



## Styresak 53-2015

### Nordlandssykehusets dashboard for pasientsikkerhet og kvalitet - mai 2015

**Saksbehandler:**

Benedikte Dyrhaug Stoknes m.fl. i seksjon for pasientsikkerhet

**Saksnr.:**

2010/1702

**Dato:**

11.05.2015

**Dokumenter i saken:**

Trykt vedlegg:            Dashboard for mai 2015

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. Det er et mål at Dashbordet skal være dynamisk over tid, og at data som presenteres er tilpasset gjeldende satsningsområder i foretaket.

#### Resultater etter kartlegging av pasientskader med Global Trigger Tool (GTT) i 2014

Global Trigger Tool (GTT) er en metode for å avdekke og overvåke forekomsten av pasientskader som oppstår som følge av pasientbehandling. Metoden baserer seg på en strukturert gjennomgang av tilfeldig utplukkede pasientopphold. Resultatene er derfor basert på ett utvalg av alle utskrivelser ved foretaket. Ved Nordlandssykehuset undersøkes totalt 1680 opphold i året. Det vil si 240 opphold hver for hhv Hode- og bevegelsesklinikken, Medisinsk klinikk, Kvinne/barnklinikken, kirurgisk avdeling, ortopedisk avdeling, samt lokalisasjonene Lofoten og Vesterålen. Analysen ble først gjort på data fra 2010, og disse resultatene brukes som baseline.

Resultatene fremstilles som skader per 1000 liggedøgn (figur 1 i dashboard), skader per 100 opphold (figur 2) og andel opphold med skader (figur 3). I 2014 ble det identifisert totalt 311 skader i 9002 undersøkte liggedøgn. Dette svarer til 35 skader per 1000 liggedøgn, 19 skader per 100 opphold og 15 % av oppholdene med minst en skade. I perioden 2010-2014 er det en svak nedgang i antall skader per 1000 liggedøgn mens nedgangen er større for skader per opphold og andel opphold med skade. Årsaken til at nedgangen er større når man beregner skader per opphold og andel opphold med skade kan være at:

- Færre opphold har skade
- Antall skader per opphold går ned
- Gjennomsnittlig antall liggedøgn per opphold går ned
- Gjennomsnittlig antall liggedøgn for opphold med skade har gått ned for så å øke i 2014

- Liggedøgn fra andre foretak inkluderes når dette er i forlengelse eller forut det aktuelle oppholdet som granskes

For å påvise signifikante endringer kan ett P-kontroll diagram i verktøyet Statistisk prosesskontroll brukes. I figur 4 vises gjennomsnittsverdien for andel opphold med skade i perioden 2011-2014. Data fra mars – desember 2010 brukes som baseline og nedgangen i andel opphold med skade i foretaket fra 2010 til 2011, 2012, 2013 og 2014 og fra 2011 til 2012, 2013 og 2014 er signifikant (p-verdien <0,05). Fra 2012 til 2013 og 2014 og fra 2013 til 2014 er nedgangen ikke signifikant. Figur 8 i dashbordet viser andel opphold med skade per klinikk/avdeling og per lokalisasjon. For kirurgisk avdeling er nedgangen signifikant fra 2010 til 2013 og 2014 og fra 2011 til 2014 mens for ortopedisk avdeling er nedgangen signifikant fra 2010 til 2014 og fra 2011 til 2014. P-kontroll diagrammet kan også brukes til å avdekke toppe i tidsperiodene, altså i hvilke perioder det er identifisert flest opphold med skade. En slik analyse er ikke foretatt på avdelings/klinikk og lokalisasjonsnivå.

Når det gjelder fordeling av pasientskader etter alvorlighetsgrad er det noen endringer fra 2013 (figur 7). Det er nå en større andel E- skader (forbigående skade) som representerer 57 % av skadene i 2014 mot 54 % i 2013. Andel F-skader (forbigående skade som fører til forlenget liggetid på sykehus) er redusert til 34 % i 2014 mot 41 % i 2013. De alvorligste kategoriene; G-skader (varige mèn), H-skader (livreddende behandling var nødvendig) og I-skader (pasienten døde) viser lite endring fra tidligere år. Samlet utgjør de alvorligste skadene 6 – 9 % av pasientskadene i 2011-2014.

Det er en nedgang i andel skader som oppstår innenfor den avdeling som undersøker oppholdet eller innenfor foretaket mens andel skader som inntreffer utenfor spesialisthelsetjenesten er noe økende i perioden 2011-2014 (figur 6).

Av totalt 23 ulike typer skader, utgjør de 13 hyppigst forekommende skadene 92 % av det totale skadeantallet i 2014 (figur 5). Disse er urinveisinfeksjoner (15 % i 2014 som er en økning fra 14 % i 2013), blødninger (13 % i 2014 som er uendret fra 2013), postoperative sårinfeksjoner (9 % i 2014 som er en økning fra 6 % i 2013), nedre luftveisinfeksjoner (9 % i 2014 som er en nedgang fra 10 % i 2013) og legemiddelskader (6 % i 2014 som er en nedgang fra 8 % i 2013).

Hvilke skadetyper som avdekkes ved GTT varierer noe fra år til år. Dette kan ha sammenheng med at fokuset på ulike tiltak forandrer seg. Litteraturen<sup>1</sup> viser at det tar lang tid å avdekke målbare endringer i skadetallene på foretaksnivå. Derimot kan en nedgang i bare noen av skadetyper anses som måloppnåelse selv om skaderaten totalt sett ikke har endret seg. Dette er selvfølgelig forutsatt at endringene kan forklares ut fra konkrete tiltak i perioden mot de aktuelle skadetyper. Nordlandssykehuset jobber fremdeles med innføringen av tiltakspakkene fra det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet. Målet er at dette over tid vil bidra til å redusere antall pasientskader innenfor aktuelle områder. Det forventes at effekt av tiltakene vil kunne vises på pasientskadestatistikken i løpet av 2015-16. Lokale prosessmålinger som gjøres på enhetsnivå som en del av tiltakspakkene, f. eks telling av antall trykksår, vil også raskere kunne vise resultater og veilede bedre på klinisk nivå om tiltaket virker.

---

<sup>1</sup> Shojana KG et al. Trends in adverse events- why are we not improving? BMJ Qual Saf 2013;22:273-277

## Status for arbeidet med tiltakspakker i Pasientsikkerhetsprogrammet

Innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet forutsettes nå kjent for styret<sup>2</sup>.

Alle innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet er nå ferdig utformet og utprøvd i en pilotenhet. Erfaringer fra innføringen spres til andre enheter gjennom informasjon og undervisning via lokale læringsnettverk, spredningsseminar og andre informasjonskanaler. Det er gjennomført egen undervisning i Lofoten og Vesterålen. Hver enkelt tiltakspakke har også en navngitt veileder i seksjon for pasientsikkerhet, som skal løse felles utfordringer for pakken samt bistå enheter som trenger hjelp til innføringen.

”Forebygging av fall” kom i ny, revidert utgave i februar, og foretaket er ennå ikke ferdig med å justere innsatsen etter nye retningslinjer. ”Forebygging av selvmord” og ”Forebygging av overdose” er ferdig pilotert, men spredning gjenstår. PHR-klinikken har i mai/juni 2015 en pågående høringsrunde i sitt fagmiljø vedrørende felles prosedyrer og pasientforløp. Spredningsseminar for disse to innsatsområdene er planlagt gjennomført medio juni 2015.

