientopphold med pasientskader fra 2011 til 2012, mens det fra 2012 til 2014 ikke har vært signifikant endring. For første halvdel av 2014 er andelen opphold med pasientskader på 14 %. Ved sammenligning av 2010 med 2012, 2013 og 2014 er det for alle år en signifikant nedgang. Dette gjelder også ved sammenligning av 2011 med 2012, 2013 og 2014.

Vi har en stabil trend i antall pasientskader per 1000 liggedøgn, som for første halvdel av 2014 var på 35. Bare ved sammenligning av 2010 med 2012 er det signifikant nedgang. Det er altså mindre nedgang, og ikke statistisk signifikant, i antall skader per 1000 liggedøgn enn for andel innleggelser med skade. Dette kan forklares ut fra at

- Flere innleggelser har mer enn en skade
- De innleggelsene som har skade har reduksjon i antall liggedøgn

Kategorisering av pasientskadene etter alvorlighetsgrad viser noe endring fra tidligere år, med en større andel i gruppen med forbigående skade (E), og reduksjon i gruppen med forbigående skade som fører til forlenget liggetid på sykehus (F). De alvorligste kategoriene; gruppen med varige men (G), gruppen hvor livreddende behandling var nødvendig (H) og død pga skade (I) viser ingen endring fra tidligere år. Samlet står de for 6- 8 % av skadene i perioden 2011-2014. De hyppigst forekommende skadetyper er urinveisinfeksjoner (14 %), postoperative sårinfeksjoner (11 %), nedre luftveisinfeksjoner (10 %) og legemiddelskader (10 %). De 13 hyppigste skadene (av totalt 22 typer) står for 93 % av de totale skadene.

Nordlandssykehuset har innført og innfører stadig tiltakspakker på flere ulike områder med mål om å redusere antall pasientskader innenfor spesifikke områder. Det forventes at innføringen av disse tiltakene vil vises på pasientskadestatistikken i løpet av 2015-16. Hvilke skadetyper som oppstår varierer noe fra år til år. Dette kan ha sammenheng med at fokuset på de ulike tiltakene endres. Det er derfor viktig at dette tiltaket følges videre opp slik at vi oppnår varig reduksjon innenfor disse innsatsområdene.

Trombolysebehandling¹ ved hjerneslag- prosjekt Slagalarm

Nordlandssykehuset Bodø behandler årlig ca 200 pasienter med diagnosen hjerneslag. Trombolyse er akutt behandling med blodfortynnende medikamenter som løser opp blodpropper i hjernen. Jo tidligere behandling kan igangsettes, jo færre vedvarende skader hos pasienten. Slik behandling må starte innen 4,5 timer etter symptomdebut. Etter dette vil skaden være så stor at trombolysebehandling har liten effekt. Hjerneslag medfører at mange mennesker blir fysisk, mentalt sosialt svekket for resten av livet. Trombolysebehandling kan utgjøre forskjellen mellom et liv uten men, og et liv som pleietrengende. Likevel er ikke trombolysebehandling uten risiko. Behandlingen gir økt blødningsfare, og kan i verste fall bidra til dødsfall. Tidlig og riktig diagnostisering er avgjørende for et vellykket behandlingsresultat.

Siden tiden fra symptomdebut til behandling er kritisk, satte NLSH Bodø i gang ”prosjekt Slagalarm” i 2013. Prosjektet var et samarbeid mellom klinikkene Prehospital, Diagnostisk og Hode- og bevegelse, og ble ledet av LIS lege i nevrologi, Ida Bakke. I første omgang var målet å minimere tiden fra pasienten kom inn til sykehuset, og til trombolysebehandling var iverksatt. Det er foreløpig satt i gang fire tiltak:

1. Opprettelse av tverrfaglig team, Team Slagalarm, med representanter fra de involverte klinikkene
2. Innføring av slagalarm – strømlinjeforming av behandlingsforløpet fra pasienten er identifisert til behandling iverksettes
3. Innføring av prosedyrer for wake-up stroke – etablering av eget pasientforløp for pasienter som får slag mens de sover (der tidspunkt for slaget er uklart). Ved riktig diagnostisering kan mange likevel være aktuelle for trombolysebehandling
4. Informasjonsskriv til legekantor og legevaktsentraler – klargjøring av tiltak og ansvarslinjer ved mistanke om hjerneslag (under utarbeidelse)

Lofoten og Vesterålen

Lokalsykehusene i Lofoten og Vesterålen har også tilbud om trombolysebehandling. Forløpet for wake-up stroke er inntil videre kun gyldig ved NLSH Bodø.

Vurdering

Tiltak som reduserer tiden fra symptomdebut til pasienten kan vurderes for trombolysebehandling kan bety mye for prognosen til denne pasientgruppen. Norsk nevrologisk forening anbefaler at ”Door-to-needle time” (DTN)² ikke bør være lengre enn 30 minutter³. For NLSH Bodø har medianverdien (snittverdien) for DTN i prosjektperioden gått ned fra 53 til 30 minutter. Vel så viktig er det også at variasjon i tidsbruk er blitt mindre, slik grafen i dashbordet viser. Ved enkelte tilfeller er det riktig å bruke lengre tid på diagnostikk før en beslutter å gi trombolyse. Toppene i grafen fra mai og juni tilhører pasienter som var symptomfri ved ankomst, men hvor trombolyse ble gitt etter at tilstanden til pasienten ble forverret. Prosjekt Slagalarm er så langt vurdert til svært vellykket. Prosjektet vant bl.a. Helse Nords forbedringspris for andre tertial i 2014.

¹ Blodproppopløsende behandling

² Tiden fra pasienten kommer inn i akuttmottaket, blir diagnostisert ved røntgen og til første injeksjon med trombolyse blir satt – ofte på røntgenbordet.

³ <http://nevro.legehandboka.no/sykdommer-akuttveileder/hjerneslag-akutt-handtering-40423.html>

Tabell 1 Tid fra symptomdebut til innleggelse i sykehus for 180 pasienter innlagt for hjerneinfarkt ved Slagenheten, Nordlandssykehuset, Bodø i perioden 1.1. 2011–30.4. 2012

Tid fra symptomdebut til innleggelse	Antall	(%)
0–4 timer	29	(16 %)
4–8 timer	13	(7 %)
8–24 timer	13	(7 %)
> 24 timer	65	(36 %)
Uklart debuttidspunkt eller funnet med utfall	35	(19 %)
Våknet med symptomer	25	(14 %)
Sum	180	(100 %)

Målinger fra tiltakspakken ”behandling av hjerneslag”, og registreringer fra hjerneslagregisteret, indikerer at hovedårsaken til at pasienter ikke får trombolyse, er **at de kommer for seint til sykehuset**. En artikkel av Salvesen og Eldøen⁴ viser også at sen ankomst til sykehuset og uklart tidspunkt for symptomdebut er den viktigste årsaken til at trombolysbehandling ikke gis. Bare omlag 16 % av slagpasientene kommer til sykehuset i god tid innenfor tidsvinduet (se tabell 1). Det er derfor ønskelig å øke denne andelen. For hjerneslagpasientene ligger premisene for prognosen i stor grad utenfor sykehusets vegger. Økt trombolyseandel avhenger først og fremst av to forhold. For det første må lekfolk være kjent med symptomer på hjerneslag, slik at de tar umiddelbar kontakt med helsevesenet. I dag er det for mange som venter og ser. For det andre er det avgjørende at også primærhelsetjenesten gjenkjenner

symptomer på hjerneslag og reagerer korrekt og umiddelbart.

Det nevrologiske fagmiljøet har drevet undervisning for ambulanspersonell i Prehospital klinikk, og bidratt til oppdatering av ambulanspersonellens prosedyreverk. Man vurderer også muligheten for å nå fastlegene med et undervisningsopplegg. LIS Ida Bakke er i tillegg blitt regional koordinator for arrangementer i regi av Hjerneverket⁵, men det er enda for tidlig å se hvilke konkrete tiltak som vil komme ut av dette.

