



Forvaltningsrevisjon
Juni 2024

Ernæringsarbeid og legemiddelhåndtering i sykehjem og hjemmetjeneste

Hemsedal kommune

Sammendrag

Bestilling

Kontrollutvalget
6. januar 2022

Problemstilling

- Har Hemsedal kommune rutiner og praksis som sikrer forsvarlig, individuell oppfølging av legemiddelbruk og ernæringsstatus og for beboere på sykehjem og brukere av hjemmebaserte omsorg?

Bakgrunn for prosjektet: Prosjektet er en forvaltningsrevisjon av legemiddelhåndtering og ernæring i sykehjem og hjemmetjeneste i Hemsedal kommune. Det er bestilt av kontrollutvalget i kommunen på bakgrunn av nasjonale utfordringer med pasientsikkerhet og kvalitet på disse områdene.

Metode og praktisk gjennomføring: Prosjektet er basert på standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001) og har brukt ulike metoder for å innhente informasjon, som dokumentanalyse, intervjuer, spørreundersøkelse, analyse av statistikk og saksgjennomgang. Prosjektet har vurdert kommunens praksis opp mot revisjonskriterier utledet fra relevant regelverk og veiledere.

Revisjonskriterier: Revisjonskriteriene om legemiddelhåndtering og ernæring er i hovedsak utledet fra helse- og omsorgstjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, legemiddelhåndteringsforskriften og utvalgte veiledere fra Helsedirektoratet.

Fakta og funn: Revisjonen har funnet at det er enkelte mangler og svakheter i rutiner og praksis for legemiddelhåndtering og ernæring. Det er blant annet utfordringer knyttet til gjennomgang av legemidler for pasienter som bor hjemme, etterlevelse av rutiner for dobbeltkontroll, systemer og rutiner for å rapportere observasjoner, varierende grad av opplæring og kompetanse om ernæring, varierende grad av registrering og dokumentasjon i journalsystem (EPJ), og varierende grad av avviksregistrering og -håndtering.

Andre forhold som revisjonen påpeker er at kommunen har i liten grad etablert systemer og rutiner for å innhente og rapportere om kvalitet og tilstand i tjenestene til administrativ og politisk ledelse (kommunestyret). Kommunen har heller ikke etablert systemer og rutiner for å innhente informasjon fra pårørende eller brukere, for eksempel gjennom brukerundersøkelser. Undersøkelsen tyder også på at kommunen i liten grad har etablert systemer og rutiner som sikrer god pårørendeinvolvering.

Revisjonens konklusjoner: Revisjonen konkluderer med at kommunen stort sett har rutiner og praksis som sørger for en forsvarlig legemiddelhåndtering på sykehjemmet. For hjemmetjenesten er det derimot behov for å lage systemer og rutiner, som sikrer at pasienter som bor hjemme får jevnlig gjennomgang av legemidlene sine (legemiddelgjennomgang). Når det gjelder ernæring er kommunen i ferd med å utvikle systemer og rutiner, men det er behov for å heve kompetansen til de ansatte på området.

Anbefalinger: Revisjonen har avdekket flere avvik og forbedringsområder som kan påvirke pasientsikkerheten og kvaliteten på tjenestene. Revisjonen mener at kommunen bør styrke sin

internkontroll og kvalitetsforbedring på disse områdene. Revisjonen har gitt følgende anbefalinger til kommunen:

1. Kommunen bør sørge for at alle relevante avvik meldes i kommunens avvikssystem.
2. Kommunen bør etablere rutiner og systemer som sikrer at hjemmeboende pasienter jevnlig får sin medisinbruk vurdert (legemiddelgjennomgang) av lege.
3. Kommunen bør etablere systemer og rutiner som sikrer at helsepersonell som deler ut medisiner alltid observerer og ev. rapporterer uheldige reaksjoner og bivirkninger.
4. Kommunen bør sørge for at all nødvendig helsehjelp dokumenteres i pasientjournal, og at alle lovpålagte opplysninger (IPLOS) fylles ut.
5. Kommunen bør vurdere å etablere systemer og rutiner som sikrer at det gjennomføres tverrfaglige møter for pasienter med behov for det.
6. Kommunen bør sikre at ansatte får tilstrekkelig kompetanse om ernæring
7. Kommunen bør etablere systemer og rutiner som sikrer at alle pasienter på sykehjemmet og i hjemmetjenesten systematisk vurderes for risiko for underernæring, og at pasienter med observert risiko kartlegges og får en ernæringsplan med hensiktsmessige tiltak .

Rapporten har vært til faktahøring hos virksomhetsleder med ansvar for sykehjem og hjemmetjenester, som kjenner seg igjen i rapportens konklusjoner. Alle tilbakemeldinger på fakta er vurdert og hensyntatt i rapport.

Et utkast til rapport har blitt oversendt kommunedirektøren til uttalelse. Kommunedirektørens uttalelse i brev av 20. juni 2024 er vedlagt rapporten. Kommunedirektøren viser blant annet til at det nasjonalt er dels store utfordringer med pasientsikkerheten i eldreomsorgen, og at legemiddelhåndtering og ernæring her står sentralt. Kommunedirektøren ser det derfor som bra at kontrollutvalget har satt fokus på dette området. Kommunedirektøren vil følge opp rapportens funn og anbefalinger og viser til at ansvarlig leder har etablert en handlingsplan for å følge opp funnene.

1.	Innledning.....	12
1.1.	Bakgrunn for prosjektet	12
1.2.	Problemstilling	13
1.3.	Avgrensning av undersøkelsen.....	13
2.	Metode	14
	Dokumentanalyse	14
	Intervju.....	15
	Saksgjennomgang	16
	Spørreundersøkelse	16
	Statistikk.....	21
	Bruk av kunstig intelligens (KI).....	21
	Høring/kontradiksjon	21
3.	Revisjonskriterier.....	22
3.1.	Helse- og omsorgs sektorens krav til internkontroll	22
3.1.1.	Overordnede krav til internkontroll og styring	22
3.1.2.	Detaljerte krav og forventninger til internkontroll.....	23
3.2.	Krav og forventninger knyttet til legemiddelhåndtering	28
3.3.	Krav og forventninger om ernæring	35
3.4.	Utledelede revisjonskriterier	40
4.	Legemiddelhåndtering og organisering.....	41
4.1.	Organisering av virksomheten.....	41
4.2.	Planer og rapportering.....	42
4.3.	Nærmere om sykehjemmet, hjemmetjenesten og fastlegene	43
4.4.	Samarbeid mellom kommunen og andre aktører.....	45
4.5.	Bruk av internrevisjon til å kvalitetssikre legemiddelhåndtering	47
4.6.	Kapasitet og kompetanse	48
4.6.1.	Opplæring om legemiddelhåndtering	50
4.7.	Avvikshåndtering om legemidler	52
4.8.	Rutiner for legemiddelhåndtering.....	55
4.8.1.	Nærmere om legemiddelbruk i Hemsedal kommune	56
4.9.	Legemiddelsamstemming	57
4.10.	Dokumenterte legevurderinger i journal	61
4.11.	Legemiddelgjennomgang	64
4.12.	Legenes ordinasjon av legemidler	70
4.13.	Kontroll ved utdeling av legemidler.....	72
4.14.	Observere og rapportere effekter	76
4.15.	Journalføring og dokumentasjon av legemiddelhåndtering	80
4.15.1.	Bruk av fysiske mapper	83
5.	Ernæring	85
5.1.	Tilstand når det gjelder ernæring	85
5.2.	Rutiner og retningslinjer for ernæring	87
5.3.	Kompetanse og opplæring om ernæring	90
5.4.	Avvikshåndtering om ernæring.....	91
5.5.	Risikovurdering, individuell kartlegging og ernæringsplan.....	92
5.6.	Dokumentere informasjon om ernæring i pasientenes journal (EPJ)	106
6.	Revisjonens vurderinger	108

7. Anbefalinger	112
Referanser	113
Vedlegg 1 – Uttalelse fra kommunedirektør, datert 20. juni 2024	116
Vedlegg 2 – RSK 001 – Standard for forvaltningsrevisjon	118
Vedlegg 3 – Aktive medikamenter som pasientene i utvalget for saksgjennomgangen benytter	121

Figuroversikt

Figur 1 Metoder som er benyttet i forvaltningsrevisjonen	14
Figur 2 Spørsmål fra spørreundersøkelsen: Har du en eller flere av følgende roller? (flere svar mulig) (N = 16) Svar fordelt på rolle	19
Figur 3 Spørreundersøkelsen: I hvilken grad har du kjennskap til områdene legemiddelhåndtering og ernæring i Hemsedal kommune?	20
Figur 4 Utvalgte deler av legemiddelhåndteringsprosessen (av revisjonen).....	30
Figur 5 Prosessene legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang	32
Figur 6 Anbefalt prosess ved arbeid mot underernæring i sykehjem	36
Figur 7 Organisasjonskart.....	41
Figur 8 Antall beboere på sykehjem i Hemsedal kommune (Helsedirektoratet, NKI)	44
Figur 9 Gjennomsnittlig antall legetimer per uke per beboer i sykehjem i Hemsedal (Helsedirektoratet, NKI)	44
Figur 10 Andel årsverk i helse- og omsorgstjenesten i Hemsedal kommune som har helse- og sosialfaglig utdanning (Helsedirektoratet/NKI).....	49
Figur 11 Totalt antall registrerte legevurderinger per avdeling (N = 18)	63
Figur 12 Illustrasjon av kommunens registrering av legemiddelgjennomgang i IPLOS.....	64
Figur 13 Andel beboerne (67 år og eldre) med legemiddelgjennomgang siste 12 månedene i Viken	66
Figur 14 Aktuelle felter i journalsystemet Geric for en tilfeldig valgt pasient.	96
Figur 15 Antall risikovurderinger totalt fordelt på avdeling	97

Figur 16 Andel av beboere på langtidsopphold i institusjon på 67 år og eldre som er vurdert for risiko for underernæring i løpet av siste 12 måneder (Helsedirektoratet, NKI)	100
Figur 17 Andel av mottakerne av helsetjenester i hjemmet på 67 år og eldre som er vurdert for risiko for underernæring i løpet av siste 12 måneder (Helsedirektoratet, NKI)	100
Figur 18 Punktdiagram med regresjonslinjer som viser sammenheng mellom gjennomsnittlig ADL-skår og tid mellom kartlegginger (N = 19)	106

Tabelloversikt

Tabell 1 Oversikt over dokumenter som revisjonen har bestilt fra kommunen	15
Tabell 2 Antall og andel dokumenter fordelt på tema/avdeling	15
Tabell 3 Svarprosent for spørreundersøkelsen.....	17
Tabell 4 Svarprosent for spørreundersøkelsen fordelt på respondentgruppe	18
Tabell 5 Spørsmål fra spørreundersøkelsen: Hvor jobber du?	18
Tabell 6 Spørsmål fra spørreundersøkelsen: Har du en eller flere av følgende roller? (flere svar mulig) (N = 16) Svar fordelt på enhet/avdeling	19
Tabell 7 Spørreundersøkelsen: Hvor stor stillingsprosent har du? (N = 16)	20
Tabell 8 Utvalgt statistikk fra SSB om brukere av omsorgstjenester i Hemsedal kommune. (tabell 11642)	45
Tabell 9 Oversikt over fastlegehjemlene ved Hemsedal Legekontor	45
Tabell 10 Spørreundersøkelsen: * I hvilken grad er det tilstrekkelig samarbeid og kommunikasjon mellom kommunen (sykehjemmet og hjemmetjenesten) følgende aktører om legemiddelhåndtering for pasienter som bor på sykehjemmet? (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)	46
Tabell 11 Spørreundersøkelsen: I hvilken grad er det tilstrekkelig samarbeid og kommunikasjon mellom kommunen (sykehjemmet og hjemmetjenesten) følgende aktører om legemiddelhåndtering for pasienter som bor hjemme? (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger).....	46
Tabell 12 Antall årsverk ved sykehjemmet (Bygdaheimen) og hjemmetjenester i Hemsedal kommune per 26.2.2024.....	48
Tabell 13 Oversikt over sykefraværet ved sykehjemmet og hjemmesykepleie i prosent i 2022 og 2023 (både korttids- og langtidsfravær	49

Tabell 14 Spørreundersøkelsen: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om legemiddelhåndtering i Hemsedal kommune? N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)	49
Tabell 15 Spørreundersøkelsen: I hvilken grad får relevant helsepersonell på sykehjemmet tilstrekkelig opplæring på følgende områder (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger).....	50
Tabell 16 Spørreundersøkelsen: I hvilken grad får relevant helsepersonell i hjemmetjenesten tilstrekkelig opplæring på følgende områder (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)	51
Tabell 17 Antall registrerte avvik knyttet til legemiddelhåndtering i Hemsedal kommune i 2022 og 2023	53
Tabell 18 Spørreundersøkelsen: Spørsmål om avvikshåndtering ved legemiddelhåndtering på sykehjemmet (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)	53
Tabell 19 Spørreundersøkelsen: Spørsmål om avvikshåndtering av legemiddelhåndtering i hjemmetjenesten (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)	54
Tabell 20 Spørreundersøkelsen: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om legemiddelhåndtering i Hemsedal kommune? N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)	55
Tabell 21 Antall medisiner i saksgjennomgangen	56
Tabell 22 Andel beboere med metanamin og antibiotika	56
Tabell 23 I hvilken grad gjennomføres alltid legemiddelsamstemming for pasienter som bor på sykehjemmet . (n = 16).....	58
Tabell 24 I hvilken grad gjennomføres alltid legemiddelsamstemming for pasienter som bor hjemme . (n = 16).....	59
Tabell 25 Dokumentere legevurderinger i IPLOS. Hver rad representerer en pasient (N = 18)	63
Tabell 26 Dokumentere legemiddelgjennomganger i IPLOS. Hver rad representerer en pasient (N = 18)	65
Tabell 27 I hvilken grad gjennomføres alltid legemiddelgjennomgang for pasienter som bor på sykehjemmet (n = 16 ansatte og leger)	67
Tabell 28 I hvilken grad gjennomføres alltid legemiddelgjennomgang for pasienter som bor hjemme (n = 16 ansatte og leger)	67

Tabell 29 I hvilken grad er ordinasjonene av legemidler klare og tydelige med hensyn til følgende for pasienter som bor på sykehjemmet (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)	71
Tabell 30 Spørreundersøkelsen: I hvilken grad er ordinasjonene av legemidler klare og tydelige med hensyn til følgende for pasienter som bor hjemme (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)	72
Tabell 31 Spørreundersøkelsen: Spørsmål om kontroll for pasienter som bor på sykehjemmet (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)	72
Tabell 32 Spørreundersøkelsen: Spørsmål om kontroll for pasienter som bor hjemme (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)	73
Tabell 33 Spørreundersøkelsen: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om legemiddelhåndtering i Hemsedal kommune? N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)	73
Tabell 34 Spørreundersøkelsen: Spørsmål om helsepersonell som deler ut legemidler observerer og rapporterer for pasienter som bor på sykehjemmet (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)	77
Tabell 35 Spørreundersøkelsen: Spørsmål om helsepersonell som deler ut legemidler observerer og rapporterer for pasienter som bor hjemme (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)	78
Tabell 36 Spørreundersøkelsen: Spørsmål om journalføring og dokumentasjon for pasienter som bor på sykehjemmet (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)	80
Tabell 37 Spørreundersøkelsen: Spørsmål om journalføring og dokumentasjon for pasienter som bor hjemme (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)	81
Tabell 38 Spørreundersøkelsen: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om legemiddelhåndtering i Hemsedal kommune? N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)	81
Tabell 39 Spørreundersøkelsen: I hvilken grad ivaretas følgende grunnleggende behov knyttet til ernæring for alle pasienter som bor på sykehjemmet? (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger).....	85
Tabell 40 Spørreundersøkelsen: I hvilken grad ivaretas følgende grunnleggende behov knyttet til ernæring for alle pasienter som bor hjemme? (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)	86
Tabell 41 Spørreundersøkelsen: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om ernæring i Hemsedal kommune? N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger).....	88

Tabell 42 Spørreundersøkelsen: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om ernæring i Hemsedal kommune? (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger).....	90
Tabell 43 Spørreundersøkelsen: I hvilken grad får ansatte på sykehjemmet tilstrekkelig opplæring om ernæring på følgende områder? (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)	90
Tabell 44 Spørreundersøkelsen: I hvilken grad får ansatte i hjemmetjenesten tilstrekkelig opplæring om ernæring på følgende områder? (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)	91
Tabell 45 Spørreundersøkelsen: Spørsmål om avvikshåndtering når det gjelder ernæring på sykehjemmet (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)	92
Tabell 46 Spørreundersøkelsen: Spørsmål om avvikshåndtering når det gjelder ernæring i hjemmetjenesten (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)	92
Tabell 47 Spørreundersøkelsen: I hvilken grad vurderes alle pasienter på sykehjemmet for risiko for underernæring (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)	93
Tabell 48 Spørreundersøkelsen: I hvilken grad vurderes alle pasienter om bor hjemme for risiko for underernæring (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)	93
Tabell 49 Spørreundersøkelsen: Spørsmål om bruk av individuell kartlegging og ernæringsplan på sykehjemmet (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)	93
Tabell 50 Spørreundersøkelsen: Spørsmål om bruk av individuell kartlegging og ernæringsplan for pasienter som bor hjemme (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger).....	94
Tabell 51 Antall dokumenterte risikovurderinger per pasient i IPLOS/ Gerica. Hver rad representerer en pasient (N = 18).....	97
Tabell 52 Antall dokumenterte vurderinger av ernæringsmessig risiko/underernæring	98
Tabell 53 Antall dokumenterte ernæringsplaner i saksgjennomgangen	99
Tabell 54 Dokumentere tannhelsevurderinger i IPLOS. Hver rad representerer en pasient	102
Tabell 55 Antall dager mellom ADL-kartlegginger for utvalgte pasienter på sykehjemmet i saksgjennomgang (N = 9). Hver rad representerer en pasient.....	104
Tabell 56 Antall dager mellom ADL-kartlegginger for utvalgte pasienter i hjemmetjenesten i saksgjennomgang (N = 10). Hver rad representerer en pasient	105
Tabell 57 Spørreundersøkelsen: I hvilken grad dokumenteres følgende i pasientenes journal (EPJ) for pasienter som bor på sykehjemmet. (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger).106	

Tabell 58 Spørreundersøkelsen: I hvilken grad dokumenteres følgende i pasientenes journal (EPJ) for pasienter som bor på sykehjemmet. (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger). 107

Tabell 59 Medisintyper som benyttes i saksgjennomgangen på sykehjemmet 121

Tabell 60 Medisintyper som benyttes i saksgjennomgangen i hjemmetjenesten122

1. Innledning

1.1. Bakgrunn for prosjektet

Kontrollutvalget i Hemsedal kommune vedtok 6. januar 2022 at Viken kommunerevisjon skal gjennomføre en forvaltningsrevisjon innenfor temaene legemiddelhåndtering (medisinering) og ernæringsarbeid i sykehjem og hjemmetjeneste.

Legemiddelhåndtering er et område hvor svikt kan resultere i alvorlige hendelser. ¹ Et legemiddelrelatert problem er enhver omstendighet eller hendelse som inntreffer i forbindelse med legemiddelbehandling og som potensielt eller reelt forstyrrer den ønskede effekten. Forekomsten av legemiddelrelaterte problemer i sykehjem er høy. ²

Feil i forbindelse med legemiddelhåndtering skjer gjerne i forbindelse med at legemidler gjøres i stand og administreres. For å unngå skadelige effekter og bivirkninger er det derfor viktig at legemiddelbruken hos eldre følges nøye opp med regelmessige kontroller, samstemming av medisinlister og legemiddelgjennomgang i tråd med kravene til fastleger og sykehjem. ³ Legemiddelgjennomgang er et viktig virkemiddel for å avdekke og forebygge legemiddelrelaterte problemer. ⁴

Størsteparten av avviksmeldingene i hjemmetjenesten omhandler også legemiddelhåndtering. Det er blant annet utfordringer knyttet til ikke-samstemte medikamentlister, manglende kunnskap og forstyrrelser under istandgjøring og tilberedning av legemidler, praktiske hindringer for å utføre dobbeltkontroll, ikke utdelte legemidler, mangelfull journalføring og svekket informasjonsflyt. ⁵

Riksrevisjonens undersøkelse fra 2018/2019 viste at det nasjonalt var store utfordringer med pasientsikkerheten i eldreomsorgen, blant annet når det gjelder legemidler og ernæring. Riksrevisjonen fant blant annet at mange eldre var underernært og at det var behov for å forebygge og behandle underernæring. Problemene knyttet til legemidler handlet blant annet om bruk av mange legemidler, uheldige kombinasjoner og manglende oversikt over legemiddelbruk. ⁶

Ifølge KS har helsepersonell ofte begrenset kunnskap og kompetanse om hvordan legemidler skal tilberedes, for eksempel om de kan knuses eller ikke. Det er også ofte vanskelig å gjennomføre dobbeltkontroll etter prosedyre, blant annet som følge av tids- og ressursmangel. Det er også begrensede muligheter for registrering og dokumentasjon i forbindelse med istandgjøring av legemidler. ⁷

Ifølge KS forekommer det ofte at legemidler ikke deles ut eller at helsepersonell glemmer å signere for utdelt legemiddel, men dette fanges ofte ikke opp. Det er også problematisk å gjennomføre

¹ Helsetilsynet (2021) Gode rutiner for legemiddelhåndtering

² Senter for omsorgsforskning (2016) Legemiddelbruk og pasientsikkerhet, s. 65.

³ Meld. St. 24 (2022–2023) Fellesskap og meistring. Bu trygt heime, s. 25.

⁴ [https://www.legemiddelhandboka.no/G24/Legemiddelgjennomgang_\(LMG\)](https://www.legemiddelhandboka.no/G24/Legemiddelgjennomgang_(LMG))

⁵ KS (2023) Digital legemiddelhåndtering i kommunal sektor, s. 3.

⁶ Dokument 3:5 (2018–2019) Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen, s. 10.

⁷ KS (2023) Digital legemiddelhåndtering i kommunal sektor

dobbeltkontroll ved utdeling (for eksempel ved injeksjoner), spesielt i hjemmetjenesten.⁸ Ifølge KS er det også en utfordring med fragmentert og ikke oppdatert legemiddelinformasjon. Det brukes derfor lang tid i tjenestene på å samstemme legemiddellister og på samhandling med andre aktører.⁹

Mange eldre har vansker med å få i seg nok mat og drikke, og de har derfor en stor risiko for å bli underernært. Om lag 20 – 60 prosent av hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie er underernært, eller i fare for å bli det. Underernæring øker risikoen for komplikasjoner, reduserer motstand mot infeksjoner, forverrer fysisk og mental funksjon, gir redusert livskvalitet, forsinker rekonvalesering og gir økt dødelighet.¹⁰

1.2. Problemstilling

Prosjektet har følgende problemstilling:

1. Har Hemsedal kommune rutiner og praksis som sikrer forsvarlig, individuell oppfølging av legemiddelbruk og ernæringsstatus for beboere på sykehjem og brukere av hjemmebaserte omsorg?

1.3. Avgrensning av undersøkelsen

Som det går fram av problemstillingen i kapittel 1.2, er det vedtatt en relativt konkrete problemstilling for forvaltningsrevisjonen. Vi presiserer at prosjektet kun tar for seg de områder og temaer som faller inn under problemstillingen. Vurderinger og konklusjoner omfatter derfor bare disse avgrensede, definerte områdene eller temaene.

⁸ KS (2023) Digital legemiddelhåndtering i kommunal sektor

⁹ KS (2023) Digital legemiddelhåndtering i kommunal sektor, s. 14.

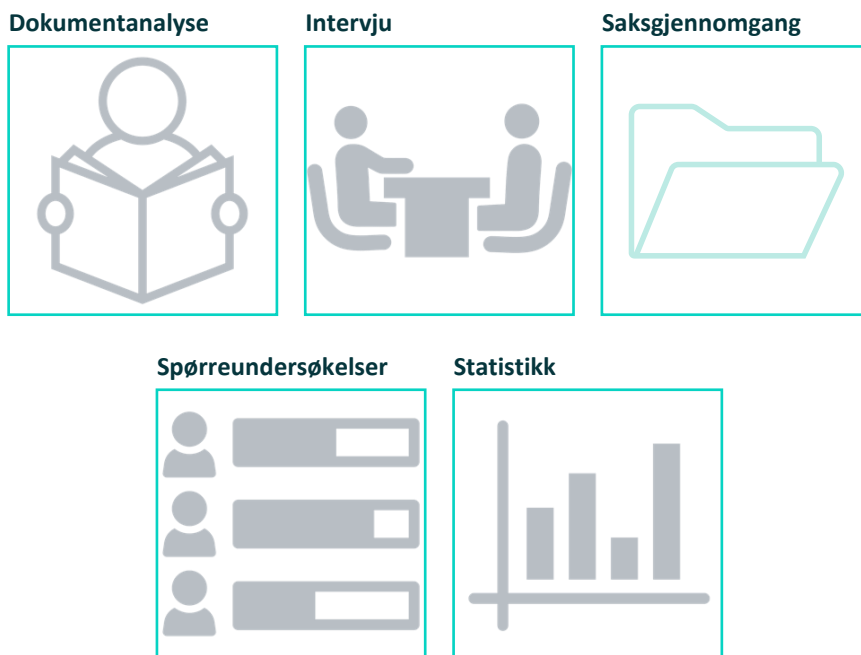
¹⁰ Meld. St. 11 (2020–2021) Kvalitet og pasientsikkerhet 2019, s. 37, 38.

2. Metode

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført av revisjonens egne ansatte, og er basert på "RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon"¹¹ som er vedtatt av Norges Kommunerevisorforbund (NKRF). Samtlige revisorer som har deltatt i prosjektet er løpende vurdert å være uavhengige, habile og objektive, jf. RSK 001 punkt 3.

Informasjonen som benyttes til å besvare problemstillingene er innhentet gjennom dokumentanalyse, intervjuer, spørreundersøkelse, analyse av statistikk og saksgjennomgang, jf. figur 1.

Figur 1 Metoder som er benyttet i forvaltningsrevisjonen



Nedenfor følger en kort redegjørelse for de ovennevnte metodene:

Dokumentanalyse

For å gjennomføre dokumentanalysen har revisjonen blant annet bedt om interne rutiner, verktøy og rapportering til administrativt og politisk nivå. Tabell 1 gir en oversikt over dokumenter som er bestilt og mottatt i forbindelse med revisjonen.

¹¹ Vedlegg 2 – RSK 001 – Standard for forvaltningsrevisjon

Tabell 1 Oversikt over dokumenter som revisjonen har bestilt fra kommunen

Bestilling	Status
Oversikt over organisering (organisasjonskart) – ansvar og roller	Mottatt
Relevante politiske vedtak	Mottatt
Eventuelle planer	Mottatt
Stillingsbeskrivelser	Mottatt
Rutiner og prosedyrer for legemiddelhåndtering og ernæring	Mottatt
Rutiner og prosedyrer for samarbeid med fastleger	Mottatt
Andre aktuelle rutiner og prosedyrer	Mottatt
Registrerte avvik i 2022 og 2023	Mottatt
Gjennomførte risikovurderinger 2022 – 2023	Mottatt
Sykefravær i 2022 og 2023	Mottatt
Oversikt over antall årsverk	Mottatt
Resultatet fra gjennomførte bruker og- pårørendeundersøkelser	Ikke mottatt
Tilsynsrapporter	Mottatt
Annen relevant dokumentasjon for å beskrive Hemsedal kommunes internkontroll og praksis på området	Mottatt
Eventuelle utredninger, analyser og rapporter	Ikke mottatt
Annen relevant dokumentasjon for å beskrive Hemsedal kommunes internkontroll og praksis på området	Mottatt

Revisjonen har mottatt til sammen 106 filer fra kommunen, som svar på dokumentbestillingen. Tabell 2 viser at den høyeste andelen av dokumentene (34 prosent) gjelder legemiddelhåndtering i hjemmetjenesten. Det er også relativt mange dokumenter som gjelder legemiddelgjennomgang i sykehjem (19 prosent).