Selv om pakkene er ferdig utarbeidet nasjonalt, er det mange praktiske avveininger som må gjøres i det enkelte foretak. Blant annet mangler det klare retningslinjer for hvor lenge man skal gjennomføre de enkelte målingene, og når man skal kunne si at en tiltakspakke er ”innført”. Dette har fra enhetsnivå ført til usikkerhet og frustrasjon. Seksjon for pasientsikkerhet har derfor utarbeidet en veileder for alle målinger som inngår i innsatsområdene. Veilederen legger føringer for hvordan spørsmålet om ”innføring” skal forstås i Nordlandssykehuset.

Seksjon for pasientsikkerhet erfarer at implementering av tiltakspakkene tar tid. Det er stor variasjon mellom klinikk og enhet med tanke på kultur og tradisjon for prosessstyrt forbedringsarbeid med tilhørende kvalitetsmålinger. Vi erfarer imidlertid at det er i ferd med å etablere seg en større forståelse blant lederne, samt at det i enkelte klinikker er oppstått et positivt konkurranseelement mellom enhetene. Det å skape større engasjement blant legene for systematisk forbedringsarbeid er en utfordring, ikke bare i Nordlandssykehuset. Den regionale kompetansetjenesten planlegger derfor neste regionale pasientsikkerhetsseminar med dette som hovedtema.

God fremdrift og kvalitet på enhetenes forbedringsarbeid henger også tett sammen med foretaksledelsens krav og forventninger. Etterspørsel av resultater er derfor essensielt i det pågående pasientsikkerhetsarbeidet i Nordlandssykehuset.

---

<sup>2</sup> Mer informasjon tilgjengelig på [www.pasientsikkerhetsprogrammet.no](http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no)

## Tiltakspakken: Samstemming av legemiddellister

Samstemming av legemiddellister er ett av tolv innsatsområder til det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender". Dette er en metode hvor helsepersonell i samarbeid med pasienten sikrer korrekt informasjon om pasientens aktuelle legemiddel i bruk. Målet er å bedre legemiddelsikkerheten for pasientene ved Nordlandssykehuset, gjennom 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 legemiddellisten når de skrives ut.

Arbeidet med samstemming av legemiddellister er viktig da en stor andel av avviksmeldinger og pasientskader kartlagt ved hjelp av Global Trigger Tool omhandler legemidler.

For implementering av dette tiltaket er det opprettet 15 forbedringsteam som arbeider med videre innføring i egen klinikk, avdeling eller enhet. I tillegg er representanter fra intensiv, anestesi og akuttmottak involvert. Teamene er tverrfaglige og består av leger, sykepleiere, jordmødre, sekretærer og farmasøyter, totalt rundt 60 personer i hele foretaket.

Spredning av tiltakspakken startet opp i mai 2014 og har blitt gjennomført som læringsnettverk, med totalt 6 samlinger. Hensikten med læringsnettverkene er å hjelpe teamene til å komme i gang, gi veiledning i metoder og verktøy og drive dem fremover i prosessen. Læringsnettverkene er samtidig en møteplass for utveksling av erfaringer og diskusjon av felles utfordringer. Det er også en målsetning at deltakerne i løpet av denne perioden vil tilegne seg grunnleggende kunnskap og erfaring om forbedringsarbeid generelt, som kan benyttes til annet kvalitet og pasientsikkerhetsarbeid i fremtiden.

Seksjon for pasientsikkerhet er, sammen med farmasøyt tilknyttet SamStem-prosjektet i Helse Nord, veiledere for tiltakspakken. Veilederne bistår med læringsnettverk, materiell, veiledning og praktisk hjelp, men det er klinikkene selv som er ansvarlige for å integrere samstemming som en del av daglig aktivitet. Seksjonen er også ansvarlig for den overordnede koordineringen innad i foretaket og eksternt. Dette omfatter blant annet opplæring av nye turnusleger, kontakt med fastleger, samarbeid med IKT, undervisning internt og eksternt, rapportering, samt regionalt samarbeid gjennom SamStem prosjektet. I tillegg deltar representant fra seksjonen i Nasjonal ekspertgruppe for samstemming, underlagt Helsedirektoratet.

### Resultater pr 1.april 2015.

Etter snart et års arbeid er samstemming av legemiddellister innført ved 26 av 28 aktuelle enheter i foretaket. Målinger for hele foretaket viser at andelen pasienter som får utført samstemming av legemiddellister ved innleggelse har en median for perioden januar 2015 til mars 2015 på 73 prosent (figur 10). Vesterålen ligger noe lavere enn de andre sykehusene på 63 prosent, som kan forklares med at de startet opp senere på grunn av flytting til nytt sykehus. Andelen pasienter som får utført samstemming av legemiddellister ved utskrivelse har en median på 70 prosent for hele foretaket (figur 12). Sykehuset i Lofoten er best med en median på 85 prosent, deretter følger Vesterålen med 78 prosent og Bodø med 67 prosent. Både for samstemming inn og ut er dette en klar fremgang siden i høst, da vi lå på henholdsvis 43 prosent og 46 prosent for hele foretaket. Siste målinger utført i mars viser en vedvarende positiv utvikling, hvor alle sykehusene ligger over 80 prosent både for samstemming inn og ut.

Oppsummerte resultater for klinikkene (figur 11 og 13) viser en positiv utvikling for alle klinikker med unntak av Medisinsk klinikk. Klinikk for psykisk helse og rus scorer best, med en median på 83 prosent samstemt inn og 90 prosent samstemt ut. Deretter følger Hode- og bevegelse klinikken (72 % inn, 83 % ut), Kvinne/barn klinikken (78 % inn, 74 % ut), Kirurgisk ortopedisk klinikk (80 %

inn, 76 % ut) og Medisinsk klinikk (60 % inn, 54 % ut). Resultatene gjenspeiler godt hvilke team som har arbeidet målrettet med tiltakspakken, og at et aktivt engasjement gir positive resultater.

Stabil deltakelse fra lege i teamet er avgjørende for å lykkes. Forbedringsteam som mangler lege eller bytter på leger, sliter med å oppnå gode resultater. Dette kan være forklaringen på den manglende utviklingen i Medisinsk klinikk, og man ser tilsvarende trender for enkelte enheter i Kirurgisk- og ortopedisk klinikk. Basisopplæring i forbedringsarbeid og målinger anses å være av vesentlig betydning for å lykkes. De som leder forbedringsarbeidet må ha grunnleggende kunnskap om hva dette betyr, hvordan man gjør det i praksis, hvorfor og hvordan man måler. De må også ha evnen til å engasjere sine kolleger.

Mange av forbedringsteamene melder tilbake om manglende engasjement og oppfølging fra både den organisatoriske og faglige ledelsen i klinikkene. Det kan være manglende føringer, uklare ansvarsforhold og ikke prioritert tid til å arbeide med forbedringsarbeid. Vi vet at ledelsesforankring er viktig for å oppnå resultater, ikke bare i teori men også i praksis.

I regi av SamStem prosjektet i Helse-Nord har farmasøyter ved sykehusapoteket i Bodø utført måling av kvaliteten på samstemming av legemiddellister ved innleggelse. Hensikten er å se om kvaliteten blir bedre etter som tiltaket innarbeides. Samlet for alle klinikkene har snittet gått ned fra 1,3 til 0,9 uoverensstemmelser per pasient. Det vil si uoverensstemmelser mellom hva pasienten faktisk bruker og hva pasienten får under oppholdet på sykehuset. Andel pasienter med en eller flere uoverensstemmelser er 48 %. Dette er en bedring fra tidligere 57 %.