Status for arbeidet med Pasientsikkerhetsprogrammet

”I trygge hender” var opprinnelig en treårig kampanje som ved utgangen av 2013 gikk over i et femårig program. Målsetningen til programmet er å redusere pasientskader og forbedre pasientsikkerheten i Norge. ”I trygge hender” gjennomføres på oppdrag fra Helse- og omsorgsministeren, og ved Nordlandssykehuset har Seksjon for pasientsikkerhet ansvar for å lede innføringen.

Innsatsområder

Kampanjens innsatsområder forutsettes kjent blant styrets medlemmer. Detaljert informasjon er tilgjengelig på <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no>.

I løpet av november 2014 er alle innsatsområdene ferdig pilotert i en enhet/klinikk i Nordlandssykehuset (Tabell 2). Pilotenhetene har hatt tett oppfølging av Seksjon for pasientsikkerhet, som har hatt veilederansvar. I piloteringsperioden er tiltakspakkene testet og tilrettelagt etter forbedringsmodellen (PDSA-sirkelen). Det er utarbeidet klinikkovergripende og kunnskapsbasert prosedyreverk, informasjonsmateriell, samt lagt til rette for registrering og monitorering av enhetenes målinger. Spredning til resten av organisasjonen er gjort via miniseminarer og opplæring på enhetenes kursdager.

⁴ Salvesen R, Eldøen G: [Behandling av hjerneinfarkt ved slagenheten i Bodø 2011 – 12](#). Tidsskr Nor Legerforen nr 17 2013;133: 1824-26

⁵ Hjerneverket er en nasjonal sammenslutning av organisasjoner og institusjoner som har befattning med hjernesykdommer og/eller studier av hjernefunksjoner. Rådet driver opplysnings- og interessepolitisk arbeid. www.hjerneradet.no

Tabell 1: Oversikt over pilotenheter i Nordlandssykehuset for de ulike innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet.

Tiltakspakke	Ansvarlig klinikk	Pilotenhet	Dato for oppstart
Samstemning av legemiddellister	Medisinsk	B3, R3, R4 (Bodø)	01.09.12
Hjerneslag	HBEV	AB4 sengepost	01.10.12
Urinveisinfeksjoner	HBEV	AB4 sengepost	01.11.12
Sentralt venekateter infeksjoner	AKUM	Intensiv Bodø	01.11.12
Trykksår	KIR/ORT	Sengepost Vesterålen	01.04.13
Fall	KIR/ORT	A5 Ortopedisk enhet	01.11.12
Forebygging av selvmord	PRK	Akuttpostene Nord, Sør, Salten	01.10.13
Forebygging av overdosedødsfall	PRK	Korttidsenhet rus Salten DPS	01.12.13

Status per 1.11.14

Pilotprosjektene er avsluttet og mange sengeposter er i gang med implementering av aktuelle tiltakspakker. Seksjon for pasientsikkerhet har fått tilbakemelding om at mange enheter synes det er utfordrende å innføre flere pakker samtidig. Enkelte enheter har tatt en beslutning om å avslutte målinger etter en tid. Dette gjelder særlig tiltakspakken *Forebygging av kateterassosierte urinveisinfeksjoner*, som var første tiltakspakke klar for spredning. Enhetene som har sluttet å måle forklarer at de nå har økt sitt fokus på korrekt indikasjon for blærekateter, eller at kateter nå benyttes så sjeldent at målingen ikke lenger gir noen verdi. I henhold til den opprinnelige spredningsplanen skulle *Forebygging av fall* være igangsatt ved alle enheter, men man er ennå ikke er i gang i Lofoten og Vesterålen. i Vesterålen har man nettopp vært gjennom en hektisk flytteperiode, og det forventes at arbeidet med tiltakspakken(e) får fullt fokus i tiden framover. *Forebygging av trykksår* er klar til implementering i Lofoten og Vesterålen. Etter spredningsseminar 3. november er pakken også klar for Bodø. Tiltakspakken *Samstemming av legemiddellister* omtales særskilt i eget punkt senere i styresaken.

Spredningsplan

Plan for spredning etter pilotering er vedtatt i ledergruppen. Status er skissert med fargekodene; rød, gul, grønn (se vedlegg). I forhold til tidligere statusrapport er merknad ****igangsatt, men enheten har valgt å avslutte måling* lagt til, da enkelte enheter som tidligere nevnt har valgt å avslutte målingene. Det kan bli nødvendig å bli mer tydelig på krav og forventninger om målinger, og hvordan dette kan endres over tid. Dersom målinger ikke etterspørres eller brukes aktivt i forhold til synliggjøring av forbedringsarbeid kan dette bidra til at enhetenes engasjement forsvinner.

I forbindelse med utarbeidelse av statusrapporten ble klinikker/enheter bedt om å evaluere egen framdrift. Status på spredningsplanen er justert ut fra enhetenes tilbakemelding. Enkelte enheter har valgt å komme med utfyllende kommentarer og noen av tilbakemeldingene gjengis under:

- ”Stor utfordring å få til alle tiltakspakkene med gjennomsnittlig beleggstall på over 100 %. Oppgavene blir for mange til å få hjulene til å gå rundt og de ansatte har ikke tid til å gjøre alt”
- ”Måling i UVI/kateter - pakken ble avsluttet i 2013, da vi har gode rutiner for seponering av kateter. Nyoppdagede urinveisinfeksjoner registreres som avvik i Docmap. Vi er godt i gang med samstemming av legemidler, men har utfordringer på legenivå. Her er tiltakene ikke godt nok implementert.”
- ”Vi gjør så godt vi kan, men det sukkes rundt omkring. Vi sliter mest med fallpakken, men integrerer den i arbeidet rundt slagpasienten. Tavlemøte er i planleggingsfase ved hjelp av stor tavle med pasientnavn og risiko.”

- ”Pilotgruppa har ikke vært i arbeid siden våren 2014. Dette pga. sykemeldt leder, et medlem gått ut i permisjon og overlege sykemeldt fra august. Prosjektet synes ikke å være godt nok integrert i miljøet. Forsøkt å ta fatt i situasjonen, men oppleves vanskelig på grunn av reduserte stabsressurser

Samstemming av legemiddellister

Dette er den største og mest kompliserte tiltakspakken i pasientsikkerhetsprogrammet. Samstemming av legemiddellister er en metode der helsepersonell i samarbeid med pasienten skal sikre korrekt informasjon om pasientens aktuelle legemiddel i bruk.

Hovedmålsettingen er å bedre legemiddelsikkerheten for pasientene ved Nordlandssykehuset, med flere delmål:

1. Flere pasienter får korrekt legemiddel under innleggelse ved sykehuset.
2. Flere epikriser har fullstendig informasjon om legemiddel ved utskrivelse og begrunnelse for endringer.
3. Flere pasienter får med seg legemiddelliste ved utskrivelse.

Innføringen involverer 12 tiltaksgrupper, fra sju klinikker og omfatter over 55 personer som jobber aktivt med dette i Nordlandssykehuset. Medisinsk avdeling i Bodø har vært pilot for tiltakspakken, som spres videre til resten av foretaket ved hjelp av regelmessige læringsnettverk over 1 år. Bodø og Lofoten startet arbeidet i mai 2014 og er kommet godt i gang med både kvalitative og kvantitative målinger. Vesterålen fikk utsatt oppstart til september på grunn av innflytting i nytt sykehus, men har nå også startet arbeidet. Tiltakspakken forventes å være innført i hele foretaket ved årsskiftet. Helse Nord har gitt økonomisk støtte til Sykehusapotek Nord for å jobbe mot en regional innføring gjennom prosjektet SAMSTEM. Nordlandssykehuset er en aktiv medspiller i dette arbeidet.

Resultater fra målinger utført pr september 2014

I all statistisk prosesskontroll brukes medianer på målinger. Her angis andelen pasienter som får samstemming ved innleggelse – som er halvparten på foretaksnivå i NLSH. Andelen pasienter som får utført samstemming av legemiddellister ved utskrivelse fra sykehuset har en median på 63 % for hele foretaket. Lofoten ligger lavere med en median på 15 %. Det skyldes blant annet at målingene ikke ble utført på samme måte som resten av foretaket de første månedene. Resultatet har bedret seg etter at målingene ble standardisert.