Tabell 2 Antall og andel dokumenter fordelt på tema/avdeling

Tema/avdeling	Antall dokumenter	Prosent
Legemiddel hjemmetjenesten	36	34%
Organisering statistikk avvik mm	29	27%
Legemiddel sykehjem	20	19%
Ernæring hjemmetjenesten	11	10%
Ernæring sykehjem	7	7%
Rapporter for saksgjennomgang	3	3%
Totalt	106	100%

Intervju

Følgende intervjuer og møter er gjennomført i prosjektet:

- Oppstartsmøte med virksomhetsleder, avdelingsledere for sykehjem og hjemmetjenester og fagansvarlige 23. februar 2024
- Møte med illustrasjon av journalsystemet Geric 3. april 2024
- Intervju med avdelingsleder sykehjemmet (Bygdaheimen) 7. mai 2024
- Intervju med tilsynslege på sykehjemmet (Bygdaheimen) 7. mai 2024. Tilsynslegen er også fastlege i Hemsedal kommune
- Intervju med virksomhetsleder institusjon og hjemmebaserte tjenester 7. mai 2024

- Intervju med avdelingsleder hjemmebaserte tjenester 15. mai 2024

Revisjonen har sendt over intervjuguider i forkant av intervjuene, slik at intervjuobjektene har hatt mulighet til å stille best mulig forberedt. Referater ble også oversendt for verifikasjon i etterkant av intervjuene. Samtlige referater er justert av intervjuobjektene, og det er kun de endelige verifiserte referatene, som er benyttet som datagrunnlag for rapporten.

Svakheter ved valgt metode

Data innhentet fra mennesker gjennom intervjuer og spørreundersøkelser vil være kvalitative og subjektive av natur. For eksempel kan respondentenes svar være påvirket av deres egne forutinntatte meninger, og de kan gi unøyaktige eller ufullstendige svar. Det er også mulig at respondentene systematisk gir for positive svar på revisjonens spørsmål fordi de ønsker å gi et positivt inntrykk av sitt arbeid eller sin arbeidsplass.

I tillegg kan intervjueren ha forutinntatte holdninger, som kan både påvirke hvordan spørsmålene stilles og tolkningen av svarene. Det er også en risiko for at respondentene gir svar som de tror intervjueren ønsker å høre, i stedet for å gi ærlige svar. For å motvirke dette søker revisjonen å ha en balansert framtoning, og i størst mulig grad stille åpne (ikke lukkede spørsmål). Revisjonen vurderer også skriftlig dokumentasjon, som mer valid enn informasjon mottatt av mennesker gjennom intervju eller spørreundersøkelse ved motstrid.

Saksgjennomgang

For å gjennomføre saksgjennomgangen har revisjonen fått tilgang til kommunens journalsystem Geric. Vi har også innhentet en oversikt over aktuelle brukere (for saksgjennomgang), det vi si beboere med langtids plass på sykehjem og hjemmeboende personer med vedtak om legemiddelhåndtering og ernæringsbistand mv.

Revisjonen har mottatt en oversikt med Geric-id til sammen 77 personer, hvorav 16 har langtids plass på sykehjem og 61 personer bor hjemme. Revisjonen har tilfeldig trukket ut til sammen 18 personer for en stikkprøvekontroll, 9 fra sykehjemmet og 9 fra hjemmetjenesten.

I forbindelse med saksgjennomgangen behandler revisjonen sensitive personopplysninger. Disse opplysningene behandles i tråd med våre rutiner på området. Det innebærer blant annet at opplysningene lagres på et lukket område, som kun prosjektleder og eventuelt prosjektdeltakere har tilgang til. Opplysningene slettes etter at rapporten behandles av kommunestyret.

Spørreundersøkelse

Spørreskjemaet ble sendt både til ansatte på sykehjemmet og i hjemmetjenesten i tillegg til fastleger og lege på sykehjemmet. Fordi forholdene i Hemsedal er små og det er stor grad av samarbeid mellom ulike enheter og ansatte, er alle respondentene bedt om å svare om praksis i både sykehjemmet og i hjemmetjenesten. Dersom spørsmålene ikke passer de ansattes avdeling/enhet eller stilling eller de ikke har kjennskap til området har vi bedt respondentene om å svare «vet ikke/ikke relevant» på

spørsmålet. Respondentene er også bedt om å ta utgangspunkt i praksis overfor pasienter som bruker fire eller flere medisiner og/eller har utfordringer knyttet til ernæring når de svarer på spørsmålene.

Spørreundersøkelse ble sendt til 55 ansatte på sykehjemmet og i hjemmetjenesten i tillegg til fastleger/tilsynslege 24. april 2024, med svarfrist 3. mai. 2024. Revisjonen sendte fire påminnelser/purringer til personer som ikke hadde svart. Disse ble sendt henholdsvis 30. april 2024, 3. mai 2024, 6. mai 2024 og 8. mai 2024.

Av de 55 personene som fikk undersøkelsen, fullførte 16 personer hele undersøkelsen. Det gir en svarprosent på 29 prosent (se tabell 3). Den lave svarprosenten kan påvirke validiteten og generaliserbarheten av resultatene. Det var også ni personer som startet undersøkelsen, men som ikke fullførte den. Mulige årsaker kan være at de syntes spørreundersøkelsen var for lang, vanskelig eller at den var uinteressant. Det var videre 30 personer som ikke besvarte undersøkelsen i det hele tatt, selv etter fire påminnelser. Det kan skyldes at de ikke har hatt tid, motivasjon eller tilgang til undersøkelsen (for eksempel som følge av ferie eller sykefravær), eller at de ikke ønsket å delta av andre grunner. Det er mulig at de som ikke svarte har andre erfaringer, holdninger eller meninger enn de som svarte, noe som kan skape en skjevhet i datamaterialet. For å redusere faren for skjevhet søker revisjonen å triangulere eventuelle funn. Det vil si at funn belyses både gjennom spørreundersøkelse, intervjuer, dokumentanalyse og saksgjennomgang om mulig.

Tabell 3 Svarprosent for spørreundersøkelsen

Status	Antall
Ikke besvart	30
Ufullført	9
Fullført	16
Total	55
Svarprosent	29%

Tabell 4 viser svarprosent fordelt på fire ulike respondentgrupper: leger (både fastleger og tilsynslege), ansatte på sykehjemmet, ansatte i hjemmebaserte tjenester (hjemmesykepleie) og hjemmehjelp. Merk at enkelte sykepleiere jobber både på sykehjemmet og i hjemmesykepleien. Tabellen viser at legene har den høyeste svarprosenten med 50% (2 av 4), etterfulgt av ansatte på sykehjemmet med 31% (9 av 29) og ansatte innen hjemmebaserte tjenester (hjemmesykepleie) med 28% (5 av 18). Ingen av de ansatte hjemmehjelpene (4) svarte på spørreundersøkelsen.

Tabell 4 Svarprosent for spørreundersøkelsen fordelt på respondentgruppe

Respondentgruppe	Sendt	Ufullført	Ikke besvart	Fullført	Svarprosent
Lege	4	1	1	2	50%
Sykehjem	29	4	16	9	31%
Hjemmebasert ¹²	18	3	10	5	28%
Heimehjelp	4	1	3	0	0%
Total	55	9	30	16	29%

Det kan være flere grunner til den relativt lave svarprosenten, som tidspress, manglende engasjement, manglende relevans eller tekniske problemer. Den lave svarprosenten gir imidlertid et inntrykk av at det er relativt lav interesse og engasjement for spørreundersøkelsen blant de ulike respondentgruppene, spesielt blant hjemmehjelpene hvor ingen har svart.

En mer detaljert analyse av respondentenes bakgrunn følger.

Revisjonen har kartlagt arbeidsstedet til respondentene i spørreundersøkelsen. Respondenter som jobber ved flere ulike avdelinger, ble bedt om å oppgi den enheten de jobber mest. De fleste respondentene svarer at de jobber ved sykehjemmet (63 %), mens om lag en fjerdedel svarer at de jobber i hjemmetjenesten (25 %). Legene utgjør kun en liten andel (12,5%) av respondentene.¹³ Merk at en respondent (sykepleier), som er registrert som ansatte i hjemmetjenesten, svarer på spørreundersøkelsen at vedkommende jobber mest på sykehjemmet. Vedkommende er derfor kategorisert som ansatt på sykehjemmet i analysene

Tabell 5 Spørsmål fra spørreundersøkelsen: Hvor jobber du?¹⁴

Enhet/avdeling	Antall svar	Andel svar
Sykehjemmet	10	62,5%
Hjemmetjenesten	4	25,0%
Legkontoret (fastlege)	2	12,5%
Totalt	16	100.%

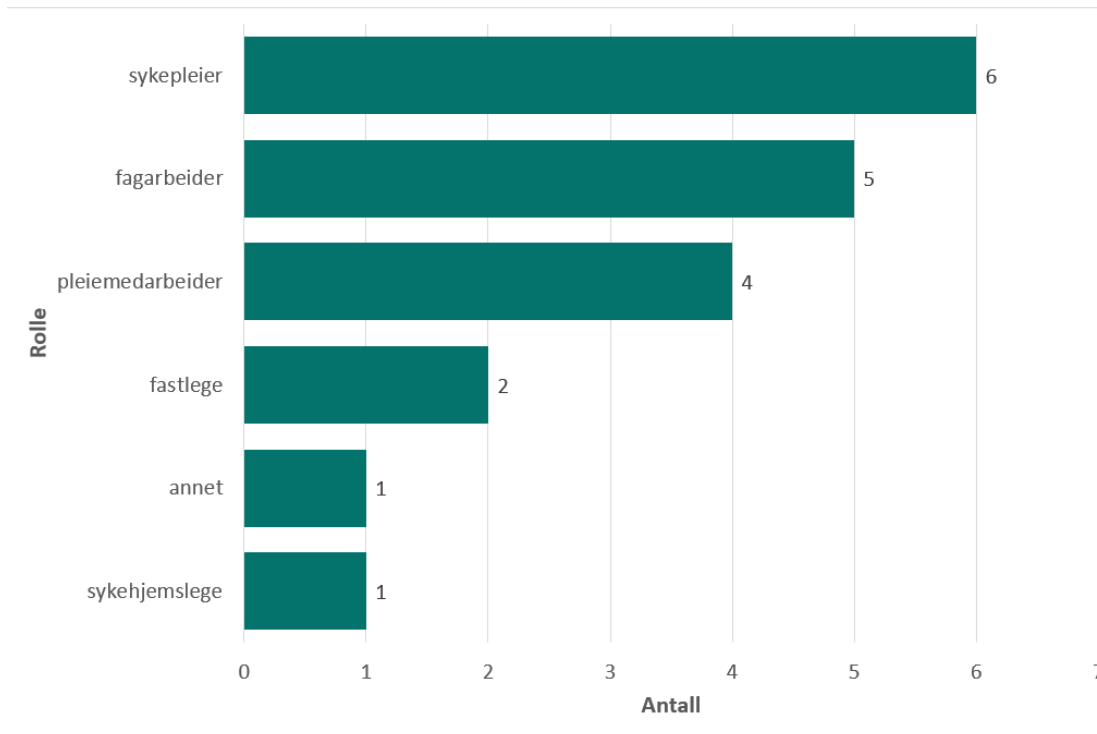
Tabellen og figuren nedenfor viser fordelingen av rollene til de 16 respondentene som deltok i spørreundersøkelsen. De fleste av respondentene jobber som sykepleier (6), fagarbeider (5) eller pleiemedarbeider (4). To av respondentene jobber som lege, hvorav en er både fastlege og sykehjemslege (tilsynslege). Tabellen viser at rollene som sykepleier, fagarbeider og pleiemedarbeider er representert både ved sykehjemmet og ved hjemmetjenesten.

¹² En av respondentene fra hjemmetjenesten, jobber både ved sykehjemmet og hjemmetjenesten. Denne personen er i analysene behandlet under sykehjemmet.

¹³ En ansatt pleiemedarbeider har svart at vedkommende jobber både i sykehjemmet og i hjemmetjenesten. Personen er imidlertid registrert på sykehjemmet i oversikten fra kommunen. For å unngå å ha kategorier med bare en person, er personen registrert på sykehjemmet i analysene.

¹⁴ Respondenter som jobber ved flere ulike enheter/avdeling, ble bedt om å oppgi den enheten de jobber mest.

Figur 2 Spørsmål fra spørreundersøkelsen: Har du en eller flere av følgende roller? (flere svar mulig) (N = 16) Svar fordelt på rolle



Tabell 6 Spørsmål fra spørreundersøkelsen: Har du en eller flere av følgende roller? (flere svar mulig) (N = 16) Svar fordelt på enhet/avdeling

Rolle	Avdeling/enhet	Antall svar
Fastlege	Legekantoret (fastlege)	2
Sykehjemslege	Legekantoret (fastlege)	1
Sykepleier	Sykehjemmet	4
Fagarbeider	Sykehjemmet	3
Pleiemedarbeider	Sykehjemmet	3
Annet	Sykehjemmet	1
Sykepleier	Hjemmetjenesten	2
Fagarbeider	Hjemmetjenesten	2
Pleiemedarbeider	Hjemmetjenesten	1

Tabell 7 viser stillingsprosenten til respondentene i spørreundersøkelsen. Av de 16 respondentene, jobbet de fleste i deltidsstillinger over 50 prosent (9 av 16). Kun en respondent på sykehjemmet jobber i deltidsstilling under 50 prosent. Ingen av respondentene i hjemmetjenesten jobbet i deltidsstillinger under 50 prosent.

Tabell 7 Spørreundersøkelsen: Hvor stor stillingsprosent har du? (N = 16)

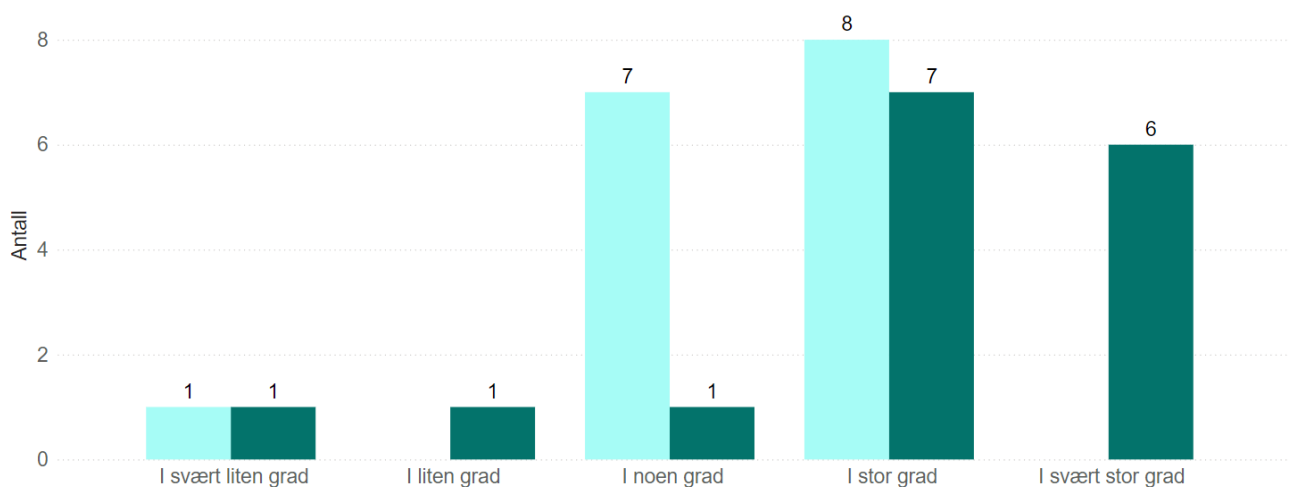
Avdeling/enhet	Heltid (100 prosent)	Deltid (over 50 prosent)	Deltid (under 50 prosent)
Sykehjemmet	3	6	1
Hjemmetjenesten	2	2	0
Legekantoret (fastlege)	0	1	1
Totalt	5	9	2

Revisjonen har kartlagt i hvilken grad respondentene opplever at de har kjennskap til områdene legemiddelhåndtering og ernæring i Hemsedal kommune. Samlet tyder svarene på at respondentene er noe mer kjent med legemiddelhåndteringen enn med ernæringsarbeidet i kommunen. Figur 3 viser at de fleste (81 prosent) svarer at de har kjennskap til området legemiddelhåndtering i stor eller svært stor grad. Til sammenligning svarer halvparten at de i stor grad har kjennskap til ernæring, men ingen svarer i svært stor grad om ernæring. Det er kun to respondenter som svarer at de har kjennskap til legemiddelhåndtering i svært liten eller liten grad, og kun én ansatt som svarer det samme om ernæring. Samtidig er det syv respondenter som svarer i noen grad om ernæring, mens kun en svarer det samme om legemiddelhåndtering.

Figur 3 Spørreundersøkelsen: I hvilken grad har du kjennskap til områdene legemiddelhåndtering og ernæring i Hemsedal kommune?

	Andel i liten eller svært liten grad	Andel noen grad	Andel stor grad	N
Legemiddelhåndtering:	0.13	0.06	0.81	16
Ernæring:	0.06	0.44	0.50	

Selskap ● Ernæring ● Legemiddelhåndtering



Statistikk

Revisjonen har analysert noe data fra SSB og Helsedirektoratet. I tillegg er data fra spørreundersøkelsen og fra saksgjennomgangen analysert. Analysene er gjennomført ved hjelp av analyseverktøyene Excel, R og Powerbi.

Bruk av kunstig intelligens (KI)

Flere av analysene i rapporten er utarbeidet ved hjelp av kunstig intelligens (Copilot). Kunstig intelligens er også benyttet til å analysere dokumenter, og som støtte under et av intervjuene. All tekst utarbeidet av kunstig intelligens er kvalitetssikret av revisjonen.

Høring/kontradiksjon

Et utkast til rapport har blitt oversendt kommunedirektør til uttalelse. Kommunedirektørens uttalelse av 20. juni. 2024 er vedlagt rapporten.

Vi har også sendt et utkast til rapport til kontradiksjon til virksomhetsleder før den ordinære høringsuttalelsen til kommunedirektør (faktahøring). Alle tilbakemeldinger på fakta er vurdert og hensyntatt i rapport. Det går fram av faktahøringen at virksomhetsleder kjenner seg igjen i rapportens konklusjoner.

Vi mener det er samlet inn et tilstrekkelig faktagrunnlag til å belyse problemstillingene og revisjonskriteriene.

3. Revisjonskriterier

I denne forvaltningsrevisjonen er revisjonskriteriene¹⁵ i hovedsak utledet fra følgende kilder:

- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Helsedirektoratet (2017) Ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten
- Helsedirektoratet (2015) Legemiddelhåndteringsforskriften. Rundskriv IS-7/2015
- Helsedirektoratet (2022) Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang
- Helsedirektoratet (2021) Forebygging og behandling av underernæring

3.1. Helse- og omsorgs sektorens krav til internkontroll

3.1.1. Overordnede krav til internkontroll og styring

Kommunen skal sørge for at alle personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Ansvarer innebærer også en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav.¹⁶

Kommunen plikter videre å sørge for at tjenestene til pasientene er forsvarlige. Kommunene skal tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte gis et helhetlig og koordinert og et verdig tjenestetilbud. Kommunen skal også tilrettelegge slik at personell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene.¹⁷

Kravet om forsvarlighet på virksomhetsnivå må ses i sammenheng med kravet til internkontroll og systematisk arbeid for å ivareta pasientsikkerhet og kvalitet. I praksis innebærer dette at virksomhetens ledelse må sørge for at helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet. Det må også gjøres en vurdering av hva som kan være risikofylte deler av pasientbehandlingen og hvordan virksomheten skal sikre pasientsikkerheten på disse områdene. Videre må virksomhetens ledelse utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner og andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelser.¹⁸

Kommunen skal dermed organisere tjenestene slik at helsepersonell blir i stand til å overholde lovpålagte plikter. Dette medfører at kommunen blant annet må sørge for tilstrekkelig med personalressurser med nødvendige kvalifikasjoner, tilstrekkelig med utstyr, tydelig fordeling av ansvar og oppgaver og nødvendige instruksjoner, rutiner og prosedyrer. Eksempler på brudd er mangelfulle rutiner for organisering og tilkalling av ekstrasjelp ved stort arbeidspress, at det samlede kompetanse- og erfaringsnivået hos

¹⁵ Revisjonskriterier er en samlebetegnelse for krav og forventninger som benyttes for å vurdere kommunens virksomhet, økonomi, produktivitet, måloppnåelse, regeletterlevelse osv. Sammenholdt med faktabeskrivelsen danner revisjonskriteriene basis for de analyser og vurderinger som foretas, de konklusjoner som trekkes, og de er et viktig grunnlag for å kunne dokumentere avvik eller svakheter.

¹⁶ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd; Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), s. 140.

¹⁷ Helse- og omsorgstjenesteloven § 4

¹⁸ Helsedirektoratet (2015) Legemiddelhåndteringsforskriften. Rundskriv IS-7/2015, s. 4.

personale på vakt er for lavt, eller at det er mangelfulle rutiner for dokumentasjon og mangelfulle journalsystemer.¹⁹

Kommunen skal også arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.²⁰ Plikten til systematisk arbeid for kvalitetsforbedring er et prosesskrav, og ikke et krav til et bestemt nivå av kvalitet. Prosesskravet stiller krav om systematisk styring og ledelse av tjenesten, og tydeliggjør at arbeid for systematisk kvalitetsforbedring er en viktig virksomhetsoppgave. Det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring inngår som en naturlig del av internkontrollsystemet. Metoder og fokus for kvalitetsforbedring er også langt på vei de samme som ligger til grunn for internkontrolltenkning og metodikk.²¹

Helsepersonell har også en plikt til å utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp.²² For det enkelte helsepersonell innebærer forsvarlighetskravet en plikt til å opptre i samsvar med de til enhver tid gjeldende faglige normer. Kjernen i forsvarlighetsbegrepet er det som til enhver tid anses som «god praksis» på området.²³

3.1.2. Detaljerte krav og forventninger til internkontroll

I [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring](#) i helse- og omsorgstjenesten har departementet definert nærmere hva som ligger i kravet om å etablere et internkontrollsystem innen helse- og omsorgssektoren. Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet og at krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.²⁴

Ansvar, omfang og dokumentasjon

Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter.²⁵ I kommuner er det kommunedirektøren som har det overordnede ansvaret for styringssystemet, og det er kommunedirektørens ansvar at styringssystemet følges.²⁶ Styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter, risikoforhold og ha et omfang som er nødvendig. Pliktene skal også dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig ut fra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.²⁷

Oppgaver som er særlig risikofylte krever mer styring i form av skrevne rutiner og prosedyrer enn mindre risikofylte oppgaver. Legemiddelhåndtering er et eksempel på et område, der svikt kan resultere i alvorlige hendelser og hvor rutiner og prosedyrer derfor bør skriftliggjøres. Dersom alle rutiner og gjøremål nedtegnes skriftlig blir imidlertid systemet unødvendig omfattende og uoversiktlig. Det må

¹⁹ Helsepersonelloven § 16; Helsedirektoratet (2018) Helsepersonelloven med kommentarer, s. 53; Helsedirektoratet (2015) Legemiddelhåndteringsforskriften. Rundskriv IS-7/2015, s.4.

²⁰ Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2

²¹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 ; Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), s. 271.

²² Helsepersonellovens § 4

²³ Helsedirektoratet (2015) Legemiddelhåndteringsforskriften. Rundskriv IS-7/2015, s. 5.

²⁴ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §1.

²⁵ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §3.

²⁶ Helsedirektoratet (2017) Ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten, s. 6.

²⁷ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §5

derfor vurderes nøye hvilke tiltak og ordninger som skal dokumenteres skriftlig, slik at dokumentasjonen blir passe omfattende og inneholder de deler av virksomheten der skriftliggjøring oppleves som nødvendig og meningsfullt. Skriftlige prosedyrer må være aktivt i bruk og følges opp. Dokumentasjonen må også være lett tilgjengelig for de ansatte. Det må videre etableres rutiner som sikrer at styrende dokumenter til enhver tid er oppdatert og i tråd med krav, organisatoriske løsninger, rutiner og andre styringsdokumenter.²⁸

Plikten til å planlegge

Kravet til planlegging²⁹ innebærer at kommunen må vurdere behovet for helse- og omsorgstjenester og legge planer for hvordan behovet skal dekkes. Kommunen har ansvaret for å vurdere behovet for personell og kompetanse, og legge planer for rekruttering og kvalitetsutvikling for til enhver tid kunne tilby nødvendige og forsvarlig tjenester.³⁰

Plikten til å planlegge innebærer videre at kommunen må ha oversikt over virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal framgå klart hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Videre skal virksomheten innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å planlegge og gjennomføre oppgavene, samt ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere. Virksomheten må også ha oversikt over områder hvor det er risiko for svikt, mangel på regeletterlevelse og områder med behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten.

Virksomheten skal også planlegge for hvordan risiko kan minimeres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt. Videre skal virksomheten ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring. Virksomheten skal også ha oversikt over avvik, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier om tjenestene er forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk med kvalitetsforbedring.³¹

Det er øverste leders ansvar å sørge for systemer som sikrer at medarbeiderne har kunnskap og ferdigheter til å utføre oppgavene sine. Det forutsetter at virksomheten jevnlig gjennomfører kompetansekartlegginger, rekrutterer medarbeidere med riktig kompetanse og sørger for at de får tilstrekkelig opplæring, samt etter- og videreutdanning. Eksempler på relevante interne dokumenter er funksjonsbeskrivelser, ansettelsesavtaler, kompetanseoversikter, kartleggingsskjema for kompetansebehov, opplæringsplaner og oversikt over gjennomførte opplæringstiltak.³²

Kommunen skal sørge for at ansatte får nødvendig etter- og videreutdanning. De ansatte har også en plikt til å delta i nødvendige etter- og videreutdanning, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 8-2. Med etterutdanning menes ajourføring, supplering og komplettering av grunnutdanning med sikte på å

²⁸ Helsedirektoratet (2017) Ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten, s. 10.

²⁹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd; Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6

³⁰ Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), s. 140.

³¹ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6

³² Helsedirektoratet (2017) Ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift, s. 22.

vedlikeholde kompetanse og bedre mestring i stillingen som innehas. Videreutdanning tar sikte på å gi kvalifikasjoner på et høyere nivå enn grunnutdanningen.³³

Mål og rapportering

Plikten til å planlegge innebærer også å ha oversikt over mål, samt å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient og brukersikkerhet.³⁴ Øverste leder har ansvar for at det settes mål for virksomheten. Det bør settes mål på områdene pasient-, bruker- og pårørendetilfredshet, kvalitet og pasientsikkerhet, forbedring, personal/HMS, drift og logistikk, økonomi og effektivitet. Målene bør utarbeides i samarbeid med resten av organisasjonen, og være tydelige, konkrete, tallfestede, målbare og tidsbestemte. Øverste leder har ansvar for å sørge for at målene operasjonaliseres på relevant nivå i virksomheten og jevnlig etterspørre og følge opp resultater knyttet til målene. Målene må følges opp kontinuerlig av samtlige ledere i den daglige driften.³⁵

Videre må den som har det overordnede ansvaret for virksomheten sørge for at det etableres systemer for å innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap både i og utenfor egen virksomhet. Eksempler på relevant, intern informasjon er resultater fra brukertilfredshetundersøkelser, oversikt over klager, pasientskader, avvik og uønskede hendelser og HMS- kartlegginger. Eksempler på relevant ekstern informasjon er oversikt over demografi, nasjonale kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre samt informasjon fra kommunens fagsystemer.