Enhetene gjør i tillegg også kvalitetsmålinger av legemiddelavsnittet i epikrisen, minimum 2 ganger i året. Formålet er å bedre kvaliteten på legemiddelavsnittet i epikriser, slik at fastlegen og hjemmetjenesten får en oppdatert og oversiktlig oversikt etter utskrivelse. Hver epikrise gis poeng ut i fra bestemte krav, og det kan oppnås maksimalt 16 poeng. Gynekologisk avdeling i Bodø er klart best med en median på 15 poeng (figur 14). Deretter følger Barneavdelingen, Psykisk helse og rus Bodø, Hode- og bevegelsesklinikken, Medisinsk avdeling og Kirurgisk avdeling (begge Lofoten) som alle har over 10 poeng. Det sees en klar sammenheng med hvor god kvalitet det er på legemiddelavsnittet i epikrisene, og bruk av medikamentmodulen i DIPS. Bruk av medikamentmodulen øker i tillegg kvaliteten på behandlingen ved automatisk å gi tilbakemelding om interaksjoner mellom legemiddel, anbefalinger fra legemiddelverket og varsler om legemiddel som bør unngås til pasienten.

Det er svært positivt at samstemming av legemiddellister er innført ved 26 av 28 enheter og at resultatene viser en median for både samstemming inn og ut på over 70 prosent allerede etter 1 år. For å nå målet vårt på 100 prosent må vi fremdeles arbeide kontinuerlig med forbedring slik at samstemming blir en integrert del av hverdagen. De enhetene som ikke er kommet i gang med samstemming, har fått tilbud om spesialtilpasset veiledning. Videre vil det bli arrangert halvårlige samlinger for erfaringsutveksling og faglig oppdatering. Etter deltakelse på læringsnettverkene ansees deltakerne å ha en god basisforståelse for forbedringsarbeid, som kan benyttes til videre forbedringsarbeid i sine avdelinger. Det forventes at klinikkene og de enkelte enheter har kompetansen og ansvaret for å følge opp det videre arbeidet. Forbedringsarbeid og endring tar tid, og vi regner med å kunne oppnå målet på 100 % samstemming tidligst om 2 år.

### **Direktørens vurdering**

Direktøren er fornøyd med at antall pasientskader viser en nedadgående trend. Direktøren erkjenner at det krever kartlegging av skaderaten over lang tid for å oppnå signifikant nedgang i raten over pasientskader, både per liggedøgn og per innleggelser. Direktøren vil påpeke viktigheten med å fortsette den brede kartleggingen av skader som gjøres i foretaket og berømmer klinikkene for den innsatsen som legges ned i dette arbeidet. Arbeidet med alle tiltak som har som mål å redusere antall pasientskader fortsatt ha stor oppmerksomhet.

Direktøren ser at resultatene for samstemming av legemiddellister viser at vi er godt i gang, og er særlig fornøyd med den positive utviklingen som har vært siden i høst. Direktøren ser at vi har potensiale for å forbedre samstemming av legemiddellister ved innleggelse slik at både ansatte, pasienter og pårørende er trygge på at pasienten får riktige legemidler under sykehusoppholdet. Direktøren påpeker viktigheten med å jobbe for at vi oppnår bedre resultater og at man deretter forventer en målbar reduksjon i legemiddelskader 2-4 år frem i tid.

Direktøren registrerer at innføringen av innsatsområdene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet tar tid, men at utviklingen går i riktig retning. Direktøren berømmer enhetsledere og fagfolk som klarer å rydde tid og energi i hverdagen til å jobbe forebyggende mot framtidens pasientskader. Det er et paradoks at en virksomhet hvis hovedformål er å behandle, lindre og hjelpe, fremdeles påfører alt for mange pasienter ekstra og noen ganger unødvendige lidelser. Den eneste måten å gi mening til dette, er at vi også tar ansvar for å jobbe systematiske med den kunnskapen vi har om skader og skaderisiko, slik de unødvendige hendelsene ikke skjer to ganger. Dette arbeidet er et felles løft, og skal vi lykkes må vi gjøre hverandre gode. Direktøren understreker at toppledelsen også framover vil opprettholde sitt sterke fokus på pasientsikkerhet som et satsningsområde for, og ikke minst et kjennetegn ved, Nordlandssykehuset.

### **Innstilling til vedtak:**

1. Styret er tilfreds med nedgang i pasientskader målt ved GTT og ser viktigheten i fortsatt innsats for å kartlegge pasientskader i foretaket.
2. Styret ber direktøren påse at krav og forventninger til innføring av tiltakspakkene er tydelige og følges opp, også på enhetsnivå.
3. Styret ber direktøren påse at arbeidet med samstemming av legemiddellister følges opp slik at målet om 100 % samstemming nås.

### **Avstemming:**

### **Vedtak:**

2015

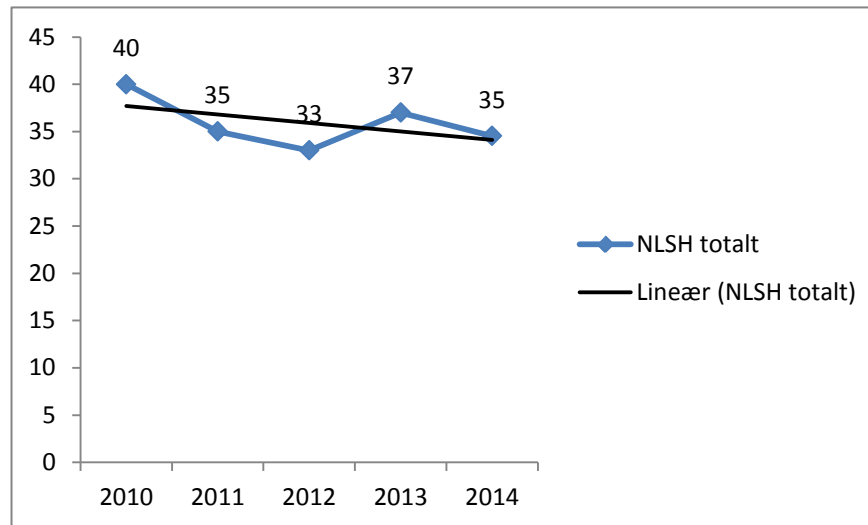
# Dashbord - Kvalitet og pasientsikkerhet Nordlandssykehuset HF



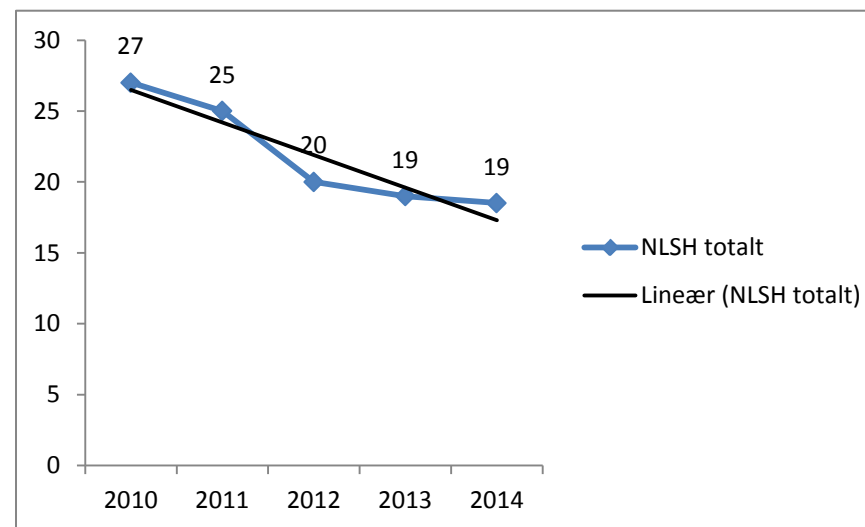
## Global Trigger Tool

[Grunnlagsdokument GTT](#)

