



Styresak 107-2015

Nordlandssykehusets dashboard for kvalitet og pasientsikkerhet pr nov 2015

Saksbehandler:

Benedikte Dyrhaug Stoknes m. fl.,
Seksjon for pasientsikkerhet

Saksnr.:

2010/1702

Dato:

30.10.2015

Dokumenter i saken:

Trykte vedlegg: Dashboard for nov 2015

Ikke trykt vedlegg: [Styresak 53-2015](#) Nordlandssykehusets dashboard for pasientsikkerhet og kvalitet – mai 2015

[PR3300](#) Legemiddelinformasjon ved utskrivelse

1 Bakgrunn

Dashbordet er ment å være en kort oversikt over viktige og aktuelle 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. Det er et mål at Dashbordet skal være dynamisk over tid, og at data som presenteres er tilpasset gjeldende satsningsområder i foretaket.

Dashbordet for november 2015 presenterer utfordringer og framdrift for innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet i Nordlandssykehuset. Arbeidet med innføring av innsatsområdene for psykiatri er nå i gang for fullt, og disse pakkene blir derfor nærmere presentert. På bakgrunn av styrevedtaket fra mai om 100 % samstemming, er også framdriften for denne tiltakspakken beskrevet separat.

1.1 Resultater etter kartlegging av pasientskader med Global Trigger Tool (GTT)

Etter planen skulle nye GTT tall presenteres i dette dashbordet. Våren 2015 ble det foretatt flytting av servere i forbindelse med HOS prosjektet. ASJ¹ ble derfor stanset i flere perioder for å gjøre feilsøking og sikre at verktøyet fant riktige triggere også etter flyttingen. Dette har gjort at analysen for 2015 er svært forsinket og resultatene for 2015 kan ikke presenteres før våren 2016.

¹ ASJ = Automatisk strukturert journalanalyse. Verktøy for automatisk journalanalyse

2 Status for arbeidet med innsatsområdene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet

Innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet forutsettes kjent for styret².

Pasientsikkerhetsprogrammet er i gang med en gjennomgang og revisjon av flere av innsatsområdene, og både innhold og målinger kan endres. Dette kan i tiden framover få konsekvenser for arbeidet på enhetene. I løpet av 2016 slippes også fire nye, valgfrie innsatsområder; «forebygging av sepsis», «tidlig oppdagelse av livstruende tilstand», «ernæring» samt et egendefinert klinisk forbedringsprosjekt.

Vi er nå i en fase der mange enheter jobber med pakkene på selvstendig grunnlag. Denne rapporten bygger primært på tilbakemeldinger fra et skjema som ble sendt ut via klinikkene, der alle enheter ble bedt om å rapportere blant annet på om innsatsområdene er implementert, og om det måles i Extranet. Enheter som ikke har gitt tilbakemelding, og der seksjon for pasientsikkerhet ikke kjenner til at det har skjedd endringer, blir stående med fargekoden fra forrige dashboard.

2.1 De enkelte tiltakspakkene

”**Forebygging av fall**” kom i ny, revidert utgave i februar. Legemiddelgjennomgang ble da innført som obligatorisk tiltak for alle pasienter med forhøyet fallrisiko. Det betyr i praksis de aller fleste innlagte pasienter. Legemiddelgjennomgang er en systematisk og helhetlig gjennomgang av alle legemidler i bruk, med fokus på blant annet indikasjon, bivirkninger, interaksjoner, risiko og hensiktsmessighet. Pasientens livssituasjon skal også tas med i vurderingen. Dette tillegget har gjort at det nå er få enheter som har mulighet til å gjennomføre fallpakken slik den er beskrevet.

Det er flere utfordringer knyttet til en dramatisk økning av legemiddelgjennomganger på enhetene. For det første forutsetter det at medisinalisten er samstemt inn. Pr i dag kan vi ennå ikke garantere dette (se avsnitt som samstemming). For det andre krever slik gjennomgang en generell, oppdatert legemiddelkompetanse som mange spesialiserte fagområder per i dag ikke har.

Tilbakemeldinger til pasientsikkerhetsprogrammet om hvordan «innføring» av legemiddelgjennomgang skulle forstås, har ført til at saken nå behandles videre i den nasjonale ekspertgruppa. De vil definere nærmere hvordan dette pålegget kan og skal forstås i foretakene. Nordlandssykehuset har inntil videre valgt å se bort fra kravet om legemiddelgjennomgang. Vårt fokus er på å innføre screening, tiltaksplaner og informasjon som standardtiltak. Enheter som gjør dette rutinemessig, vil vises som grønne på dashboardet. KIRORT Lofoten og PHR Alderspsykiatri og HBEV sengeenhet har startet målinger i høst, og med det er alle fallteamene i Extranet. Veileders inntrykk er at det jobbes godt med fallforebygging i Nordlandssykehuset, og enhetene melder at de ser nytte av arbeidet.