Informasjon om pasienter, brukere og kvaliteten på tjenestene de mottar utgjør et viktig beslutningsgrunnlag når oppgaver og ressurser skal fordeles og er avgjørende for å lykkes med forbedringsarbeid. Øverste leder bør derfor etterspørre disse dataene regelmessig og bruke dem til styring. I virksomheten bør det være et system for å innhente relevant informasjon og rutiner for å regelmessig gjennomgå og evaluere informasjonen.³⁶

Andre eksempler på sentrale temaer ledelsen bør følge med på er pasienter, brukere og pårørendes erfaringer med tjenestene (opplevd kvalitet), om pasienter/brukere med omfattende behov er sikret en tverrfaglig utredning med utgangspunkt i ønsker og mål, om det er oppnevnt koordinator og om personen har individuell plan. I tillegg til kvantitative målinger kan det innhentes kunnskap om brukernes opplevelser av tjenestene gjennom kvalitative undersøkelser som fokusgruppeintervju.³⁷

Det er sentralt i arbeidet med å forbedre kvaliteten i tjenestene å måle nåsituasjonen. Kommunen må sikre nødvendig rapportering slik at ledere kan følge med på de utøvende tjenestene. I styringssystemet må det derfor innarbeides rapporteringsrutiner som sikrer at overordnet ledelse regelmessig får informasjon fra de utøvende tjenestene på en måte som gjør dem i stand til å følge med på kvaliteten på brukernivå.³⁸

³³ Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), s. 500.

³⁴ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6a

³⁵ Helsedirektoratet (2017) Ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift, s. 12.

³⁶ Helsedirektoratet (2017) Ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift

³⁷ Helsedirektoratet (2017) Oppfølging av personer med store og sammensatte behov, s. 21.

³⁸ Helsedirektoratet (2017) Oppfølging av personer med store og sammensatte behov, s. 21.

Ledere bør særlig gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende i utvikling og gjennomføring av tjenestene på både individ og- systemnivå. Kontinuerlige brukerundersøkelser og gode rapporteringsrutiner er sentralt for kvalitetsutvikling i tjenesten.³⁹ Gjennomføring av regelmessige brukerundersøkelser for beboere/pårørende kan også bidra til bedre tilrettelegging av tiltak og aktiviteter for brukergruppene.⁴⁰

Videre må det benyttes tilgjengelige styringsdata fra ulike datakilder til kvalitetsforbedring og tjenesteutvikling. Kontinuerlig og systematisk forbedringsarbeid fordrer ferske data. De viktigste kildene til slike data er tjenestenes egne fagsystemer. Dette må kombineres og sammenstilles med tilgjengelig data fra andre kilder som nasjonal statistikk.⁴¹

For å kunne gjennomføre nødvendige analyser bør kommunen også ha tilgang til analysekompetanse. Det er kompetansekrevende å skaffe tilstrekkelig data, sammenstille datakilder samt å analysere dataene. Analysefaglig kompetanse er derfor nødvendig for å sikre et godt beslutningsgrunnlag.⁴²

Håndtering av risiko og avvik

Kravet om oversikt over områder med risiko for svikt eller mangel på etterlevelse innebærer at kommunen må ha rutiner for systematisk gjennomgang av virksomhetens tjenester og resultater.⁴³ Gjennomgangen skal identifisere aktiviteter og prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverket. Risikovurderingen bør skje som en kontinuerlig prosess og bør følge en kjent standard. Målet med kartleggingen er å identifisere områder hvor svikt kan inntre ofte, og hvor svikt kan få alvorlige eller uønskede følger for pasienter, brukere eller andre, samt forebygge svikt og uønskede hendelser.

Øverste ledelse må sørge for at risikonivået defineres og at risikoer identifiseres i virksomheten. Gjennom systematiske risikokartlegginger kan ledelsen identifisere aktiviteter og prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverk. Risikofaktorer forbundet med samhandling og overganger internt og eksternt bør særlig vektlegges. Pasienter, brukere pårørende og medarbeidere kan bidra med verdifull innsikt om risiko. Deres erfaringer og innspill bør systematisk etterspørres og brukes.⁴⁴

En risiko- og sårbarhetsanalyse (risikovurdering), består av en rekke trinn, og innebærer blant annet at virksomheten identifiserer og vurderer risiko, identifiserer bakenforliggende årsaker, foreslår og beslutter tiltak, samt evaluerer og følger opp tiltakene.⁴⁵ Revisjonen legger til grunn at kommunen systematisk bør identifisere risiko knyttet til både legemiddelhåndtering og ernæring.

Kommunen skal både ha oversikt over avvik (blant annet uønskede hendelser) og gjennomgå avvikene slik at lignende forhold kan forebygges.⁴⁶ Gode avviks- og meldesystemer kjennetegnes av at hensikten er læring og forbedring. Formålet er ikke bare å lukke enkeltavvik, men å sikre at det ikke skjer igjen noen

³⁹ Helsedirektoratet (2017) Oppfølging av personer med store og sammensatte behov, s. 4.

⁴⁰ Helsedirektoratet (2017) Nasjonal faglig retningslinje om demens (demensretningslinjen), Helsedirektoratet. Sist faglig oppdatert 31. oktober 2022, s. 5.

⁴¹ Helsedirektoratet (2017) Oppfølging av personer med store og sammensatte behov, s. 21.

⁴² Helsedirektoratet (2017) Oppfølging av personer med store og sammensatte behov, s. 4.

⁴³ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6d

⁴⁴ Helsedirektoratet (2017) Ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift

⁴⁵ Helsedirektoratet (2017) Ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift, s. 18.

⁴⁶ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6 og 8.

andre steder i virksomheten. Systemet bør gi gode muligheter for rask analyse og god respons, og det bør være klart og tydelig hva som bør meldes. Det er sentralt at avvikene diskuteres i et kvalitetsutvalg eller tilsvarende, men også internt i den enhet der avviket oppsto. Videre bør det være en lav terskel for hva som meldes inn i avvikssystemet. Alle uønskede hendelser som kan gjenta seg og som er av en viss betydning bør meldes slik at det kan iverksettes tiltak for å hindre gjentakelse. En god kultur for at medarbeidere melder fra om uønskede hendelser er en viktig forutsetning for å oppnå forbedring.⁴⁷

Plikten til å gjennomføre

Kravet til gjennomføring i helse- og omsorgstjenesteloven §3-1 innebærer at kommunen har ansvar for at helse- og omsorgstjenester organiseres og gjennomføres i tråd med kommunens vedtatte planer, at helse- og omsorgstjenestene er forsvarlige og at befolkningens behov dekkes.⁴⁸

Plikten til å gjennomføre medfører også at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent og gjennomføres.⁴⁹ Videre må virksomheten sørge for at medarbeidere har nødvendig kunnskap og kompetanse i det aktuelle fagfeltet og om relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet. Virksomheten må også utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner og andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelser og brudd på krav til faglig forsvarlighet. Virksomheten må også sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker, slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes, og sørge for bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.⁵⁰

Plikten til å evaluere

Kravet til evaluering⁵¹ innebærer at kommunen har ansvar for å evaluere gjennomføringen av tjenestetilbudet systematisk.⁵²

Plikten til å evaluere innebærer videre å kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres, samt å vurdere om gjennomføring av oppgaver, tiltak og planer er egnet til å etterleve regelverk.⁵³ Videre skal virksomheten evaluere om iverksatte tiltak ivaretar krav i helse- og omsorgslovgivningen. Kommunen skal også vurdere virksomheten på bakgrunn av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende. Kommunen skal videre gjennomgå avvik slik at lignende forhold kan forebygges, og minst årlig systematisk gjennomgå og vurdere styringssystemet mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring.⁵⁴

⁴⁷ Helsedirektoratet (2017) Ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift

⁴⁸ Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), s. 140.

⁴⁹ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 7

⁵⁰ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 7

⁵¹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd

⁵² Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), s. 140.

⁵³ forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 8.

⁵⁴ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 8

Plikten til å korrigere

Krav til korrigerings⁵⁵ innebærer at kommunen skal korrigere uforsvarlige og uønskede forhold. Kommunen må iverksette tiltak dersom evaluering, tilsyn eller annet viser at kommunens tjenestetilbud ikke er tilstrekkelig eller forsvarlig.

Plikten til å korrigere innebærer å rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold, sørge for korrigerende tiltak og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelser.⁵⁶

3.2. Krav og forventninger knyttet til legemiddelhåndtering

Kommunen har ansvaret for at legemiddelhåndteringen sikrer at riktig legemiddel gis til riktig tjenestemottaker til riktig tid og på riktig måte.⁵⁷ Legemiddelhåndtering er enhver legemiddelrelatert oppgave som utføres fra legemiddelet er ordinert eller rekvirert til det er utdelt eller kassert.

Virksomhetsleder må sørge for at legemiddelhåndteringen utføres forsvarlig. Dette inkluderer å sikre nødvendig **kompetanse, opplæring, rutiner** og **kontrolltiltak**.⁵⁸ Virksomhetsleder skal etablere og oppdatere skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering. Det omfatter blant annet prosedyrer for risikovurdering, evaluering, kontroll og avvikshåndtering. Disse prosedyrene skal gjøres kjent for ansatte i virksomheten. Det skal også være skriftlige bestemmelser om hvilken kompetanse ansatte skal ha for å utføre oppgaver innen legemiddelhåndtering.⁵⁹

Virksomhetsleder må sørge for at det utarbeides rutiner som beskriver ansvarsfordeling og tverrfaglig samarbeid ved gjennomføring av legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang. Rutinene bør blant annet beskrive⁶⁰:

- hvilke helsepersonell som skal ha ulike ansvarsområder ved vurdering av behov, forberedelse, gjennomføring og oppfølging av legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang.
- hvem som har ansvar for å informere/lære opp pasienten ved endring i legemiddelbehandling
- når tverrfaglig samarbeid er hensiktsmessig.
- brukermedvirkning ved gjennomføring av legemiddelsamstemming og gjennomgang

[Tverrfaglig samarbeid](#) bidrar til utvikling av felles forståelse og kompetanse på tvers av fagområder, noe som er essensielt for å gi pasientene den beste mulige omsorgen. Fastlegens medisinskfaglige kunnskap er viktig for å raskt kunne avklare og håndtere medisinske problemstillinger som måtte oppstå.⁶¹

Virksomhetsleder må også sørge for at helsepersonell som utfører legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang har tilstrekkelig kompetanse. Kompetansekravene skal framgå av

⁵⁵ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd

⁵⁶ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 9

⁵⁷ Legemiddelhåndteringsforskriften §2 og §7; Helsedirektoratet (2008) Legemiddelhåndteringsforskriften. Rundskriv IS-7/2015, s. 8.

⁵⁸ Helsedirektoratet (2017) Oppfølging av personer med store og sammensatte behov, s. 54.

⁵⁹ Forskrift om legemiddelhåndteringsforskriften §4 ;Helsedirektoratet (2017) Årsrapport 2017 Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten

⁶⁰ Helsedirektoratet (2022) Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang.

⁶¹ Hemsedal (2022) Oppfølging av personer med store og sammensatte behov

virksomhetens rutiner. Lege, sykepleier, vernepleier og farmasøyt som har medisinsk og farmakologisk kompetanse gjennom sin grunnutdanning, må i tillegg ha teoretisk og praktisk opplæring i metodene for legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang.⁶²

Videre bør kommunen blant annet ha rutiner som beskriver hvilke helsepersonell som skal ha ansvar for å vurdere behov, forberede, gjennomføre og følge opp legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang. Virksomheten bør også ha rutiner som beskriver hvem som har ansvar for å informere/lære opp pasienten ved endring i legemiddelbehandling og når tverrfaglig arbeid er hensiktsmessig. Tverrfaglig samarbeid er blant annet hensiktsmessig for beboere i sykehjem og brukere med vedtak om legemiddelhåndtering i hjemmetjenesten.⁶³

Virksomhetsleder må videre sørge for at helsepersonell som utfører legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang har tilstrekkelig kompetanse. Helsepersonell må blant annet ha teoretisk og praktisk opplæring i metodene for legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang.⁶⁴ Rutinene bør imidlertid tilpasses virksomhetens organisering.⁶⁵

Forslag til innhold i teoretisk og praktisk opplæring om legemiddelsamstemming er blant annet forståelse av legemiddelsamstemming som metode, struktur, innhold og gjennomføring av samtale med pasient, valg av kilder og kildevurdering, dokumentasjonsrutiner og kommunikasjon og videreformidling av informasjon.⁶⁶

Videre er forslag til innhold i teoretisk og praktisk opplæring om legemiddelgjennomgang blant annet forståelse av legemiddelgjennomgang som metode, identifisering av behov for legemiddelgjennomgang, innhenting av pasientinformasjon og forberedelser til legemiddelgjennomgang, identifisering av legemiddelrelaterte problemer, utforming og oppfølging av tiltak og dokumentasjonsrutiner.⁶⁷

Figur 4 illustrerer utvalgte deler av legemiddelhåndteringsprosessen ved helsehjelp på et sykehjem. Hovedprosessen knyttet til selve utdelingen illustreres i den horisontale delen av prosesskjemaet, mens den vertikale delen viser prosesser før og etter utdelingen. Under figuren gir vi en nærmere forklaring til de viktigste prosessene.

⁶² Helsedirektoratet (2022) Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang.

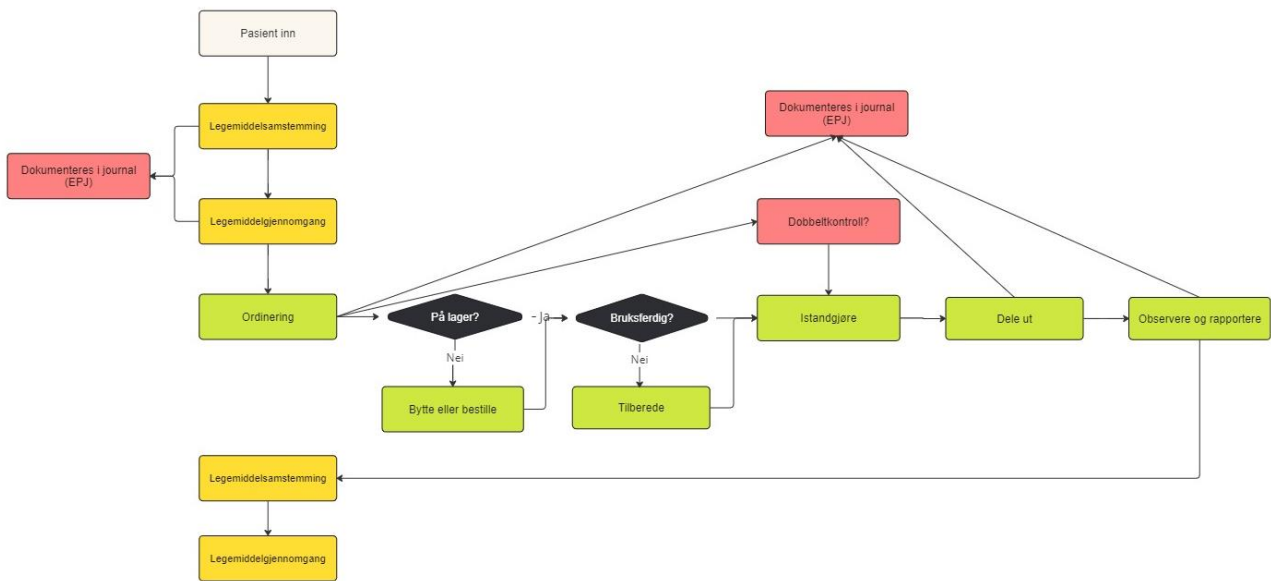
⁶³ Helsedirektoratet (2022) Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang

⁶⁴ Helsedirektoratet (2022) Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang

⁶⁵ Helsedirektoratet (2022) Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang.

⁶⁶ Helsedirektoratet (2022) Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang.

⁶⁷ Helsedirektoratet (2022) Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang.

Figur 4 Utvalgte deler av legemiddelhåndteringsprosessen (av revisjonen)⁶⁸

Legemiddelsamstemming

Legemiddelsamstemming innebærer å lage en liste over alle legemidler pasienten faktisk bruker. Listen kalles gjerne legemidler i bruk (LIB).⁶⁹

Legemiddelsamstemming er en strukturert metode, der helsepersonell, i samarbeid med pasienten, sikrer fullstendig liste over legemidlene pasienten bruker.⁷⁰ Det er viktig at legemiddelsamstemming gjennomføres av helsepersonell med relevant kompetanse og kunnskap om legemidler. Det er en forutsetning for å kunne gjennomføre en effektiv legemiddelgjennomgang at helsepersonell først har utarbeidet en fullstendig og oppdatert oversikt over alle reseptbelagte og reseptfrie legemidler, samt eventuelle naturmidler pasienten bruker. Det må også avklares om pasienten faktisk bruker alle medisinene som er forskrevet.⁷¹

Et utbredt problem er at resepter registreres i ulike systemer som ikke snakker sammen.⁷² Målet med legemiddelsamstemming er derfor å sørge for at legemiddellisten til enhver tid inneholder riktig og oppdatert informasjon om de legemidlene som pasienten faktisk bruker.⁷³ Ved legemiddelsamstemming tar ikke helsepersonell stilling til hvilke legemidler pasienten medisinsk sett bør bruke. Det gjøres først etter at legemiddelsamstemmingen er fullført.⁷⁴

Legemiddelsamstemming bør alltid gjennomføres når lege eller institusjon overtar behandlingsansvar for en pasient, ved oppstart av vedtak om hjelp til legemiddelhåndtering i kommunen, ved mistanke om

⁶⁸ Helsedirektoratet (2008) Legemiddelhåndteringsforskriften. Rundskriv IS-7/2015, s. 6.

⁶⁹ Helsedirektoratet mfler. Sjekkliste ved legemiddelgjennomgang

⁷⁰ Helsedirektoratet (2022) Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang.

⁷¹ Senter for omsorgsforskning (2016) Legemiddelbruk og pasientsikkerhet, s. 66.

⁷² Senter for omsorgsforskning (2016) Legemiddelbruk og pasientsikkerhet, s. 66.

⁷³ Senter for omsorgsforskning (2016) Kartlegging av legemiddelrelaterte problem i sykehjem og hjemmetjenesten i Nord Trøndelag, s. 9.

⁷⁴ Helsedirektoratet (2022) Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang, s. 14.

manglende etterlevelse eller andre utfordringer med legemiddelbehandling.⁷⁵ Videre bør legemiddelsamstemming gjennomføres før legemiddelgjennomgang.⁷⁶

Lege og annet helsepersonell med ansvar for legemiddelsamstemming bør dokumentere hvilken kilde som er brukt i legemiddelsamstemmingen, oppdatere liste over legemidler i bruk i journal og oppdatere reseptformidleren.⁷⁷

Lege bør inkludere en oppdatert og fullstendig legemiddelliste i de fleste henvisninger og epikriser for å sikre god legemiddelbehandling.⁷⁸ Kommunen er også ansvarlig for at en oppdatert og samstilt legemiddelliste, i forståelse med pasienten, følger pasienten ved skifte av omsorgsnivå. Legemiddellisten skal sendes som pleie- og omsorgsmelding (PLO-melding) til innleggende enhet ved behov.⁷⁹

Fastlege bør gjennomføre legemiddelsamstemming hos nye pasienter som bruker legemidler og før oppstart med multidose. Fastlege bør også vurdere behovet for legemiddelsamstemming om det er lenge siden siste kontakt med pasienten (over ett år) eller om pasienten har vært behandlet annet sted i helsetjenesten.⁸⁰

Legemiddelgjennomgang

Legemiddelgjennomgang er en systematisk vurdering av alle pasientens legemidler for å sikre best mulig effekt av legemidlene og redusere risiko for legemisbruk.⁸¹ I en legemiddelgjennomgang skal lege vurdere om medisinene som gis pasienten er hensiktsmessige og om den totale legemiddelbruken er best mulig.⁸² Legen kan gjennomføre legemiddelgjennomgang alene eller sammen med farmasøyt/sykepleier eller annet kvalifisert helsepersonell. Det er imidlertid den behandlende lege som er ansvarlig for legemiddelbehandlingen av den enkelte pasient.⁸³

Figuren nedenfor illustrerer at prosessene legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang utfyller hverandre. Mens legemiddelsamstemming handler om å få oversikt over pasientens legemiddelbruk, handler legemiddelgjennomgang om å vurdere pasientens legemiddelbruk fungerer etter hensikten.

⁷⁵ Helsedirektoratet (2022) Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang, s. 9 og 10.

⁷⁶ Direktoratet for medisinske produkter (2016) Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang

⁷⁷ Reseptformidleren er database og meldingsformidler for alle aktive resepter, Legemidler i bruk (LIB) og søknader til Legemiddelverket.

⁷⁸ Reseptformidleren er database og meldingsformidler for alle aktive resepter, Legemidler i bruk (LIB) og søknader til Legemiddelverket.

⁷⁹ Legemiddelhåndteringsforskriftens § 5; Helsedirektoratet (2019) Multidose

⁸⁰ Helsedirektoratet (2022) Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang, s. 10.

⁸¹ Helsedirektoratet (2022) Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang.

⁸² Helsedirektoratet (2012) Veileder om legemiddelgjennomganger, s. 9.

⁸³ Dokument 3:5 (2018–2019) Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen, s 72; Senter for omsorgsforskning (2016) Legemiddelbruk og pasientsikkerhet, s. 13; Senter for alders- og sykehjemsmedisin (2017) Helsehjelp for eldre; Helsedirektoratet (2012) Veileder om legemiddelgjennomganger

Figur 5 Prosessene legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang.

Legemiddelsamstemming: Skaffe oversikt over alle legemidler

Legemiddelgjennomgang :
Vurdere om legemidlene
fungerer etter hensikten

Ved sykehjem er det et krav at det skal gjennomføres en systematisk legemiddelgjennomgang for pasienter med langtidsopphold ved innkomst og minimum en gang årlig.⁸⁴ Første legemiddelgjennomgang bør gjennomføres i løpet av de fire første ukene etter innkomst.⁸⁵

Ifølge Direktoratet for medisinske produkter bør legemiddelgjennomgang gjennomføres ved endringer i pasientens tilstand eller omsorgstilbud, ved uklare kliniske tilstander og minst årlig for pasienter som bruker 4 eller flere legemidler. Legemiddelgjennomgang bør også utføres ved mistanke om mangelfull effekt, bivirkninger eller andre legemiddelrelaterte problemer. Direktoratet viser til at både fastlegene og sykehjemslegene har et forskriftsfestet ansvar for å utføre regelmessige legemiddelgjennomganger.⁸⁶

Fastlegen har et ansvar for å koordinere legemiddelbehandling til alle innbyggere på sin liste. For innbyggere som bruker mer enn fire legemidler er det et krav at fastlegen skal gjennomføre en legemiddelgjennomgang når det anses nødvendig etter en medisinsk vurdering.⁸⁷ Fastlegen bør også vurdere medisinsk behov og eventuelt sørge for legemiddelgjennomgang også hos pasienter som bruker færre enn fire legemidler. Videre bør fastlegen gjennomføre legemiddelgjennomgang før oppstart av multidoser og ha som mål å gjennomføre årlig legemiddelgjennomgang for hjemmeboende pasienter som mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester. Fastlegene har også en rolle som koordinator og har en plikt til å samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listeinnbyggere.⁸⁸

Kommuneledelsen har ansvar for å legge til rette for samarbeid mellom fastlege og kommunens øvrige helse- og omsorgstjenester. Kommunens rutiner bør derfor beskrive samarbeidet. Dette er særlig aktuelt for pasienter/brukere med vedtak om legemiddelhåndtering i hjemmetjenesten og i omsorgsboliger.⁸⁹

⁸⁴ Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp § 5a; Helsedirektoratet (2023) Bruk av tjenester i kommunene og somatiske sykehus blant skrøpelige eldre

⁸⁵ Helsedirektoratet (2022) Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang.

⁸⁶ Direktoratet for medisinske produkter (2016) Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang

⁸⁷ Forskrift om fastlegeordning i kommunene § 25

⁸⁸ Forskrift om fastlegeordning i kommunene §§ 19, 25; Helsedirektoratet (2022) Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang

⁸⁹ Helsedirektoratet (2022) Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang.

Etter at legemiddelgjennomgangen er gjennomført skal det dokumenteres i journalen at den er gjennomført. Det skal utarbeides et notat som blant annet beskriver behovet, hvem som deltok, liste over tiltak og plan for oppfølging.⁹⁰

Det er [obligatorisk for kommunen](#) å registrere i journalsystemet/IPLOS både når pasientene har blitt vurdert av lege og når det er gjennomført legemiddelgjennomgang. Med vurdert av lege menes at pasienten har vært i direkte kontakt med lege (konsultasjon/besøk/visitt), har gjennomgått undersøkelse eller er/har vært til behandling. Bakgrunnen er at det er viktig at personer som mottar helse- og omsorgstjenester har nødvendig tilsyn av lege for å sikre at pasientene får riktig medisinsk oppfølging. Informasjonen brukes også til nasjonale kvalitetsindikatorer som publiseres på Helsenorge.no.⁹¹

Data om sykehjemsbeboere har fått legemiddelgjennomgang rapporteres automatisk fra kommunens journalsystem (EPJ) til Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), og inngår også i [de nasjonale kvalitetsindikatorene til Helsedirektoratet](#)

Kommunen er også ansvarlig for å holde pasient eller pårørende oppdatert på oversikt over legemidler som blir gitt, bruksområde, dosering og mulige bivirkninger. Ved observasjon av manglende effekt, bivirkninger eller endringer i helsetilstand som tilsier behov for endringer i legemiddelbehandling skal fastlege kontaktes.⁹²

Utdeling av legemidler

Hovedprosessen ved utdeling av legemidler begynner med ordinerer eller ordinasjon⁹³. Med **ordinerer** menes en beslutning tatt av helsepersonell med rekvisiteringsrett til pasient (i hovedsak lege) om iverksettelse, videreføring, endring eller avslutning av legemiddelbehandling.⁹⁴ Ordinasjon innebærer blant annet valg av legemiddel, legemiddelform, dose, tidspunkt for administrering, og tidspunkt for fortsettelse eller avslutning av behandlingen.⁹⁵

Ifølge helsepersonelloven § 11, er det i hovedsak kun leger og tannleger som kan skrive ut resepter på legemidler.⁹⁶ Legemidlene skal som en hovedregel istandgjøres og deles ut på grunnlag av legens ordinasjon for enkelt pasient,

Den som skal ordinere legemidler (lege) må ta seg den tid som er nødvendig til å avklare alle faktaopplysninger som er relevante og nødvendig før valg av legemiddel besluttes. Ordinerer skal dokumenteres i samsvar med forskrift om pasientjournal.⁹⁷

⁹⁰ Helsedirektoratet (2022) Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang

⁹¹ Helsedirektoratet (2024) Registrering av helse- og omsorgsdata i kommunen.

⁹² Helsedirektoratet (2019) Multidose

⁹³ <https://ndla.no/subject:11b7155ae-9670-4972-b438-fd1375875ac1/topic:f34d2b28-d8dc-4ecb-aad6-c27b7468861b7/topic:c1f71287-3b42-4e57-b589-3c830dfc6224/resource:3e61aaa1-7ebf-44ad-ab53-109b9091f778>

⁹⁴ Legemiddelhåndteringsforskriftens § 3 bokstav g

⁹⁵ <https://farmakologi.portfolio.no/read/foad40ad-19b6-4732-8f36-c0180c72ba4c>

⁹⁶ I Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp er det imidlertid gjort et unntak fra denne regelen, og ordinerer av legemidler kan i spesielle tilfeller gjøres på bakgrunn av en skriftlig prosedyre fastsatt av avdelingsleder.

⁹⁷ Helsedirektoratet (2008) Legemiddelhåndteringsforskriften. Rundskriv IS-7/2015, s. 7.