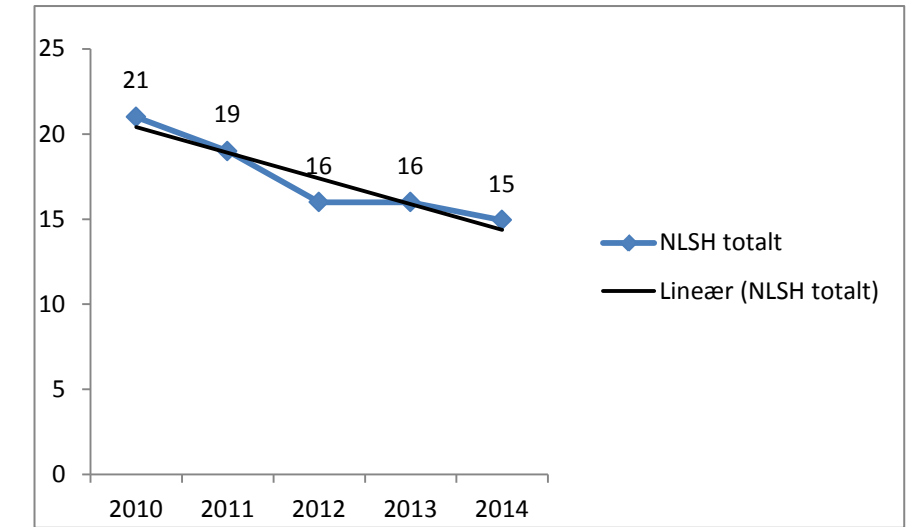
Figur 1: Antall pasientskader per 1000 liggedøgn, **NLSH HF**



Figur 2: Antall pasientskader per 100 opphold, **NLSH HF**



Figur 3: Andel opphold med minst en pasientskade, **NLSH HF**

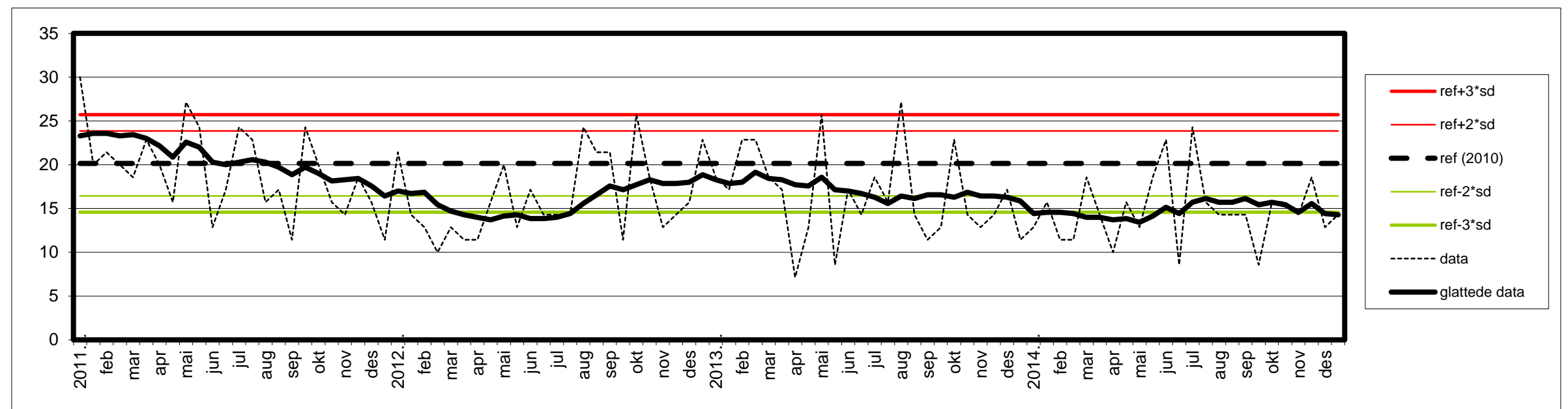


Figur 4: P-kontrolldiagram (statistisk prosesskontroll) som viser andelen pasientopphold med minst en pasientskade i perioden 2011-14. Tall fra mars- desember 2010 brukes som basistall (baseline) for utregning\*

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	0,001
2012 vs 2013	0,889
2012 vs 2014	0,234
2013 vs 2014	0,184

P-verdi lineær trend	0,00008158
----------------------	------------

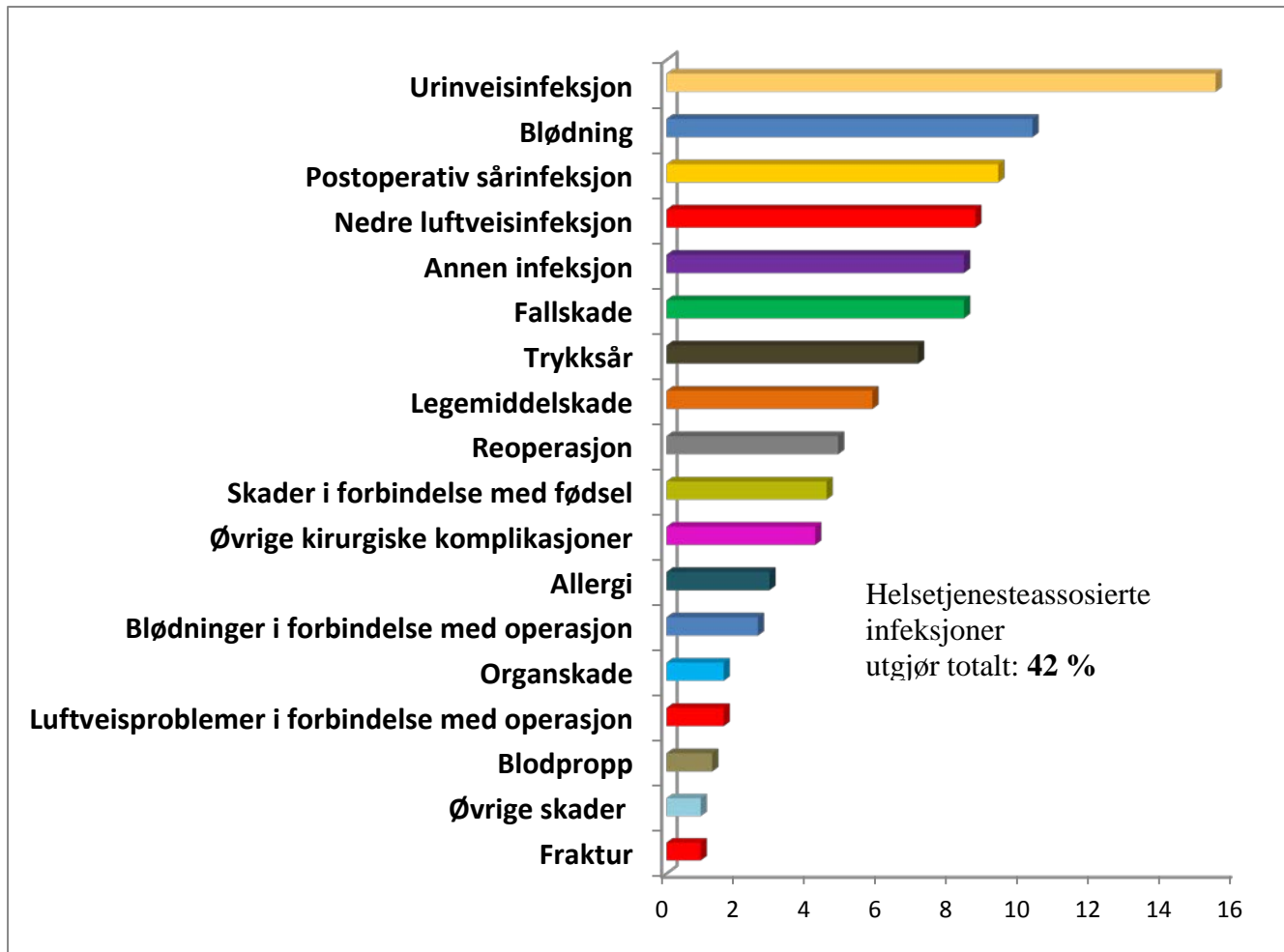
Andel pasienter med skade	
2010	20,1 %
2011	19,2 %
2012	16,3 %
2013	16,5 %
2014	14,8 %