Oppsummerte resultater for klinikkene viser at Hode- og bevegelsesklinikken er best med en median på 70 % for samstemming av legemiddellister ved innleggelse. Psykisk helse og rus har lavest median på 28 %, mens de resterende klinikker ligger på en median mellom 42 – 47 %. For samstemming av legemiddellister ved utskrivelse er Psykisk helse og rus klart best med tilnærmet 100 % samstemming over flere måneder. Kirurgisk- og ortopedisk klinikk har lavest median på 47 %, mens de resterende ligger på en median mellom 54 – 69 %.

Nordlandssykehuset i Bodø og Lofoten har utført kvalitetsmålinger av legemiddelavsnittet i epikrisen. Hver epikrise gis da poeng ut i fra krav i klinikkovergripende prosedyrer, med maksimalt 16 poeng. Nordlandssykehuset har et gjennomsnitt på 8,3 poeng for hele foretaket. Kvinne/barn klinikken kommer best ut med et gjennomsnitt på 11 poeng, og medisinsk avdeling i Lofoten har lavest gjennomsnitt på 5,2 poeng. Det er samsvar mellom epikrisekvalitet målt på denne måten, og klinikkens bruk av medikamentmodulen i DIPS.

Direktørens vurdering

Direktøren er fornøyd med at andelen innleggelser med pasientskader fortsatt reduseres i Nordlandssykehuset. For å oppnå en reduksjon av pasientskader per 1000 liggedøgn slik strategien for kvalitet og pasientsikkerhet har skissert, må fokus på innsatsområder man allerede har satt inn tiltak mot opprettholdes samtidig som man vurderer tiltak for nye områder som f. eks nedre luftveisinfectionsjoner. Resultatene så langt viser at foretaket er på riktig vei.

Direktøren er svært fornøyd med Prosjekt Slagalarm. Prosjektet har gitt gode resultater og viser på en forbillidlig måte at det går an å samarbeide og å oppnå resultater på tvers av enheter og klinikker. Specialisthelsetjenesten har en veiledningsplikt ovenfor primærhelsetjenesten, men veiledningen gjøres så langt i stor grad i forhold til enkeltpasienter. Direktøren ser også Prosjekt Slagalarm i sammenheng med samhandlingsreformen. Særlig punktene om tidlig innsats og å få ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen er fremtredende i dette prosjektet. Prosjekt Slagalarm kan derfor sees på som en konkret måte å jobbe for å oppfylle intensjonene i reformen. Direktøren ser med særlig interesse på at fagmiljøet nå også ser utover sykehusets vegger for å legge premisser for en optimal akutt slagbehandling.

Direktøren har forståelse for at implementeringen av alle innsatsområdene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet på alle relevante enheter fortsatt er en stor utfordring for foretaket. Tiltakspakkene berører arbeidshverdagen til mange enheter, mange fagområder og mange profesjoner. Direktøren vil likevel påpeke at målet med dette arbeidet er å integrere det som en naturlig del av den daglige driften. Dette krever særlig oppmerksomhet fra både klinikk, avdelings- og enhetsledelse. I den grad tiltakspakkene avdekker behov for kompetanseheving i foretaket, bør dette følges opp. Dette gjelder både for ledere og for medarbeidere. Behovet for samkjøring og koordinering er betydelig. Det er heller ikke entydig hva begrepet «innført» betyr. Direktøren vil utarbeide klare retningslinjer som gjør det enklere for enhetene å vurdere egen måloppnåelse, der man presiserer en forventning om resultatmåling.

Direktøren ser at resultatene for samstemming av legemiddellister viser at vi er godt i gang, men fremdeles har potensial for å bli bedre på alle områder. Spesielt viktig er det å forbedre samstemming av legemiddellister ved innleggelse, slik at vi er trygge på at pasientene får riktige legemidler under sykehusoppholdet. Tiltaket forventes først å ha effekt på reduksjon av pasientskader relatert til legemiddelbehandling, 2-3 år etter innføring.

Innstilling til vedtak

1. Styret er tilfreds med reduksjon i antall pasientskader og støtter at arbeidet med å ytterligere redusere pasientskader opprettholdes.
2. Styret berømmer arbeidet Prosjekt Slagalarm har gjort, og støtter den brede og tverrfaglige tilnærmingen for å gi slagpasientene optimal akutt slagbehandling
3. Styret ber direktøren påse at krav og forventninger til innføring av tiltakspakkene er tydelige og følges opp, også på enhetsnivå
4. Arbeidet med samstemming av legemiddellister er viktig da en stor andel av avviksmeldinger og pasientskader kartlagt ved hjelp av Global Trigger Tool omhandler legemiddel. Styret ber direktøren påse at arbeidet følges opp slik at målet om 100 % samstemming nås.

Avstemming:

Vedtak:

2014

Dashbord - Kvalitet og pasientsikkerhet Nordlandssykehuset HF



Seksjon for pasientsikkerhet

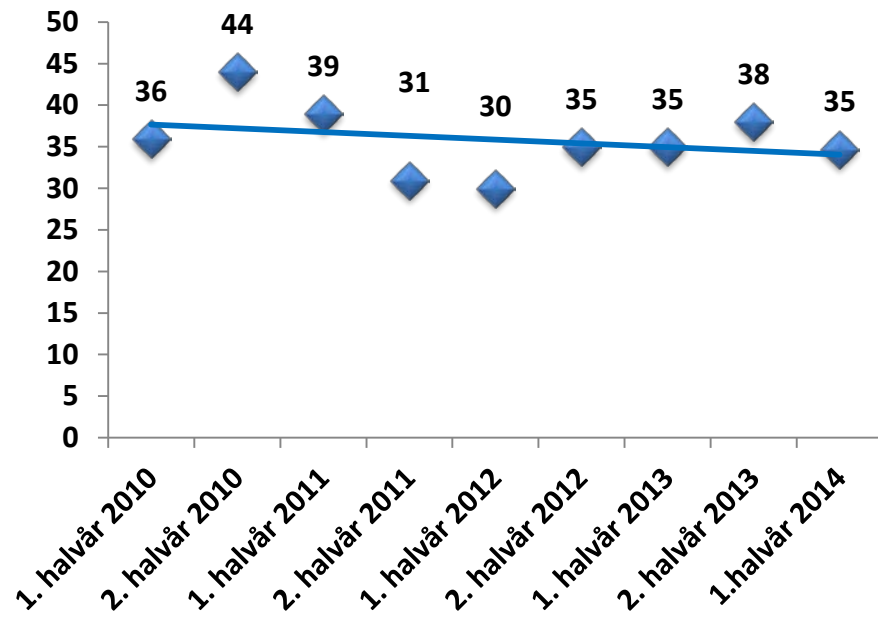
Nordlandssykehuset HF

14.11.2014

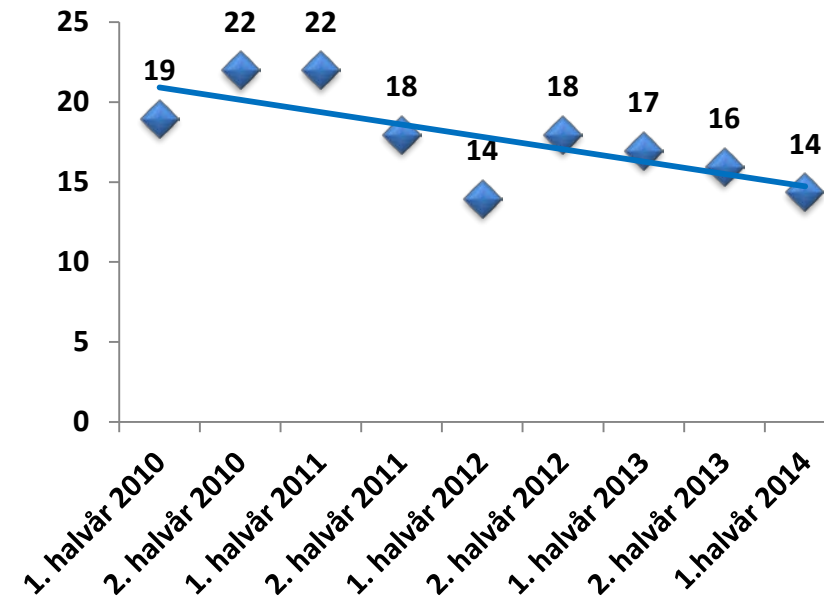
Global Trigger Tool

[Grunnlagsdokument GTT](#)