«**Behandling av hjerneslag**» er innført i foretakets tre slagenheter. Innsatsområdet omfatter målinger knyttet til gjennomføring og dokumentasjon av de viktigste tiltakene i nasjonale retningslinjer for behandling av hjerneslag³.

Det har lenge vært annonsert at registreringene for innsatsområdet skal slås sammen med registreringene for hjerneslagregisteret, noe som vil spare alle for dobbeltarbeid. Også dette innsatsområdet er derfor under revisjon av pasientsikkerhetsprogrammets ekspertgruppe. På grunn av tekniske hindringer er sammenslåingen ennå ikke gjennomført, men den bebudede sammenslåingen gjør det likevel vanskelig å motivere til videre registrering. Alle lokasjoner melder at de måleansvarlige føler at de blir sittende mye alene med arbeidet.

Det er en utfordring å få brukt resultatene i forbedringsarbeid. For alle slagenhetene viser målingene at det er konsistent oppfølging av måleregimene knyttet til overvåkning i slagenhet

² Mer informasjon om innsatsområdene er tilgjengelig på www.pasientsikkerhetsprogrammet.no

³ Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet, 2010)

(NIHSS og fysiologiske målinger) som det scores svakest på. Det er ikke dermed sagt at gjeldende praksis utgjør et klinisk problem. Ingen av slagenhetene har foreløpig meldt om konkrete tiltak for å bedre disse resultatene. De måleansvarlige melder at de selv tar ansvar for å melde om resultatene til kolleger, og for å minne om registreringer som skal gjøres.

«**Forebygging av kateterassosierte urinveisinfeksjoner**» er innført i alle aktuelle enheter. Ikke alle enheter gjennomfører målingene med samme kvalitet, men Seksjon for smittevern melder om signifikant nedgang av antall urinveisinfeksjoner ved prevalensmålinger. Seponering av blærekateter uten klar indikasjon synes å ha etablert seg som gjennomgående god praksis i Nordlandssykehuset. Det planlegges oppstart månedlige smittevernvisitter. Når dette kommer på plass vil vi få en mer reell status på urinveisinfeksjoner. Det vil bli svært interessant å se om utviklingen også vil vises på kommende GTT-analyser.

«**Forebygging av trykksår**» er innført på flere enheter. Innsatsområdet er relativt enkelt, og rutiner for trykksårforebyggende tiltak var hos mange enheter etablert praksis før innsatsområdet ble rullet ut. En enhet melder om at det ikke finnes tilstrekkelige spesialmadrasser tilgjengelig. Trolig finnes det madrasser, men de *eies* av den enkelte enhet og det er ikke et system for å dele ved akutt behov.

«**Trygg kirurgi**» sjekkliste ble innført i Nordlandssykehuset i 2010. Sjekklisten består av 3 deler hvor man gjennomgår sjekkpunkter før anestesi, før knivtid og etter avsluttet prosedyre. Det hukes av for ja/nei brukt sjekkliste på hvert operasjonssykepleierdokument som opprettes i DIPS. Sjekklista brukes i stor grad, og rapporter for bruk av sjekkliste på hver pasient og for oppsummeringsstatistikk ble utviklet av DIPS. Dessverre har kodeverket bak rapportene ikke vært korrekt programmert slik at statistikken hele tiden har vært feil. Det har over lang tid vært jobbet med å rette opp dette, men foreløpig er vi ikke i mål.

3 Innsatsområdene: Forebygging av selvmord og overdose

Innsatsområdene i psykisk helsevern innføres på bakgrunn av ulikheter i behandlingstilbud og betydelige nasjonale variasjoner i oppfølging av pasientene. Valg av overdoser og selvmord som innsatsområder kommer også på bakgrunn av at Norge har et høyt antall overdosedødsfall sammenlignet med andre europeiske land. Følgende enheter i PHR klinikken skal foreløpig innføre innsatsområdene:

- Sikkerhet
- Rus og psykiatri
- Enhet for psykose 1 og 2
- Enhet for alderspsykiatri
- Døgnetenhet spiseforstyrrelse
- Akuttenhet for ungdom
- Korttidsenhet for ungdom
- SDPS, Enhet D
- Vesterålen DPS Allmennpsykiatrisk døgnetenhet (eget opplegg)

3.1 Om «Forebygging av overdosedødsfall»

De fire første ukene etter behandling er risiko for å dø av overdose 16 ganger større enn ellers. For å få ned antall overdosedødsfall, er god oppfølging etter endt behandling avgjørende. Tiltakene skal bidra til å **hindre tilbakefall** etter behandling, gi **informasjon** om stoffenes virkning og overdosefare, gi opplæring i **førstehjelp** (kameratredning) og sikre oppfølging etter **utskrivning** fra institusjon.