Videre må legemidlene **tilberedes** om nødvendig og **istandgjøres**. **Tilberedning** innebærer at legemiddelet gjøres bruksferdig umiddelbart før bruk.⁹⁸ **Istandgjøring** innebærer tilberedning eller annen klargjøring av legemiddel for utdeling til pasient. Den som skal håndtere legemiddelet må i denne forbindelse forstå legens ordinerings, gjøre utregning, plukke riktig legemiddel og merke det om det ikke deles ut umiddelbart.⁹⁹

Dobbeltkontroll

Dobbeltkontroll innebærer at to personer, hver for seg, bekrefter at en oppgave er utført korrekt, og i henhold til fastsatt prosedyre.¹⁰⁰ Dobbeltkontroll bør innføres på trinnene i legemiddelhåndteringsprosessen, hvor risikoanalysen viser at det er stor risiko for feil. Prosedyren for dobbeltkontroll bør beskrive hva som er utførers rolle, hva som skal kontrolleres og hvilken kompetanse det er nødvendig at personellet har.¹⁰¹

Eksempler på områder hvor det bør være dobbeltkontroll ved istandgjøring er:¹⁰²

- injeksjoner og infusjoner
- bruk av svært vanedannende medisiner (A-preparater som morfin og andre opiater)
- bytte mellom legemidler
- bruk av legemidler hvor en liten overdose kan gi alvorlige bivirkninger (smal terapeutisk bredde),
- istandgjøring av flere doser¹⁰³

Ett eksempel på dobbeltkontroll i forbindelse med istandgjøring av legemidler er for eksempel at alle medikamenter som skal injiseres, dobbeltkontrolleres av to personer. Det innebærer at to personer på grunnlag av ordinasjonen hver for seg sjekker volum/mengde av legemiddel.¹⁰⁴

Helsedirektoratet anbefaler følgende seks punkter for å lykkes med dobbeltkontroll¹⁰⁵:

1. Opplæring som sikrer felles forståelse av at dobbeltkontrollen skal starte med ordinasjon og jevnlig repetisjon.
2. Dobbeltkontrollen skal gjennomføres uavhengig og selvstendig. De ansatte skal ikke stå sammen eller muntlig fortelle hva som skal kontrolleres.
3. Dobbeltkontroll bør begrenses til legemidler eller situasjoner der feil kan gi alvorlige følger for pasient.
4. Fysisk og organisatorisk tilrettelegging slik at dobbeltkontrollen kan gjennomføres uten unødvendige forstyrrelser med kvalifisert personale tilgjengelig.
5. Registrer feilene som avdekkes i dobbeltkontrollen. Det gir bedre kjennskap til kunnskap om hvilke feil som oppstår i håndteringen av legemidler. Dermed kan det gjøres tiltak for å unngå slike feil.

⁹⁸ Legemiddelhåndteringsforskriftens § 3 bokstav j

⁹⁹ Helsedirektoratet (2008) Legemiddelhåndteringsforskriften. Rundskriv IS-7/2015, s. 7.

¹⁰⁰ Legemiddelhåndteringsforskriften § 3, k

¹⁰¹ Helsedirektoratet (2015) Legemiddelhåndteringsforskriften. Rundskriv IS-7/2015, s. 8.

¹⁰² Helsedirektoratet (2015) Legemiddelhåndteringsforskriften. Rundskriv IS-7/2015, s. 9.

¹⁰³ Helsedirektoratet (2015) Legemiddelhåndteringsforskriften. Rundskriv IS-7/2015, s. 9.

¹⁰⁴ Helse Bergen (2022) Kompetanse og ansvar ved legemiddelhåndtering: Ordinerings, istandgjøring, dobbeltkontroll, utdeling

¹⁰⁵ Helsedirektoratet (2018) Riktig dobbeltkontroll kan redusere antall legemiddelfeil. Læringsnotat fra Meldeordningen IS-2774

6. Lukket legemiddelsløyfe med strekkodekontroll begrenser behovet for dobbeltkontroll. Manuell kontroll er fortsatt nødvendig ved for eksempel tilberedning og der den automatiserte prosessen fravikes.

I et læringsnotat uttyper Helsedirektoratet at manuell dobbeltkontroll kan bidra til færre legemiddelfeil, hvis den utføres riktig og etter felles standard. Dobbeltkontroll bør imidlertid begrenses til legemidler og situasjoner der konsekvenser av feil er størst, og den bør brukes sammen med flere tiltak som kan bidra til sikker legemiddelhåndtering.¹⁰⁶

Observere og rapportere

Den som **deler ut** legemidler må deretter forsikre seg om at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid. Det er viktig at selve utdelingen **kvalitetssikres**. Den som deler ut må vurdere pasientens tilstand før administrering av legemiddel og observere selve inntaket og eventuelle reaksjoner. I forbindelse med utdelingen bør den som deler ut medisin reflektere over virkning, eventuelt manglende effekt, og rapportere dette.¹⁰⁷

Regelmessig **observasjon** av pasient er en forutsetning for forsvarlig behandling av pasienten. Med observasjon menes både vurdering av pasientens tilstand før administrering av legemiddel, samt observasjon av eventuelle uheldige reaksjoner og bivirkninger på gitt legemiddel. Med observasjon menes også tilbakemeldinger på manglende effekt. Observasjoner av pasienten skal rapporteres til behandlingsansvarlig og dokumenteres i journal.¹⁰⁸

Den som deler ut legemidler må vurdere pasientens tilstand før utdeling, observere selve inntaket av legemidlet, samt eventuelle reaksjoner som skjer senere.¹⁰⁹

3.3. Krav og forventinger om ernæring

[Kvalitetsforskriften](#) utdyper forsvarlighetskravet innen helsesektoren. Forskriften skal bidra til at personer som mottar helse- og omsorgstjenester får ivaretatt grunnleggende behov, inkludert fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat) og drikke, variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet når det gjelder mat. Brukerne skal også få nødvendig tannbehandling og ivaretatt sin munnhygiene.¹¹⁰

Ifølge Helsedirektoratets retningslinjer skal alle beboere i sykehjem/institusjon vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak, og deretter månedlig eller etter annet faglig begrunnet individuelt opplegg.¹¹¹

Ifølge nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring er følgende eksempler på grunnleggende behov knyttet til ernæring:

¹⁰⁶ Helsedirektoratet (2018) Riktig dobbeltkontroll kan redusere antall legemiddelfeil. Læringsnotat fra Meldeordningen IS-2774

¹⁰⁷ Helsedirektoratet (2008) Legemiddelhåndteringsforskriften. Rundskriv IS-7/2015, s. 7.

¹⁰⁸ Helsedirektoratet (2015) Legemiddelhåndteringsforskriften. Rundskriv IS-7/2015, s. 9.

¹⁰⁹ Helsedirektoratet (2008) Legemiddelhåndteringsforskriften. Rundskriv IS-7/2015, s. 8.

¹¹⁰ Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene §3.

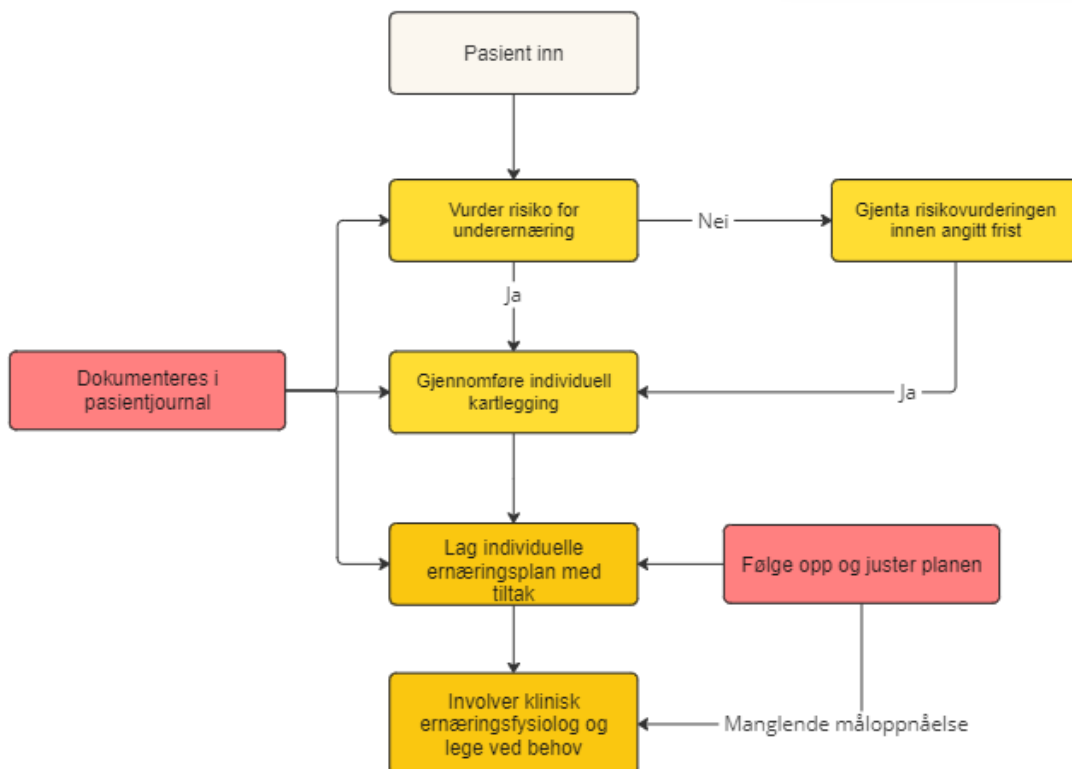
¹¹¹ Helsedirektoratet: Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring 2.opplag/09/2010; Meld. St. 11 (2020–2021), Kvalitet og pasientsikkerhet 2019 s. 37

- Fysiologiske behov, som tilstrekkelig næring (mat og drikke)
- Sosiale behov, som mulighet for samvær under måltid
- Tilpasset hjelp under måltider og nok tid og ro til å spise
- Nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene
- Helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet med hensyn til mat
- Bruk av spesialkost, som konsistenttilpasset mat
- Spesiell tilrettelegging av matvaretilbud og måltider for personer med demens og andre som har vanskelig for å formulere sine behov
- Bruk av sondeernæring og intravenøs ernæring ved behov

Ifølge retningslinjene bør også alle pasienter vurderes for risiko for underernæring ved innleggelse i helse- og omsorgstjenesteinstitusjon og ved oppstart av helse- og omsorgstjenester. Deretter skal risiko for underernæring vurderes ved en gitt frekvens eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg.¹¹²

Prosesdiagrammet nedenfor illustrerer anbefalte prosess ved vurdering av underernæring i sykehjem

Figur 6 Anbefalt prosess ved arbeid mot underernæring i sykehjem



Nedenfor beskriver vi utvalgte deler av prosessen med arbeidet mot underernæring.

¹¹² Helsedirektoratet (2021) Forebygging og behandling av underernæring

Risikovurderingen

Når det gjelder hvem som skal vurderes for risiko for underernæring går det fram av de nasjonale retningslinjene at dette blant annet gjelder alle over 18 år som: ¹¹³

- er innlagt i kommunal helse- og omsorgsinstitusjon
- mottar helsetjenester i hjemmet (inkludert omsorgsboliger og andre tilrettelagte botilbud og som mottar praktisk bistand i hjemmet innen matomsorg (mat-, måltids- eller spisebistand)
- deltar på dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens, funksjonsnedsettelse, psykiske problemer og/eller rusbrukslidelse.

Risikovurderingen bør gjennomføres innen ett døgn etter innleggelse ved korttids plass i sykehjem, og innen en uke etter innleggelse ved langtids plass. Risikovurderingen bør gjennomføres innen to uker etter oppstart av helsetjenester i hjemmet og ved dagaktivitetstilbud. ¹¹⁴

For personer som ikke er vurdert å ha risiko for underernæring bør risikovurderingen gjentas månedlig ved sykehjem og hver sjettede måned ved hjemmesykepleie. Ved andre helsetjenester i hjemmet (praktisk bistand innen matomsorg mv.) bør risikovurderingen gjentas minimum hver sjettede måned. Alternativt gjentas risikovurderingen etter et annet faglig begrunnet opplegg, som dokumenteres i pasientjournalen. ¹¹⁵

Helsedirektoratet anbefaler at verktøyet MST (Malnutrition Screening Tool) benyttes til å vurdere risiko for underernæring. Verktøyet består av to spørsmål. Ett spørsmål om endring i vekt og ett om endring i matinntak ¹¹⁶:

1. Har pasienten gått ned i vekt i det siste uten å ha gjort forsøk på det?
2. Har pasienten spist mindre enn vanlig på grunn av nedsatt matlyst?

Individuell kartlegging

For personer med avdekt risiko for underernæring skal individuell kartlegging gjennomføres. En individuell kartlegging er nødvendig for å finne årsaker til risiko og som grunnlag for å lage en individuell ernæringsplan. Avhengig av tjenestenivå skal kartleggingen inneholde blant annet følgende forhold: ¹¹⁷

- Vekt og vektutvikling. Det bør etableres rutiner for måling og registrering av vekthistorikk.
- Høyde og KMI (kroppsmasseindeks)
- Faktorer som påvirker mat- og næringsinntak. Kartlegg årsaker til lavt matinntak
- Mat- og næringsinntak. Kartlegg det samlede inntaket av mat, drikke, næringsstoffsudd, væsketilskudd, sondeernæring, intravenøs ernæring og kosttilskudd

¹¹³ Helsedirektoratet (2021) Forebygging og behandling av underernæring, s. 3

¹¹⁴ Helsedirektoratet (2021) Forebygging og behandling av underernæring, s. 3; pasientjournalforskriften § 6 bokstav g

¹¹⁵ Helsedirektoratet (2021) Forebygging og behandling av underernæring, s. 3; pasientjournalforskriften § 6 bokstav g

¹¹⁶ Helsedirektoratet (2021) Forebygging og behandling av underernæring, s. 8

¹¹⁷ Helsedirektoratet (2021) Forebygging og behandling av underernæring, s. 3

- Energi, protein og væskebehov. Beregne energi-, protein- og væskebehov.
- Vurdere mat – og næringsinntak opp mot energi- og næringsbehov. Beregne hvor mange prosent inntaket utgjør av behovet.
- Vurder grad av underernæring.

Dersom det er usikkerhet knyttet til kartleggingen bør klinisk ernæringsfysiolog og lege involveres. Undersøkelser viser at avdelinger som har tilgang på kliniske ernæringsfysiologer har bedre rutiner for ernæringsarbeid enn avdelinger som ikke har det.¹¹⁸

Tann- og munnhelse henger sammen med matinntak og ernæringsstatus. Kartlegging av tann- og munnhelse bør derfor gjennomføres som en del av den individuelle kartleggingen.¹¹⁹ I henhold til [tannhelsetjenesteloven](#) skal den offentlige tannhelsetjenesten gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til blant annet eldre og langtidssyke i institusjon og hjemmesykepleie.¹²⁰ Både pasienter som har bodd i sykehjem i mer enn tre måneder eller som har mottatt hjemmesykepleie i mer enn tre måneder har rett til offentlig tannhelsetjeneste uten å betale egenandel.¹²¹

Kommunene er også pålagt å rapportere om pasientene er vurdert av tannhelsepersonell.¹²² Informasjonen rapporteres automatisk til [Kommunalt pasient- og brukerregister \(KPR\)](#). Opplysningene brukes blant annet til å lage statistikk og analyser slik at nasjonale myndigheter og kommunen kan få bedre oversikt over status og tilstand.¹²³

I tillegg til ovennevnte skal kommunen også gjennomføre regelmessige IPLOS/ADL vurderinger av funksjonsnivå. Kommunen skal vurdere til sammen 20 funksjonsvariabler, hvorav om pasienten har behov for bistand til å lage mat (inklusive planlegge og tilberede) og spise er eksempler på to funksjonsvariabler.¹²⁴

Individuell ernæringsplan

Ifølge Helsedirektoratet bør kommunen utarbeide en individuell ernæringsplan for personer med risiko for underernæring. Den individuelle ernæringsplanen skal bygge på resultatet av risikovurderingen og kartleggingen og bør inneholde mål, tiltak og tidspunkt for evaluering. Ernæringsplanen bør kontrolleres, evalueres og justeres minimum månedlig i både sykehjem og ved hjemmesykepleie. Ved andre tjenester i hjemmet, som praktisk bistand innen matomsorg og dagaktivitetstilbud til hjemmeboende med demens, bør planen kontrolleres og justeres minimum hver sjettede måned.¹²⁵

¹¹⁸ Helsedirektoratet (2021) Forebygging og behandling av underernæring, s. 3

¹¹⁹ Helsedirektoratet (2021) Forebygging og behandling av underernæring, s. 24

¹²⁰ Tannhelsetjenesteloven § 1-3.

¹²¹ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/rapportering-av-om-personen-er-vurdert-av-tannhelsepersonelllege#vurdert-av-tannhelsepersonell>; Helsedirektoratet (2021) Forebygging og behandling av underernæring, s. 24

¹²² <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/rapportering-av-om-personen-er-vurdert-av-tannhelsepersonelllege#vurdert-av-tannhelsepersonell>

¹²³ <https://www.fhi.no/he/iplos-registeret/personvern-og-behandling-av-personopplysninger-i-iplos-registeret/>

¹²⁴ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/funksjonsvariablene#lage-mat>

¹²⁵ Helsedirektoratet (2021) Forebygging og behandling av underernæring, s. 24

[Helsedirektoratet](#) viser, basert på norske og utenlandske studier, til følgende barrierer for god ernæringspraksis¹²⁶:

1. Uklare ansvarsforhold i planlegging og ledelse av ernæringsarbeidet
2. Utilstrekkelig kompetanse om ernæring blant alle yrkesgrupper
3. Manglende pasientinnflytelse
4. Manglende samhandling mellom yrkesgrupper
5. Manglende involvering fra ledelsen

Digitalisering

[Digitalisering](#) er et viktig virkemiddel for å bidra til trygg og effektiv bruk av legemidler.

Legemiddelområdet er et sammensatt område, med store digitaliserings- og samhandlingsbehov. Det er derfor utarbeidet en plan for digitalisering av legemiddelområdet på nasjonalt nivå.¹²⁷

KS har også utarbeidet en rapport som fokuserer på utfordringer og behov for forbedringer i legemiddelhåndtering innen kommunal helse- og omsorgstjeneste, med vekt på digitalisering. I rapporten anbefaler KS at det etableres nasjonale prosjekter for å utarbeide felles føringer og forbedre digitale løsninger for legemiddelhåndtering.¹²⁸

¹²⁶ Helsedirektoratet (2024) om underernæring. Nettside

¹²⁷ Ehelse (2024) Plan for digitalisering på legemiddelområdet

¹²⁸ KS (2024) Digital legemiddelhåndtering i kommunal helse- og omsorgssektor

3.4. Utledelede revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er utledet i undersøkelsen:

Tekstboks 1 Utledelede revisjonskriterier

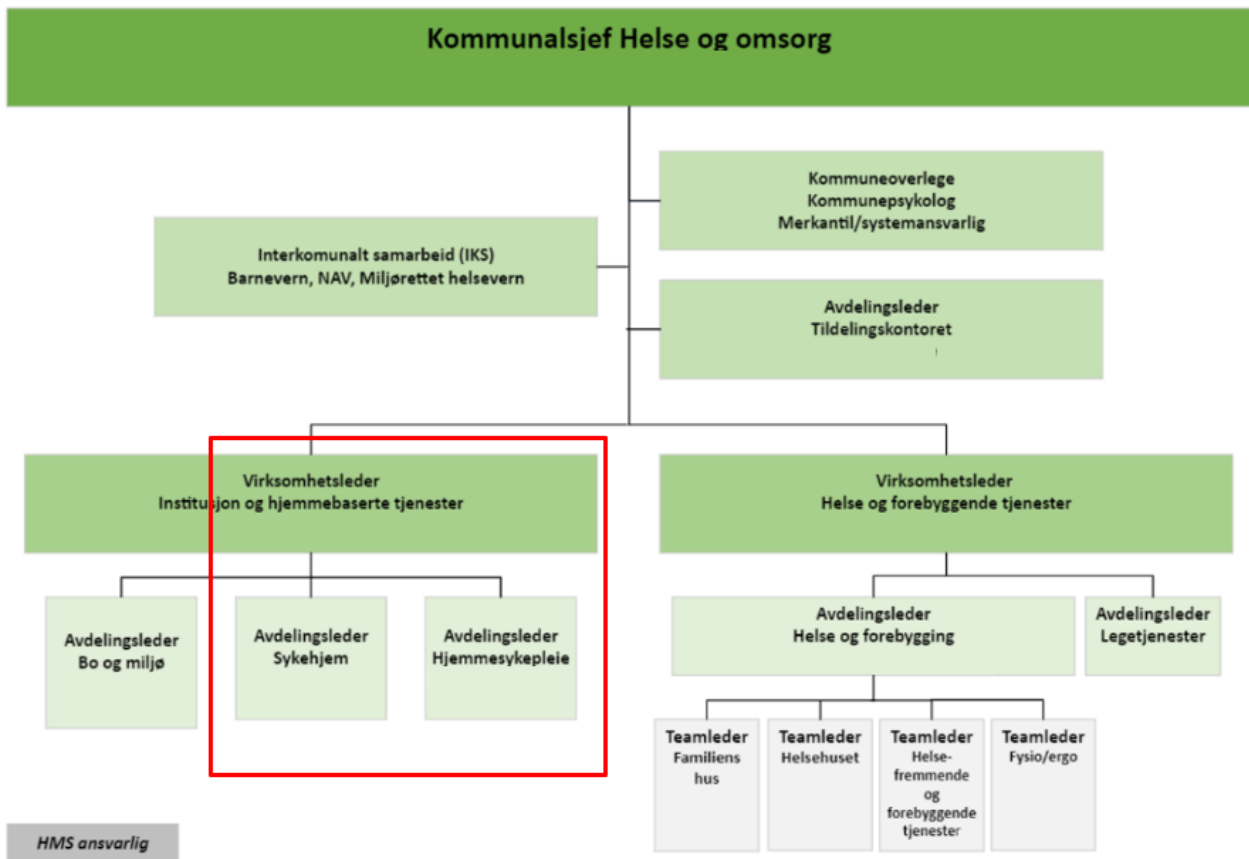
- Kommunen skal utarbeide hensiktsmessige rutiner og prosedyrer for legemiddelhåndtering og ernæring.
- Kommunen bør gjennomføre risikovurderinger på systemnivå knyttet til legemiddelhåndtering og ernæring.
- Kommunen bør sørge for at avvik som gjelder legemiddelhåndtering og ernæring registreres i avvikssystemet og at tiltak iverksettes for å lukke avvikene.
- Kommunen skal sørge for at det gjennomføres legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang i tråd med behov og faglige krav og forventinger for pasienter som bor hjemme og på sykehjem.
- Kommunen skal sørge for at utdelingen av legemidlene kvalitetssikres og at det gjennomføres dobbeltkontroll og at helsepersonell observerer og rapporterer.
- Kommunen skal sørge for at alle pasienter vurderes for risiko for underernæring ved innleggelse på sykehjem og ved oppstart av hjemmetjenester og deretter jevnlig/systematisk. Kommunen skal sørge for at pasienter med risiko for underernæring kartlegges og får en ernæringsplan med tiltak. skal dokumenteres/journalføres.
- Kommunen skal dokumentere og journalføre alle nødvendige helsetjenester, inkludert legemiddelsamstemming, legemiddelgjennomgang, individuelle risikovurderinger knyttet til ernæring, ernæringskartlegginger og ernæringsplaner samt lovpålagte IPLOS- registreringer.

4. Legemiddelhåndtering og organisering.

4.1. Organisering av virksomheten

Sektoren Helse og omsorg i Hemsedal kommune består av virksomhet for institusjon og hjemmebaserte tjenester, virksomhet for helse og forebyggende tjenester og fellestjenester.¹²⁹ Se organisasjonskartet nedenfor for illustrasjon. Områdene som i hovedsak belyses i denne revisjonen er merket med en rød firkant.

Figur 7 Organisasjonskart.



Omorganisering

Hemsedal kommune har nylig gjennomført en rekke prosesser for å effektivisere kommunen. Dette gjelder også innenfor helse- og omsorg.¹³⁰ En rapport utarbeidet av konsulentselskapet HRP for kommunen, beskriver et behov for organisatoriske endringer og ny ledelse for å håndtere fremtidige utfordringer og effektivisere driften. Når det gjelder helse- og omsorgssektoren beskriver konsulentselskapet at sektoren består av mange faglig dedikerte og gode ansatte, og at mange av

¹²⁹ Hemsedal kommune (2023) Handlingsprogram og økonomiplan. 2024 – 2027

¹³⁰ HRP AS (2023) Organisasjonsanalyse Hemsedal kommune

lederne har et tydelig engasjement. Sektoren beskrives imidlertid som ansattdrevet og uten overordnede planer og strategiske mål. Følgende funn trekkes blant annet fram knyttet til helse og omsorg:

- Manglende strategi og felles mål for sektoren
- Lav grad av styring
- Lav skår på ledelseskultur
- Uklar organisering, rolleforståelse hos ledere og i noen funksjoner
- Manglende forståelse for helhetlig ressursforvaltning og prioritering
- Få eller ingen funksjonsbeskrivelser
- Rekrutteringsutfordringer
- Mangel på system og struktur på flere områder, mens andre fungerer godt.
- Manglende oversikt/innsikt i egne tjenester og andre sektorer
- Mangelfull samhandling med andre sektorer
- Manglende oppfølging av beslutninger, mangel på informasjon, og/eller lojalitet til beslutninger

En viktig organisatorisk endring i denne prosessen, knyttet til Helse og omsorg var derfor at det ble innført et eget virksomhetsledernivå med ansvar for fag, økonomi og personal.¹³¹

I intervju forklarer virksomhetsleder at virksomheten har vært preget av omorganisering og at det har ført til en opplevelse av «trøtthet» i organisasjonen. Kommunen har i tillegg også tatt i bruk flere nye systemer, blant annet et nytt kvalitets- og avvikssystem (Compilo) og et nytt arkivsystem.

Tilsynslegen ved sykehjemmet forklarer i intervju at det har vært mye å «rydde opp i» i kommunen knyttet til manglende og mangelfull ledelse og systemer i kommunen. Tilsynslegen opplever imidlertid at det er mye som nå blir satt i system og at kommunen er på rett vei. Det er nå på plass ledere med kompetanse som tar opp forhold som ikke fungerer. Tilsynslegen opplyser også at avdelingslederne for sykehjemmet og hjemmetjenesten har «stått støtt» gjennom prosessene.

4.2. Planer og rapportering

Kommunen har sendt over en strategisk handlingsplan for eldreomsorgen i Hemsedal kommune fra 2021 til 2024, som svarer på regjeringens kvalitetsreform "Leve hele livet". Hovedmål i planen er å utvikle et aldersvennlig samfunn og tjenester som fremmer livskvalitet og mestring for eldre. Fem hovedstrategier er identifisert, inkludert et aldersvennlig Hemsedal, aktivitet og felleskap, mat og måltider, helsehjelp, og sammenheng i tjenestene. Planen adresserer en forventet økning i antall eldre over 80 år og behovet for å planlegge for fremtidige tjenester.¹³²

Kommunen har også sendt over en nyere virksomhetsplan for helse og omsorg i Hemsedal kommune for 2024. Formålet med planen er å sikre sammenheng mellom kommunens mål og de prioriterte tiltakene i sektoren. Sektoren har som mål å dekke innbyggernes behov for helse- og omsorgstjenester på en fleksibel, koordinert og framtidsrettet måte, med rett kompetanse til rett tid.

¹³¹ HRP AS (2023) Organisasjonsanalyse. Hemsedal kommune

¹³² Hemsedal kommune (2021) Leve hele livet i Hemsedal

Sektoren har også som mål å redusere sosiale helseforskjeller og bidra til gode leveår for alle. Sektoren har seks overordnede satsingsområder som er knyttet til kommunens mål og strategier for livsløp.¹³³

Ifølge virksomhetsplanen skal helse- og omsorgssektoren blant annet justere virksomhetsplanen løpende gjennom året, og rapportere om status, avvik, risiko og tiltak i forhold til de vedtatte målene. Sektoren skal også gjennomgå budsjettet i forbindelse med tertialgjennomgangen og eventuelt foreslå justeringer. Kommunalsjef skal videre ha møter med virksomhetsleder og avdelingsledere hver måned, med fokus på økonomi, overtidsbruk, sykefravær, avvik og arbeidsmiljø.¹³⁴

Ifølge virksomhetsplanen skal sektoren også ha internkontroll for å sikre at lover og forskrifter blir fulgt, og at uønskede hendelser og kriser blir håndtert på en god måte. Sektoren skal også gjennomføre risikoanalyser på kommunenivå og på prosjektnivå, og utarbeide risikoreduserende tiltak. Sektoren har en tiltaksplan med en rekke prosjekter som skal gjennomføres knyttet til de ulike satsingsområdene.