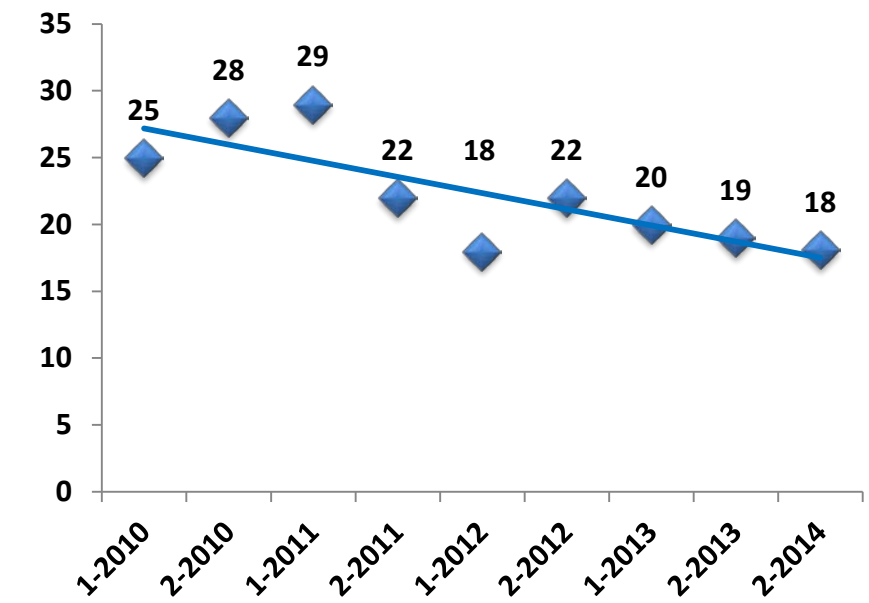
Antall pasientskader per 1000 liggedøgn, NLSH HF



Andel innleggelser med minst en pasientskade, NLSH HF



Antall pasientskader per 100 innleggelser, NLSH HF

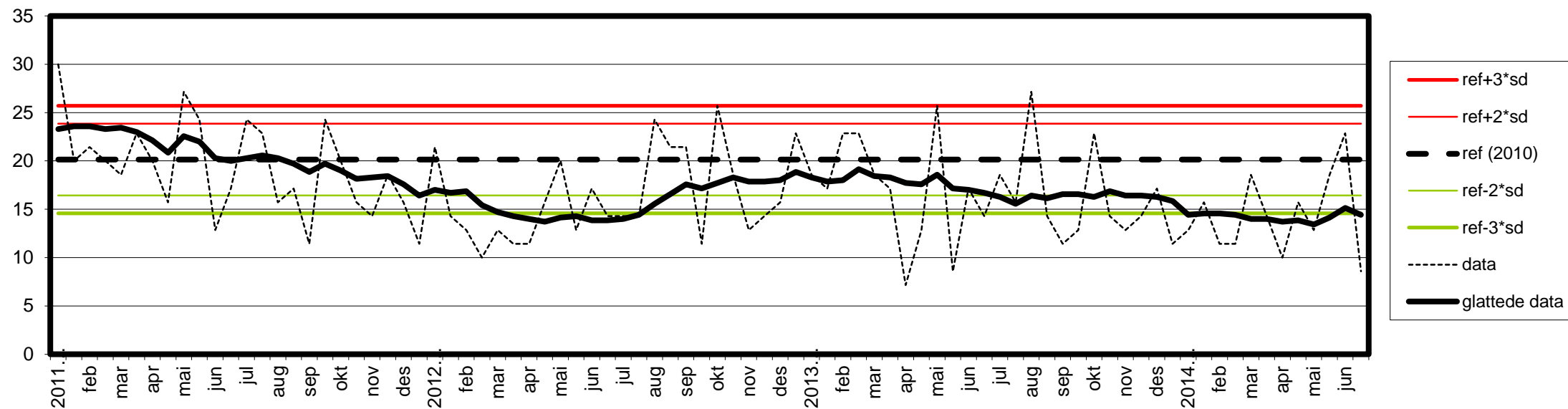


Kontrolldiagram (statistisk prosesskontroll) som viser andelen pasientopphold med minst en pasientskade i perioden 2011-14. Tall fra 2010 brukes som basistall (baseline) for utregning*

Andel pasienter med skade	
2010	0,201
2011	0,192
2012	0,163
2013	0,165
2014	0,144

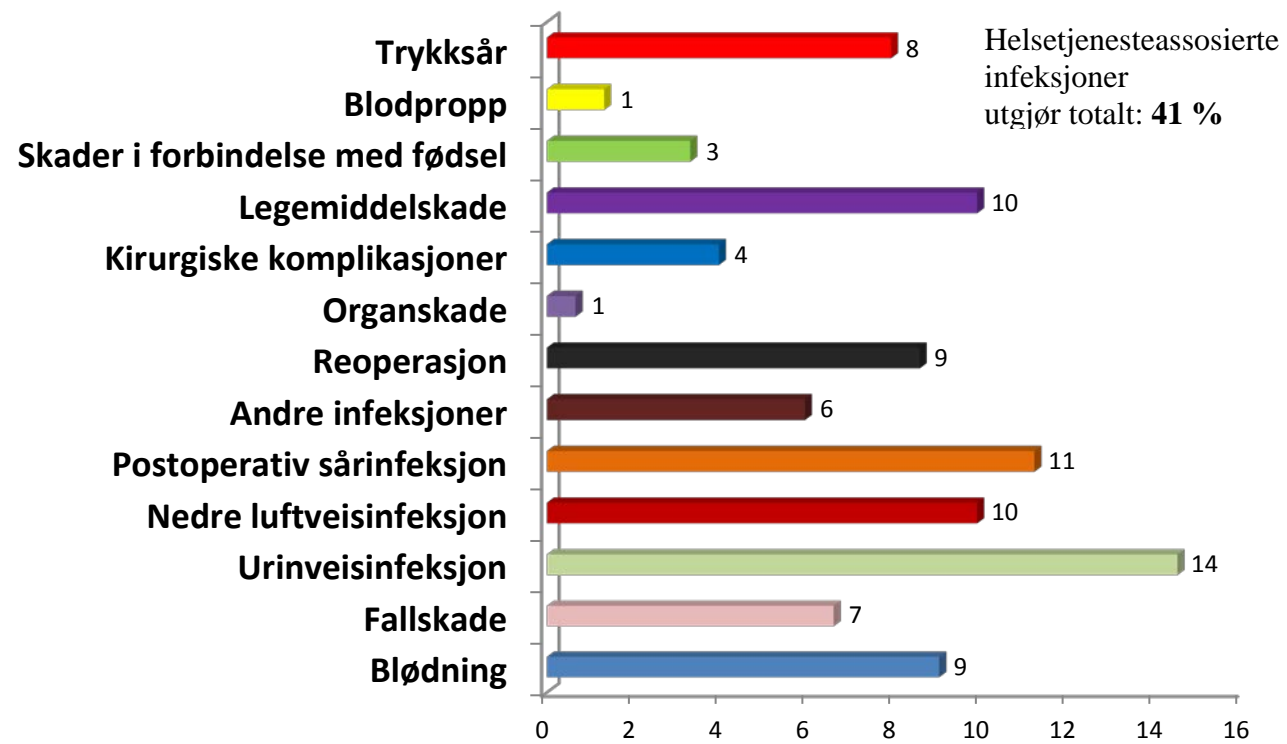
P-verdier for år	
2010 vs 2011	0,524
2010 vs 2012	0,006
2010 vs 2013	0,009
2010 vs 2014	0,000
2011 vs 2012	0,027
2011 vs 2013	0,038
2011 vs 2014	0,002
2012 vs 2013	0,889
2012 vs 2014	0,207
2013 vs 2014	0,168