3.2 Om «Forebygging av selvmord»

Det er vanskelig å predikere selvmord, men statistiske risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer samt spesifikke spørsmål i samtaler med pasienten vil kunne hjelpe oss til å identifisere personer som trenger tiltak av kortere eller lengre varighet. Tiltakene i pakken er; **spesialistvurdering** innen et døgn, iverksetting av **beskyttelsestiltak** (sikring av rom og omgivelser), **vurdering av risiko for selvmord** (ved innskriving, utskrivning, overføring og før permisjon), **planlegging av permisjon** samt **tiltak ved utskrivelse** (kriseplan for pasient og pårørende, avtale for oppfølging «time i handa»)

Forbedringsarbeidet kontrolleres via prosessmål; vi måler hvor mange av pasientene som mottar hvert punkt i tiltakspakken.

3.3 Innsatsområdene i psykisk helsevern i Nordlandssykehuset

Pilotprosjekt *Forebygging av selvmord* er gjennomført ved akutenhet Nord og Sør og *Forebygging av overdosedødsfall* ved Korttidsenhet Rus. Her har man også innført opplæring i hjerte-lungeredning, med hovedfokus på kameratredning. Det har vært spredningsseminar i juni 2015, hvor resultater fra pilotprosjektet ble presentert. I september 2015 ble det foretatt kontrollmålinger ved pilotenhetene, som viste at arbeidet følges godt opp.

Alle enheter har fått på plass måleansvarlige og team, og flere enheter er klare til å begynne arbeidet med Baseline-målinger. De aller fleste enheter var på spredningsseminaret hvor pilotenhetene presenterte sitt arbeid og delte sine erfaringer. Klinikkovergripende prosedyrer for forebygging av selvmord og overdosedødsfall er reviderte og godkjente. Prosedyrene er revidert i forbindelse med pilotprosjektene, noe som har vært svært arbeidskrevende.

3.3.1 Begrensninger på kvalitetstilganger i DIPS

Målingene er knyttet til dokumentasjon av praksis i EPJ. For å kunne gjennomgå pasientjournaler som en del av lokal kvalitetssikring, må man p.t formelt ha egne kvalitetstilganger i DIPS. Dette fordi det skal fremgå riktig av loggen hvorfor man var inne i gjeldende journal. Vi kan ikke garantere at det ikke finnes ansatte som bruker sine ordinære «behandlertilganger» også til kvalitetsarbeid, men etter at ny løsning for kvalitetstilganger etter planen er på plass 16. november, vil problemet forhåpentlig være løst.

Omfanget av kvalitetsarbeid har økt de siste årene, og med det, forespørsler om kvalitetstilganger med ulikt omfang. Det viser seg at mange av standard kvalitetstilgangene er for omfattende, og HOS-prosjektet jobber nå med å bestemme hvordan slike henvendelser prinsipielt skal løses i den sammensatte databasen i Helse Nord. Inntil en slik avgjørelse er tatt er man restriktive til å gi nye tilganger. Dette har gjort det vanskelig for «nye» enheter til å komme i gang med kvalitetsmålinger i perioden.

3.3.2 Forankring

Forankring, både i linja og i personalgruppa, er nødvendig for å opprettholde arbeidet med innsatsområdene over tid. Det har vært behov for å diskutere mening, mål og måloppnåelse med tiltakene på mange nivå. Å etablere tverrfaglig ressursgruppe/team er det som har gitt best resultat i pilotenhetene. Forbedringsarbeid krever åpenhet i diskusjoner og lokal tilpasning (om nødvendig). Forbedringsarbeid møter ofte motstand, og veien mot felles forståelse er ofte full av skjær i sjøen og manglende støtte/samhandling.

Mange ansatte har reagert på at man «innfører» en allerede eksisterende praksis. Vi vet at mange fagmiljø jobber godt med utfordringer knyttet til selvmord og overdose, men det er også viktig at praksis nedfeller seg i gode felles rutiner og god dokumentasjonspraksis. Pilotprosjektene har vist at dette ikke alltid har vært tilfelle.

4 Innsatsområde: Samstemming av legemiddellister

Arbeidet med samstemming av legemiddellister er viktig. En stor andel av avviksmeldinger og pasientskader kartlagt ved hjelp av GTT omhandler legemidler. I høst har Hanne Winge Kvarenes, overlege medisinsk klinikk, overtatt som veileder for «samstemming av legemiddellister» etter Ellinor Utne Haukland.

Det jobbes godt med samstemming ved flere enheter i foretaket. I denne omgangen trekkes spesielt Barneavdelingen, sengepost Hode/Bevegelse i Bodø, samt Lofoten sykehus fram som enheter som har jobbet svært godt i perioden. Innsatsområdet er fullt utrullet i alle sykehusene, og på alle aktuelle enheter som er nevnt i gjeldende spredningsplan med unntak av fødeavdelingen i Vesterålen.