Kommunen har ikke oversendt noe skriftlig rapportering om kvalitet og tilstand i tjenestene i linjen til administrativ ledelse eller til politisk nivå. Kommunen har heller ikke sendt inn noen brukerundersøkelser rettet mot pårørende til pasienter på sykehjemmet eller hjemmetjenesten

4.3. Nærmere om sykehjemmet, hjemmetjenesten og fastlegene

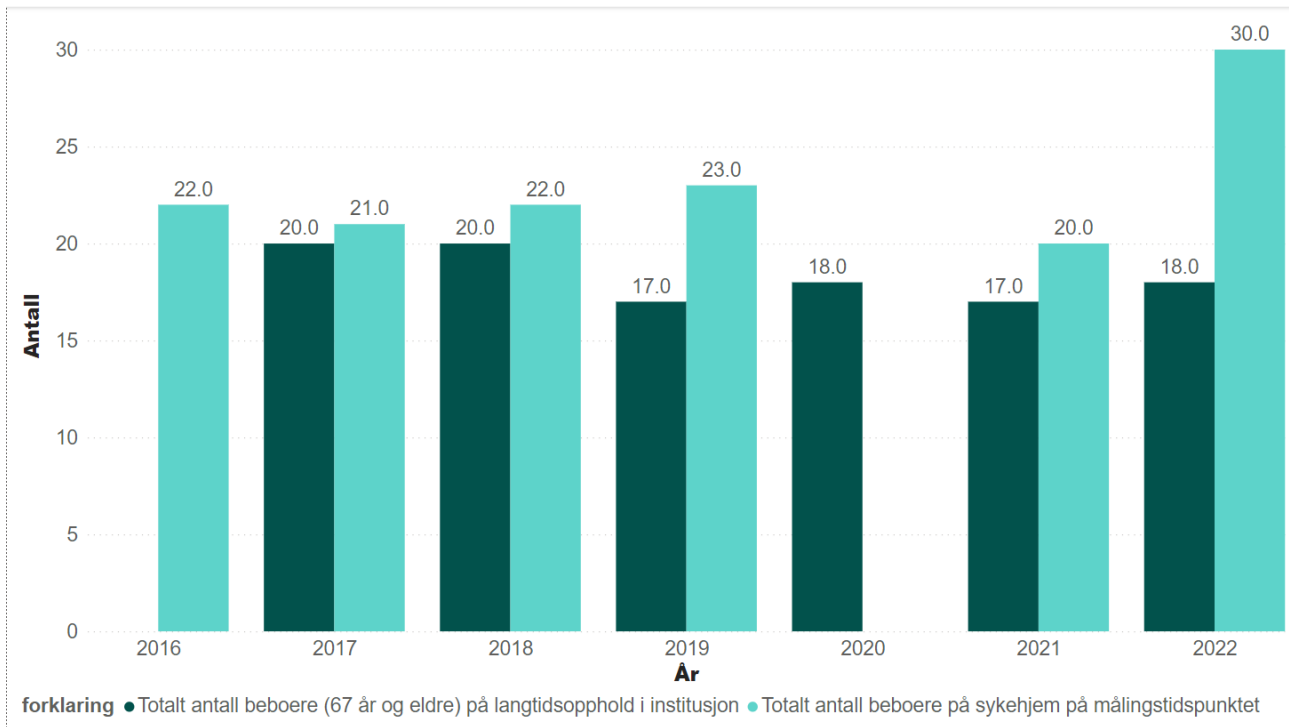
Hemsedal kommune har ett sykehjem – [Bygdaheimen](#). Sykehjemmet tilbyr både langtidsplass, korttidsplass og tilbud om avlastning.

Figur 8 viser at det, ifølge data fra Helsedirektoratet, i 2022 var registrert 30 beboere på kommunens sykehjem, mot 20 beboere i 2021. Antall beboere har vært i overkant av 20 personer i perioden 2018 – 2021. Antall beboere som er 67 år eller eldre på langtidsopphold er imidlertid i underkant av 20.

¹³³ Hemsedal kommune (2024) Verksamdsplan 2024 Helse og omsorg

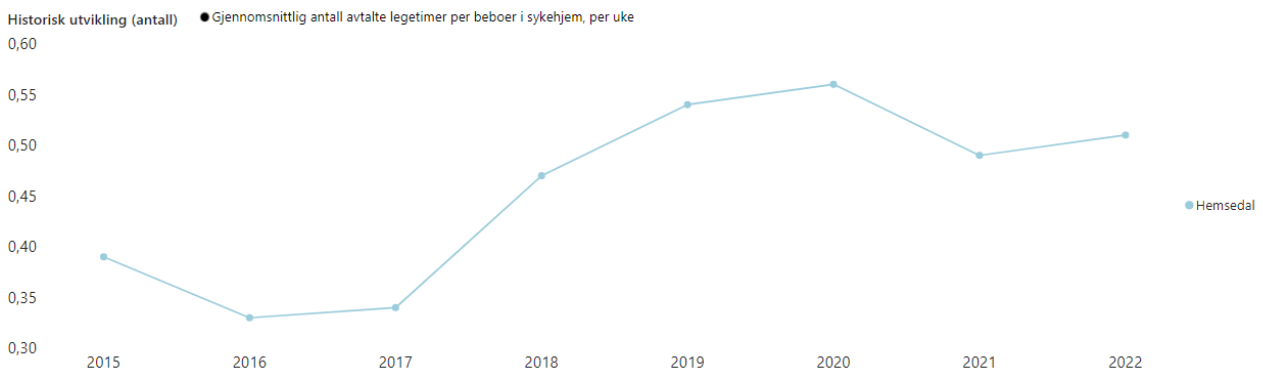
¹³⁴ Hemsedal kommune (2024) Verksamdsplan 2024 Helse og omsorg

Figur 8 Antall beboere på sykehjem i Hemsedal kommune (Helsedirektoratet, NKI)



Ifølge data fra Helsedirektoratet fikk hver beboer på sykehjem i Hemsedal kommune 0,51 legetimer per uke i 2022 (se figur 9). Dette er noe under landsgjennomsnittet på 0,62.

Figur 9 Gjennomsnittlig antall legetimer per uke per beboer i sykehjem i Hemsedal (Helsedirektoratet, NKI)



Avdelingsleder på sykehjemmet opplyser at hjemmesykepleien har base på sykehjemmet, og at de to avdelingene samarbeider tett.

Tabell 8 viser utvalgt statistikk fra SSB om brukere av omsorgstjenestene i Hemsedal kommune. Tabellen viser at det var registrert 25 personer med langtidsopphold i institusjon i 2023, og 97 brukere som mottok helsetjenester i hjemmet. Videre fikk 26 personer matombringning.

Tabell 8 Utvalgt statistikk fra SSB om brukere av omsorgstjenester i Hemsedal kommune. (tabell 11642)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Langtidsopphold i institusjon	26	27	20	:	24	22	21	25	27	23	30	28	23	:	25
Helsetjenester i hjemmet	58	54	62	65	64	71	82	95	96	85	100	92	92	103	97
Matombringning	13	20	17	13	16	18	17	22	19	20	20	12	14	21	26

Fastleger

Tilsynslegen forklarer at det er fem fastlegehjemler på legekantoret i Hemsedal per i mai 2024. En ny lege starter i mai 2024 og en til høsten 2024. Tabellen nedenfor gir en oversikt over fastlegehjemlene ved Hemsedal Legekantor per april 2024. Oversikten er hentet fra Helse Norge.

Tabell 9 Oversikt over fastlegehjemlene ved Hemsedal Legekantor

Fastlege	Antall ledige plasser	Antall på venteliste
Liste uten fast lege	41 av 600	Har ikke venteliste
Liste uten fast lege	79 av 600	Har ikke venteliste
Fastlege 1	0 av 450	59
Fastlege 2	0 av 700	35
Fastlege 3	0 av 450	91

4.4. Samarbeid mellom kommunen og andre aktører

Revisjonen har kartlagt i hvilken grad respondentene i spørreundersøkelse opplever at det er tilstrekkelig samarbeid mellom kommunen (sykehjem og hjemmetjenester) og en rekke sentrale aktører, samt pårørende når det gjelder legemiddelhåndtering mv.

Når det gjelder sykehjemmet viser tabell 10 at respondentene vurderer samarbeidet og kommunikasjonen med fastlegene som bra. Et klart flertall med 62 % av respondenter svarer at det i stor eller svært stor grad er et tilstrekkelig samarbeid mellom sykehjemmet og fastlegene. Deretter følger spesialisthelsetjenesten og apotek (farmasøyter), hvor 38 % av respondentene erfarer at det er et godt samarbeid. Samarbeidet og kommunikasjonen med pårørende blir rangert lavest. Bare 31 % av respondentene mener imidlertid at det er tilstrekkelig samarbeid og kommunikasjon mellom sykehjemmet og pårørende.

Tabellen viser også at det er en høy andel av de som svarer "vet ikke/ikke relevant" på spørsmålene, spesielt for apotek (56 prosent) og spesialisthelsetjenesten (44 prosent). Dette kan tyde på at det er lite kontakt eller samhandling mellom de ansatte og disse aktørene.

Tabell 10 Spørreundersøkelsen: * I hvilken grad er det tilstrekkelig samarbeid og kommunikasjon mellom kommunen (sykehjemmet og hjemmetjenesten) følgende aktører om legemiddelhåndtering for **pasienter som bor på sykehjemmet?** (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)

Spørsmål	I liten eller svært liten grad	I noen grad	I stor eller svært stor grad	Vet ikke/ikke relevant
Fastlegene	0 %	0 %	62 %	38 %
Apotek (farmasøyter)	0 %	6 %	38 %	56 %
Spesialisthelsetjenesten	6 %	12 %	38 %	44 %
Pårørende	6 %	25 %	31 %	38 %

Når det gjelder hjemmetjenesten viser tabell 11 at flere respondenter mener det er et godt samarbeid og kommunikasjon mellom hjemmetjenesten og både fastlegene (44 prosent) og apotek (44 prosent). Respondentene erfarer også i mindre grad at det er godt samarbeid og kommunikasjon mellom hjemmetjenesten og spesialisthelsetjenesten (33 prosent). Tabellen viser også at det er få som anser at det er et godt samarbeid og god kommunikasjon mellom kommunen og pårørende (25 prosent). Pårørende til hjemmeboende kan ha en viktig rolle i å overvåke pasientenes legemiddelbruk, spesielt hvis pasientene har kognitive utfordringer.

Tabellen viser også at det er en høy andel (50 prosent) som svarer "vet ikke/ikke relevant" på spørsmålene om pasienter som bor hjemme.

Tabell 11 Spørreundersøkelsen: I hvilken grad er det tilstrekkelig samarbeid og kommunikasjon mellom kommunen (sykehjemmet og hjemmetjenesten) følgende aktører om legemiddelhåndtering **for pasienter som bor hjemme?** (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)

Spørsmål	I liten eller svært liten grad	I noen grad	I stor eller svært stor grad	Vet ikke/ikke relevant
Apotek (farmasøyter)	0 %	6 %	44 %	50 %
Fastlegene	0 %	6 %	44 %	50 %
Spesialisthelsetjenesten	6 %	12 %	31 %	50 %
Pårørende	0 %	25 %	25 %	50 %

4.5. Bruk av internrevisjon til å kvalitetssikre legemiddelhåndtering

Allerede i oppstartsmøtet kommer det fram at kommunen benytter en farmasøyt fra Sykehusapotekene HF til å gjennomføre internrevisjon og holde kurs for kommunen når det gjelder legemiddelhåndtering. Farmasøyten gjennomfører internrevisjon annethvert år på sykehjemmet og i hjemmetjenesten.

Ved farmasøytens siste internrevisjon i oktober 2023 ble det blant annet identifisert avvik i legemiddelhåndteringen ved sykehjemmet, knyttet til dobbeltkontroll ved istandgjøring av legemidler. . Farmasøytens stikkprøvekontroll viste at 70% av uttakene av A- og B-preparater manglet dobbeltkontroll. Det ble også avdekt at kommunen manglet en risikovurdering av legemiddelhåndteringsprosessen.¹³⁵ I desember 2023 meldte virksomhetsleder at avvikene var lukket. Rutiner for dobbeltkontroll ble gjennomgått på sykepleiermøte, og det ble gjennomført en risikoanalyse i november 2023.

På bakgrunn av avvikene i revisjonsrapporten har kommunen gjennomført en rekke tiltak, blant annet gjennomgått rutiner og retningslinjer og gjennomført en risikovurdering av legemiddelhåndteringsprosessen. Ny revisjon av retningslinjer og en ny risikovurdering for hjemmetjenesten er også planlagt første kvartal 2024¹³⁶

Kommunen har også sendt over selve risikovurdering datert 10. november 2023 kl. 10.00. Det kommer fram av risikovurderingen at virksomhetsleder, avdelingsleder ved sykehjemmet og fag- og kvalitetsutvikler var tilstede under risikovurderingen. Følgende prosedyrer er vurdert i risikovurderingen:

1. Ordinasjon
2. Klargjøre rom/arbeidsflate
3. Finne fram og gjøre klart legemidler og riktig utstyr
4. Gjennomføre legemiddelhåndteringen
5. Dokumentasjon
6. Kontrollering og ferdigstilling
7. Renhold/rydding
8. Avfallshåndtering

Virksomhetsleder utdyper i intervju at kommunens internrevisjonsavtale med en farmasøyt fra Sykehusapotekene i Drammen har vart lenge. Avtalen var opprinnelig med Buskerud sykehus. Det oppleves som et nyttig internkontrolltiltak, hvor farmasøyten gjennomfører kontroller og bistår ledelsen med å få på plass gode rutiner for legemiddelhåndtering. Tiltaket bidrar dermed til at kommunen jobber kontinuerlig med kvalitetsforbedring. Virksomhetsleder ser det som positivt at noen eksterne med kompetanse «ser kommunene i kortene» når det gjelder legemiddelhåndtering.

Både avdelingsleder for sykehjem og hjemmetjenesten synes også kommunens kjøp av internkontroll fra farmasøyt fungerer bra. Avdelingsleder for hjemmetjenesten opplyser at kommunen har vurdert å kutte

¹³⁵ Sykehusapotekene HF (2023) Revisjon av legemiddelhåndtering i Bygdaheimen

¹³⁶ Brev fra Hemsedal kommune til SYKEHUSAPOTEKENE HF datert 6.12.2023

ut tjenesten, fordi elæringskursene oppleves om gode. Erfaringene er imidlertid at tjenesten fra farmasøyten fungerer bra og bidrar til løpende kvalitetsforbedring.

4.6. Kapasitet og kompetanse

Allerede i oppstartsmøtet, med blant annet virksomhetsleder og avdelingsledere for sykehjem og hjemmetjenesten, kommer det fram at kommune er liten og oversiktlig, med forholdsvis lite turnover blant ansatte. Det kommer også fram at de ansatte jobber tett på brukerne og kjenner dem godt.

Tabell 12 viser at virksomheten har om lag 45 årsverk tilgjengelig, hvorav sykehjemmet disponerer om lag 21 årsverk og hjemmetjenesten 18 årsverk.

Tabell 12 Antall årsverk ved sykehjemmet (Bygdaheimen) og hjemmetjenester i Hemsedal kommune per 26.2.2024

Ansvar/avdeling	Årsverk
Leder og merkantilressurs (Begge avdelinger/ansvar)	3
Sykehjemmet pleiepersonell (Korttids/langtids og demens)	20,56
Sykehjemmet kjøkken (lager også mat til hjemmeboende brukere)	3,25
Tilsynslege (Inkludert ubunden tid)	0,16
Hjemmetjenester (Inkludert hjemmehjelp)	17,65
Sum	44,62

Avdelingsleder ved sykehjemmet beskriver sykehjemmet som lite og oversiktlig. Ifølge avdelingsleder har sykehjemmet i utgangspunktet tilstrekkelig grunnbemanning. Avdelingsleder opplever at de ansatte har tid til pasientene. Sykehjemmet består av en korttidsavdeling (med avlastning) og en langtidsavdeling med 16 plasser. Sykehjemmet har også en egen demensavdeling med 7 sengeplasser, som er skjermet.

Ifølge avdelingsleder ved sykehjemmet er årsverkene fordelt på ca. 50 ansatte, inkludert vikarer. Avdelingsleder opplever generelt at det er vanskelig å rekruttere sykepleiere og helsefagarbeidere. Sykehjemmet har for tiden 150 prosent vakant stilling som sykepleier.

Avdelingsleder ved sykehjemmet erfarer likevel at sykehjemmet jevnt over har god bemanning. De ansatte opplever at de har nok tid til brukerne i forhold til behov. Avdelingsleder vurderer også løpende om det er behov for å sette inn flere personer på jobb. Ved behov leies det inn ekstrapersonell. Dette gjelder eksempelvis når pasienter ligger for døden eller det er pasienter (gjerne demente) som er veldig utagerende.

Virksomhetsleder forklarer også i intervju at kommunen tidligere hatt en tilstrekkelig sykepleiedekning, men det for tiden er noe mangelfull dekning av sykepleiere.

Tilsynslege forklarer også at det ideelt sett burde det være flere med sykepleierkompetanse. Tilsynslege opplever likevel et bedre faglig nivå på sykehjemmet i Hemsedal, enn på flere andre sykehjem.

Tilsynslegen kan stole på vurderingene som er gjort av personalet på sykehjemmet og kan derfor gjøre en vurdering over telefon dersom de ringer.

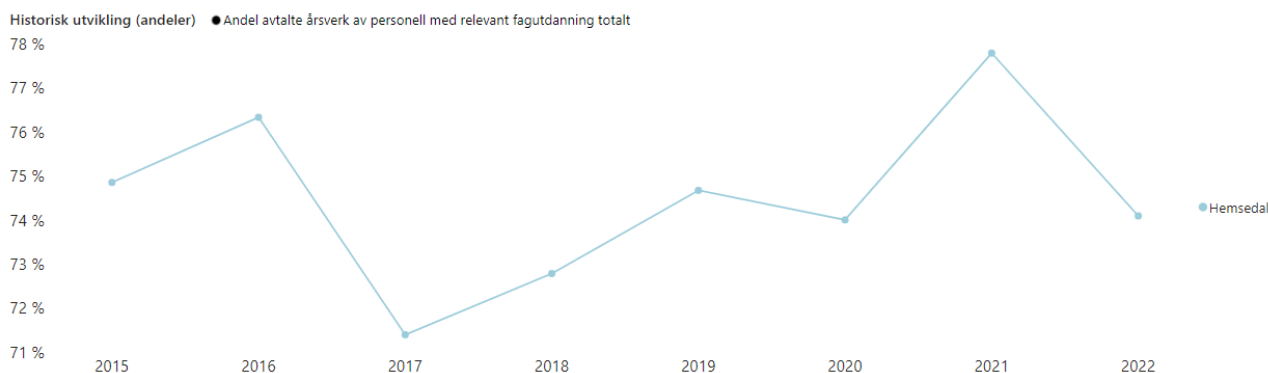
Revisjonen har innhentet en oversikt over sykefraværet i prosent i 2022 og 2023. Tabellen viser at sykefraværet ved sykehjemmet har gått ned fra 15,6 prosent i 2022 til 8,8 prosent i 2023, mens sykefraværet ved hjemmetjenesten har økt fra 6,5 prosent i 2022 til 10,9 prosent i 2023.

Tabell 13 Oversikt over sykefraværet ved sykehjemmet og hjemmesykepleie i prosent i 2022 og 2023 (både korttids- og langtidsfravær

Avdeling	2022	2023
Sykehjemmet	15,6 %	8,8 %
Hjemmetjenester	6,5 %	10,9 %

Figur 10 viser at, ifølge data fra Helsedirektoratet, ble 74 prosent av de avtalte årsverkene i helse- og omsorgstjenesten i Hemsedal kommune gjennomført av personer med helse- og sosialfaglig utdanning i 2022. Dette er noe under landsgjennomsnittet på 77,6 prosent.

Figur 10 Andel årsverk i helse- og omsorgstjenesten i Hemsedal kommune som har helse- og sosialfaglig utdanning (Helsedirektoratet/NKI)



Revisjonen har i spørreundersøkelsen kartlagt om respondentene erfarer at kommunen har satt av tilstrekkelig med tid til å håndtere legemidler i tråd med nasjonale forventinger og krav. Tabellen nedenfor viser at flertallet av respondentene (69 %) helt eller delvis enige i at det er avsatt tilstrekkelig tid til dette, mens 12 % er uenige. Det er også 12 prosent som svarer «verken eller». Dette kan tyde på at de fleste opplever at de har nok tid til å utføre legemiddelhåndteringen på en forsvarlig måte, men at det også er noen som opplever for lite tid når denne oppgaven skal gjennomføres.

Tabell 14 Spørreundersøkelsen: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om legemiddelhåndtering i Hemsedal kommune?

N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger

Spørsmål	Helt eller delvis uenig	Verken eller	Helt eller delvis enig	Vet ikke/Ikke relevant
Det er avsatt tilstrekkelig tid til å håndtere legemidler i tråd med nasjonale forventinger og krav	12 %	12 %	69 %	6 %

Flere ansatte ved sykehjemmet opplyser imidlertid i kommentarfelt at Hemsedal kommune kan bli bedre når det gjelder å ha nødvendig sykepleierkompetanse og -kapasitet på alle vakter:

- En ansatt ved sykehjemmet forklarer at det er et forbedringspotensiale å ha nok fagkompetanse og personal tilstede på vakt.
- En annen ansatt ved sykehjemmet opplyser at kommunen bør passe på at det er tilstrekkelig med ansatte med medisinsansvar på hver vakt. Det oppstår stress og det blir fort gjort feil når ansvaret for all medisin for flere avdelinger, samt ansvar for egen gruppe faller på en person på en vakt.

4.6.1. Opplæring om legemiddelhåndtering

Revisjonen har kartlagt om respondentene erfarer at de ansatte får tilstrekkelig med opplæring innen utvalgte områder av legemiddelhåndteringen.

Tabell 15 viser at de fleste respondentene opplever at de ansatte på sykehjemmet får tilstrekkelig opplæring på områdene gjennomføring av dobbeltkontroll (69 %) og istandgjøring og utlevering av legemidler (62 %).

Tabellen viser også at det er større variasjon i svarene når det gjelder opplæring i kommunens rutiner og prosedyrer for legemiddelhåndtering (44 prosent), samt metoder for legemiddelgjennomgang (44 prosent) og legemiddelsamstemming (38 prosent). Det kan tyde på at disse områdene er mindre kjent blant respondentene, og at det være er rom for forbedring i opplæringen på områdene.

Tabellen viser også at det er en relativt høy andel som svarer vet ikke/ikke relevant på alle områdene, spesielt på kommunens rutiner og prosedyrer for legemiddelhåndtering (38 prosent). Det kan tyde på at flere respondenter opplever at det er gitt noe opplæring i disse prosessene. Det kan også forklares med at flere av respondentene ikke anser spørsmålene som relevante for dem, for eksempel ansatte i hjemmetjenesten, som ikke arbeider direkte med eller er kjent med legemiddelhåndteringen ved sykehjemmet.

En analyse av hvem som svarer i noen grad og i liten grad viser at dette i hovedsak er ansatte ved sykehjemmet, i tillegg til enkelte ansatte ved hjemmetjenesten.

Tabell 15 Spørreundersøkelsen: I hvilken grad får relevant helsepersonell **på sykehjemmet** tilstrekkelig opplæring på følgende områder (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)

Spørsmål	I liten eller svært liten grad	I noen grad	I stor eller svært stor grad	Vet ikke/ikke relevant
gjennomføring av dobbeltkontroll?	0 %	6 %	69 %	25 %
istandgjøring og utlevering av legemidler?	0 %	12 %	62 %	25 %
kommunens rutiner og prosedyrer for legemiddelhåndtering?	0 %	19 %	44 %	38 %

legemiddelgjennomgang som metode	0 %	31 %	44 %	25 %
legemiddelsamstemming som metode?	6 %	38 %	31 %	25 %

Når det gjelder hjemmetjenesten viser tabell 16 at områdene dobbeltkontroll (50 prosent) og istandgjøring og utlevering av legemidler (38 prosent), har høyest andel respondenter som svarer at de ansatte får tilstrekkelig opplæring. Dette kan tyde på at hjemmetjenesten har gode rutiner for å sikre at de ansatte får tilstrekkelig opplæring på disse områdene.

Områdene kommunens rutiner og prosedyrer for legemiddelhåndtering (31 prosent), og metoder for legemiddelgjennomgang (19 prosent) og legemiddelsamstemming (12 prosent), har til sammenligning en lavere andel respondenter som svarer at de får tilstrekkelig opplæring. Samtidig er det en noe høyere andel som svarer i noen grad. Dette kan tyde på at kommunen i mindre grad har gi de ansatte opplæring og veiledning på disse områdene.

Tabellen viser også at det er en stor andel som svarer vet ikke/ikke relevant på alle områdene. Dette kan forklares med at det er få ansatte fra hjemmetjenesten som har svart på undersøkelsen.

En analyse av hvem som svarer i noen grad og i liten grad viser at dette er ansatte fra både hjemmetjenesten og sykehjemmet.

Tabell 16 Spørreundersøkelsen: I hvilken grad får relevant helsepersonell i hjemmetjenesten tilstrekkelig opplæring på følgende områder (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)

Spørsmål	I liten eller svært liten grad	I noen grad	I stor eller svært stor grad	Vet ikke/ikke relevant
gjennomføring av dobbeltkontroll?	0 %	0 %	50 %	50 %
istandgjøring og utlevering av legemidler?	0 %	6 %	38 %	56 %
kommunens rutiner og prosedyrer for legemiddelhåndtering?	0 %	12 %	31 %	56 %
legemiddelgjennomgang som metode	0 %	19 %	19 %	62 %
legemiddelsamstemming som metode?	6 %	19 %	12 %	62 %

Virksomhetsleder opplyser at legemiddelhåndtering fungerer greit når det gjelder kompetanse. Kommunen har gode rutiner for opplæring med blant annet oppfriskningskurs og temakurs gjennom blant annet elæring. Virksomhetsleder opplyser også at det er en fagansvarlig i hver avdeling (hjemmetjenester og hjemmesykepleie), som er avdelingsleders forlengede arm. De er med på legevisitter og sørger for at årlige gjennomgang blir gjennomført i tråd med rutine. De følger også opp ekstra når det gjelder pasientenes tiltaksplaner.

Avdelingsleder ved sykehjem opplyser at nyansatte får god opplæring før de kan gi medisiner. Det er utarbeidet et eget opplæringshefte, som benyttes i den sammenheng. Avdelingsleder opplyser også at sykehjemmet har noen ansatte som er ufaglærte, men de er gjerne i et utdanningsløp for å bli hjelpepleier/helsefagarbeider el sykepleier. Lederne følger opp at ansatte gis både kurs og praktisk

opplæring, slik at ansatte er skikket til å gi medisiner. Dette gjelder både sykehjemmet og hjemmetjenesten.

Avdelingsleder for hjemmetjenesten forteller i intervju at kommunen har et godt tilbud om e-læringskurs, internundervisning og kursing fra farmasøyt og tannpleier.

Tilsynslegen mener det kan være et potensial for å i større grad tilby videreutdanning til ansatte. Tilsynslege opplever likevel at kommunen har dyktige ansatte. Det har vært mindre utskifting av personale og mindre vikarbruk sammenlignet med flere andre kommuner. De ansatte har også bedre språkferdigheter enn flere andre steder. På enkelte andre sykehjem kan det være en utfordring at flere ansatte i liten grad behersker norsk. Dette er ikke en utfordring på sykehjemmet i Hemsedal.

I faktahøringen understreker imidlertid virksomhetsleder at kommunen i stor grad tilbyr videreutdanning til ansatte som ønsker dette.

Avdelingsleder ved hjemmetjenesten opplyser at både sykehjemmet og hjemmetjenesten har god kompetanse innen legemiddelhåndtering. Retningslinjene setter også krav til opplæring og hvem som kan gjøre hva. Det er positivt at kommunen kontrolleres av farmasøyt årlig. Farmasøyten holder også kurs og står for opplæring av ansatte. Kommunen gjennomfører også E-læringskurs i legemiddelhåndtering, samt oppfrisknings- og opplæringskurs.