P-verdi lineær trend	0,00035503
----------------------	------------

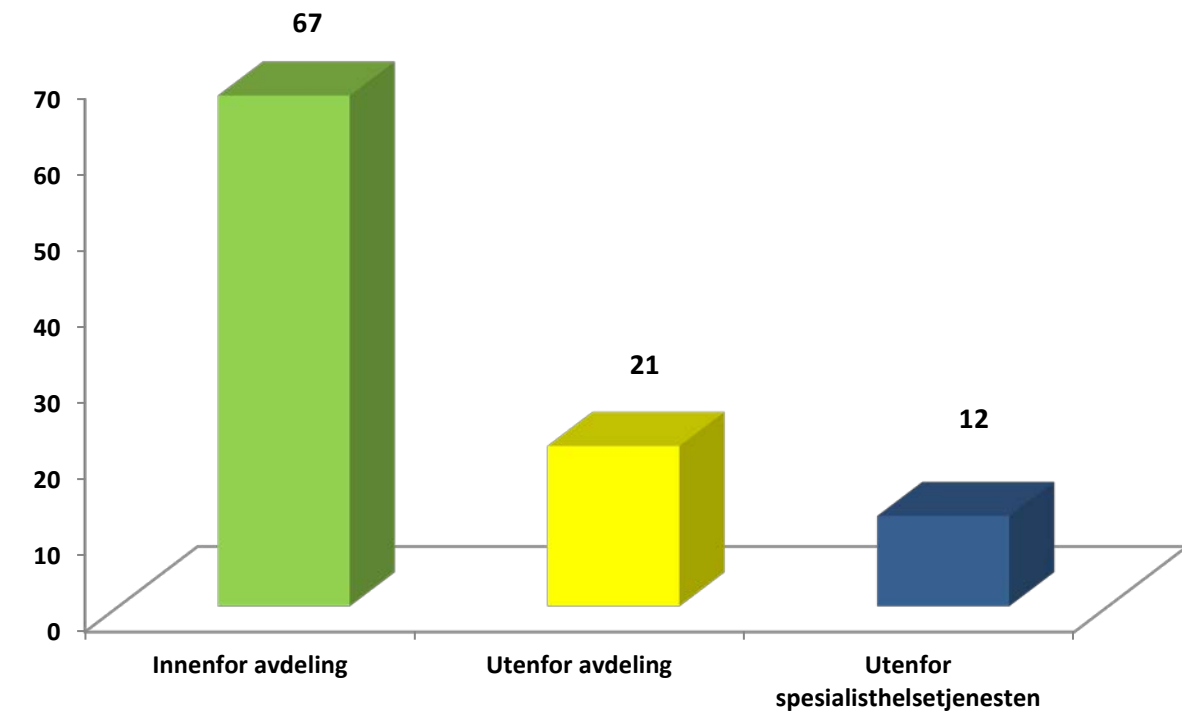


*Utregningen i kontrolldiagrammet for Nordlandssykehuset HF viser at det har vært en signifikant nedgang i andelen pasientopphold med minst en pasientskade fra 2010 til 2012-2014, og fra 2011 til 2012-2014. Fra 2010 til 2011 og fra 2012 til 2013-2014 og fra 2013 til 2014 har det ikke vært signifikant nedgang.

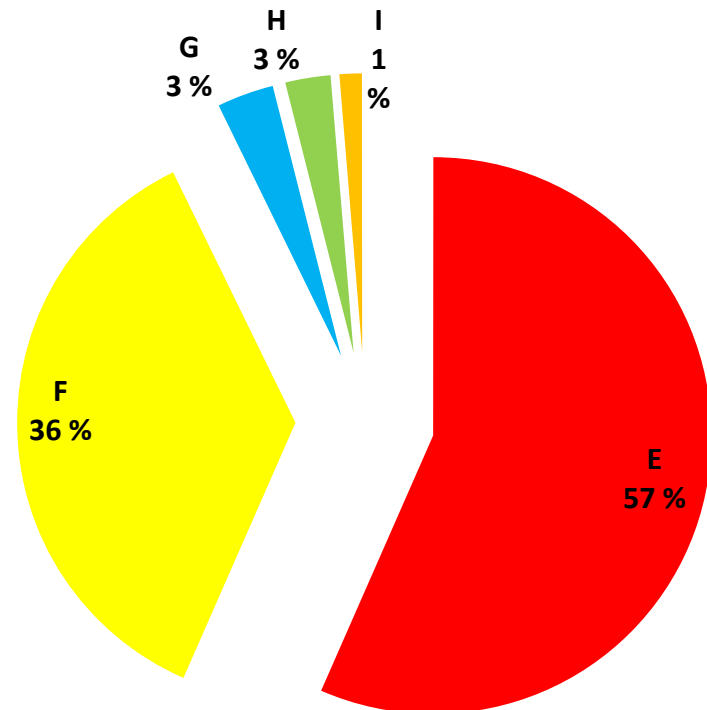
Pasientskader fordelt etter type kategori (i prosent) for NLSH HF i første halvdel 2014



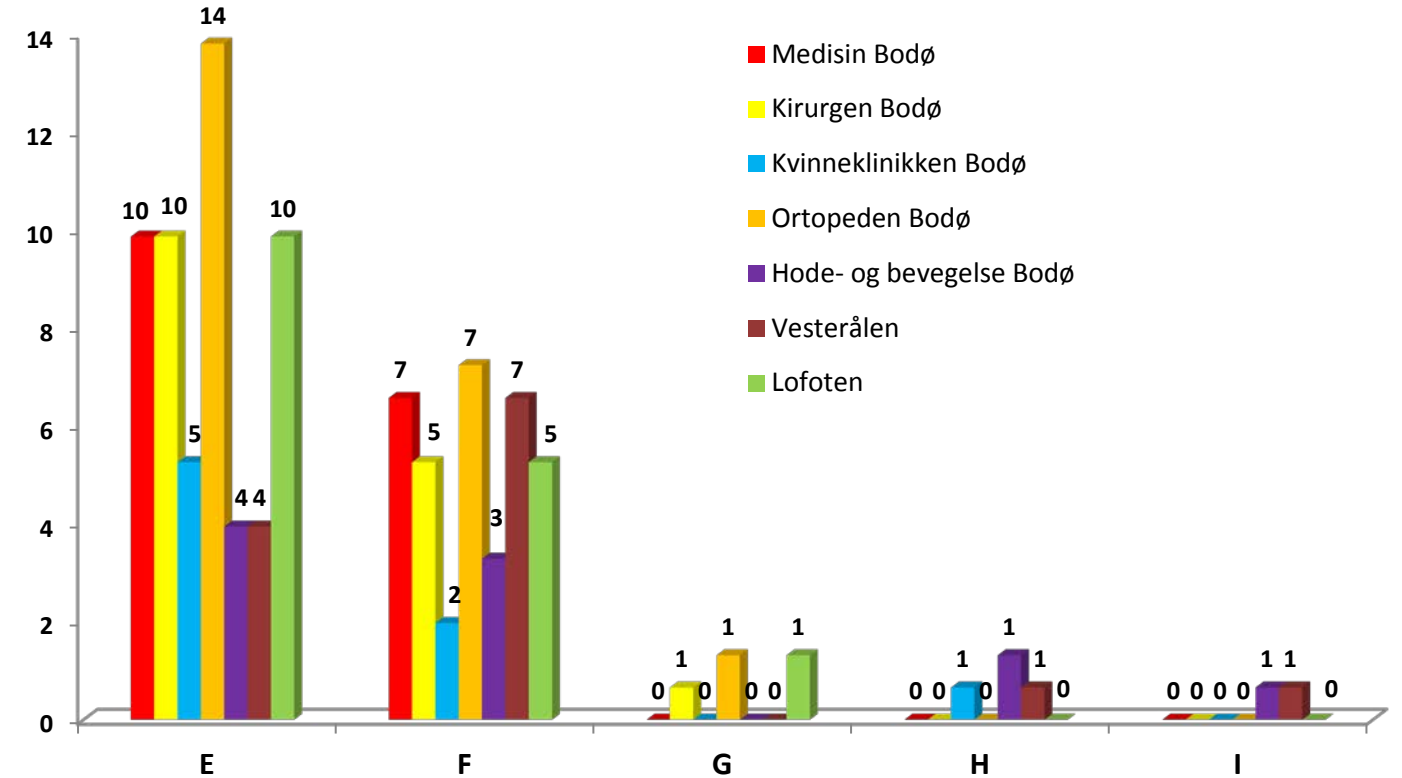
Fordeling i prosent etter hvor skaden oppstod, NLSH HF