4.1 Samstemming i KIRORT klinikk

KIRORT klinikk er nå kommet godt i gang med samstemmingsmålinger på alle enheter i Bodø. Tre LIS-leger er etablert som kontaktpersoner i klinikken, og to av tre har gjennomført opplæring. Samstemming INN utføres av turnusleger ved innleggelse og her ligger prosentandelen rundt 80. For samstemming UT hviler i større grad på LIS-leger og ligger for KIRORT Bodø på rundt 40 %. Enhetene i Bodø har foreløpig ikke klart å få samstemming UT til å inngå i rutinene for utskrivning EVU⁴ /utskrivningsnotat med medisinliste utleveres i liten grad til pasient og endelig epikrise inneholder ofte ikke medisinliste. Det er derfor for tilfeldig når, og i hvilket omfang samstemming UT blir gjennomført.

Første trinn i prosessen mot en bedre legemiddelsikkerhet i KIRORT klinikk er altså nå på plass. Det må etableres rutiner og praksis for at pasientene får med seg en samstemt legemiddelliste/ EVU ved utskrivelse og at legemiddellisten også framkommer i endelig epikrise. Kvalitetsmålingene er for få til at vi har sikker informasjon på foretaksnivå. Men der kvalitetstall foreligger lokalt, er scoringene gjennomgående lave. Arbeid for å få opp kvaliteten på legemiddellistene bør prioriteres framover.

4.2 Samstemming - utfordringer framover

Vi ser nå at enkelte enheter sliter med å ha kontinuitet i målearbeidet. Fordi få personer er involvert, er målingene sårbare for (syke)fravær. Enkelte enheter har stor variasjon i målingene (både i antall målinger og score). Vi ser fallende kvalitet på samstemmingen i overgangsfaser med nye turnusleger og ved vikarbruk. I Vesterålen mangler vi for tiden et godt system for opplæring av nyansatte turnusleger, herunder også i legemiddelsamstemming. Dette gjenspeiles i tallene.

Bruk av medikamentmodulen i DIPS vil kunne lette arbeidet med medisinlister betydelig på sikt, særlig for multisyke kronikere. Samstemt LIB (Legemidler i bruk) fra modulen kan limes inn i et notat/EVU som utleveres til pasient ved utskrivelse. Imidlertid fordrer dette en start-innsats fra alle behandlende leger i sykehusene, fordi det må opprettes nye medikamentlister og ikke-oppdaterede lister i medikamentmodulen må redigeres. Dessverre er ikke medikamentmodulens funksjonalitet optimal for dette arbeidet. Men neste gang pasienten er i kontakt med sykehuset vil derimot jobben med medisinlister oftest være betydelig lettere. En slik «dugnad» må initieres fra ledelsen og det må gis rom for EVU-arbeid og samstemming i arbeidshverdagen. Gjeldende prosedyre⁵ tilsier at alle pasienter som utskrives fra NLSH skal få med seg en utskrift av en samstemt LIB-liste og at denne listen skal foreligge i epikrise

⁴ EVU = Epikrise ved utskrivning

⁵ [PR33300 Legemiddelinformasjon ved utskrivelse](#)

Bruk av medikamentmodul vil øke score betydelig i kvalitetsmålingene. I 2016 starter NLSH opp med generisk forskrivning. Bruk av medikamentmodulen vil bla medføre at kravet om generisk legemiddelinformasjon tilfredsstilles automatisk.

Legemiddelgjennomgangen fra farmasøyt i SamStem-prosjektet viser at andelen dokumenterte samstemte lister i epikrisene går opp i alle klinikker, men samtidig at andelen epikriser som inneholder uoverensstemmelser øker. Selv om tallene er små, er inntrykket fra farmasøyt likevel at uoverensstemmelsene har blitt av mindre alvorlig karakter.

5 Arbeidet med innsatsområdene – veien videre

Det jobbes godt med innsatsområdene i flere enheter, men tilbakemelding fra ansatte er at mange mener det går for mye tid til registreringer. Vi håper at innføring av Helse Vests «Trygg-pleie-skjema», som er en elektronisk registreringsløsning i DIPS kan gi mer effektive rutiner. Dette er ett elektronisk skjema som erstatter ernærings-, fall- og trykksårsscreening, samt sjekkliste for legemiddelliste. Skjemaet gir også gode virksomhetsrapporter for det samme som kan hentes fra DIPS. HN-IKT og seksjon for pasientsikkerhet er i gang med testing for hele Helse-Nord før endelig utrulling.

Vi er ennå ikke helt fornøyd med kvaliteten på målingene som gjøres for alle enheter. Et felles inntrykk er at screening og registrering lett blir bortprioritert i hektiske perioder. Problemer med Extranet oppgis også som årsak til at registreringer blir nedprioritert. Ekstranet oppleves verken som intuitivt eller brukervennlig i særlig grad, og seksjon for pasientsikkerhet bruker betydelige ressurser på å drive support på programmet. Tilbakemeldingen fra pasientsikkerhetsprogrammet er at de er klar over ulempene med Extranet, men at det per i dag er det beste vi har. Mange enheter melder også at målingene brukes aktivt; i personalmøter, på kvalitetstavler og som utgangspunkt for diskusjoner i fagledelsen.

