

Indikatornummer:	Indikator relatert til: Kvalitetsindikatorer i helse- og omsorgstjenesten	Indikator: Andel tjenestemottakere hjemmetjenester som er kartlagt ernæringsmessig i løpet av 3 dager
Versjon nr:	Godkjent av:	Godkjent dato:

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Begrunnelse, referanse

«Det anslås at hver fjerde mottaker av hjemmetjenester er underernært eller i risiko for underernæring. Ved økende alder skjer det en rekke forandringer i kroppen, og dette har betydning for ernærings situasjonen hos eldre. Nær halvparten av pasienter som skrives ut fra sykehus er i ernæringsmessig risiko og trenger tiltak.»

«Underernæring utvikler seg når et ernæringsproblem ikke blir identifisert og kan oppstå som konsekvens av sykdom eller sykdomstilstand.»

«Sykdomsrelatert underernæring er en stor menneskelig, medisinsk og økonomisk utfordring og kan føre til økt sykkelighet og høyere dødelighet.» (Ref : Pasientsikkerhetsprogrammet – Tiltakspakke for forebygging og behandling av underernæring hjemmetjeneste)

Ved å systematisk avdekke ernæringsmessig risiko som underernæring, overvekt, feilernæring og sette i gang tiltak, vil man kunne gi en helsemessig gevinst for den enkelte, samt redusere behovet for innleggelse.

Mål

100% av tjenestemottakere som er utskrevet fra sykehus/ korttid/ ny pasient i tjenesten eller kjent bruker med mistanke om feil/underernæring, skal være kartlagt for ernæringsmessig risiko i løpet av 3 dager.

Definisjon av indikatoren

Prosentandel tjenestemottakere i hjemmetjenesten som er utskrevet fra sykehus/ korttid/ ny pasient i tjenesten, kjent bruker med mistanke om feil/underernæring – som er kartlagt for ernæringsmessig risiko i løpet av 3 dager.

Begrepsavklaringer

Underernæring, defineres som en ernærings situasjon der mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning og –funksjon, samt klinisk resultat .

KMI (kroppsmasseindeks): under 22.

Indikatornummer:	Indikator relatert til: Kvalitetsindikatorer i helse- og omsorgstjenesten	Indikator: Andel tjenestemottakere hjemmetjenester som er kartlagt ernæringsmessig i løpet av 3 dager
Versjon nr:	Godkjent av:	Godkjent dato:

Feilernæring defineres som en ernærings situasjon der vi får for lite eller for mye av noen næringsstoffer.

Blodprøve som kan avsløre feilernæring: S-Albumin, S-Transferrin, S-Prealbumin, Elektrolytter, Glucose, Kreatinin, Jern, B-12, Calsium, Magnesium, Vit D, Fosfat.

Overvekt er vanskelig å definere. Når vi bruker begrepet overvekt og fedme, mener vi vanligvis at det er tilstander hvor det er overskudd av fett på kroppen, i forhold til det som er anbefalt. Overvekt : KMI over 25.

Ernæringsmessig risiko, er risikoen for ernæringsrelaterte komplikasjoner som følge av sykdom, og/eller behandling.

Type indikator

Prosessindikator

Indikatornummer:	Indikator relatert til: Kvalitetsindikatorer i helse- og omsorgstjenesten	Indikator: Andel tjenestemottakere hjemmetjenester som er kartlagt ernæringsmessig i løpet av 3 dager
Versjon nr:	Godkjent av:	Godkjent dato:

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon (målgruppe)	Inkludert populasjon (målgruppe)	Ekskludert populasjon (målgruppe)
<p>Nevner</p> <p>Antall pasienter med behov for ernæringskartlegging</p>	<p>Pasienter i hjemmetjenesten som er utskrevet fra sykehus/ korttid/ ny pasient i tjenesten, eller kjent bruker med mistanke om feil/underernæring.</p> <p>Brukere som kommer hjem fra KT opphold og det er gjort en ernæringskartlegging der, skal likevel gjennomgå en ny vurdering og oppfølging etter hjemkomst.</p>	<p>Palliative pasienter</p> <p>Brukere som ikke samtykker.</p>
<p>Teller</p> <p>Antall pasienter med behov for ernæringskartlegging og hvor kartleggingen er gjennomført i løpet av 3 dager fra oppstarts dato.</p>		
<p>Datakilde</p> <p>Oppstarts dato : når pasienten kommer hjem fra sykehus eller institusjon/ ny i tjenesten/ oppdager kjent bruker med mistanke om feil- eller underernæring, registreres på pasientrisikotavle, samt dato for gjennomført ernæringskartlegging.</p> <p>Data fra tavlen overføres til eget skjema når prosessen er sluttført og pasienten fjernes fra risikotavlen.</p> <p>En gang i uken registreres disse dataene inn i Extranet med dato for hjemkomst/ ny eller oppdaget mistanke om risiko og antall dager før kartleggingen er gjennomført.</p>		
<p>Bearbeiding/aggregering av data</p> <p>Målinger rapporteres av tjenesteleder i den enkelte sone til virksomhetsleder samtidig med annen månedsrapportering.</p>		

Indikatornummer:	Indikator relatert til: Kvalitetsindikatorer i helse- og omsorgstjenesten	Indikator: Andel tjenestemottakere hjemmetjenester som er kartlagt ernæringsmessig i løpet av 3 dager
Versjon nr:	Godkjent av:	Godkjent dato:

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

Indikatoren andel tjenestemottakere som har mottatt ernæringskartlegging, måler om tjenestemottakere blir kartlagt for ernæringsmessig risiko innen frist.

Underliggende faktorer som kan forklare variasjon

Manuell måling av data er en risikofaktor, øker muligheter for feil registrering. Manglende kunnskap hos og informasjon til helsepersonellet om viktigheten av nøyaktig registrering medvirker til risiko for feil måledata.

Pasienter blir reinnlagt før arbeidsprosessen blir ferdig

Pasienter som ikke ønsker å bidra til avklaring av egen ernæringsssituasjon.

Indikatornummer:	Indikator relatert til: Kvalitetsindikatorer i helse- og omsorgstjenesten	Indikator: Andel tjenestemottakere i boliger som er kartlagt i forhold til ernæringsstatus.
Versjon nr:	Godkjent av:	Godkjent dato:

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Begrunnelse, referanse

En stor andel av brukere av kommunens tjenester er underernærte / feilernærte / i risiko. Underernæring og feilernæring gir økt fare for andre sykdommer, lengre rekonvalesens, redusert livskvalitet, større pleietyngde og økte kostnader.

Ernæring er et satsningsområde for helse og omsorg i Tønsberg Kommune.

Mål

Alle tjenestemottakere (100%) i boliger i virksomhet Psykisk helse og miljøarbeid (PHM) skal kartlegges i forhold til ernæringsstatus

Definisjon av indikatoren

- Indikatoren viser hvor stor andel av tjenestemottakere i boliger i PHM som er ernæringsmessig kartlagt

Begrepsavklaringer

Ernæringskartlegging

Tønsberg kommune benytter kartleggingsverktøy basert på Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), men tilpasset og utvidet til også å omfatte feilernæring og overvekt. MUST er en femtrinns screeningsverktøy for voksne personer som enten er underernærte, i risiko for å bli underernærte eller er overvektige. MUST inkluderer også retningslinjer for å utvikle en handlingsplan/individuell ernæringsplan.

MUST er et validert screeningsverktøy som er raskt og enkelt å bruke. Tjenestemottakers

Indikatornummer:	Indikator relatert til: Kvalitetsindikatorer i helse- og omsorgstjenesten	Indikator: Andel tjenestemottakere i boliger som er kartlagt i forhold til ernæringsstatus.
Versjon nr:	Godkjent av:	Godkjent dato:

KMI utregnes basert på høyde og vekt. Det danner grunnlaget i kartlegging for videre tiltak. Vekt og vektutvikling anses å være en viktig indikator på ernærings-status og inngår i vurderingen av ernæringsmessig risiko.

Underernæring, defineres som en ernæringssituasjon der mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning og –funksjon, samt klinisk resultat (2). KMI (kroppsmasseindeks): under 22.

Feilernæring defineres som en ernæringssituasjon der vi får for lite eller for mye av noen næringsstoffer. Blodprøve som kan avsløre feilernæring: S-Albumin, S-Transferrin, S-Prealbumin, Elektrolytter, Glucose, Kreatinin, Jern, B-12, Calcium, Magnesium, Vit D, Fosfat.