Pasientskader fordelt etter alvorlighetsgrad (i prosent) for første halvdel i 2014, NLSH HF



Pasientskader fordelt etter alvorlighetsgrad (i prosent) for første halvdel i 2014, NLSH HF



Trombolysebehandling av hjerneslag, NLSH Bodø

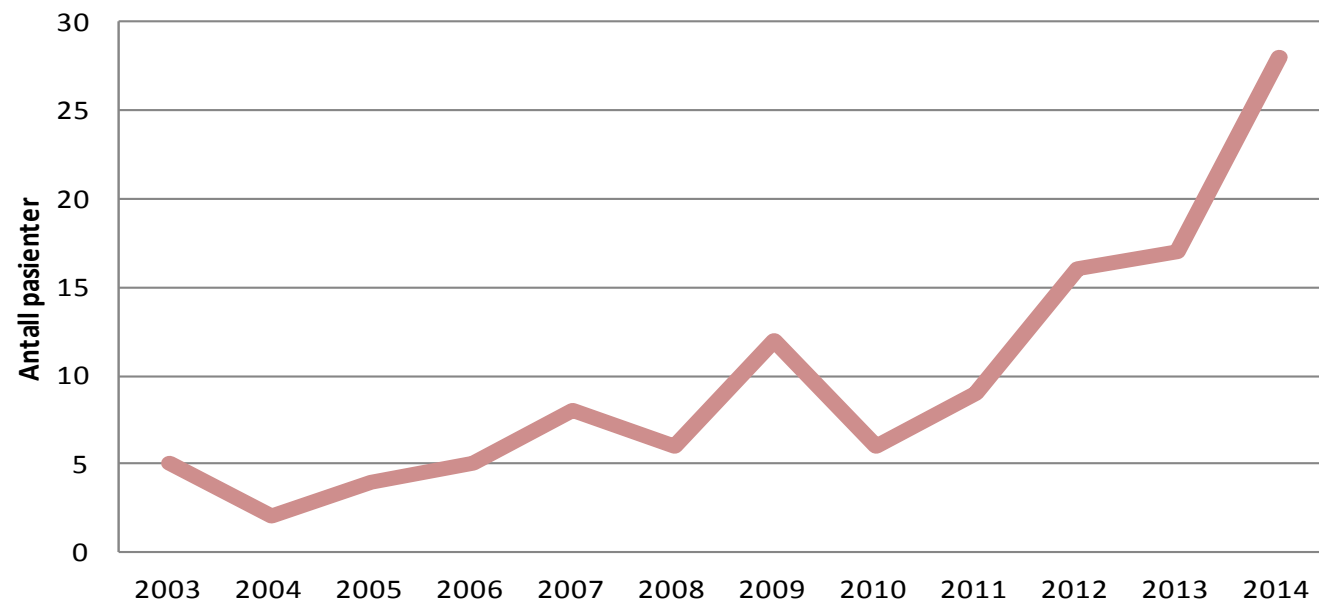
Fakta om hjerneslag¹

Hjerneslag rammer hvert år ca. 15 000 personer i Norge. Det er den tredje hyppigste dødsårsaken, en dominerende årsak til alvorlig funksjonshemming og har store økonomiske konsekvenser. Hjerneslag omfatter hjerneinfarkter (85-90 %), hjerneblødninger (10-12 %) og hjernehinneblødninger (3-5 %).

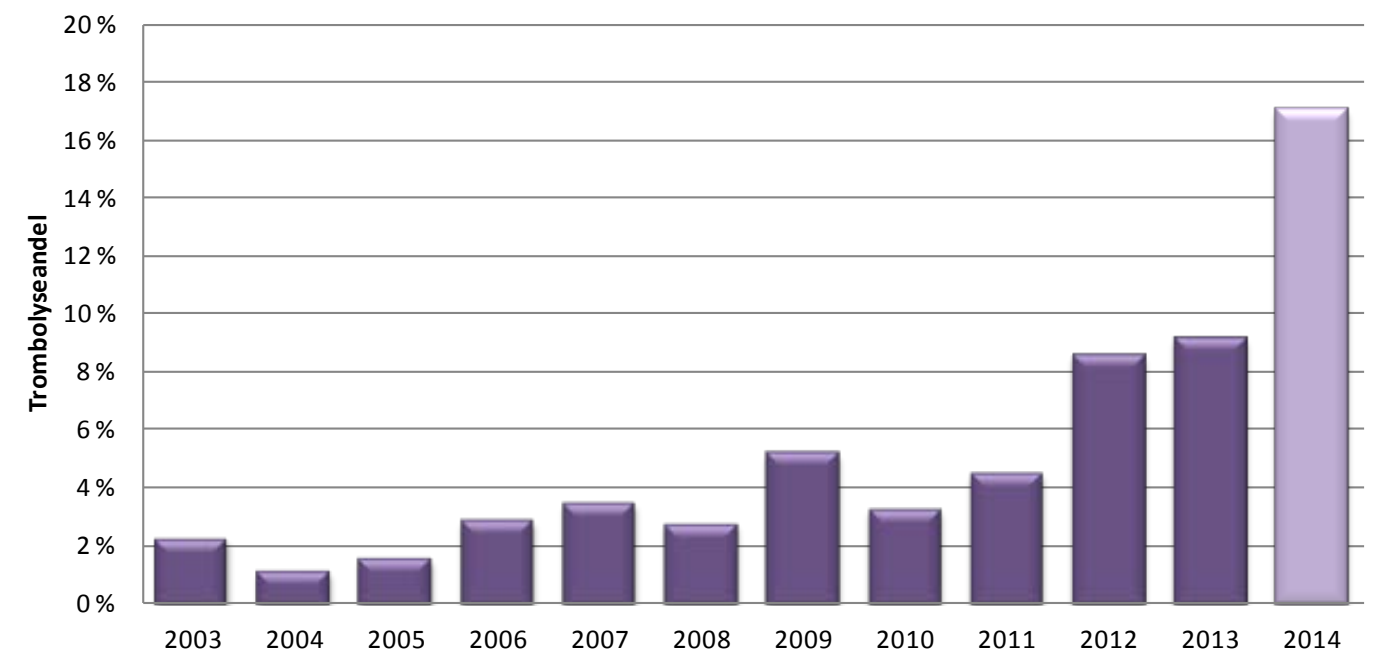
Dødeligheten ved hjerneslag har gått ned i løpet av de siste ti-år. Men om forebyggingen ikke blir mer effektiv vil antall slagtilfeller i Norge, som en følge av økningen i andelen eldre, trolig øke med 50 % i de neste 20 år.

Beregninger indikerer at gjennomsnittlige kostnader ved et hjerneslag i er ca. 600 000 kroner. Kostnadene har nær sammenheng med grad av funksjonshemming i etterkant.