Seksjon for pasientsikkerhet erfarer at implementering av tiltakspakkene tar tid. Det er stor variasjon mellom klinikker og enheter med tanke på kultur og tradisjon for prosessstyrt forbedringsarbeid med tilhørende kvalitetsmålinger. Arbeidet er ennå i stor grad avhengig av enkeltansatte som tar et stort personlig ansvar, noe vi ser når nøkkelpersoner forsvinner. Målet om at tiltakspakkene skal inngå i daglig drift er ennå et stykke unna. Kvaliteten på målingene er med noen unntak for tilfeldig, og sammenhengen mellom kvalitetsmålinger og videre kvalitetsarbeid – at det ene bør understøtte det andre – er ikke like klar for alle. Alt i alt mener vi likevel at ideen om forbedringsarbeid som en del av, i motsetning til et tillegg til, klinisk arbeid vinner fotfeste.

6 Direktørens vurdering

Direktøren registrerer nok en gang at selv om man utarbeider innsatsområder med ferdige tiltakspakker nasjonalt, er innføring i en lokal kontekst et møysommelig arbeid med små og store utfordringer som må løses. Avgjørelser på høyere nivå kan få uforutsette konsekvenser når de skal settes ut i live i det lokale praksisfeltet. Likevel støtter direktøren en nasjonal overbygning over pasientsikkerhetsarbeidet, og ser det som viktig at pasientsikkerheten ikke overlates til det enkelte foretak eller fagmiljø alene. De fleste utfordringer lar seg også løse, forutsatt at man har tålmodighet, personell og ressurser dedikert til oppgaven.

Arbeidet med tiltakspakkene har nå pågått i snart fire år. Konsekvensen er at screening og risikovurdering nå gjøres systematisk i et flertall av Nordlandssykehusets sengeenheter. Direktøren vil berømme ansatte som i en travel hverdag gjør sitt beste for å møte en klinisk hverdag der registreringer av praksis har blitt en vesentlig oppgave. Det er helsetjenestens lodd at avstanden mellom hva vi kunne gjøre gitt uendelige ressurser, og hva vi i praksis kan gjøre med de ressursene vi har, alltid vil fortsette å øke. Men vi vet også at økt fokus på forebygging er nødvendig for å møte

framtidens utfordringer. Direktøren forutsetter at arbeidet med å gjøre registreringsregimene så enkle og lite arbeidskrevende som mulig, prioriteres.

Direktøren er fornøyd med at ansatte jobber utrettelig med å gjøre Nordlandssykehuset tryggere også i en periode når kravene om økonomiske hensyn har hatt stort fokus i ledelsen. Det er underforstått at vi trenger både-og, ikke enten-eller. Vi kan dessverre ikke identifisere de pasientene som ikke har fått en pasientskade som en følge av arbeidet. Men forskningen forteller oss at dersom vi gjennomfører tiltakene slik de er ment, vil de føre til færre pasientskader. Vi har ikke råd til å la være.