Overvekt er vanskelig å definere. Når vi bruker begrepet overvekt og fedme, mener vi vanligvis at det er tilstander hvor det er overskudd av fett på kroppen, i forhold til det som er anbefalt.

Overvekt : KMI over 25.

Ernæringsmessig risiko, er risikoen for ernæringsrelaterte komplikasjoner som følge av sykdom, og/eller behandling.

Type indikator

Denne måling er en Prosessindikator:

Prosessindikator synliggjør kvaliteten på arbeidsprosesser som skal føre frem til et ønsket sluttresultat. Ved å overvåke en prosessindikator kan forbedringsteamet se om tiltakene gjennomføres som en del av det daglige arbeidet.

Indikatornummer:	Indikator relatert til: Kvalitetsindikatorer i helse- og omsorgstjenesten	Indikator: Andel tjenestemottakere i boliger som er kartlagt i forhold til ernæringsstatus.
Versjon nr:	Godkjent av:	Godkjent dato:

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon (målgruppe) Alle som har vedtak om helse og omsorgstjenester og boliger i virksomhet Psykisk helse og miljøarbeid	Inkludert populasjon målgruppe.	Ekskludert populasjon målgruppe. b) tjenestemottakere som av annen årsak ikke ønsker / kan eller er relevant å kartlegge ernæringsstatus i tjenestene.
Nevner Antall tjenestemottakere -bolig virksomhet PHM -		
Teller Antall tjenestemottakere som er kartlagt i forhold til ernæringsstatus - bolig virksomhet PHM		
Datakilde - Kosthåndboken - Nasjonal veileder - Tønsberg Kommunes prosedyre med tiltakspakke: Forebygging av under, feil ernæring eller overvekt		
Bearbeiding/aggregering av data Når tjenestemottaker kartlegges i forhold til ernæring, opprettes dette som tiltak i plan/rapport i EPJ. (Område «Spise», tiltak : «Ernæringskartlegging». Utskrift på tiltaket gir tallet som viser andel av tjenestemottakere som er ivaretatt med tanke på ernæringskartlegging, jmf målsetting i virksomheten.		

Indikatornummer:	Indikator relatert til: Kvalitetsindikatorer i helse- og omsorgstjenesten	Indikator: Andel tjenestemottakere i boliger som er kartlagt i forhold til ernæringsstatus.
Versjon nr:	Godkjent av:	Godkjent dato:

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

- En kvalitetssikring av at alle tjenestemottakere kartlegges i forhold til ernæringsstatus
- En satsning for å øke ansattes bevissthet rundt ernæringsmessige utfordringer

Måles lokalt / pr enhet

For at indikatorene i tiltakspakkene skal kunne brukes til læring i forbedringsarbeidet er det helt nødvendig at det måles på enhetsnivå. En enhet er der en gruppe medarbeidere jobber som team til daglig og kan forbedre sine egne arbeidsprosesser.

Underliggende faktorer som kan forklare variasjon

- Ernæringskartlegging gjennomføres men dokumenteres ikke i IPLOS i EPJ.
- Planlagt ernæringskartlegging blir ikke gjennomført

Indikatornummer: KI 1	Indikator relatert til: Kvalitetsindikatorer i helse- og omsorgstjenesten	Indikator: Andel pasienter (67 år og eldre) på langtidsopphold i kommunal institusjon som har hatt legemiddelgjennomgang i løpet av siste 12 måneder
Versjon nr: 1	Godkjent av:	Godkjent dato:

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

<p>Begrunnelse, referanse</p> <p>Stadig flere eldre har mange sykdommer og bruker flere legemidler samtidig. Ved å bruke flere legemidler samtidig øker sannsynligheten for feilmedisinering, unødvendig bruk og uheldige kombinasjoner. Eldre er særlig sårbare for bivirkninger og legemiddelrelaterte problemer, og undersøkelser viser at hele tre av fire pasienter i sykehjem har ett eller flere legemiddelrelaterte problemer. Virksomheten skal sørge for en systematisk legemiddelgjennomgang for pasient med langtidsopphold i sykehjem ved innkomst, en gang årlig og ved behov. Legemiddelgjennomgang kan utføres av lege alene, men helst i samarbeid med pasient og tverrfaglig helsepersonell.</p>
<p>Mål:</p> <p>Alle pasienter (67 år og eldre) med langtidsopphold i kommunal institusjon har hatt legemiddelgjennomgang i løpet av siste 12 måneder</p>
<p>Definisjon av indikatoren</p> <p>Skal synliggjøre om alle pasienter med langtidsopphold i institusjon får gjennomgått sin legemiddelliste for å sikre indikasjon, effekt og virkning.</p>
<p>Begrepsavklaringer:</p> <p>Legemiddelgjennomgang: En legemiddelgjennomgang er en systematisk fremgangsmåte og helhetlig vurdering for å kvalitetssikre den enkelte pasients legemiddelbruk, for å ivareta effekt og sikkerhet.</p> <p>EPJ: Elektronisk pasientjournal</p>
<p>Type indikator</p> <p>Prosessindikator</p>

Indikatornummer: KI 1	Indikator relatert til: Kvalitetsindikatorer i helse- og omsorgstjenesten	Indikator: Andel pasienter (67 år og eldre) på langtidsopphold i kommunal institusjon som har hatt legemiddelgjennomgang i løpet av siste 12 måneder
Versjon nr: 1	Godkjent av:	Godkjent dato:

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon (målgruppe) Beboere på langtidsopphold i institusjon i Tønsberg Kommune	Inkludert populasjon målgruppe. Beboere på langtidsopphold i institusjon i Tønsberg Kommune	Ekskludert populasjon målgruppe Terminale pasienter.
Nevner Totalt antall pasienter med langtidsopphold i institusjonen.		
Teller Antall pasienter med langtidsopphold i institusjon som har hatt legemiddelgjennomgang i løpet av siste 12 måneder.		
Datakilde EPJ (Profil)		
Bearbeiding/aggregering av data Ved hver ny Legemiddelgjennomgang dokumenteres dette i tiltak: «Legemiddelgjennomgang» i EPJ. Utskrift tiltak «Legemiddelgjennomgang» fra dato – til dato sammenstilt med antall pasienter med langtidsvedtak totalt.		

Indikatornummer: KI 1	Indikator relatert til: Kvalitetsindikatorer i helse- og omsorgstjenesten	Indikator: Andel pasienter (67 år og eldre) på langtidsopphold i kommunal institusjon som har hatt legemiddelgjennomgang i løpet av siste 12 måneder
Versjon nr: 1	Godkjent av:	Godkjent dato:

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

- En kvalitetssikring av at alle pasienter får legemiddelgjennomgang årlig.
- Dokumentasjon på at kommunens institusjon følger gjeldende regler og lover:

Etter Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helse personell som yter helsehjelp

(§ 5a. Legemiddelgjennomgang i sykehjem) (3) skal virksomheten sørge for en systematisk legemiddelgjennomgang for pasient med langtidsopphold i sykehjem ved innkomst og minst en gang årlig.

Underliggende faktorer som kan forklare variasjon

- Legemiddelgjennomgang gjennomføres men dokumenteres ikke i IPLOS i EPJ.
- Planlagt legemiddelgjennomgang blir ikke gjennomført

Indikatornummer: KI 5	Indikator relatert til: Kvalitetsindikatorer i helse- og omsorgstjenesten	Indikator: Andel tjenestemottakere i boliger (Virksomhet Psykisk helse og miljøarbeid) med samstemt legemiddelliste minimum to ganger årlig.
Versjon nr: 1	Godkjent av:	Godkjent dato:

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

<p>Begrunnelse, referanse</p> <p>Manglende eller feilaktig legemiddelinformasjon gjør det vanskelig å følge opp tjenestemottakers legemiddelbehandling. Legemiddelsamstemming er et viktig tiltak for å avdekke den reelle legemiddelbruk, avdekke misforhold mellom forordnede legemidler og legemidler i bruk, for dermed å unngå feil og skader.</p>
<p>Mål</p> <p>100% av legemiddellistene skal være samstemt minimum hver april og hver oktober</p>
<p>Definisjon av indikatoren</p> <p>Prosentandel tjenestemottakere i bolig hvor legemiddellisten er samstemt av fastlege minimum hver april og hver oktober</p>
<p>Begrepsavklaringer</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Legemiddelsamstemming (LMS)</u> er en metode der helsepersonell i samarbeid med tjenestemottaker sikrer overføring av korrekt informasjon om tjenestemottakers legemiddelbruk til fastlegen. Legemiddellisten er samstemt når fastlegen bekrefter oppdatert legemiddelliste. Kilde: Pasientsikkerhetsprogrammet • <u>Legemiddelliste:</u> Oversikt over tjenestemottakers legemidler • <u>Legemidler i bruk</u> – brukes om de legemidlene tjenestemottaker faktisk inntar. Disse innhentes i dialog med den enkelte tjenestemottaker og dette formidles til fastlege for samstemming. • <u>Behov for LMS:</u> når det ikke er samsvar mellom det tjenestemottaker bruker av legemidler, ordinasjonskortet /legemiddeloversikten i bolig og evt ny epikrise/legemiddelliste ved utskrivning sykehus/korttidsopphold og nye tjenestemottakere i tjenesten.
<p>Type indikator</p> <p>Prosessindikatorer (aktiviteter i pasientforløpet f. eks. diagnostikk, behandling)</p>

Indikatornummer: KI 5	Indikator relatert til: Kvalitetsindikatorer i helse- og omsorgstjenesten	Indikator: Andel tjenestemottakere i boliger (Virksomhet Psykisk helse og miljøarbeid) med samstemt legemiddelliste minimum to ganger årlig.
Versjon nr: 1	Godkjent av:	Godkjent dato:

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon (målgruppe)	Inkludert populasjon målgruppe	Ekskludert populasjon målgruppe)
Alle tjenestemottakere i boliger i virksomhet PHM	Alle tjenestemottakere i boliger i virksomhet PHM som har samtykket til at kommunen administrerer legemidlene	Tjenestemottakere i boliger som ikke mottar tjenester i forhold til legemiddelhåndtering.
Nevner Alle tjenestemottakere i boliger i virksomhet PHM som har samtykket til at kommunen administrerer legemidlene		
Teller Tjenestemottakere som har samstemt legemiddelliste (april og oktober)		
Datakilde Hentes ut fra pasientjournal /tiltaksplan. Hver gang samstemt legemiddelliste er utført av fastlege dokumenteres det i tjenestemottakers EPJ.		
Bearbeiding/aggregering av data Når legemiddelliste er samstemt dokumenteres det i tiltaket: Samstemming av legemiddelliste. Avdelingsleder henter ut oversikt over antall samstemte legemiddellister hver april og oktober.		

Indikatornummer: KI 5	Indikator relatert til: Kvalitetsindikatorer i helse- og omsorgstjenesten	Indikator: Andel tjenestemottakere i boliger (Virksomhet Psykisk helse og miljøarbeid) med samstemt legemiddelliste minimum to ganger årlig.
Versjon nr: 1	Godkjent av:	Godkjent dato:

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

- En kvalitetssikring av at alle tjenestemottakere har samstemt legemiddelliste.

Underliggende faktorer som kan forklare variasjon

- Legemiddelsamstemming gjennomføres, men dokumenteres ikke i IPLOS og i EPJ.
- Planlagt legemiddelsamstemming blir ikke gjennomført

Indikatornummer:	Indikator relatert til: Kvalitetsindikatorer i helse- og omsorgstjenesten	Indikator: Andel tjenestemottakere hjemmesykepleie med behov for og gjennomført legemiddelsamstemming innen 3 virkedager
Versjon nr:	Godkjent av:	Godkjent dato:

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Begrunnelse, referanse

Undersøkelser viser at for 50-90% av pasientene i hjemmesykepleien er det uoverensstemmelse over legemidler i bruk (LIB) hos pasienten og LIB hos fastlegen.

Manglende eller feilaktig legemiddelinformasjon gjør det vanskelig å følge opp pasienter og brukeres legemiddelbehandling. Legemiddelsamstemming er et viktig tiltak for å avdekke den reelle legemiddelbruk, avdekke misforhold mellom forordnede legemidler og LIB, for dermed å unngå feil og skader.