Ifølge årsrapport fra farmasøyten som gjennomfører internrevisjon, holdt farmasøyten to oppfriskningskurs for sykepleiere/vernepleiere og helsefagarbeidere med fokus på blant annet analgetika, psykofarmaka, og legemiddelhåndtering i 2023. Kursene hadde henholdsvis 11 deltakere og 21 deltakere og varte i 1,5 timer.¹³⁷ I 2022 holdt farmasøyt oppfriskningskurs for sykepleiere/vernepleiere og helsefagarbeidere, med fokus på utdeling av legemidler og diabetesbehandling uten insulin.

Avdelingsleder for hjemmetjenesten opplyser også at kompetansen til de ansatte har blitt bedre etter kommunen startet med faste e-læringskurs. Dette er gode kurs som de ansatte skal gjennomføre jevnlig. Kommunen har også stort fokus på legemiddelhåndtering og sørger for at de ansatte er trygge på det. Det har også vært fokus på å skrive avvik på området.

4.7. Avvikshåndtering om legemidler

Revisjonen har mottatt til sammen 34 registrerte avvik som gjelder legemiddelhåndtering i 2022 og 2023, hvorav 27 gjelder hjemmetjenester og 7 gjelder sykehjemmet. De fleste avvikene gjelder hjemmetjenestene. Ved sykehjemmet ble det registret kun 2 avvik i 2023 og 5 i 2022. De fleste avvikene gjelder at medisin ikke er gitt til pasientene. Det er også noen få avvik som gjelder at ansatte ikke har signert i forbindelse med kontroll.

Tabell 17 viser at det har vært en liten økning i antall registrerte avvik som gjelder legemiddelhåndtering fra 2022 til 2023, fra 16 til 18 meldte avvik totalt. Tabellen viser også at det er en forskjell mellom sykehjemmet og hjemmetjenestene i antall registrerte avvik. Hjemmetjenestene har hatt nesten fire

¹³⁷ Sykehusapotekene (2023) Årsrapport 2023 Hemsedal kommune

ganger så mange registrerte avvik som sykehjemmet når i begge årene ses samlet, med henholdsvis 27 mot 7 avvik totalt.

Tabell 17 Antall registrerte avvik knyttet til legemiddelhåndtering i Hemsedal kommune i 2022 og 2023

Avdeling	2022	2023	Totalsum
Sykehjemmet (Bygdaheimen)	2	5	7
Hjemmetjenester	14	13	27
Totalsum	16	18	34

Revisjonen har kartlagt hva respondentene i spørreundersøkelsen mener om kommunens avvikshåndtering. Tabell 18 viser at de fleste respondentene (56 prosent) erfarer at det er klart og tydelig hva de ansatte skal melde inn i kommunens avvikssystem når det gjelder legemiddelhåndtering i sykehjemmet. Det er imidlertid en lavere andel (50 prosent) svarer at alle relevante avvik meldes. Det er også en lavere andel av respondentene som svarer om at ledelsen iverksetter hensiktsmessige tiltak for å lukke innmeldte avvik på sykehjemmet. Kun 25 prosent av respondentene svarer i stor eller svært stor grad på dette spørsmålet. Dette kan tyde på at ikke alle respondenter opplever at ledelsen i tilstrekkelig grad følger opp avvikene som meldes inn.

En nærmere analyse av hvem som svarer i noen grad viser at dette i hovedsak består av respondenter fra sykehjemmet. Fire av ti respondenter på sykehjemmet svarer i noen grad på spørsmål om det er klart og tydelig og like mange svarer i noen grad på om alle relevante avvik meldes. Seks av ti ansatte på sykehjemmet svarer i noen grad på spørsmål om ledelsen iverksetter hensiktsmessige tiltak for å lukke avvikene

Tabell 18 Spørreundersøkelsen: Spørsmål om avvikshåndtering ved legemiddelhåndtering **på sykehjemmet** (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)

Spørsmål	I liten eller svært liten grad	I noen grad	I stor eller svært stor grad	Vet ikke/Ikke relevant
I hvilken grad er det klart og tydelig hva de ansatte skal melde inn i kommunens avvikssystem når det gjelder legemiddelhåndtering?	0 %	25 %	56 %	19 %
I hvilken grad melder de ansatte inn alle relevante avvik i kommunens avvikssystem som gjelder legemiddelhåndtering?	0 %	31 %	50 %	19 %
I hvilken grad iverksetter ledelsen hensiktsmessig tiltak for å lukke innmeldte avvik som gjelder legemiddelhåndtering?	0 %	38 %	25 %	38 %

Når det gjelder avvikshåndtering for legemiddelhåndtering i hjemmetjenesten svarer en stor andel av respondentene at de ikke vet eller at det ikke er relevant. Dersom vi ser bort fra disse er det høy grad av enighet blant respondentene om at det er klart og tydelig hva de skal melde inn i avvikssystemet i hjemmetjenesten, og at de melder inn alle relevante avvik. Samtlige fire ansatte fra hjemmetjenesten har svart i stor eller svært stor grad på dette, mens ingen svarer i liten eller svært liten grad.

Som for sykehjemmet er det en lavere andel som mener at ledelsen iverksetter hensiktsmessige tiltak for å lukke innmeldte avvik. Bare en av fire respondenter svarer i stor eller svært stor grad på dette spørsmålet. Dette kan tyde på at de ansatte opplever at de ikke får tilstrekkelig tilbakemelding eller oppfølging på avvikene de melder inn, eller at de ikke er informert om hvilke tiltak som settes i verk.

En analyse av hvem som svarer i noen grad på spørsmål viser at dette i hovedsak gjelder ansatte på sykehjemmet.

Tabell 19 Spørreundersøkelsen: Spørsmål om avvikshåndtering av legemiddelhåndtering i hjemmetjenesten (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)

Spørsmål	I liten eller svært liten grad	I noen grad	I stor eller svært stor grad	Vet ikke/Ikke relevant
I hvilken grad er det klart og tydelig hva de ansatte skal melde inn i kommunens avvikssystem når det gjelder legemiddelhåndtering?	0 %	6 %	38 %	56 %
I hvilken grad iverksetter ledelsen hensiktsmessig tiltak for å lukke innmeldte avvik som gjelder legemiddelhåndtering?	0 %	6 %	31 %	62 %
I hvilken grad melder de ansatte inn alle relevante avvik i kommunens avvikssystem som gjelder legemiddelhåndtering?	0 %	19 %	25 %	56 %

Virksomhetsleder forklarer at de ansatte generelt registrerer færre avvik etter at kommunen byttet kvalitet- og avvikssystem fra Risk manager til Compilo. Ifølge virksomhetsleder skyldes differansen at det nå er en del underregistrering/-rapportering og det er trolig behov for mer opplæring i det nye systemet.

Virksomhetsleder opplyser videre at når det gjelder oppfølging av innmeldte avvik mottar avdelingsleder avvikene og går gjennom hendelsene med den ansatte som melder inn. Avvikene følges også opp i forbindelse med gruppemøter om nødvendig. Alvorlig hendelser meldes også videre til virksomhetsleder. Avvikene gjennomgås også jevnlig med avdelingsleder, tillitsvalgte og verneombud for å se om det er forhold som går igjen. Virksomhetsleder får jevnlig (månedlig/årlig) en oversikt over alle avvik som er meldt med forslag til tiltak og forbedringspotensialet.

Avdelingsleder ved sykehjemmet forklarer i intervju at kommunen har hatt fokus på å melde avvik i forbindelse med at det er kjøpt inn et nytt system og trekker fram at de ansatte melder en del avvik knyttet til legemiddelhåndtering. Avdelingsleder forklarer også eventuell underreportering med at man erfarer at det er tungvint å melde avvik i det nye systemet Compilo, samt at det er et forholdsvis nytt system.

Avdelingsleder ved sykehjemmet forklarer videre at flere avvik blir gitt/drøftet muntlig med leder, uten at det registreres i systemet. Avdelingsleder forsøker å få til en gjennomgang av avvikene i personalmøter hver 14 dag.

Avdelingsleder ved hjemmetjenesten opplyser at ansatte generelt er flinke til å rapportere avvik på legemiddelhåndtering, men forklarer at det sjelden registres avvik på manglende dobbeltkontroll.

Avdelingsleder for hjemmetjenesten opplyser også at det for noen år siden var utfordrende å få ansatte til å melde avvik. Det ble derfor jobbet mye med avvikshåndtering i kommunen og de ansatte ble etterhvert mer kjent med systemet for å melde avvik. Avdelingsleder mener også at overgangen til et nytt system kan forklare at ansatte ikke melder alle relevante avvik .

Avdelingsleder for hjemmetjenesten opplever ellers at Compilo er et godt system for å følge opp avvik. Risk manager var imidlertid et bedre system når det gjelder å melde avvik, men Compilo er bedre på å følge opp avvikene.

4.8. Rutiner for legemiddelhåndtering

Kommunen har sendt over gjeldende retningslinjer for legemiddelhåndtering Hemsedal kommune, med vedlegg. Det er utarbeidet egne retningslinjer for sykehjemmet og for hjemmetjenestene.

Virksomhetsleder utdyper i intervju at kommunen har mange rutiner for legemiddelhåndtering, men det er usikkert hvor kjent de er i avdelingene. Det finnes også flere rutiner som ikke er skriftliggjort. Kommunen har nylig gått over til et nytt kvalitetssystem – Compilo , hvor alle rutiner skal legges inn.

Virksomhetsleder forklarer også at det er generelt lettere å holde oversikt over legemidler på sykehjemmet enn i hjemmesykepleien. Når det gjelder hjemmesykepleien oppleves samarbeidet med fastlegene som det mest utfordrende punktet. For pasienter som bor hjemme har fastlegene et hovedansvar for legemiddelhåndteringen.

Avdelingsleder for hjemmetjenesten opplyser at retningslinjer for legemiddelhåndtering ikke var så kjent for de ansatte tidligere. Dette har kommunen mer fokus på nå, blant annet ved at de tas det opp og gjennomgås jevnlig i fagmøter. Avdelingsleder for hjemmetjenester er i gang med å legge inn samtlige rutiner i Compilo. Det er en fin mulighet til å «rydde» i og skriftliggjøre rutiner som ikke er skriftliggjort. Men det er samtidig tidkrevende, og det kan være utfordrende å finne tid til det i en travel hverdag.

Revisjonen har kartlagt i spørreundersøkelsen om respondentene mener det er utarbeidet tilstrekkelig med skriftlige rutiner og prosedyrer om legemiddelhåndtering. Flertallet av respondentene (75 %) er helt eller delvis enige påstanden, mens ingen er uenige (se tabell 20). Dette kan tyde på at kommunen, ifølge respondentene, har utarbeidet et system som sikrer tilstrekkelig med skriftlige rutiner i legemiddelhåndteringen. Imidlertid svarer 19 % av respondentene at de ikke vet eller at spørsmålet ikke er relevant for dem, noe som kan indikere at noen ikke er kjent med eller bruker de skriftlige rutinene og prosedyrene.

Tabell 20 Spørreundersøkelsen: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om legemiddelhåndtering i Hemsedal kommune?
N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)

Spørsmål	Helt eller delvis uenig	Verken eller	Helt eller delvis enig	Vet ikke/Ikke relevant
Kommunen har utarbeidet tilstrekkelig med skriftlige rutiner og prosedyrer om legemiddelhåndtering	0 %	6 %	75 %	19 %

4.8.1. Nærmere om legemiddelbruk i Hemsedal kommune

Revisjonen har analysert legemiddelbruken til de utvalgte pasientene i saksgjennomgangen på både sykehjemmet og hjemmetjenesten. I vedlegg 3 er en oversikt over alle aktive medikamenter som pasientene i utvalget (18) mottar ifølge legemiddellistene i journalsystemet Gerica.¹³⁸

De utvalgte pasientene i både sykehjem og hjemmetjenesten benytter relativt mange medisiner. Tabellen nedenfor viser at det samlet er registret 79 aktive medisiner fordelt på 9 pasienter i hjemmetjenesten. Tilsvarende er det registret 67 medisiner fordelt på like mange pasienter på sykehjemmet. Dette gir et gjennomsnitt på 9 medisiner per pasient i hjemmetjenesten og 7 medisiner per pasient i hjemmesykepleie.

Tabell 21 Antall medisiner i saksgjennomgangen

Beregning	Sykehjem (n = 9)	Hjemmetjenesten (n = 9)
Minimum	3	6
Median	5	9
Gjennomsnitt	7	9
Maksimum	15	13
Totalt	67	79

Avdelingsleder ved sykehjemmet forklarer at sykehjemmet har fått tilbakemelding fra farmasøyten som gjennomfører internrevisjon at sykehjemmet har et lavt forbruk av vanedannende A og B preparater, sammenlignet med andre sykehjem. De ansatte forsøker å roe ned pasientene i stedet for å gi beroligende eller angstdempende midler om mulig.

Helsedirektoratet publiserer noe statistikk om antibiotikabruk i sykehjem. Tabell 22 viser at 13 prosent av beboerne (4 beboere) fikk minst ett antibiotikum i 2022, mot 5 prosent (en beboer) i 2021 ifølge data fra helsedirektoratet. Det var også 7 prosent av beboerne (2 beboere) som fikk metenamin (Hiprex) på måletidspunktet i mai 2022, mot ingen i 2021.

Tabell 22 Andel beboere med metenamin og antibiotika

Måltall	2018	2019	2020	2021	2022
Andel beboere i sykehjem som fikk minst ett antibiotikum (ekskludert metenamin) på målingstidspunktet.	0	4,3	NA	5	13,3
Andel beboere i sykehjem som fikk metenamin (Hiprex) på målingstidspunktet.	0	0	NA	0	6,7
Totalt antall beboere på sykehjem på målingstidspunktet	NA	23	NA	20	30

¹³⁸ Forklaringene til legemiddelene er hentet fra [Felleskatalogen](#).

4.9. Legemiddelsamstemming

I kommunens retningslinjer for legemiddelhåndtering ved både sykehjemmet og hjemmetjenesten framgår det under overskriften «samstemming av legemiddellister ved ny pasient» at samstemming av medisinlister skal utføres før det bestilles multidoser eller fylles dosett. Med samstemt medisinliste menes i denne forbindelse at medisinliste fra fastlege, eller andre leger, er gjennomgått med pasienten (evt. pårørende) av sykepleier/vernepleier i kommunehelsetjeneste og at det er konkludert med hvilke legemidler pasienten faktisk bruker. Legemiddelsamstemmingen omfatter både reseptpliktige legemidler, reseptfrie, legemidler, naturmidler, kosttilskudd. Utført samstemming dokumenteres som journalnotat i Gericca, med angivelse av kilder som liste fra fastlege, pasient, pårørende, epikrise. Sykepleier/vernepleier skal deretter vurdere om det er behov for å kontakte fastlege for legemiddelgjennomgang. Dette gjelder blant annet hvis det er uoverensstemmelser mellom pasientens oppgitte medisinbruk og fastlegens liste.¹³⁹

Rutinene stiller krav til kompetanse ved at det er angitt at det er sykepleier eller vernepleier som skal gjennomføre legemiddelsamstemmingen. Rutinene stiller imidlertid ikke krav om teoretisk og praktisk opplæring i metodene for legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang.¹⁴⁰

Rutinene stiller også krav til brukermedvirkning. Det framgår også at medisinlisten skal gjennomføres med pasienten, eventuelt med pårørende.¹⁴¹

Saksgjennomgangen viser at helsepersonell i liten grad dokumenterer i pasientjournalen at legemiddelsamstemming er gjennomført. Revisjonen har foretatt en stikkprøvebasert gjennomgang, men har ikke funnet at legemiddelsamstemming er dokumentert i egne journalnotat i pasientjournal.

I faktahøringen forklarer virksomhetsleder at kommunen har rutiner for å sikre legemiddelsamstemming, men at det «råder litt forvirring» rundt begrepene legemiddelgjennomgang og legemiddelsamstemming. Det framgår heller ikke av dokumentasjonssystem hvor dette skal føres inn. Dette skal imidlertid kommunen se nærmere på.

I kommunens risikovurdering av legemiddelprosessen på sykehjemmet, datert 10. november 2023 er legemiddelsamstemming et tiltak rettet mot å unngå flere ulike legemiddellister. I den forbindelse skal det innhentes opplysninger fra blant annet fastlege, sykehus, legevakt og hjemmesykepleien. Avklaringer gjøres i e-link (PLO- meldinger) og dokumenteres i journalsystemet Gericca.¹⁴²

E-link, eller [PLO-meldinger](#), er standardiserte meldingstyper som brukes for å sikre at tilstrekkelig og relevant informasjon følger pasienten ved overføring mellom kommune, fastlege og helseforetak, samt

¹³⁹ Hemsedal kommune. Retningslinjer for legemiddelhåndtering i Hemsedal kommune. For inneliggende pasienter ved Hemsedal Bygdaheim. Revidert Desember 2023.

¹⁴⁰ Hemsedal kommune. Retningslinjer for legemiddelhåndtering i Hemsedal kommune. For inneliggende pasienter ved Hemsedal Bygdaheim. Revidert Desember 2023.

¹⁴¹ Hemsedal kommune. Retningslinjer for legemiddelhåndtering i Hemsedal kommune. For inneliggende pasienter ved Hemsedal Bygdaheim. Revidert Desember 2023.

¹⁴² Hemsedal kommune (2023) Risikovurdering av legemiddelprosessen

mellom aktører innad i kommunehelsetjenesten. Disse meldingene er en del av elektronisk meldingsutveksling i helsesektoren og skal bidra til en trygg og effektiv informasjonsflyt.

I spørreundersøkelsen har revisjonen kartlagt i hvilken grad respondentene erfarer legemiddelsamstemming alltid gjennomføres når lege eller sykehjem overtar behandlingsansvaret, ved oppstart av vedtak om hjelp til legemiddelhåndtering, før det bestilles multidose og, ved mistanke om utfordringer med legemiddelbehandlingen.

Tabell 23 viser at de ansatte i høy grad svarer at det gjennomføres legemiddelsamstemming ved sykehjemmet. Dette gjelder både når det er mistanke om utfordringer med legemiddelbehandlingen, når lege eller sykehjem overtar behandlingsansvaret, og ved oppstart av vedtak om hjelp til legemiddelhåndtering. Det er ingen respondenter som svarer i liten eller i noen grad, men det er flere som svarer «Vet ikke/Ikke relevant». Det er imidlertid mer usikkerhet når det kommer til bestilling av multidose, hvor halvparten av respondentene melder at legemiddelsamstemming skjer i stor eller svært stor grad, mens 50% svarer vet ikke/ikke relevant.

De ansatte på sykehjemmet og i hjemmetjenesten svarer relativt likt på spørsmålene om legemiddelsamstemming for pasienter som bor på sykehjemmet. Begge legene som har svart på undersøkelsen svarer også i stor eller svært stor grad på alle spørsmålene om legemiddelsamstemming på sykehjemmet.

Tabell 23 I hvilken grad gjennomføres alltid legemiddelsamstemming for **pasienter som bor på sykehjemmet**. (n = 16)

Spørsmål	I liten eller svært liten grad	I noen grad	I stor eller svært stor grad	Vet ikke/Ikke relevant
...ved mistanke om utfordringer med legemiddelbehandlingen?	0 %	0 %	75 %	25 %
...når lege eller sykehjem overtar behandlingsansvaret?	0 %	0 %	69 %	31 %
...ved oppstart av vedtak om hjelp til legemiddelhåndtering?	0 %	0 %	69 %	31 %
...før det bestilles multidose?	0 %	0 %	50 %	50 %

Tabell 24 viser det generelt er en mer usikkerhet blant respondentene når det gjelder om legemiddelsamstemming alltid gjennomføres for pasienter som bor hjemme. Halvparten av respondentene svarer at legemiddelsamstemming i stor eller svært stor grad gjennomføres ved mistanke om utfordringer med legemiddelbehandlingen, og ved oppstart av vedtak om hjelp til legemiddelhåndtering. Til sammenligning er det færre som svarer i stor eller svært stor grad før det bestilles multidose og når lege eller sykehjem overtar behandlingsansvaret. For alle spørsmålene er det imidlertid en høy andel respondenter som svarer «vet ikke/ikke relevant».

Respondentene som svarer i noen grad eller i liten grad (det vil si at det er et forbedringspotensial) er i hovedsak ansatte i hjemmetjenesten eller lege. Det er enkelte ansatte i hjemmetjenesten som svarer at legemiddelsamstemming i liten grad gjennomføres ved oppstart av vedtak om hjelp til legemiddelhåndtering og før det bestilles multidose. Det er også enkelte som erfarer at legemiddelsamstemming kun i noen grad gjennomføres når lege eller sykehjem overtar

behandlingsansvaret. Den ene legen svarer også i noen grad på spørsmål om legemiddelsamstemming gjennomføres når lege eller sykehjem overtar behandlingsansvaret eller ved mistanke om utfordringer med legemiddelbehandlingen.

Tabell 24 I hvilken grad gjennomføres alltid legemiddelsamstemming for **pasienter som bor hjemme**. (n = 16)

Spørsmål	I liten eller svært liten grad	I noen grad	I stor eller svært stor grad	Vet ikke/Ikke relevant
ved mistanke om utfordringer med legemiddelbehandlingen?	0 %	6 %	50 %	44 %
ved oppstart av vedtak om hjelp til legemiddelhåndtering?	6 %	0 %	50 %	44 %
før det bestilles multidose?	6 %	0 %	44 %	50 %
når lege eller sykehjem overtar behandlingsansvaret?	0 %	12 %	38 %	50 %

Virksomhetsleder opplyser i intervju at legemiddelsamstemming fungerer bra på sykehjemmet, men at det er mer utfordrende i hjemmetjenesten. Kommunen har generelt mer kontroll på sykehjemmet enn i hjemmetjenesten når det gjelder legemiddelhåndtering .

Virksomhetsleder forklarer vider at legemiddellistene samstemmes når sykehjemmet overtar ansvaret for pasientene. Virksomhetsleder mener legemiddelsamstemming bør være i orden på sykehjemmet, og viser til at sykehjemmet har en dyktig tilsynslege som følger opp dette. Men selv om kommunen har gode rutiner kan det skje feil (glipp) og det er viktig å jobbe med kontinuerlig kvalitetsforbedring.

Avdelingsleder ved sykehjem viser også i intervju til at tilsynslegen oppdaterer og signerer legemiddellistene for pasientene på sykehjemmet. Tilsynslegen går gjennom og oppdaterer legemiddellistene med bruker (der det er mulig) og eventuelt med pårørende. Tilsynslegen er ansatt med 16 % stilling på sykehjemmet, og er til stede hver torsdag. Avdelingsleder erfarer at tilsynslegen er veldig tilgjengelig for pasientene på sykehjemmet. Sykehjemmet bruker heller tilsynslegen, enn å ringe til legevakt ved behov for lege.

Avdelingsleder ved sykehjemmet utdyper at legemiddellistene oppdateres i forbindelse med legevisitter og signeres av sykehjemslegen, samt to sykepleiere. Avdelingsleder mener derfor at legemiddellistene skal være oppdatert og samstemt for alle pasientene på sykehjemmet. Avdelingsleder ved sykehjemmet opplyser også at sykehjemmet har egne medisinpermer som ligger på medisintrallen. Legemiddellistene blir også scannet inn journalsystemet Gericap per bruker i etterkant.

Tilsynslegen (som også er fastlege i Hemsedal) opplyser i intervju at det er gode rutiner for legemiddelsamstemming ved legekantoret. Tilsynslegen forklarer imidlertid at det ikke finnes noe eget system for legemiddelsamstemming på sykehjemmet. Tilsynslegen går rutinemessig gjennom legemiddellistene når nye pasienter kommer inn, når det gjøres endring på medisinlister og ved planlagte årskonroller.

Tilsynslegen opplever at journalsystemet Gericap er gammelt og lite funksjonelt. Systemet er vanskelig å navigere i, noe som fører til at relevant informasjon er vanskelig tilgjengelig. Dette gjør at det er vanskelig for tilsynslegen å lese seg effektivt opp på pasienter før legevisitt. Ideelt sett burde det vært et felles

journalssystem for fastlege, sykehjem og sykehus, men tilsynslegen opplever ikke det som en stor utfordring.

Tilsynslege (som også er fastlege) forklarer også at det til sammenligning er et bedre system for legemiddelsamstemming ved legekantoret. Fastlegene bruker et skybasert journalssystem (PriDoc EPJ) som gir automatisk tilgang til pasientenes resepter og blodprøveresultater. Legene rydder og samstemmer dermed hver gang de er innom modulen for enkeltpasienter. Tidligere måtte legene i større grad innhente informasjon fra flere steder for å samstemme legemidlene.

Tilsynslegen forklarer også at legemiddellisten tas opp i forbindelse med legevisittene og går gjennom i forbindelse med legevisittene på torsdager. Medisinlisten endres da i Gerica ved behov og papirkopi skrives ut og signeres. Dette gjøres umiddelbart etter legevisitten. Dersom legemiddelbruk startes/endres per telefon sender legene gjerne et skriftlig notat og sykepleier endrer listene i Gerica i etterkant. Dette kan for eksempel skje dersom pasientene har behov for antibiotika. Tilsynslegen opplever at kommunikasjonen med de ansatte på sykehjemmet er god og at det er lav terskel på sykehjemmet for å ta kontakt.

Når det gjelder hjemmesykepleien forklarer tilsynslegen (som også er fastlege) at det sendes meldinger via elink (PLO -meldinger) mellom hjemmesykepleien og fastlegen ved behov for endringer i medisinbruken. Dersom endringene haster, ringer fastlegen til hjemmesykepleien for å sikre at beskjeden blir mottatt og gis skriftlig beskjed via elink. Tilsynslegen opplever å få svar tilbake fra hjemmesykepleien og at det legen bestemmer blir fulgt opp av de ansatte i hjemmesykepleien.

Oppsummert mener tilsynslegen at alle pasientene på sykehjemmet har en oppdatert og sammenstilt legemiddelliste. Når det gjelder hjemmetjenesten mener tilsynslege også at de hjemmeboende pasientene i all hovedsak har en oppdatert og sammenstilt legemiddelliste. Når det gjelder pasienter med fastlege i annen kommune kan det imidlertid være en utfordring, men dette gjelder svært få pasienter.

Avdelingsleder ved hjemmetjenesten opplyser også at sykehjemmet og hjemmesykepleien jobber tett og deler på sykepleierressurser, og at de har et tett og godt samarbeid med fastlegene. Avdelingsleder forklarer at de bruker skriftlige avtaler og e-link (PLO-meldinger) for å sikre oppdaterte og samstemte legemiddellister for pasientene. Hjemmesykepleien får også raskt tak i leger ved behov og det er kort avstand mellom sykehjemmet/hjemmetjenesten og legesenteret.

Avdelingsleder ved hjemmetjenesten forklarer at legemiddelsamstemming i hovedsak skjer ved oppstart av tjenester og i overgangsfaser, for eksempel ved overgang fra sykehus. Avdelingsleder utdyper at tjenestene starter ved at hjemmesykepleien først får en henvendelse fra enten bruker eller pårørende selv, eller fra sykehus eller lege. Henvendelsene kan gjelde forskjellige typer behov. Hvis brukerne har behov for hjelp med legemidler, kartlegger hjemmesykepleien hvilke legemidler pasienten bruker ved oppstart av tjenestene.

Avdelingsleder ved hjemmetjenesten forklarer videre at kartleggingen gjennomføres på bakgrunn av det bruker/pårørende sier at pasientene bruker av legemidler. I hjemmet kan det imidlertid være utfordrende å avklare hvilke medisiner og helsekostprodukter som faktisk blir brukt, sammenlignet med på sykehjemmet. Det er også viktig å ta hensyn til pasientenes ønsker og privatliv og at hjemmesykepleien

opererer i pasientens hjem. Det kan derfor være legemidler som ikke blir oppgitt. De ansatte leter ikke i skuffer og skap etter legemidler, som pasienten eller pårørende selv ikke oppgir. Det kan derfor være legemidler som ikke blir oppgitt av pasientene eller pårørende.