Innstilling til vedtak

1. Styret tar dashbordet for november til orientering

2015

**Dashboard - Kvalitet og pasientsikkerhet
Nordlandssykehuset HF**

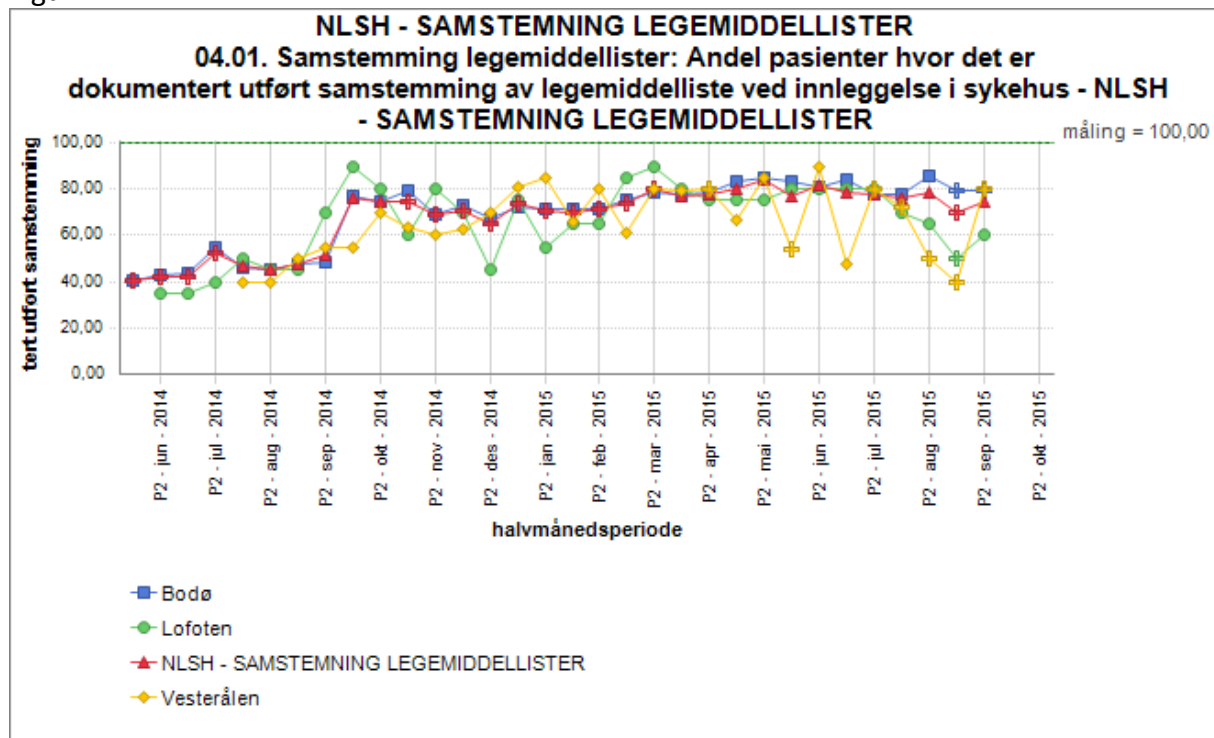


Figur 1: «I trygge hender»: Framdrift spredning av innsatsområdene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet

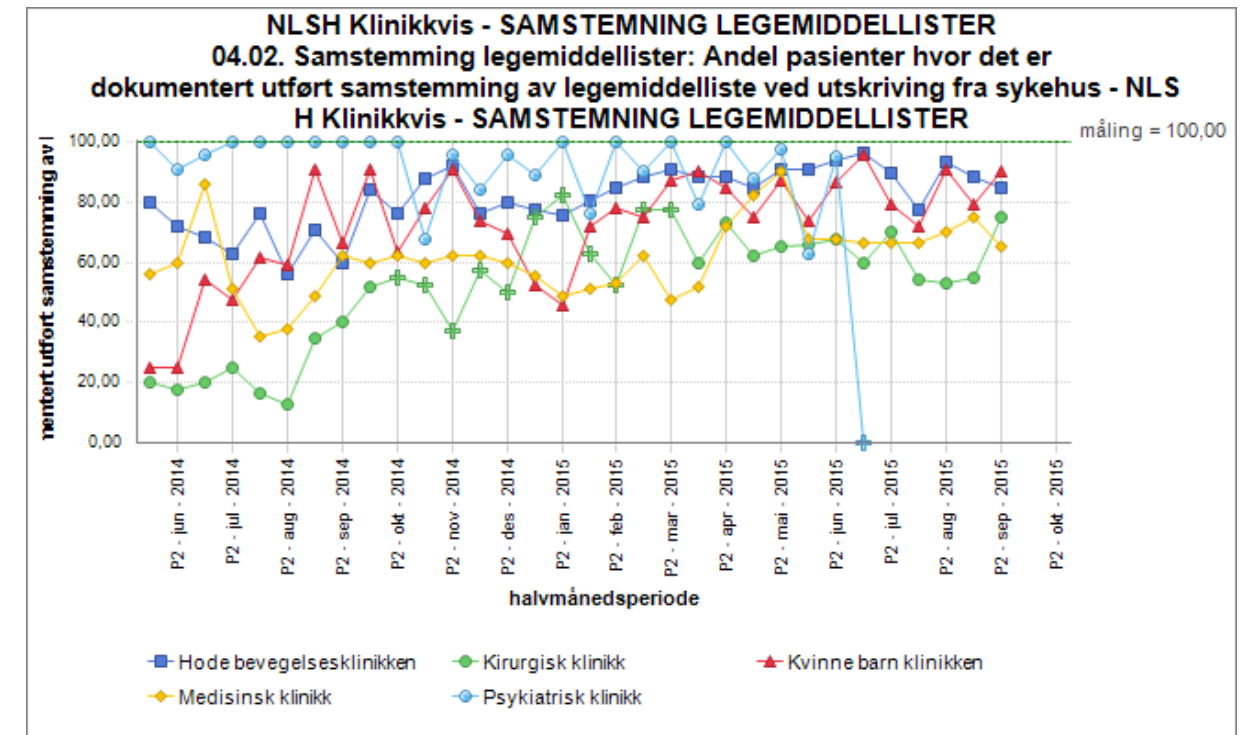
	Samstem	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Selv mord	Overdose	GTT	TryggKirurgi
AKUM										
Intensivenheten Bodø		*	*							
Operasjonsenheten Bodø										
Anestesienheten Bodø			***							
Dagkirurgiskenhet Bodø										
Avdeling Lofoten		*								
Avdeling Vesterålen		*	*							
HBEV										
Sengeenhet for HBEV Bodø		***	*							
KIR/ORT										
Kirurgisk enhet A6 Bodø		***	*							
Kirurgisk enhet B6 Bodø		***	*							
Ortopedisk enhet A5 Bodø			*							
Sengeenhet Lofoten			*							
Sengeenhet Vesterålen		***	*							
Kvinne Barn										
Barnemedisin Bodø		*								
Føde/barsel Bodø		*								
Føde/barsel Lofoten		*								
Føde/barsel Vesterålen		***								
Nyfødtintensiv Bodø		*	*							
Medisinsk klinikk										
Dialysen Bodø	*		*							
Avdeling for kreft og lindrende behandl.	*		*							
Enhet B3 Bodø		***		***						
Enhet R3 Bodø		***								
Enhet R4 Bodø		***								
Enhet B2 Lofoten		***								
Enhet C2 Lofoten		***								
Medisinsk sengeenhet Vesterålen										
Prehospital										
Avdeling for akuttmottak, AMK og observasjonsenhet	*	*		**						
Psykisk helse og rus										
Spesialpsykiatrisk avdeling										
Akutt avdelingen										
Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling										
Salten DPS										
Lofoten DPS										
Vesterålen DPS, allmenpsykiatrisk døgnenhet										
Akutt enhet Salten										
Akutt enhet Nord										
Akutt enhet Sør										
Alderspsykiatrisk døgnenhet										
Enhet for psykoser 1 (EFP)										
Enhet for psykoser 2 (EFP)										
Enhet for rus og psykiatri										
Sikkerhetsenheten										
Akutt enhet for ungdom										
Korttidshuset for ungdom										
Spiseforstyrrelsesenheten										
SPDS Enhet D										
SDPS Korttidshuset rus										