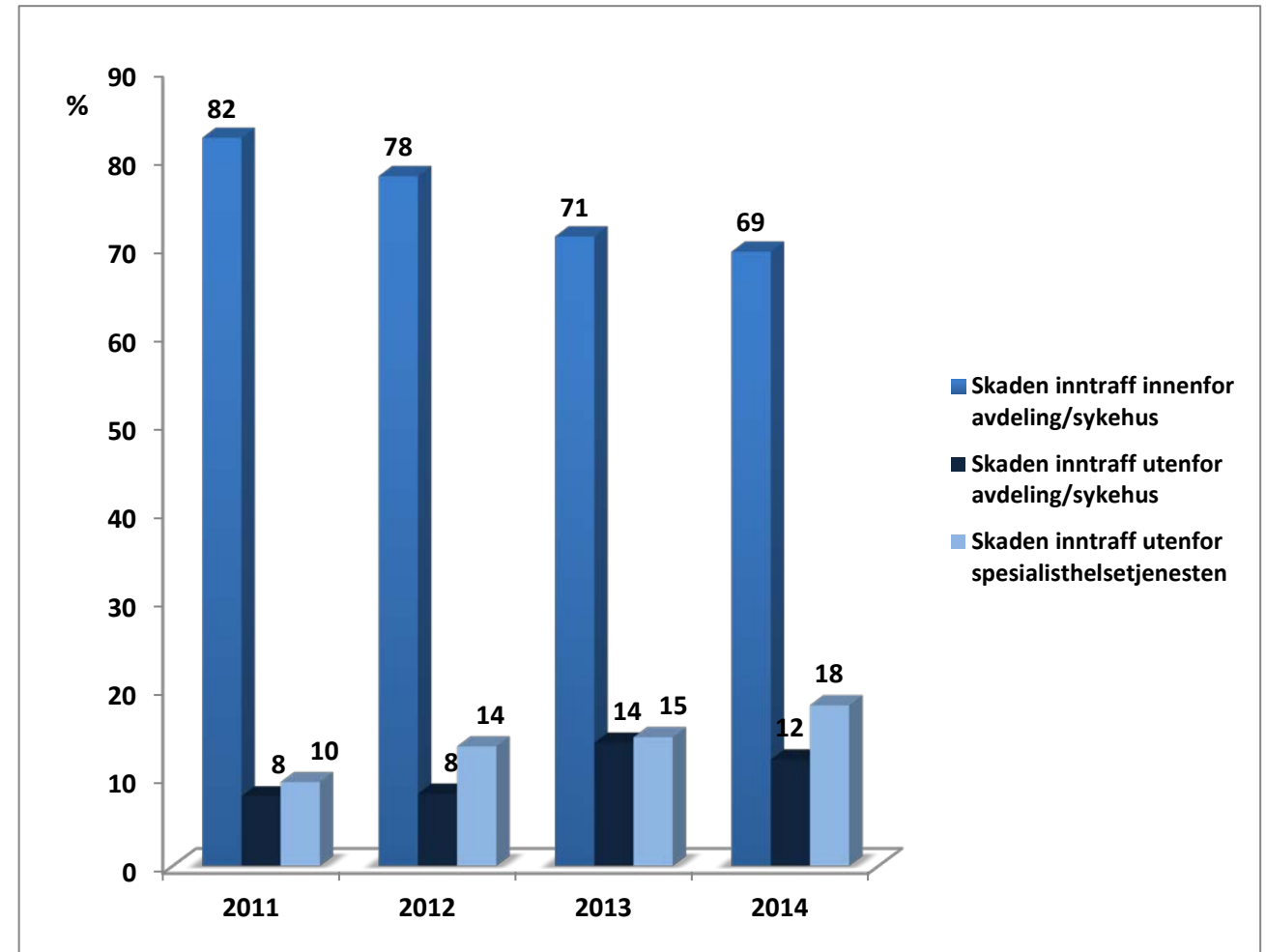
\*Utregningen i kontrolldiagrammet for Nordlandssykehuset HF viser at det har vært en signifikant nedgang i andelen pasientopphold med minst en pasientskade fra 2010 til 2012-2014, og fra 2011 til 2012-2014. Fra 2010 til 2011 og fra 2012 til 2013-2014 og fra 2013 til 2014 har det ikke vært signifikant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



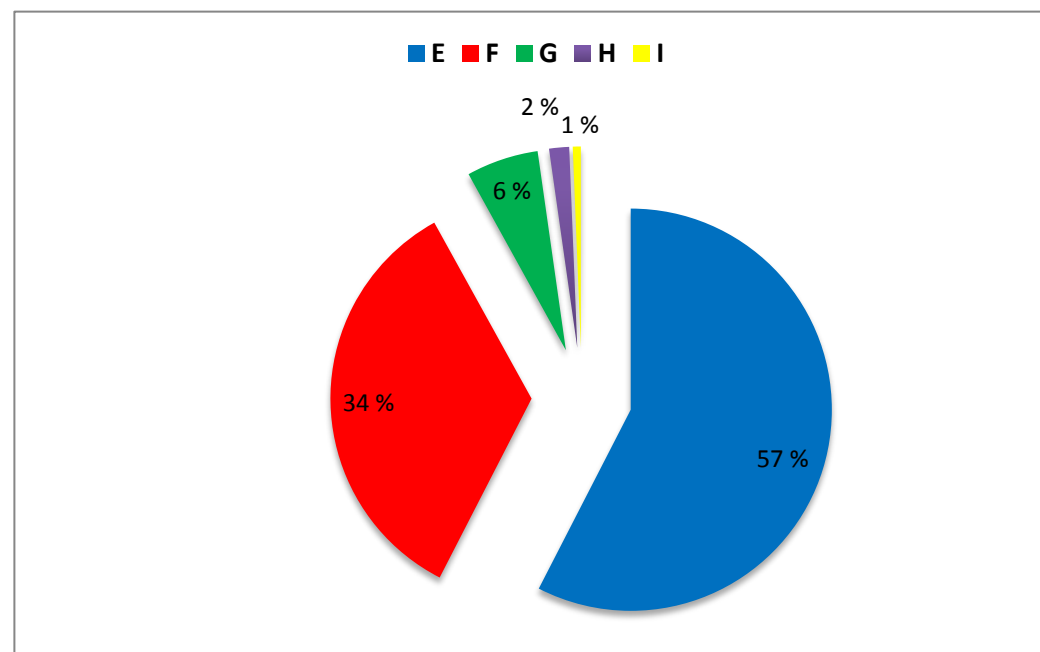
Figur 5: Pasientskader fordelt etter type kategori (i prosent) for NLSH HF i 2014