Avdelingsleder for hjemmetjenester forklarer derfor at legemiddelhåndtering er mer utfordrende i hjemmesykepleien enn på sykehjemmet

Avdelingsleder for hjemmetjenesten utdyper videre at de ansatte deretter lager en skriftlig avtale mellom bruker, lege og hjemmesykepleier hvor det klargjøres hvem som følger opp hva. Det blir deretter skrevet et medisinark fra lege, som hjemmesykepleien følger opp. Dette medisinarket samsvarer med medisinlisten i Geric, som også oppdateres løpende i forhold til medisinarket. Medisinarket signeres også av fastlege etter alle endringer. Det er i denne forbindelse en fordel at det er kort avstand mellom sykehjemmet (hvor også hjemmesykepleien holder til) og legesenteret.

Avdelingsleder for hjemmetjenesten opplyser videre at pasientene har mer ansvar selv når de er hjemmeboende, sammenlignet med de som bor på sykehjem. Hjemmesykepleien bruker derfor avtalen som inngås med pasient/pårørende aktivt. Her framgår det hva har pasienten ansvar for, hva har legen ansvar for og hva har hjemmetjenesten ansvar for. Avtalen evalueres jevnlig etter behov. Behovene endrer seg løpende.

Avdelingsleder for hjemmetjenester oppsummerer at de som bor hjemme i hovedsak har en sammenstilt og oppdatert legemiddelliste. Det hjemmesykepleien gir av legemidler samsvarer i hovedsak med det pasientene faktisk bruker, men det kan som sagt være noen legemidler de bruker i tillegg. Prosessen med legemiddelsamstemming fungerer i hovedsak bra. Det er et tett samarbeid med fastlegene og de får raskt tak i legene ved behov. Oppsummert har hjemmesykepleien god kommunikasjon med fastlegene og at de bruker skriftlige avtaler og elink (PLO-meldinger) for å sikre oppdaterte og samstemte legemiddellister for pasientene.

Avdelingsleder for hjemmetjenesten opplyser også at overgangsfasene, fra for eksempel fra sykehus til hjemmesykepleien, også har blitt bedre. PLO meldinger (E-link) benyttes til kommunikasjon med både sykehus og fastlegene. Avdelingsleder opplyser også at hjemmesykepleien har et tett og godt samarbeid med fastlegene. Hjemmesykepleie får raskt tak i leger ved behov. Sammenlignet med større kommuner/byer, er det god tilgang til leger i Hemsedal. For innbyggere med fastlege i andre kommuner kan det være utfordrende å få tak i legen, men dette skjer sjeldent. Det gjelder kun noen få pasienter. Hemsedal kommune har god fastlegedekning ifølge avdelingsleder .

4.10. Dokumenterte legevurderinger i journal

Det er [obligatorisk](#) for kommunen å registrere dersom pasientene har blitt vurdert av lege. Med vurdert av lege menes at personen har vært i direkte kontakt med lege (konsultasjon/sykebesøk), har gjennomgått undersøkelse eller er/har vært til behandling. Skjermutskriften nedenfor viser hvor denne informasjonen skal framkomme i journalsystemet Geric for en tilfeldig valgt pasient:

Skjermtskrift 1 Illustrasjon av hvor informasjon om legevurdering skal framkomme i journalsystemet Gerica:

Oversikt Detaljer Kontakter Gruppering Anmerkning Bokart IPLOS Egne felter

NY 📄 ✖

Personopplysninger

Vurdert av tann-helsepers.	<input type="text"/>	Behov for bistand arbeid og utdanning	2	<input type="text" value="Nei, ikke behov for bistand"/>
Vurdert av lege	<input type="text"/>	Mottar bistand arbeid og utdanning	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Husstand	1 Bor alene	Behov for transport arbeid og utdanning	2	<input type="text" value="Nei, ikke behov for transport"/>
Omsorg for barn	2 Nei	Mottar transport arbeid og utdanning	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Privat hjelp	1 Ja, inntil 3 timer/uke	Behov for bistand org., kultur og fritid	2	<input type="text" value="Nei, ikke behov for bistand"/>
Egnet bolig	1 Ja	Mottar bistand org., kultur og fritid	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Individuell plan	2 Nei, individuell plan er ikke utarbeidet	Behov for transport org., kultur og fritid	2	<input type="text" value="Nei, ikke behov for transport"/>
Koordinator oppnevnt	12 Nei, koordinator er ikke oppnevnt	Mottar transport org., kultur og fritid	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vurd. risiko underernæring	2 Nei	Legemiddelgjennomgang gjennomført	2	<input type="text" value="Nei"/>
Ernæringsplan utarbeidet	2 Nei	Ernæringsmessig risiko/underernæring	2	<input type="text" value="Nei"/>
Heldøgns tjenestetilbud	<input type="text"/>	Mottar (re-)habilitering	1	<input type="text" value="Ja"/> 07.02.2024
På venteliste	<input type="text"/>			

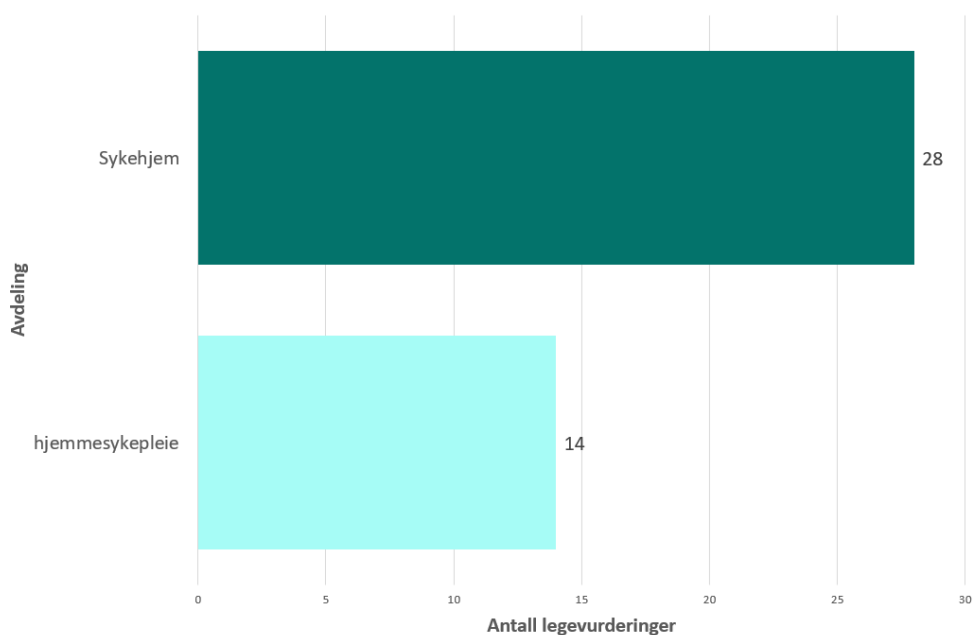
Fra dato	Til dato	Vurd Tann	Vurd Lege	Husstand	Omsorg Barn	Priv Hjelp	Bolig Tilr	Ind Plan	Har Koordinator	Ern Krt	Ern K
25.03.2024		.	.	1	2	1	1	2	12	2	
02.11.2020	24.03.2024	.	.	1	2	1	1	2	12	2	
24.02.2020	01.11.2020	.	.	1	2	1	1	2	12	2	
20.11.2015	23.02.2020	.	.	1	2	1	1	2	9	9	
26.05.2010	19.11.2015	.	.	1	2	1	1	2	0	0	
01.01.2007	25.05.2010	.	.	1		1	2	2	0	0	

Figuren og tabellen nedenfor viser at det er variasjon i antall registrerte legevurderinger i IPLOS for pasienter på sykehjemmet og i hjemmesykepleien. Pasientene på sykehjemmet har i gjennomsnitt flere registrerte legevurderinger enn pasientene hjemme, men det er også noen pasienter på sykehjemmet som har få registreringer. For de fleste pasientene registreres det om lag en legevurdering per år, men antallet er lavere i hjemmesykepleien sammenlignet med på sykehjemmet. Tabellen viser også at det er stor variasjon i antall registrerte legevurderinger per år.

Tabell 25 Dokumenterte legevurderinger i IPLOS. Hver rad representerer en pasient (N = 18)

Avdeling	Antall registrerte legevurderinger totalt	Antall registrerte legevurderinger per år fra første registrering til 30.4.2024	Første dato	Siste dato
sykehjem	7	0.88	5/11/2015	24/7/2023
sykehjem	5	1.25	23/4/2020	16/3/2023
sykehjem	4	1.33	27/8/2020	15/12/2022
sykehjem	3	0.38	15/7/2015	3/8/2023
sykehjem	3	0.75	24/10/2019	23/8/2023
sykehjem	2	2	15/9/2022	8/6/2023
sykehjem	2	2	1/9/2022	28/9/2023
sykehjem	1	1	16/2/2023	16/2/2023
sykehjem	1	1	3/8/2023	3/8/2023
Hjemmetj.	4	0.31	17/3/2011	20/12/2018
Hjemmetj.	3	0.38	26/1/2016	27/6/2023
Hjemmetj.	2	0.40	2/4/2019	15/1/2023
Hjemmetj.	1	0.11	26/6/2014	26/6/2014
Hjemmetj.	1	1.00	24/12/2023	24/12/2023
Hjemmetj.	1	1.00	16/2/2024	16/2/2024
Hjemmetj.	1	1.00	7/3/2024	7/3/2024
Hjemmetj.	1	1.00	18/3/2024	18/3/2024
Hjemmetj.	0	0.00		

Figur 11 Totalt antall registrerte legevurderinger per avdeling (N = 18)



Av intervjuene går det fram at pasientene på sykehjemmet jevnlig følges opp av tilsynslegen som er tilstede ukentlig, selv om disse vurderingene ikke nødvendigvis registreres i journalsystem/IPLOS.

4.11. Legemiddelgjennomgang

Kommunens skriftlige rutiner og retningslinjer omhandler ikke når legemiddelgjennomgang bør gjennomføres, men det framgår av rutinene at sykepleier/vernepleier skal vurderer om fastlege skal kontaktes for legemiddelgjennomgang etter legemiddelsamstemming.

Kommunen er pålagt å registrere dato for legemiddelgjennomganger i IPLOS/journalsystemet. Skjermutskriften nedenfor viser de aktuelle feltene for en tilfeldig valgt pasient.

Figur 12 Illustrasjon av kommunens registrering av legemiddelgjennomgang i IPLOS

Oversikt Detaljer Kontakter Gruppering Anmerkning Bokart IPLOS HLR - Egne felter																
Personopplysninger																
Vurdert av tann-helsepers.	27.06.2023	Behov for bistand arbeid og utdanning		9	Ikke relevant											
Vurdert av lege	16.03.2023	Mottar bistand arbeid og utdanning														
Husstand	1	Bor alene	Behov for transport arbeid og utdanning		9	Ikke relevant										
Omsorg for barn	2	Nei	Mottar transport arbeid og utdanning													
Privat hjelp	6	Nei	Behov for bistand org., kultur og fritid		1	Ja, behov for bistand										
Egnet bolig	1	Ja	Mottar bistand org., kultur og fritid													
Individuell plan	2	Nei, individuell plan er ikke utarbeidet		Behov for transport org., kultur og fritid		9	Ikke relevant									
Koordinator oppnevnt	12	Nei, koordinator er ikke oppnevnt		Mottar transport org., kultur og fritid												
Vurd. risiko underernæring	1	Ja	17.02.2023	Legemiddelgjennomgang gjennomført		1	Ja	16.03.2023								
Ernæringsplan utarbeidet	2	Nei		Ernæringsmessig risiko/underernæring		2	Nei									
Heldøgns tjenestetilbud	1	Ja		Mottar (re-)habilitering		2	Nei	22.04.2020								
På venteliste																
Fri Bist	Mottar	Fri Trans	Behov	Fri Trans	Mottar	Legmid	Gjnmng	egmid	Gjnmng	Dato	Ern Risk	Ern Risk	Dato	Rehab	Rehab	Dato
			9			1			1	16.03.2023	2			2		22.04.2020
			9			1			1	16.03.2023	2			2		22.04.2020
			2			1			1	16.03.2023	2			2		22.04.2020
			2			1			1	16.03.2023	2			2		22.04.2020
			2			1			1	08.09.2022	2			2		22.04.2020
			2			1			1	08.09.2022	1	08.11.2018		2		22.04.2020
			2			1			1	30.06.2022	1	08.11.2018		2		22.04.2020
			2			1			1	08.04.2021	1	08.11.2018		2		22.04.2020
			2			1			1	08.04.2021	1	08.11.2018		2		22.04.2020
			2			1			1	07.05.2020	1	08.11.2018		1		22.04.2020

Tabell 26 viser antall registrerte legemiddelgjennomganger for de utvalgte pasientene på sykehjemmet (9) og i hjemmesykepleien (9). Hver rad representerer en pasient (N = 18).

Tabellen viser at de ansatte nesten ikke registreres legemiddelgjennomganger for pasientene som bor hjemme. I hjemmetjenesten er det kun en pasient i saksgjennomgangen som har registrert en legemiddelgjennomgang. Til sammenligning er det registrert legemiddelgjennomganger på samtlige pasienter på sykehjemmet, men for mange er det kun registrert en legemiddelgjennomgang.

Tabell 26 Dokumentere legemiddelgjennomganger i IPLoS. Hver rad representerer en pasient (N = 18)

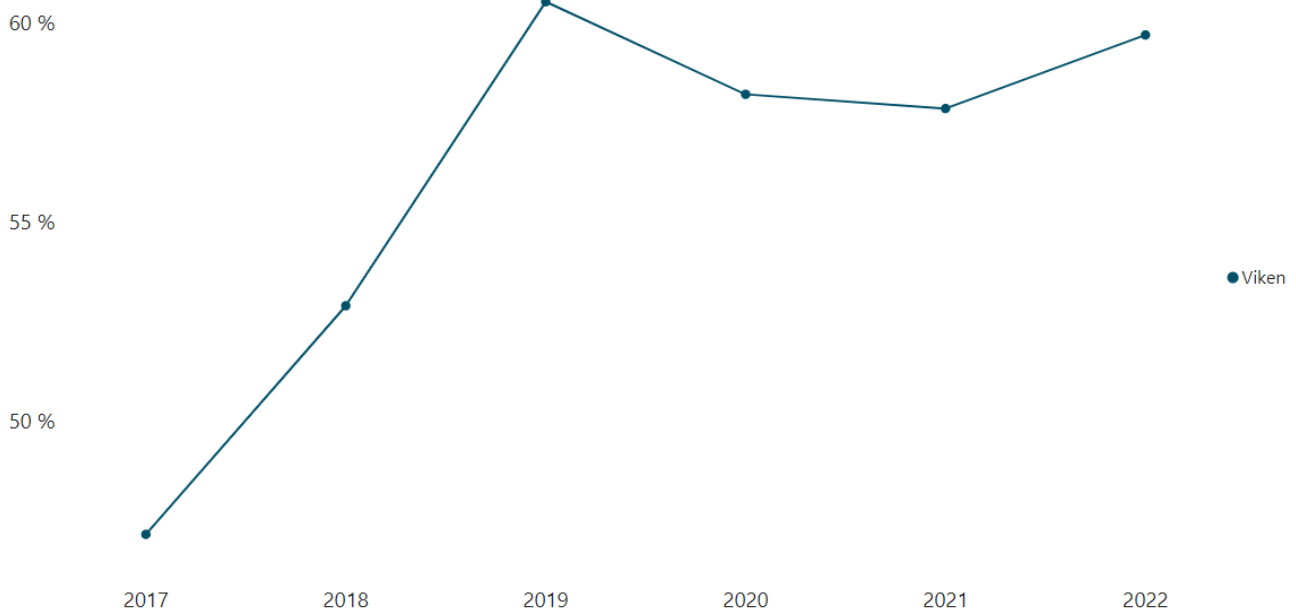
Enhet	Antall registrerte legemiddelgjennomganger	Antall per år fra første registrering til 30.4.2024	Første dato	Siste dato
Sykehjem	5	2	2020-05-07	2023-03-16
Sykehjem	4	1	2020-08-27	2022-12-15
Sykehjem	3	1	2020-04-30	2023-04-27
Sykehjem	3	1	2019-09-01	2023-06-08
Sykehjem	2	2	2022-09-01	2023-09-28
Sykehjem	1	1	2023-08-03	2023-08-03
Sykehjem	1	1	2023-08-03	2023-08-03
Sykehjem	1	1	2023-08-08	2023-08-08
Sykehjem	1	1	2023-02-16	2023-02-16
Hjemmetj.	1	1	2024-03-18	2024-03-18
Hjemmetj.	0	0		
Hjemmetj.	0	0		
Hjemmetj.	0	0		
Hjemmetj.	0	0		
Hjemmetj.	0	0		
Hjemmetj.	0	0		
Hjemmetj.	0	0		

Avdelingsleder ved hjemmetjenesten peker også i intervju på at det er et forbedringspotensial knyttet til å registrere gjennomførte legemiddelgjennomganger i IPLoS/Gerica.

Informasjonen kommunen rapporterer om legemiddelgjennomganger benyttes av Helsedirektoratet til å lage nasjonal statistikk. Figur 13 viser at om lag 60 prosent av beboerne (67 år og eldre) på langtidsopphold på sykehjem hadde legemiddelgjennomgang i løpet av de siste 12 månedene i Viken i 2022. Tilsvarende var det om lag 40 prosent som ikke hadde legemiddelgjennomgang. Tall om antall legemiddelgjennomganger er ikke tilgjengelig for Hemsedal kommune. Til sammenligning var det 58 prosent som hadde legemiddelgjennomgang på landsbasis i 2022.¹⁴³

¹⁴³ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/legemiddelgjennomgang-hos-beboere-p%C3%A5-sykehjem>

Figur 13 Andel beboerne (67 år og eldre) med legemiddelgjennomgang siste 12 månedene i Viken



Revisjonen har også kartlagt i spørreundersøkelsen om respondentene erfarer at kommunen gjennomfører legemiddelgjennomganger.

Tabell 27 viser at respondentene melder at legemiddelgjennomgang gjennomføres i stor eller svært stor grad overfor pasienter som bor på sykehjemmet. Det er høyest andel respondenter som svarer at det gjennomføres legemiddelgjennomgang når det er forverring av pasientens kliniske tilstand (75 prosent) eller mistanke om legemiddelrelaterte problemer (75 prosent). Det er til sammenligning en noe lavere andel som svarer at legemiddelgjennomgang gjennomføres minimum en gang årlig (62 prosent) eller minimum fire uker etter at sykehjem overtar behandlingsansvar for nye pasienter (62 prosent). Det er også en høyere andel som svarer vet ikke/ikke relevant, for det siste svaralternativet (25 prosent), sammenlignet med de øvrige svaralternativene.

En analyse av hvem som svarer i noen grad (det vil si at det kan være et forbedringspotensiale) viser at både tilsynslegen og ansatte ved sykehjemmet og i hjemmetjenesten svarer i noen grad på flere av svaralternativene.

Tabell 27 I hvilken grad gjennomføres alltid legemiddelgjennomgang for **pasienter som bor på sykehjemmet** (n = 16 ansatte og leger)

Spørsmål	I liten eller svært liten grad	I noen grad	I stor eller svært stor grad	Vet ikke/Ikke relevant
ved forverring av pasientens kliniske tilstand?	0 %	6 %	75 %	19 %
ved mistanke om mangelfull effekt, bivirkninger eller andre legemiddelrelaterte problemer?	0 %	6 %	75 %	19 %
minimum en gang årlig?	0 %	19 %	62 %	19 %
minimum fire uker etter at lege eller sykehjem overtar behandlingsansvar for nye pasienter?	0 %	12 %	62 %	25 %

Når det gjelder hjemmetjenesten viser tabell 28 at et flertall av respondentene (56 prosent) svarer at det i stor eller svært stor grad gjennomføres legemiddelgjennomgang for pasienter som bor hjemme ved forverring av pasientens kliniske tilstand eller ved mistanke om mangelfull effekt, bivirkninger eller andre legemiddelrelaterte problemer. Et mindretall av respondentene (38 prosent) svarer at legemiddelgjennomgang gjennomføres minimum fire uker etter at fastlege overtar behandlingsansvar for nye pasienter og mindre en av fem respondenter (19 prosent) melder at legemiddelgjennomgang gjennomføres minimum en gang årlig. Halvparten av respondentene svarer «vet ikke/Ikke relevant» på spørsmål om legemiddelgjennomgang gjennomføres minimum fire uker etter at lege overtar behandlingsansvar for nye pasienter eller minimum en gang årlig.

En nærmere analyse av hvem som svarer i liten grad eller i noen grad viser at det kun gjelder ansatte i hjemmetjenesten i tillegg til legene. Begge legene svarer enten i liten grad eller i noen grad på spørsmål om legemiddelgjennomgang gjennomføres minimum årlig for pasienter som bor hjemme

Tabell 28 I hvilken grad gjennomføres alltid legemiddelgjennomgang for **pasienter som bor hjemme** (n = 16 ansatte og leger)

Spørsmål	I liten eller svært liten grad	I noen grad	I stor eller svært stor grad	Vet ikke/Ikke relevant
ved forverring av pasientens kliniske tilstand?	6 %	0 %	56 %	38 %
ved mistanke om mangelfull effekt, bivirkninger eller andre legemiddelrelaterte problemer?	0 %	6 %	56 %	38 %
minimum fire uker etter at lege overtar behandlingsansvar for nye pasienter?	0 %	12 %	38 %	50 %
minimum en gang årlig?	6 %	25 %	19 %	50 %

En ansatt i hjemmetjenesten opplyser i kommentarfelt til spørreundersøkelsen at det er behov for jevnlig gjennomgang av medisinalister for pasienter som bor hjemme for å vurdere nødvendigheten av tidligere tildelt medisin i forhold til pasientens alder, prøvesvar og helsetilstand.

En ansatt i hjemmetjenesten opplyser også i kommentarfelt at legene må bli flinkere til å sende e-link/PLO-melding dersom de gjør endringer i medisiner hos pasienter som har hjemmesykepleie og hvor hjemmesykepleien bistår med medisin håndtering. Den ansatte understreker at det ikke alltid blir gjort.

På åpent spørsmål i spørreundersøkelsen forklarer også tilsynslegen (som også er fastlege) at legene kan bli bedre på dokumentasjon av legemiddelgjennomgang. Videre utdyper tilsynslegen at flere

hjemmeboende eldre, som hjemmesykepleien har ansvar for, svært sjeldent er hos legen. For disse pasientene er det vanlig at sykepleierne ringer og fornyer resepter uten at pasientene har vært hos legen for legemiddelgjennomgang, kontroll av blodtrykk, blodprøver og andre indikasjoner, enkelte på flere år. Tilsynslegen forklarer også at det bør være et system i kommunen som sikrer at det gjennomføres oppfølging av lege for pasienter som bor hjemme minst årlig.

Tilsynslegen utdyper i intervju at det er en utfordring at en del pasienter som bor hjemme, sjelden er hos fastlegen. Disse bruker gjerne flere medisiner, og det gjennomføres sjelden legemiddelgjennomgang. De ringer ikke nødvendigvis legen og ber om hjelp, og ønsker ikke å være til bry. Pasientene opplever nok å bli godt ivaretatt av hjemmesykepleien, men pasienten bør ha tilsyn av lege minst en gang i året. Dette bør det være et system på. Hjemmetjenesten og fastlegene kunne vært flinkere til å samarbeide om dette. Tilsynslegen har tatt det opp med kommunen flere ganger.

Tilsynslegen forklarer at det er et system på sykehjemmet med årlige legemiddelgjennomganger og årskontroller, men at det finnes verktøy som kunne gjort gjennomgangen mer systematisk. Det er blant annet en manuell liste med årlige legemiddelgjennomganger, som signeres. Det er også innført en årskontroll av pasientene ved sykehjemmet som er mer utvidet enn bare legemiddelgjennomgang. Tilsynslegen gjennomfører legemiddelgjennomgangene sammen med sykepleier. I hjemmetjenesten er det en utfordring at en del pasienter sjelden er hos fastlegen, og det gjennomføres sjelden legemiddelgjennomgang.

Tilsynslege opplyser at noen pasienter er innom fastlegen for å fornye førerkortet, men dette gjelder ikke alle pasienter som bor hjemme. Det er eksempler på pasienter med flere legemidler, som ikke har vært hos fastlegen på over tre år. Tilsynslegen opplever også at fastlegene har god dialog med hjemmesykepleien gjennom e-link (PLO meldinger).

Tilsynslegen forklarer at det er mindre oppfølging fra lege av pasientene som bor hjemme, sammenlignet med de som bor på sykehjem. Fastlegene innkaller imidlertid pasienter til jevnlig kontroll eller oppfølgingstime når pasienten starter opp på nytt legemiddel eller har andre problemstillinger som må kontrolleres.

Tilsynslegen forklarer også at fastlegene på legekantoret ønsker at det etableres rutiner for at det gjennomføres et samarbeidsmøte når pasienter skrives ut fra sykehus. Det er ofte i disse tilfellene det er størst endringen i legemidler.

Tilsynslegen opplyser videre at Hemsedal kommune ikke systematisk gjennomfører tverrfaglige møter per pasient, men legene kalles inn til samarbeidsmøter og hjemmebesøk ved behov. Tilsynslegen forklarer at tverrfaglige møter burde vært satt mer i system i kommunen. Tverrfaglige møter kan for eksempel være nødvendig når pasienter får endret omsorgsnivå. Tilsynslegen ser at det er et behov for tverrfaglige møter med hjemmesykepleier og bruker med en gjennomgang av blant annet legemiddelbruk, tilsvarende som ved årskontroll på sykehjemmet.

Fastlegen (som har svart på spørreundersøkelsen) forklarer i kommentarfelt at det bør bli faste samarbeidsmøter mellom fastlegene og sykehjemmet/hjemmesykepleien for gjennomgang av pasienter i forbindelse med utskriving fra sykehus eller oppstart av legemiddelhåndtering.

Virksomhetsleder opplyser i intervju at kommunen har noen ansvarsmøter/koordineringsmøter for habiliteringspasienter med sammensatte behov. Men for en vanlig hjemmesykepleiepasient gjennomføres det i liten grad tverrfaglige møter. For disse pasientene er det nok lite «tverrfaglighet». Virksomhetsleder opplyser at det er behov for å diskutere hvordan kommunen kan bli bedre til å samarbeide om å gi gode tverrfaglige tjenester til enkeltpasienter samt sørge for at rutinene fungerer som de skal. Dette kan for eksempel gjelde hjemmeboende personer med demens.

Virksomhetsleder forklarer videre at det er lettere å gjennomføre legemiddelgjennomganger på sykehjemmet, hvor det er et system for det. Legemiddelgjennomgang skal gjennomføres årlig på sykehjemmet, og det er utarbeidet sjekklister som skal undertegnes. I hjemmetjenesten er det til sammenligning vanskeligere å få til avtaler med fastlegene om legemiddelgjennomgang.

Virksomhetsleder forklarer videre at det generelt er et forbedringspotensial når det gjelder samarbeid med fastlegene om legemiddelhåndtering. Dette gjelder blant annet beskjeder om endring av medisiner. Kommunikasjon med fastlegene via elink (PLO – meldinger) fungerer imidlertid bra. Det bør imidlertid lages bedre rutiner og systemer for legemiddelgjennomgang for pasienter som bor hjemme.

Avdelingsleder på sykehjemmet opplyser også at legemiddelgjennomgang gjennomføres en gang i året for pasienter på sykehjemmet. Avdelingsleder er imidlertid usikker om legemiddelbruken følges opp godt nok av fastlegene overfor pasienter som bor hjemme.

Avdelingsleder for hjemmetjenester forklarer at hjemmesykepleien ikke har faste rutiner for å gjennomføre legemiddelgjennomgang for hjemmeboende, da det er fastlegens ansvar. Avdelingsleder opplyser imidlertid at det er et forbedringspotensial når det gjelder å gjennomføre legemiddelgjennomgang for hjemmeboende i Hemsedal kommune. Kommunen har foreløpig ikke faste rutiner som sikrer at det gjennomføres legemiddelgjennomgang for hjemmeboende. Hjemmesykepleien har imidlertid et godt samarbeid med fastlegene.