Samstemning av legemiddellister

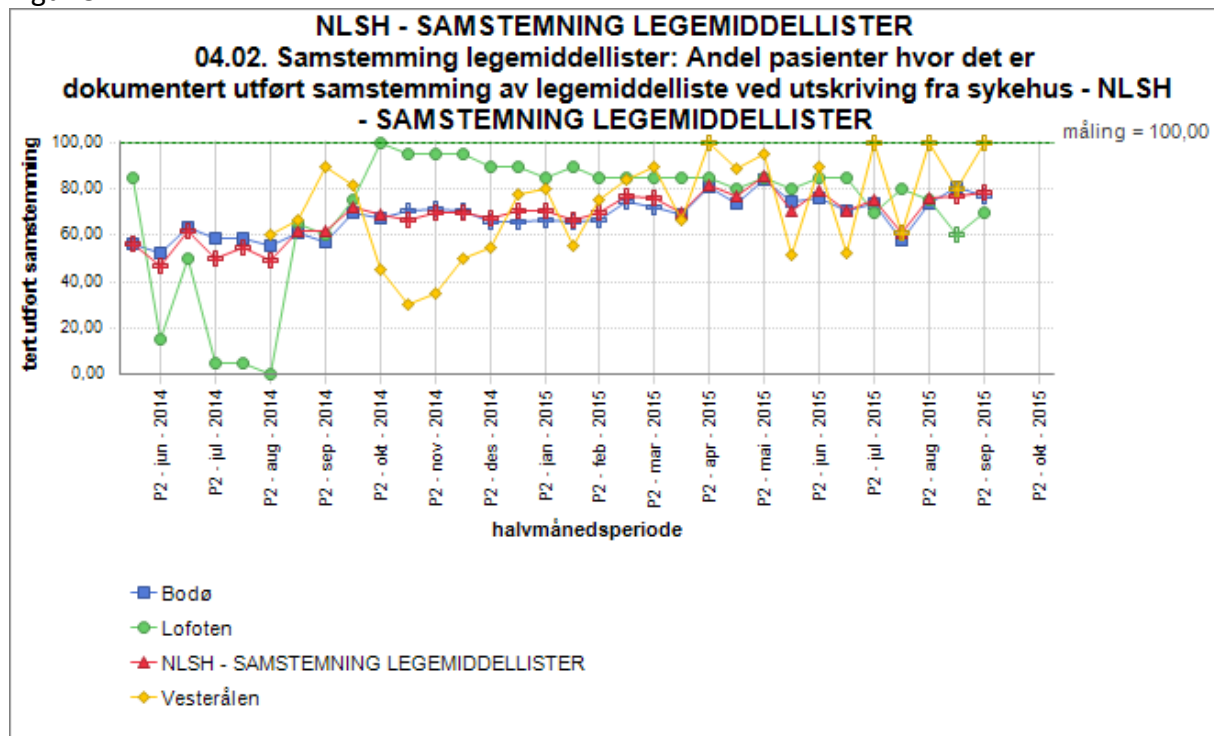
Figur 2



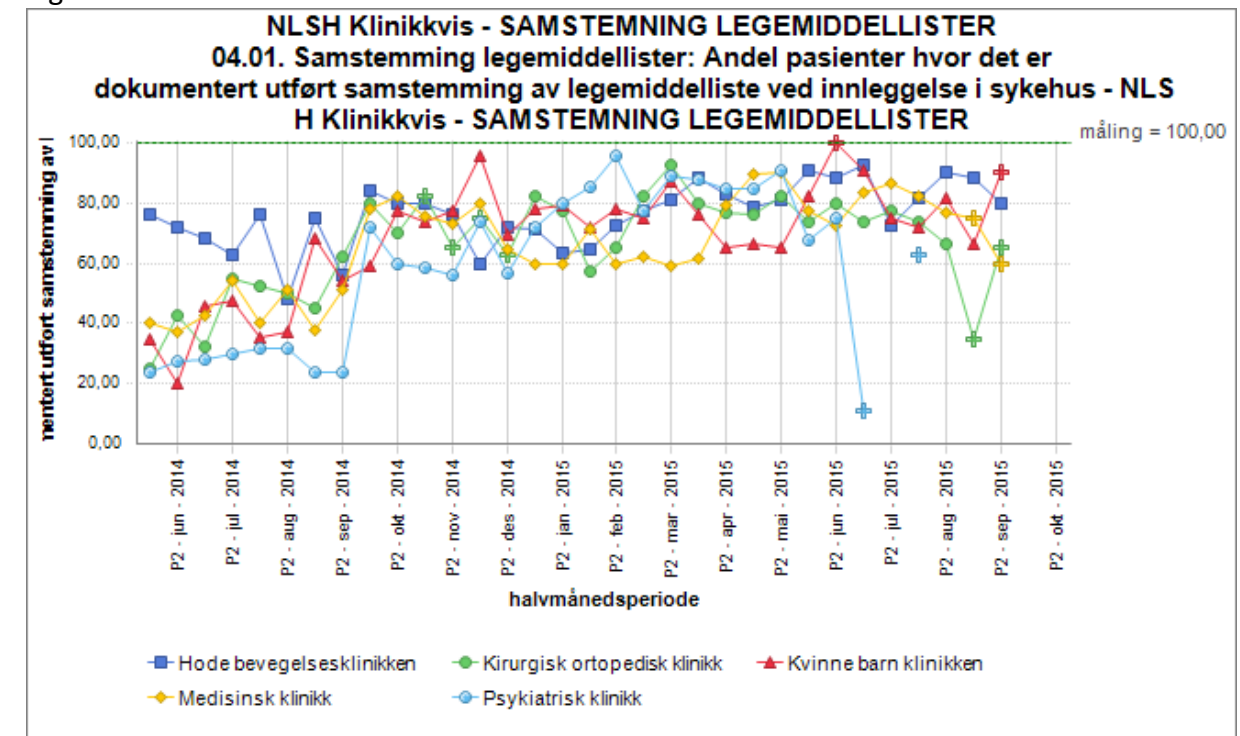
Figur 4



Figur 3



Figur 5




Figur 6

Kvalitetsmålinger av legemiddelavsnitt i epikrise				
Epikrise som oppfyller alle krav i prosedyre kan få maximum 16 poeng				
Median pr periode				
2014 - 2015				
	sept - des 2014	jan - mars 2015	april- juni 2015	juli -aug 2015
Barneavdelingen Bodø	11	12	Mangler	Mangler
Gynekologisk avdeling Bodø	10	15	12	8
Hode Bevegelses klinikken	10	10	8	10
Psykatri Bodø	10	12	13	Mangler
Psykatri Vesterålen	6	9	8	9
Medisinsk avdeling Bodø	6	7	Mangler	Mangler
Medisinsk avdeling Lofoten	5	10	Mangler	12
Medisinsk avdeling Vesterålen	Mangler	8	8	Mangler
Kirurgisk avdeling Bodø	6	6	4 (Kun A6)	Mangler
Kirurgisk avdeling Lofoten	9	12	12	10
Kirurgisk avdeling Vesterålen	Mangler	Mangler	Mangler	Mangler

Figur 7

Kvalitet på samstemming ved innleggelse					
Tredje måling mai/juni 2015					
	Medisin	Kir/ort	Barn	Hode/bev	Samlet
Ant pasienter	24	24	10	9	67
Andel dokumentert samstemt i kurve	88 % 46 %	75 % 83 %	80 % 60 %	67 % 85 %	78 % 70 %
Andel pasienter m/VO	58 % 42 %	67 % 50 %	20 % 50 %	77 % 55 %	58 % 48 %
Antall VO per pasient	1,2 0,9	1,4 0,9	0,2 0,5	2,3 1,4	1,3 0,9
Andel av samstemte lister med VO	58 %	65 %	25 %	83 %	58 %

 SYKEHUSAPOTEK NORD
OMHUS BUCHHOLMSPOTTEHUS