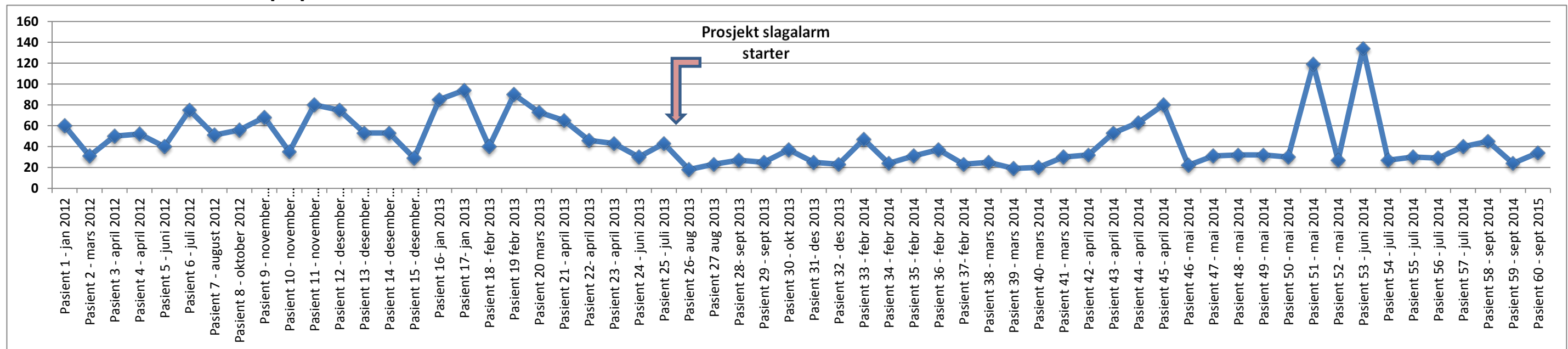
Trombolysebehandling pr år, NLSH Bodø Absolutte tall