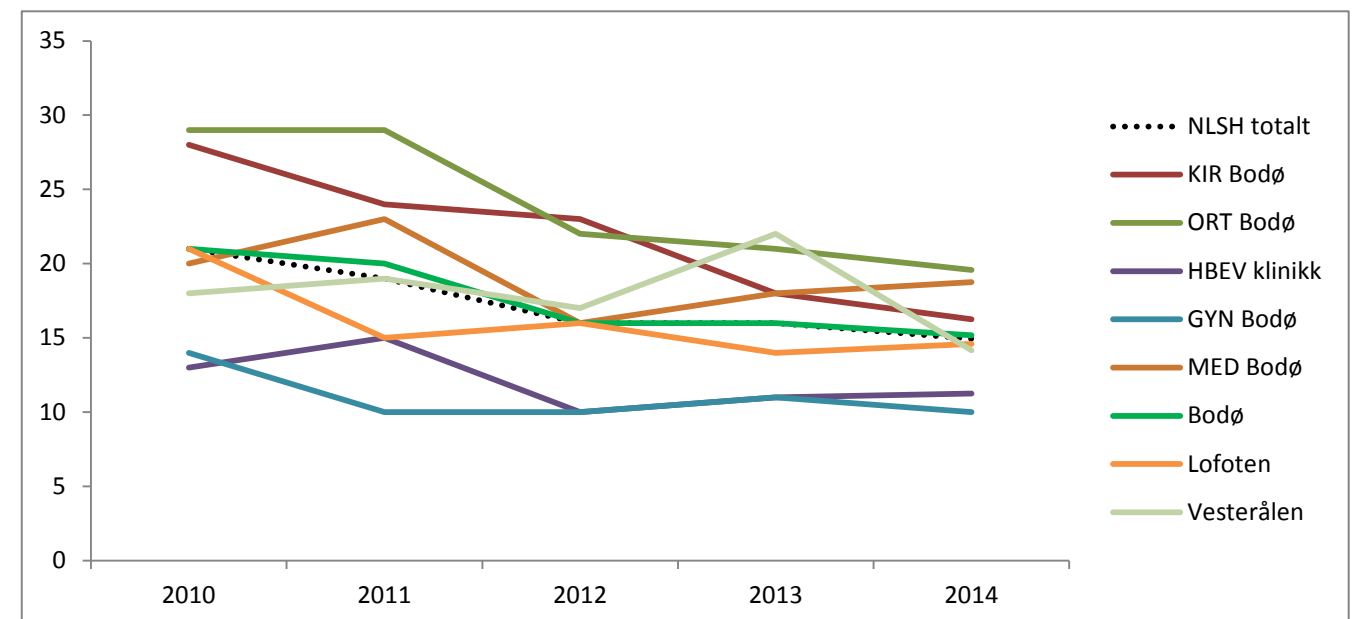
Figur 6: Fordeling i prosent etter hvor skaden oppstod, NLSH HF 2010-2014



Figur 7: Pasientskader fordelt etter alvorlighetsgrad (i prosent) i 2014, NLSH HF



Figur 8: Andel opphold med skade etter klinikk og lokalisasjon 2010- 2014, NLSH HF



Figur 9: «I trygge hender»: Framdrift spredning av tiltakspakkene

	Samstem	UVI	SVK	Fall	Trykksår	Hjerneslag	Selvmord	Overdose	GTT	Trygg Kirurgi
<b>AKUM</b>										
Intensivenheten Bodø		*								
Operasjonsenheten Bodø										
Anestiesenheten Bodø			***							
Dagkirurgiskenhet Bodø										
Avdeling Lofoten										
Avdeling Vesterålen		*	*							
<b>HBEV</b>										
Sengeenhet for HBEV Bodø			*							
<b>KIR/ORT</b>										
Kirurgisk enhet A6 Bodø		***	*							
Kirurgisk enhet B6 Bodø		***	*							
Ortopedisk enhet A5 Bodø		***	*							
Sengeenhet Lofoten		***								
Sengeenhet Vesterålen										
<b>Kvinne Barn</b>										
Barnemedisin Bodø		*								
Føde/barsel Bodø		*								
Føde/barsel Lofoten		*								
Føde/barsel Vesterålen										
Nyfødtintensiv Bodø		*	*							
<b>Medisinsk klinikk</b>										
Dialysen Bodø		*								
Avdeling for kreft og lindrende		*	*							
Enhet B3 Bodø										
Enhet R3 Bodø										
Enhet R4 Bodø		***								
Enhet B2 Lofoten		***								
Enhet C2 Lofoten		***								
Medisinsk sengeenhet Vesterålen										
<b>Prehospital</b>										
Akuttmottak, obs posten og AMK		*			**					
<b>Psykisk helse og rus</b>										
Spesialpsykiatrisk avdeling				*						
Akutt avdelingen										
Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling										
Salten DPS										
Lofoten DPS										
Vesterålen DPS										
Akutenhet Salten										
Akutenhet nord										
Akutenhet Sør										
Alders psykiatrisk enhet										
Allmenpsykiatrisk enhet sør										
Enhet for rus og psykiatri										
Sikkerhetsenheten										
Akutenhet for ungdom										
Korttidshuset for ungdom										
Spiseforstyrrelsesenheten										
Enhet D										
Korttidshuset rus										

Innføring ferdig, pakken i drift
I gang, men ikke innført
Innføring ikke startet
Pakken ikke relevant