Måling av legemiddelsamstemming innebærer måling av arbeidsprosesser både i Hjemmetjenesten og hos den enkelte fastlege.

Mål

100% av legemiddellistene med behov for samstemming, skal være samstemt i løpet av 3 virkedager

Definisjon av indikatoren

Prosentandel pasienter i hjemmetjenesten med behov for samstemming hvor legemiddellisten er samstemt mellom pasient, hjemmetjenesten og fastlege innen 3 virkedager

Begrepsavklaringer

- Legemiddelsamstemming (LMS) er en metode der helsepersonell i samarbeid med pasienten skal sikre overføring av korrekt informasjon om pasientens legemiddelbruk til fastlegen. Legemiddellisten er samstemt når fastlegen bekrefter oppdatert legemiddelliste. Kilde: Pasientsikkerhetsprogrammet
- Legemiddelliste: Oversikt over pasientens legemidler
- Legemidler i bruk (LIB) – brukes om de legemidlene pasienten bruker. Disse innhentes i dialog med den enkelte pasient og sammenstilles med det som er forordnet av lege.
- E-meldinger er elektroniske meldinger gjennom EPJ i hjemmetjenesten til fastlegen.
- Behov for LMS: når det ikke er samsvar mellom det pasienten bruker av legemidler LIB, ordinasjonskortet /legemiddeloversikten i hjemmetjenesten og evt ny epikrise/legemiddelliste ved utskrivning sykehus/korttidsopphold og nye pasienter i

tjenesten.

- Run-diagram er en måling av en prosess over tid og gir en løpende oversikt over dataene. Tiden er på horisontalaksen. Kvalitetsegenskapen er på den vertikale aksen.
- Populasjon = datautvalget for indikatoren
- Virkedager = alle hverdager utenom helg og helligdager
- Extranet er en webbasert database der du kan registrere og følge resultater av forbedringstiltak, samt utveksle erfaringer med andre som er involvert i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen, I Trygge Hender.

Type indikator

Prosessindikatorer

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon (målgruppe)	Inkludert populasjon (målgruppe)	Ekskludert populasjon (målgruppe)
Nevner Antall pasienter med behov for LMS	Pasienter i hjemmetjenesten som er utskrevet fra sykehus/ korttid/ ny pasient i tjenesten, hvor tjenesten har ansvar for utdeling av medisiner og hvor det er avdekket behov for LMS	Pasienter hvor legemiddellisten stemmer med LIB
Teller Antall pasienter med behov for LMS og hvor legemiddelsamstemmingen er gjennomført i løpet av 3 virkedager etter hjemkomst		
Datakilde Dato: når pasienten kommer hjem fra sykehus/ institusjon/ ny i tjenesten, registreres på pasientrisikotavle og dato for LMS (svar fra fastlegen) Data fra tavlen overføres til eget skjema når prosessen er slutført og pasienten fjernes fra risikotavlen. En gang i uken registreres disse dataene inn i Extranet med dato for hjemkomst og antall dager for gjennomført LMS.		
Bearbeiding/aggregering av data Målinger rapporteres av tjenesteleder i den enkelte sone til virksomhetsleder samtidig med annen månedsrapportering.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

Indikator – antall dager til samstemt legemiddelliste; måler om pasienter med behov for legemiddelsamstemming får dette i hjemmetjenesten.

Underliggende faktorer som kan forklare variasjon

- Fastlegen har ansvar for legemiddelforskrivning til sine listepasienter. Utenfor sykehus er det fastlegen som har ansvar for å holde legemiddellisten til pasienten oppdatert og formidle listen til pasient og helsepersonell som trenger informasjonen i behandlingen. Indikatoren påvirkes derfor av den tid det tar fra fastlegen får en henvendelse fra hjemmetjenesten til han responderer.
- Manglende helseopplysninger fra spesialisthelsetjenesten ved utskriving av pasienter
- Manuell måling av data er en risikofaktor, øker muligheter for feil registrering. Manglende kunnskap hos og informasjon til helsepersonellet om viktigheten av nøyaktig registrering medvirker til risiko for feil måldata.
- Pasienter blir reinnlagt før arbeidsprosessen blir ferdig
- Pasienter som ikke ønsker å bidra til avklaring av LIB