Årlig trombolyseandel, NLSH Bodø

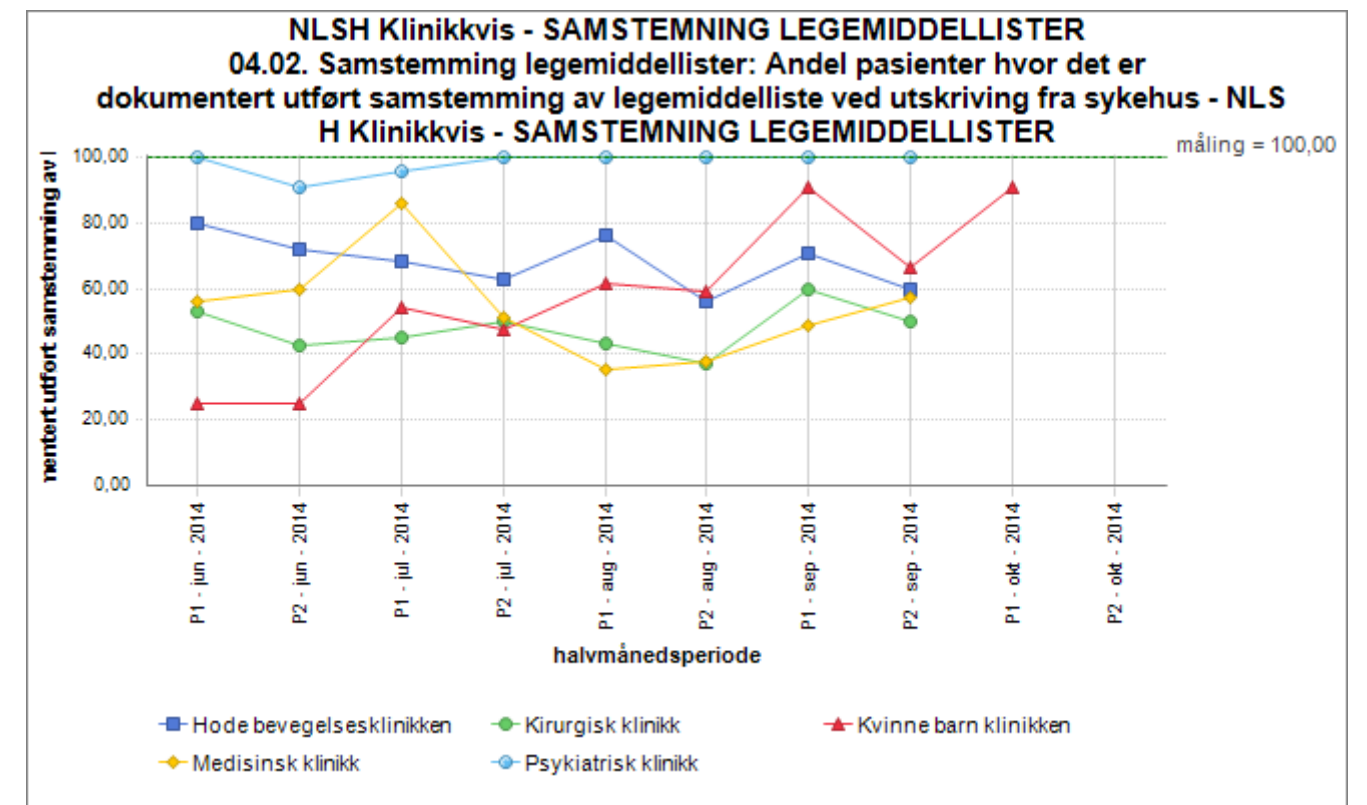
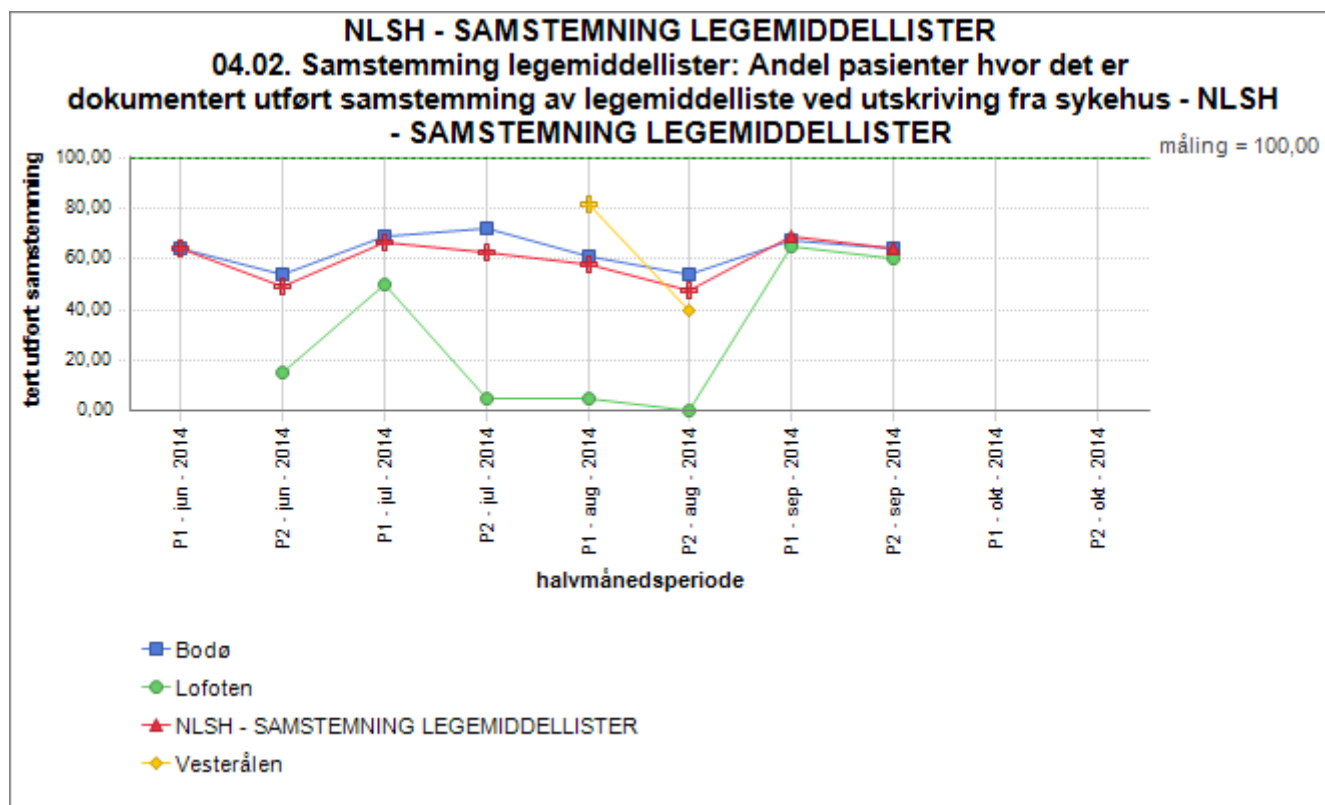
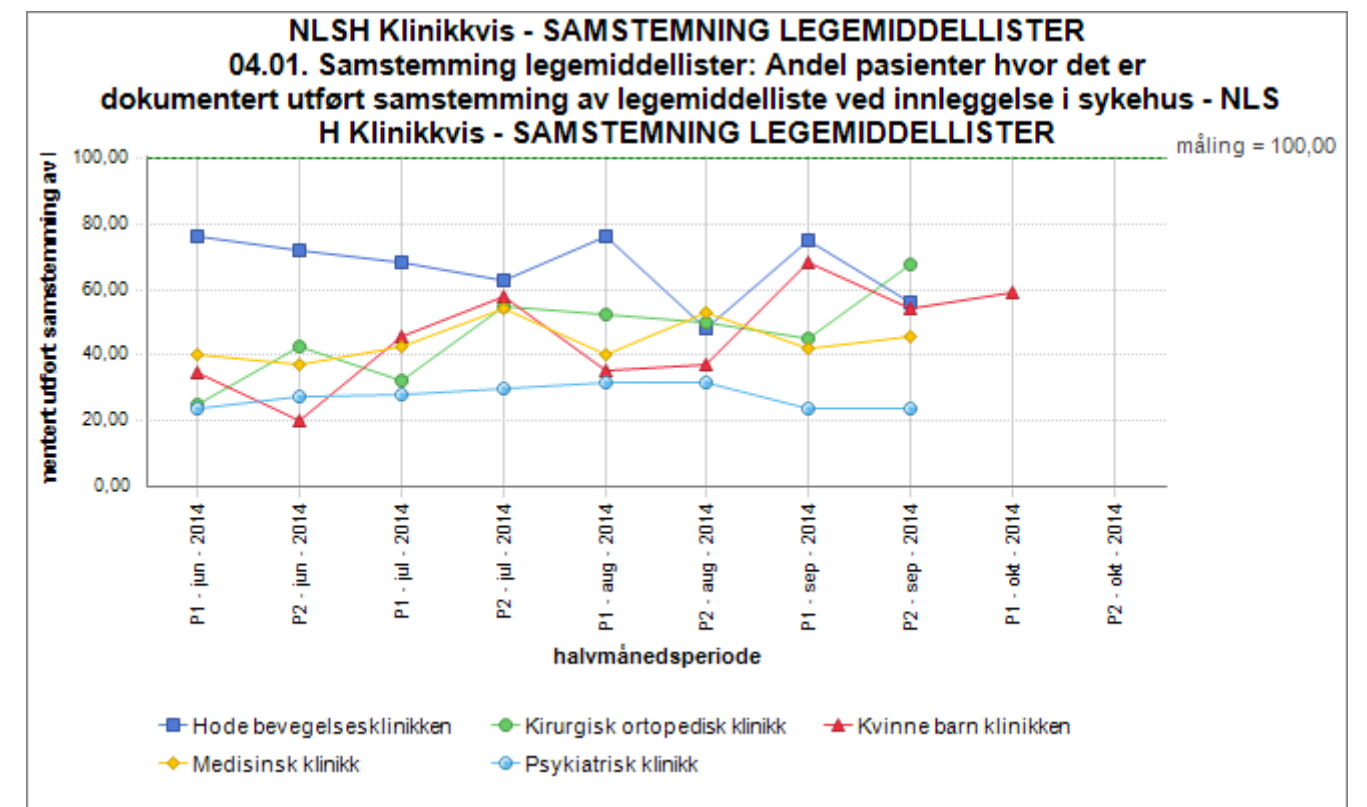
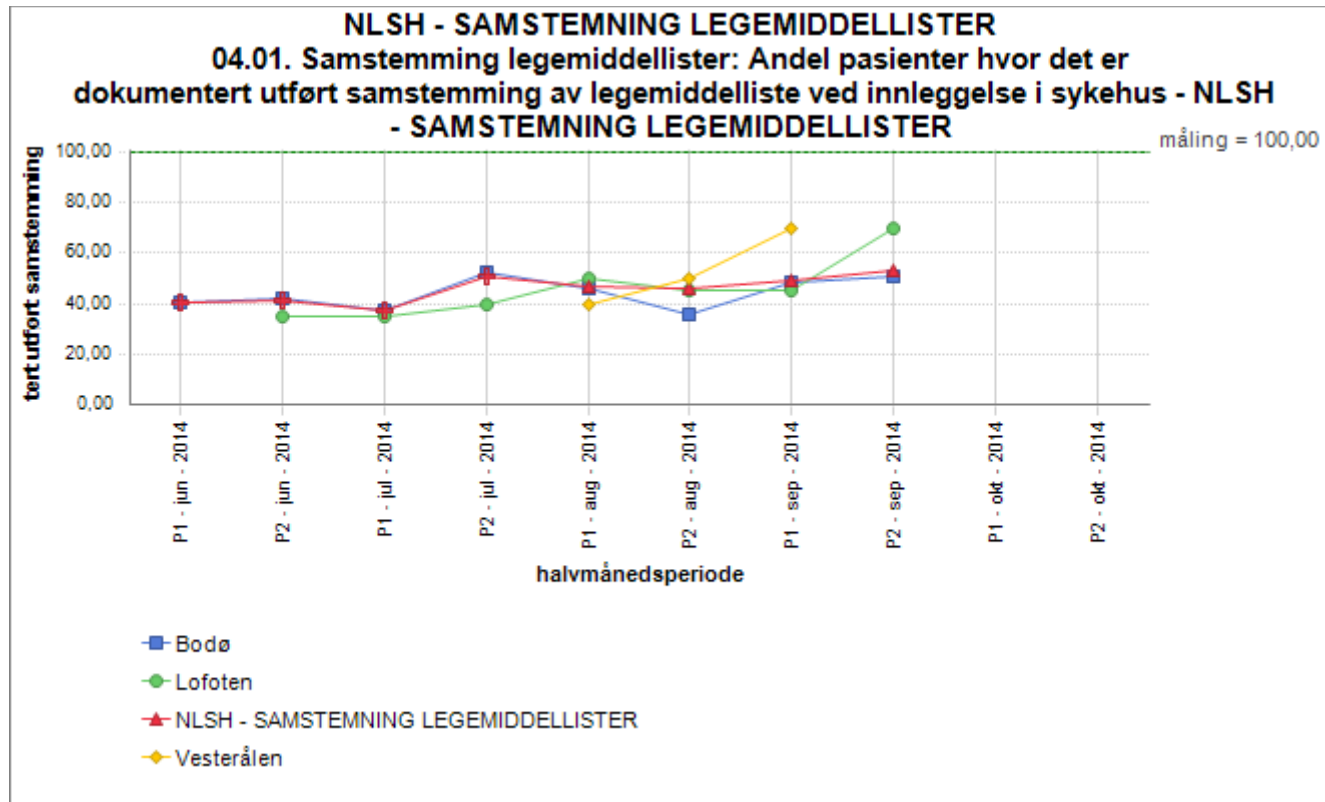


“Door to needle time” pr pasient, NLSH BODØ



Tid fra pasienten kommer inn i akuttmottaket, til injeksjon med trombolyse er satt, målt i antall minutter. Målet er et gjennomsnitt på under 30 min – og lite variasjon rundt gjennomsnittet.

Samstemning av legemiddellister



Kvalitetsmålinger av legemiddelavsnitt i epikrise

Epikrise som oppfyller alle anbefalinger får Maximum 16 poeng.

Registeringer pr september 2014

	Gjennomsnitt poeng
Barneavdelingen Bodø	11
Gynekologisk avdeling Bodø	11
Hode Bevegelses klinikken	9,6
Psykatri Bodø	7,5
Medisinsk avdeling Bodø	<i>Ikke registrert</i>
Kirurgisk avdeling Bodø	6
Kirurgisk avdeling Lofoten	7,9
Medisinsk avdeling Lofoten	5,2
NLSH Totalt	8,3