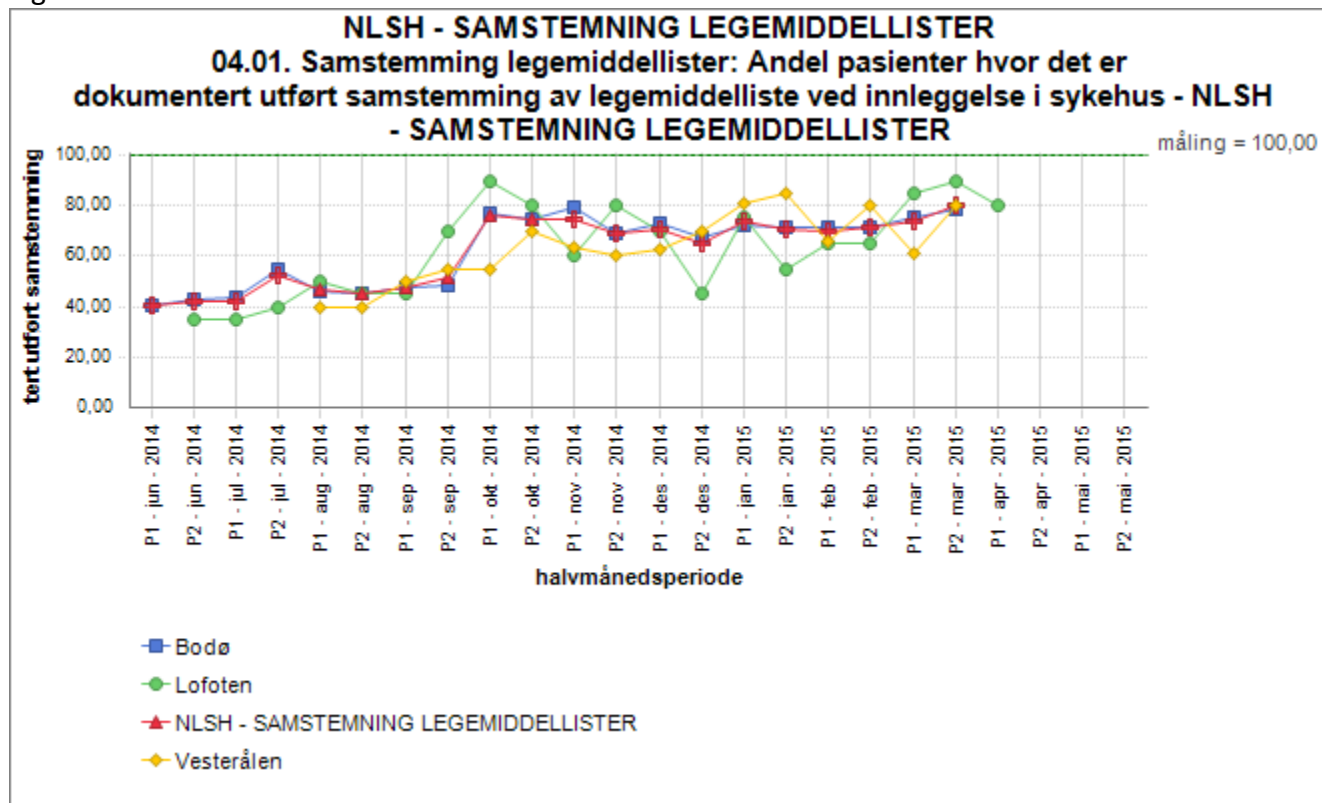
\*Lokal tilpasning, f.eks. ingen målinger pga få tilfeller eller kun innføring av nye fagprosedyrer

\*\* Igangsatt på eget initiativ, ikke del av opprinnelig spredningsplan

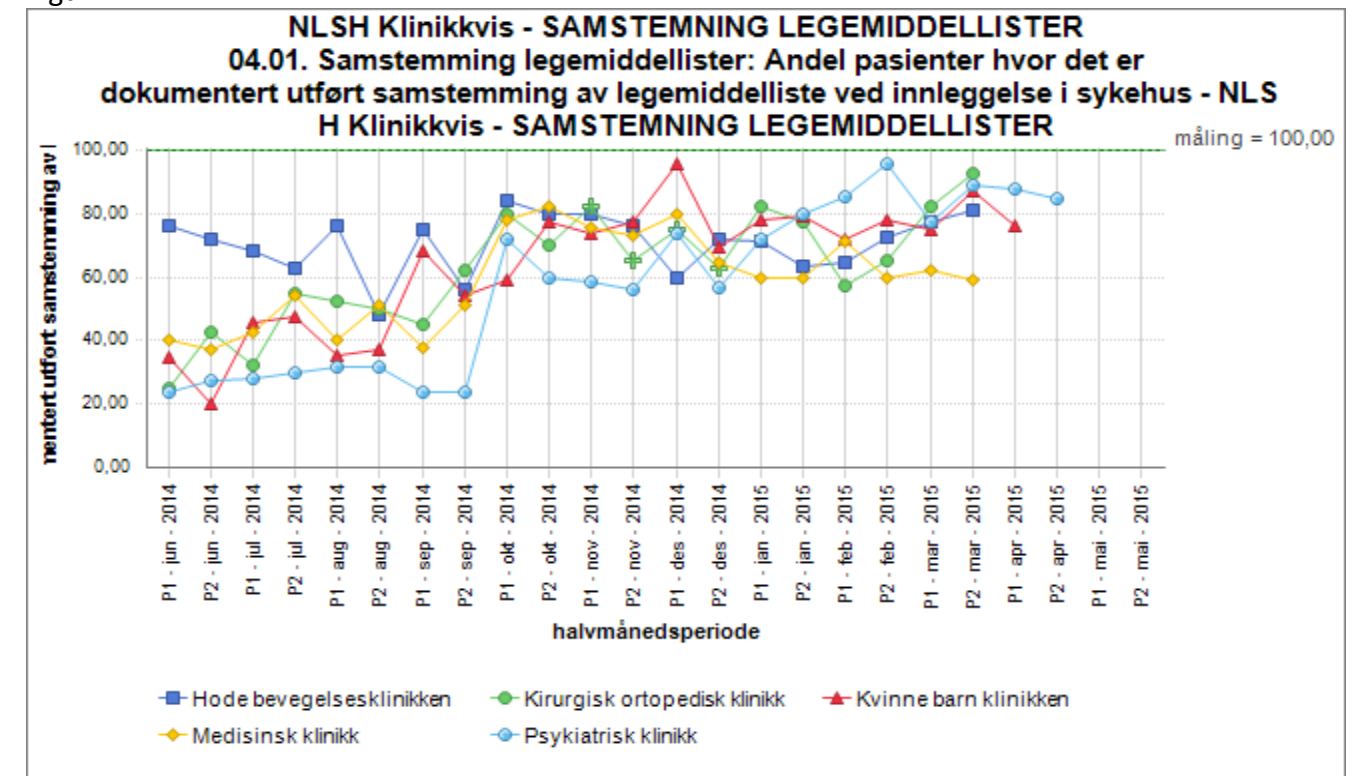
\*\*\*Igangsatt, men enheten har valgt å slutte måling

## Samstemming av legemiddellister

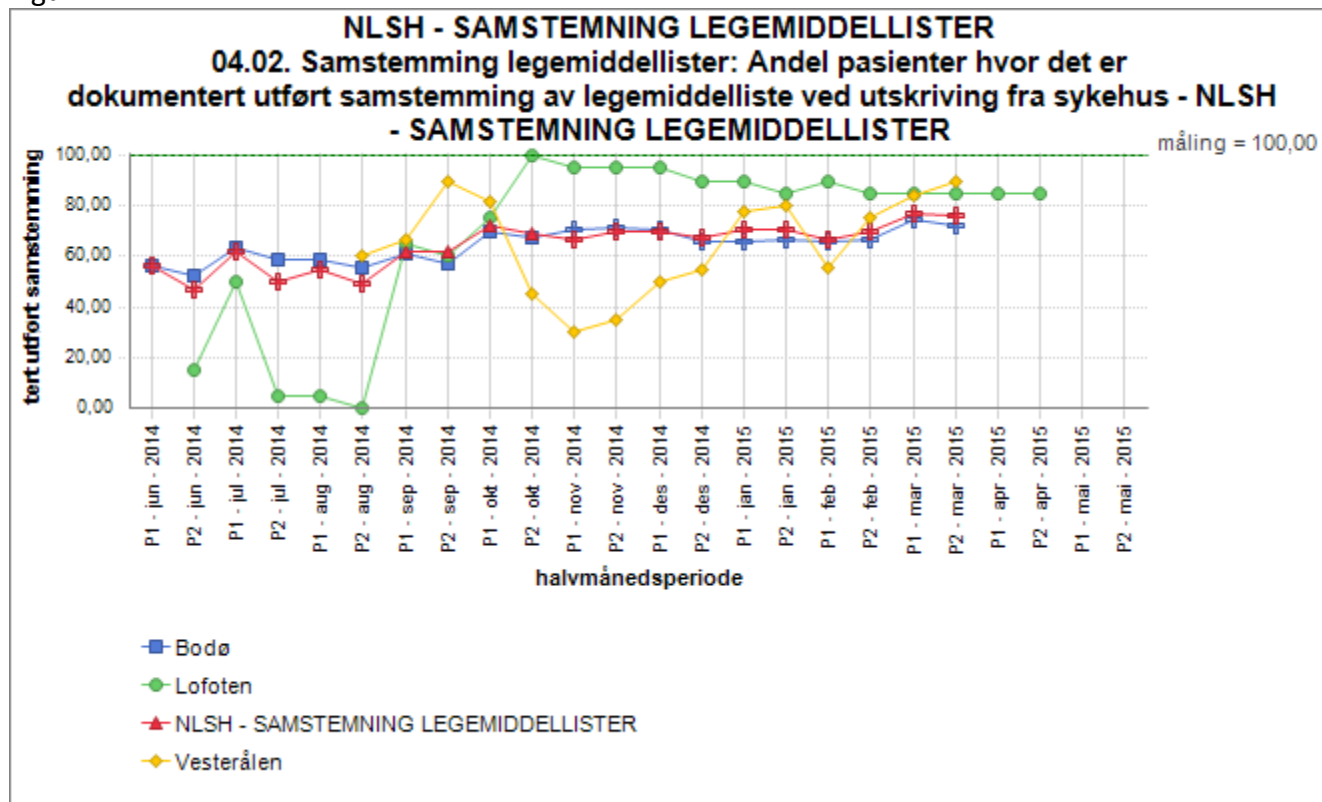
Figur 10:



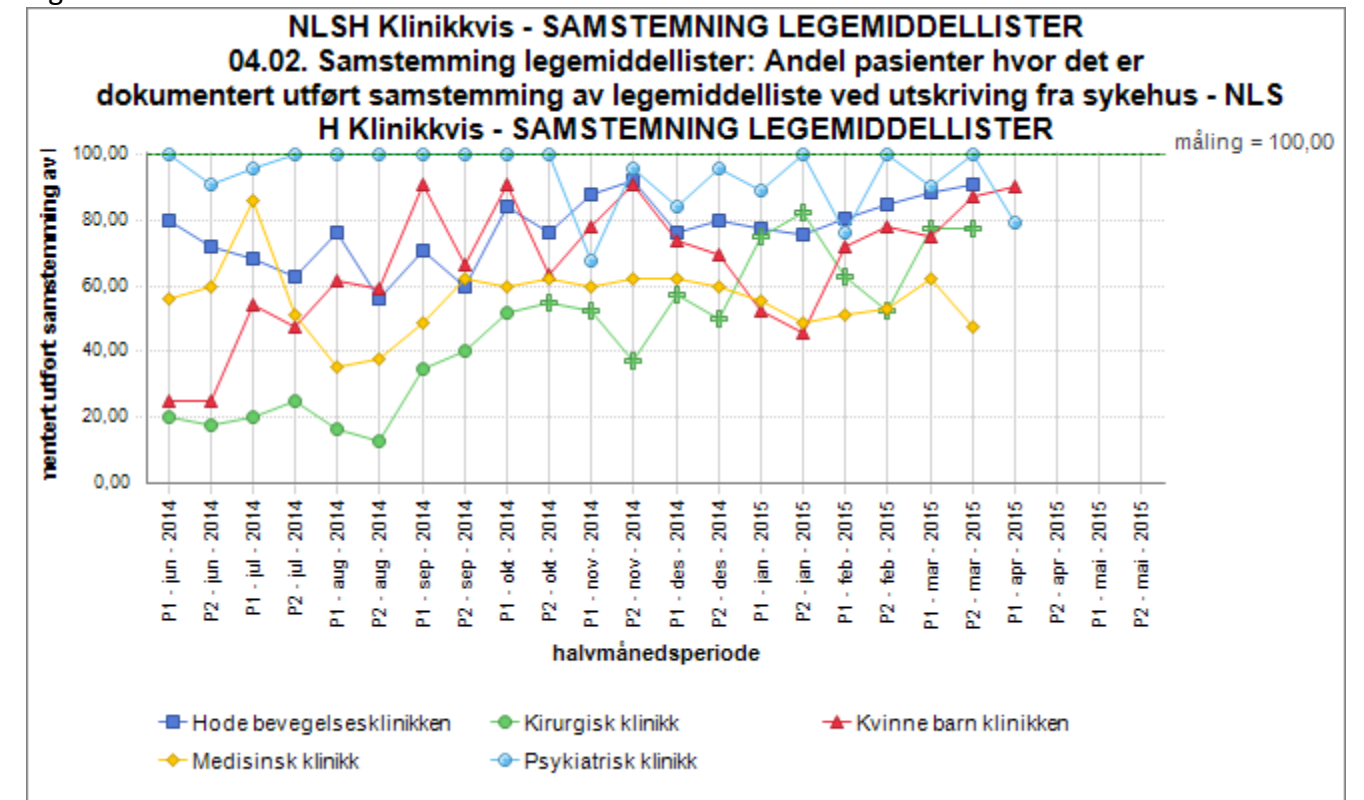
Figur 11:



Figur 12:



Figur 13:



Figur 14:

<b>Kvalitetsmålinger av legemiddelavsnitt i epikrise</b>		
Epikrise som oppfyller alle krav i prosedyre kan få maximum 16 poeng		
Median pr periode		
2014 - 2015		
	sept - des 2014	jan - mars 2015
Barneavdelingen Bodø	11	12
Gynekologisk avdeling Bodø	10	15
Hode Bevegelses klinikken	10	10
Psykiatri Bodø	10	12
Psykiatri Vesterålen	6	9
Medisinsk avdeling Bodø	6	7
Medisinsk avdeling Lofoten	5	10
Medisinsk avdeling Vesterålen	ingen måling	8
Kirurgisk avdeling Bodø	6	6
Kirurgisk avdeling Lofoten	9	12
Kirurgisk avdeling Vesterålen	ingen måling	ingen måling

Figur 15:

<b>Kvalitetsmålinger av legemiddellister ved innleggelse i sykehus</b>					
Gjennomført av farmasøyter etter IMM metoden					
Juni 2014 og des 2014					
	Medisin	Kir/ort	Barn	HBEV	Samlet
Ant pasienter	24	24	10	11	<b>69</b>
Andel dokumentert samstemt i kurve	46 % -12 %	83 % -30 %	60 % -60 %	100 % -85 %	<b>70 %</b> -38 %
Andel pasienter med uoverensstemmelser	42 % -76 %	50 % -54 %	50 % -20 %	55 % -54 %	<b>48 %</b> -57 %
Antall uoverensstemmelser per pasient	0,9 -2,2	0,9 -0,7	0,7 -0,5	0,8 -1,4	<b>0,9</b> -1,3
Andel samstemte lister med uoverensstemmelser	63 %	50 %	33 %	55 %	<b>52 %</b>

\*Blå tall er målinger pr juni 2014