Avdelingsleder for hjemmetjenesten utdyper at hjemmeboende er mer ansvarlig selv (sammenlignet med pasienter på sykehjemmet) og at fastlegen har hovedansvaret for legemiddelbruk og legemiddelgjennomgang. Hjemmesykepleien har derfor ikke faste rutiner som sikrer at medisinbruken gjennomgås jevnlig for pasienter som bor hjemme, ut over de observasjoner som sykepleierne gjør og tilbakemeldingene de gir til fastlegene. Til sammenligning er det betydelig enklere å gjennomføre legemiddelgjennomgang på sykehjemmet. Her har kommunen gode rutiner, og tilsynslegen følger legemiddelhåndteringen nøye.

Avdelingsleder for hjemmetjenesten kan imidlertid ikke svare for hvilke rutiner fastlege har når det gjelder legemiddelgjennomgang og hvor ofte de gjør det. Det kan imidlertid bli et bedre samarbeid mellom fastlegene og hjemmesykepleien/kommunen på systemnivå. Det er nylig planlagt månedlige samarbeidsmøter (SU) mellom kommunen og fastlegene. Legemiddelgjennomgang er et område som kan tas opp på disse møtene. Kommunen hadde for mange år siden rutiner for fast samarbeid mellom kommunen og fastlegene (SU), men dette har ikke vært noen aktivitet på dette området den siste tiden. Slike møter har imidlertid vært ønskelig fra begge sider, og har blitt etterlyst den senere tiden.

Avdelingsleder for hjemmetjenesten erfarer imidlertid at fastlegene følger opp sine pasienter på en god måte. Fastlegene er også gode på å gi beskjeder til hjemmesykepleien, både muntlig og skriftlig (PLO-

meldinger/e-link). Det var tidligere en utfordring at meldinger fra fastlegene i for stor grad ble gitt per telefon i stedet for skriftlig. Det tar gjerne litt tid før hjemmesykepleien får medisinmarkedet signert av fastlegene, og hjemmesykepleien ønsker at endringer i medisinbruk som hovedregel gis skriftlig. Det er generelt lav terskel for å ta kontakt med fastlegene, også om det er behov for samarbeidsmøte om pasientene.

4.12. Legenes ordinasjon av legemidler

Ifølge retningslinjer for legemiddelhåndtering i Hemsedal kommune skal legene ordinere legemidler til pasienter elektronisk i Gericar eller via E-link (PLO meldinger) på medisinarket i pasientjournalen. Ved pasientoverføringer skal ordinerte legemidler være dokumentert og signert av ansvarlig lege.¹⁴⁴

Kommunens risikovurdering, datert 10. november 2023, omhandler også prosedyrene for ordinasjon ved sykehjemmet. En risikofaktor knyttet til ordinasjon er blant annet mangelfullkommunikasjon med lege. Det kan føre til risiko for feil dose, styrke, hyppighet, legemiddel, tid eller administrasjonsmåte. Tiltak for å redusere denne risikoen er at legemiddellister for nye pasienter skal være kontrollert og signert av lege når hjemmesykepleien tar over administrasjonen av medisinene til hjemmeboende brukere. Videre skal det være en egen medisinliste i perm/papir, med signatur av lege.¹⁴⁵

En annen risikofaktor som trekkes fram er at ordinasjon kan gjøres per telefon av fastlegene eller ordinerende instans. Dette kan øke sannsynligheten for feil og misforståelser. Tiltak mot denne risikoen er at ansatte må sørge for en såkalt «Closed loop» i kommunikasjonen. Det vil si at de ansatte repeterer informasjon tilbake til legen og dermed sikrer at rett informasjon er mottatt og at det er forstått før det føres inn i Gericar. Videre skal ordinasjonen i hovedsak være skriftlig, det skal kun unntaksvis benyttes muntlig ordinasjon per telefon.¹⁴⁶

Ifølge risikovurderingen er det også en generell risiko knyttet til feil ved ordineringen. Tiltak mot dette er at sykepleier kontrollerer ordinasjonen. I denne forbindelse må legen være tydelig når det gjelder dose, mengde, styrke, hyppighet, tid, administrasjonsmåte og indikasjon. Tiltak er at sykepleier utfører dobbeltkontroll av medisinliste før dosett fylles og signeres på medisinarket.¹⁴⁷

Tabell 29 viser i hvilken grad respondentene opplever at legenes ordinasjon av legemidler er klare og tydelige med hensyn til ulike områder for pasienter som bruker fire eller flere legemidler. De fleste respondentene opplever at legenes ordinasjoner er klare og tydelige når det gjelder administrasjonsmåte (81 % prosent), tidspunkt for administrering (75 prosent), dose (69 prosent), indikasjon (69 prosent). Det er noe lavere andel som opplever at ordinasjonene er klare og tydelige når det gjelder tidspunkt for avslutning av behandlingen (62 prosent) og valg av legemiddel (62 prosent). Det er imidlertid generelt en lav andel av respondentene som opplever at ordinasjonene er uklare eller utydelige på de utvalgte områdene.

¹⁴⁴ Retningslinjer for legemiddelhåndtering i Hemsedal kommune. Revidert desember 2023.

¹⁴⁵ Hemsedal kommune 2023 Risikovurdering legemiddelprosessen

¹⁴⁶ Hemsedal kommune 2023 Risikovurdering legemiddelprosessen

¹⁴⁷ Hemsedal kommune 2023 Risikovurdering legemiddelprosessen

En analyse av hvem som svarer at det er et forbedringspotensiale på de utvalgte områdene viser at det kun er ansatte ved sykehjemmet og hjemmetjenesten som svarer i noen grad eller i liten grad på spørsmålene:

Tabell 29 I hvilken grad er ordinasjonene av legemidler klare og tydelige med hensyn til **følgende for pasienter som bor på sykehjemmet (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)**

Spørsmål	I liten eller svært liten grad	I noen grad	I stor eller svært stor grad	Vet ikke/ikke relevant
administrasjonsmåte?	0 %	0 %	81 %	19 %
tidspunkt for administrering?	0 %	6 %	75 %	19 %
dose?	0 %	6 %	69 %	25 %
indikasjon (hva legemidlet skal brukes mot)?	0 %	12 %	69 %	19 %
tidspunkt for avslutning av behandlingen?	6 %	12 %	62 %	19 %
valg av legemiddel?	0 %	19 %	62 %	19 %

Når det gjelder pasientene som bor hjemme, viser tabell 30 at de fleste respondentene opplever at ordinasjonene fra lege er klare og tydelige når det gjelder administrasjonsmåte (56 prosent), tidspunkt for administrering (56 prosent) og valg av legemiddel (50 prosent). Halvparten eller flere svarer i stor eller svært stor grad på hvert av disse spørsmålene.

Når det gjelder dose, indikasjon og tidspunkt for avslutning av behandlingen, er det til sammenligning en lavere andel respondenter som opplever at ordinasjonene er klare og tydelige. Det er under 40 prosent som svarer i stor eller svært stor grad på hvert av disse spørsmålene.

Det er også noen ansatte som erfarer at det er enkelte aspekter som mangler eller er uklare i ordinasjonene. Dette gjelder blant annet spørsmål om tidspunkt for avslutning av behandlingen (24 prosent), indikasjon (25 prosent), og dose (12 prosent).

Det er imidlertid også en høy andel (38 -50 prosent), som svarer «vet ikke/ikke relevant» på spørsmålene.

En nærmere analyse viser at det i hovedsak er ansatte ved hjemmetjenesten og fastlegen, som svarer at det er et forbedringspotensiale på området (i noen grad/liten grad). Fastlegen som har svart på spørreundersøkelsen opplyser at ordinasjonene i liten grad er klare og tydelige når det gjelder tidspunkt for avslutning av behandlingen. Fastlegen opplyser også at ordinasjonene bare i noen grad er klar og tydelige når det gjelder indikasjon.

Tabell 30 Spørreundersøkelsen: I hvilken grad er ordinasjonene av legemidler klare og tydelige med hensyn til følgende for pasienter som bor hjemme (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)

Spørsmål	I liten eller svært liten grad	I noen grad	I stor eller svært stor grad	Vet ikke/Ikke relevant
administrasjonsmåte?	0 %	6 %	56 %	38 %
tidspunkt for administrering?	0 %	6 %	56 %	38 %
valg av legemiddel?	0 %	6 %	50 %	44 %
dose?	0 %	12 %	38 %	50 %
indikasjon (hva legemidlet skal brukes mot)?	0 %	25 %	38 %	38 %
tidspunkt for avslutning av behandlingen?	12 %	12 %	38 %	38 %

Virksomhetsleder opplever at ordinasjon fungerer greit for begge avdelingene (sykehjem og hjemmetjenester), og at kommunen har gode rutiner for å lese, kontrollere og følge opp ordinasjonene fra lege. Når det gjelder sykehjemmet er det essensielt at tilsynslege er tilstede fysisk hver torsdag. Tilsynslegen kan også kontaktes på andre tidspunkt ved behov. Kommunen har gode rutiner for at ordinasjonene fra lege skal leses, kontrolleres og følges.

4.13. Kontroll ved utdeling av legemidler

Tabell 31 viser at respondentene melder om en høy grad av kontroll ved istandgjøring og utdeling av legemidler for pasienter som bor på sykehjemmet. Tabellen viser at 69 % av respondentene (11 av 16) oppgir at de ansatte i stor eller svært stor grad gjennomfører dobbeltkontroll ved istandgjøring av legemidler der feil kan gi alvorlige følger for pasient, og at de kontrollerer legens ordinasjon før medisinene deles ut. 31 % av respondentene svarer at de ikke vet eller at spørsmålene ikke er relevante for dem. Ingen av respondentene svarer at de ansatte i liten eller svært liten grad eller i noen grad gjør disse kontrollene.

Flere respondenter (5 av 16) svarer «vet ikke/Ikke relevant» på spørsmålene. Dette gjelder blant annet begge legene.

Tabell 31 Spørreundersøkelsen: Spørsmål om kontroll for pasienter som bor på sykehjemmet (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)

Spørsmål	I liten eller svært liten grad	I noen grad	I stor eller svært stor grad	Vet ikke/Ikke relevant
I hvilken grad gjennomføres det dobbeltkontroll ved istandgjøring av legemidler der feil kan gi alvorlige følger for pasient ?	0 %	0 %	69 %	31 %
I hvilken grad kontrolleres legens ordinasjonen av sykepleier eller andre med kompetanse før medisinene deles ut?	0 %	0 %	69 %	31 %

Når det gjelder pasientene som bor hjemme, svarer respondentene også i stor grad positivt. Det er ingen som svarer i noen grad eller i liten grad på spørsmålene. Når det gjelder spørsmål om kontroll av legens

ordinasjon av sykepleier eller andre med kompetanse før medisinene deles ut, svarer et flertall (56 %) at dette i stor grad gjennomføres for pasienter som bor hjemme.

Det andre spørsmålet handler om dobbeltkontroll ved istandgjøring av legemidler der feil kan gi alvorlige følger for pasient. Her svarer halvparten av respondentene at dette skjer i stor eller svært stor grad.

Respondentene som svarer «Vet ikke/Ikke relevant» består utelukkende av ansatte på sykehjemmet og legene. Samtlige fire ansatte i hjemmetjenesten har svart i stor eller svært stor grad.

Tabell 32 Spørreundersøkelsen: Spørsmål om kontroll for **pasienter som bor hjemme** (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)

Spørsmål	I liten eller svært liten grad	I noen grad	I stor eller svært stor grad	Vet ikke/Ikke relevant
I hvilken grad kontrolleres legens ordinasjonen av sykepleier eller andre med kompetanse før medisinene deles ut?	0 %	0 %	56 %	44 %
I hvilken grad gjennomføres det dobbeltkontroll ved istandgjøring av legemidler der feil kan gi alvorlige følger for pasient ?	0 %	0 %	50 %	50 %

På spørsmål om kommunen har tilstrekkelig med personell til å gjennomføre dobbeltkontroll, er respondentene mer delt i sine svar. Bare 38 % er helt eller delvis enige i at det er alltid tilstrekkelig med personell tilstede for å gjennomføre dobbeltkontroll, mens 25 % er uenige og 31 % svarer verken eller. Dette kan tyde på at det er utfordringer med å sikre nok bemanning og kompetanse til å utføre dobbeltkontroll i tråd med rutineene. Dette kan eksempelvis gjelde spesielt i situasjoner med høy arbeidsbelastning, sykefravær eller uforutsette hendelser.

Tabell 33 Spørreundersøkelsen: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om legemiddelhåndtering i Hemsedal kommune? N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)

Spørsmål	Helt eller delvis uenig	Verken eller	Helt eller delvis enig	Vet ikke/Ikke relevant
Det er alltid tilstrekkelig med personell tilstede for å gjennomføre dobbeltkontroll	25 %	31 %	38 %	6 %

Virksomhetsleder opplyser det er en utfordring at det ikke alltid er tilgjengelig ansatte med nødvendig kompetanse til å gjennomføre dobbeltkontroll i tråd med rutineene. I slike situasjoner hender det at rutineene for dobbeltkontroll ikke følges.

Avdelingsleder ved sykehjemmet forklarer også at kommunen har et fast opplegg for dobbeltkontroll, hvor den kontrollerende signerer i en medisinperm. Kommunen har også et eget narkoregnskap, som en faste sykepleier kontrollerer.

Avdelingsleder ved sykehjemmet opplyser videre at dobbeltkontroll er et område hvor kommunen kan bli bedre når det gjelder etterlevelse. I sommerferien kan det særlig være vanskelig å gjennomføre dobbeltkontroll som følge av at nødvendig fagpersonell har ferie.

Avdelingsleder ved sykehjemmet opplyser at mangel på sykepleiere kan føre til at dobbeltkontroll ikke alltid gjennomføres i tråd med rutinene. Det skal i utgangpunktet være to sykepleiere på jobb, en inne på sykehjemmet og en ute i hjemmesykepleien. Ifølge bemanningsplanen skal det være sykepleier tilgjengelig på både sykehjemmet og hjemmetjenestene både dag og kveld. I realiteten er imidlertid ikke alltid to sykepleiere tilgjengelig. Dette kan for eksempel skje ved sykdom. Det kan da være vanskelig å få gjennomført dobbeltkontroll i tråd med rutinene. Det hender at en hjelpepleier signerer og helsefagarbeider kontrollerer. Ved vaktskifte kan eventuelt sykepleieren som har jobbet ute i hjemmesykepleien se over og kontrollere. Sykehjemmet og hjemmesykepleien har felles medisinerrom, og deler på sykepleierressurser.

Avdelingsleder forklarer at ifølge rutinene skal det alltid være dobbeltkontroll ved tildeling av A og B preparater, som for eksempel morfin. Kommunen har også en egen narkotikaperm, som skal signeres av to sykepleiere. Dette gjøres før utlevering av medisiner.

Avdelingsleder ved sykehjemmet opplyser også at hjemmesykepleien benytter mange av de samme rutinene som sykehjemmet. Hjemmesykepleie har også kontroll per bruker, hvis de bruker avhengighetsdannende A eller B preparater.

Bildet nedenfor viser et utfyllt narkoregnskap for en tilfeldig valgt pasient. Revisjonen har redusert skarpheten i bildet for å hindre identifisering av den aktuelle pasienten. Bildet viser 16 føringer av morfin gitt til en pasient i april og mai 2024. For 6 av 16 føringer er det kun en person som har signert. Nedenfor viser vi også skjemaet som benyttes ved føring av narkotikaregnskap.

Bilde 1 Eksempel på utfylt narkoregnskap for en tilfeldig valgt pasient

The image shows a handwritten narcotic ledger (narkoregnskap) for a patient. The ledger is a grid with several columns and rows. The columns are labeled with various medical terms and quantities, though the text is somewhat blurry. The rows contain handwritten entries in blue ink, likely representing medication administration. A red rectangular box highlights a specific section of the ledger on the right side. A pink sticky note is attached to the top right corner of the document.

helsepersonell i hovedsak er oppmerksomme på pasientenes respons på legemidlene, men samtidig kan det være et forbedringspotensial.

Tabellen viser til slutt at 56 % (9 av 16) av respondentene erfarer at helsepersonell i stor eller svært stor grad vurderer pasientens tilstand før legemiddel gis, mens 31 % (5 av 16) svarer i noen grad. Dette tyder på at helsepersonell i noen grad vurderer pasientens helsetilstand og behov før de deler ut legemidler,

En analyse av hvem som svarer at det er et forbedringspotensiale ved sykehjemmet når det gjelder observasjon og rapportering viser at både legene og ansatte ved sykehjemmet og hjemmesykepleien svarer i noen grad eller i liten grad på spørsmålene. Begge legene svarer at observasjoner i noen grad dokumenteres i pasientjournalen (EPJ). Tilsynslegen svarer også i noen grad på spørsmål om observasjonene rapporteres til behandlingsansvarlig (lege) og om helsepersonell observerer uheldige reaksjoner og bivirkninger eller manglende effekt. Fastlegen svarer i noen grad på spørsmål om helsepersonell som deler ut medisiner vurderer pasientens tilstand før legemiddel gis.

Tabell 34 Spørreundersøkelsen: Spørsmål om helsepersonell som deler ut legemidler observerer og rapporterer for **pasienter som bor på sykehjemmet** (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)

Spørsmål	I liten eller svært liten grad	I noen grad	I stor eller svært stor grad	Vet ikke/ikke relevant
I hvilken grad rapporteres observasjonene til behandlingsansvarlig (lege)?	0 %	19 %	69 %	12 %
I hvilken grad dokumenteres observasjonene i pasientjournalen (EPJ)?	6 %	31 %	56 %	6 %
I hvilken grad observerer helsepersonell som deler ut medisiner eventuelle uheldige reaksjoner og bivirkninger eller manglende effekt?	0 %	38 %	56 %	6 %
I hvilken grad vurderer helsepersonell som deler ut medisiner pasientens tilstand før legemiddel gis?	0 %	31 %	56 %	12 %

Når det gjelder hjemmetjenesten viser tabell 35 at det er variasjon med hensyn til i hvor stor grad respondentene erfarer at helsepersonell som deler ut legemidler observerer og rapporterer for pasienter som bor hjemme. Det er også mange respondenter som har svart vet ikke/ikke relevant.

Det spørsmålet som har fått lavest andel positive svar er om helsepersonell vurderer pasientens tilstand før legemiddel gis, med 25 prosent i stor eller svært stor grad. Dette kan tyde på at det er en utfordring å vurdere pasientens tilstand på en adekvat måte før legemiddeltildeling når pasienten bor hjemme og ikke har fast oppfølging av helsepersonell.

En analyse av hvem som svarer i noen grad viser at dette gjelder de ansatte i hjemmetjenesten, hvor to av fire svarer i noen grad på spørsmål om observasjonene dokumenteres i pasientjournalen (EPJ), om helsepersonell som deler ut medisiner observerer eventuelle uheldige reaksjoner og bivirkninger og om observasjonene rapporteres til behandlingsansvarlig (lege). Fastlegen svarer også i noen grad på spørsmål om dokumentasjon i journal og om helsepersonell vurderer tilstand før legemiddel deles ut.

Tabell 35 Spørreundersøkelsen: Spørsmål om helsepersonell som deler ut legemidler observerer og rapporterer for **pasienter som bor hjemme** (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)

Spørsmål	I liten eller svært liten grad	I noen grad	I stor eller svært stor grad	Vet ikke/Ikke relevant
I hvilken grad dokumenteres observasjonene i pasientjournalen (EPJ)?	0 %	19 %	38 %	44 %
I hvilken grad rapporteres observasjonene til behandlingsansvarlig (lege)?	0 %	12 %	38 %	50 %
I hvilken grad observerer helsepersonell som deler ut medisiner eventuelle uheldige reaksjoner og bivirkninger eller manglende effekt?	0 %	19 %	31 %	50 %
I hvilken grad vurderer helsepersonell som deler ut medisiner pasientens tilstand før legemiddel gis?	0 %	19 %	25 %	56 %

Virksomhetsleder forklarer at ordinerende lege som regel får tilbakemelding om observasjoner når det er nødvendig, men at observasjonskompetansen hos de ansatte bør styrkes. Det er et stort ansvar for den enkelte helsefagarbeider å rapportere videre til sykepleier og ordinerende lege når det er nødvendig. Virksomhetsleder opplever imidlertid at terskelen er lav for å melde til sykepleier og at sykepleier melder videre til lege når alvorlighetsgraden tilsier det. Rapporteringssløfen er godt kjent på sykehjemmet.

Virksomhetsleder utdyper at observasjonskompetansen hos den enkelte ansatte bør styrkes for både helsefagarbeidere og sykepleiere. Farmasøyten har opplæring med ulike temaer hvert år, men det er behov for mer opplæring om observasjon. Det vurderes også å kjøpe e-læringspakker med oppfriskningskurs om legemiddelhåndtering. Det er også viktig med opplæringsdager, sammen med e-læringskurs, for ferievikarer uten fagkompetanse. Det er også viktig å sørge for at det er lav terskel for å melde observasjoner videre til rette instans.

Virksomhetsleder påpeker også at det er positivt at tilsynslegen har god tilgjengelighet når det gjelder observasjoner. Tilsynslegen har en del ubunden tid, og har god tilgjengelighet når observasjoner skal meldes.

Avdelingsleder ved sykehjemmet opplyser også at rutine for observasjon og rapportering tilbake til sykepleier eller lege i hovedsak fungerer bra på sykehjemmet. Det er en fordel at sykehjemmet er lite og har god tilgang til tilsynslege. Avdelingsleder forklarer at også PLO meldinger (E-link) fungerer godt, som kommunikasjonsmiddel med fastlegene når observasjoner skal meldes.

Avdelingsleder opplyser videre dokumentasjon på om legemidler har ønsket effekt eller ikke skal nedtegnes i medisinarket til den enkelte bruker. Ellers noterer de ansatte generell informasjon i journalnotat 250 i Gerica. Denne posten brukes til det meste av dokumentasjon i journal.

Tilsynslege får ofte tilbakemeldinger om eventuelle bivirkninger og manglende effekt av legemidler, men er likevel usikker på hvor systematisk det gjøres i hver avdeling (sykehjem og hjemmetjenester). Tilsynslegen mener rapporteringen kunne vært dokumentert mer systematisk i journalsystemet Gerica. Tilsynslege forklarer at observasjon er særlig viktig når pasienter starter med nye legemidler.

Avdelingsleder ved hjemmetjenesten opplyser at det har vært fokus på både observasjon og rapportering til sykepleier og lege i forbindelse med utdeling av legemidler, men dette er også noe de ansatte kan bli bedre på. De ansatte skal rapportere om medisinenes effekt i medisinarke, men det blir ikke alltid ført inn i arkene. Det er en egen rubrikk som heter «effekt», men den fylles ikke alltid ut forklarer avdelingsleder. Avdelingsleder har flere ganger tatt opp viktigheten av å følge opp og dokumentere og rapportere effekten av medisinerne, både på fagmøter og gruppemøter. Disse arkene skal også scannes og legges inn i Geric. Når det gjelder notater som lages utenfor journalsystemet er rutinen at alt skriftlig skal bli scannet inn og lagt i journalen. I tillegg skal de ansatte skrive journalnotat. Journalføring er imidlertid noe de ansatte kan bli bedre på. Avdelingsleder ser at det er en del mangler i journalføringen.

4.15. Journalføring og dokumentasjon av legemiddelhåndtering

Tabell 36 viser at de fleste respondentene (81 prosent) oppgir at de ansatte på sykehjemmet i stor eller svært stor grad oppdaterer listen over legemidler i pasientjournalen (EPJ) etter legemiddelsamstemming.

Tabellen viser videre at det er en relativt høy andel respondenter som svarer at ordinasjoner (62 prosent) og notater fra legemiddelgjennomganger (56 prosent) dokumenteres i pasientjournalen. Det er imidlertid en lavere andel (38 prosent) som svarer at legemiddelsamstemming dokumenteres i pasientjournalen.

Det er også en relativt høy andel (19 – 31 prosent) respondenter som svarer at de ikke vet eller at spørsmålet ikke er relevant for dem.

En analyse av hvem som svarer i liten grad og i noen grad viser at dette både gjelder ansatte ved sykehjemmet og hjemmetjenesten. En av legene svarer også at legemiddelsamstemming i liten grad dokumenteres som egne journalnotat i pasientjournal (EPJ).

Tabell 36 Spørreundersøkelsen: Spørsmål om journalføring og dokumentasjon for **pasienter som bor på sykehjemmet** (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)

Spørsmål	I liten eller svært liten grad	I noen grad	I stor eller svært stor grad	Vet ikke/Ikke relevant
I hvilken grad oppdateres liste over legemidler i pasientjournal (EPJ) rett etter legemiddelsamstemming?	0 %	0 %	81 %	19 %
I hvilken grad dokumenteres ordinasjonen i pasientjournal(EPJ)?	12 %	0 %	62 %	25 %
I hvilken grad dokumenteres legemiddelgjennomganger som egne journalnotat i pasientjournal (EPJ)?	6 %	6 %	56 %	31 %
I hvilken grad dokumenteres legemiddelsamstemming som egne journalnotat i pasientjournal (EPJ)?	19 %	12 %	38 %	31 %

Når det gjelder hjemmetjenesten viser tabell 37 at de fleste av respondentene (56 prosent) oppgir at listen over legemidler oppdateres i journalsystemet (EPJ) rett etter legemiddelsamstemming for pasienter som bor hjemme. Ingen av respondentene svarer at de gjør dette i liten eller svært liten grad, mens 6 prosent svarer at de gjør det i noen grad.

Det er til sammenligning en lavere andel som svarer at det er vanlig å dokumentere legemiddelgjennomganger som egne journalnotat i pasientjournal (EPJ) i hjemmetjenesten. Kun 31 prosent av respondentene svarer at dette gjøres i stor eller svært stor grad, mens 6 prosent svarer at det gjøres i liten eller svært liten grad og 12 prosent svarer at det gjør det i noen grad.

Når det gjelder å dokumentere legemiddelsamstemming som egne journalnotat i pasientjournal (EPJ), er det bare 25 prosent av respondentene svarer at dette gjøres i stor eller svært stor grad ved sykehjemmet, mens 12 prosent svarer at de gjør det i liten eller svært liten grad og 12 prosent svarer at de gjør det i noen grad.

Til sist viser tabellen at det ifølge respondentene i mindre grad er vanlig å dokumentere ordinasjonen i journalsystemet (EPJ). Bare 19 prosent av respondentene svarer at dette gjøres i stor eller svært stor grad, mens 12 prosent svarer at de gjør det i liten eller svært liten grad og 12 prosent svarer at de gjør det i noen grad.

En analyse av hvem som svarer i liten grad og i noen grad viser at dette i hovedsak er de ansatte i hjemmetjenesten samt en av legene.

Tabell 37 Spørreundersøkelsen: Spørsmål om journalføring og dokumentasjon for **pasienter som bor hjemme** (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)

Spørsmål	I liten eller svært liten grad	I noen grad	I stor eller svært stor grad	Vet ikke/Ikke relevant
I hvilken grad oppdateres liste over legemidler i pasientjournal (EPJ) rett etter legemiddelsamstemming?	0 %	6 %	56 %	38 %
I hvilken grad dokumenteres legemiddelgjennomganger som egne journalnotat i pasientjournal (EPJ)?	6 %	12 %	31 %	50 %
I hvilken grad dokumenteres legemiddelsamstemming som egne journalnotat i pasientjournal (EPJ)?	12 %	12 %	25 %	50 %
I hvilken grad dokumenteres ordinasjonen i pasientjournal(EPJ)?	12 %	12 %	19 %	56 %

Revisjonen har kartlagt om ansatte ser det som en utfordring at kommunen og fastlegene benytter ulike journalsystemer. Dette kan potensielt skape problemer med informasjonsflyt, samhandling og oppdatering av legemiddellister. Det er imidlertid bare 38 prosent av respondentene som er helt eller delvis enige i at dette er en utfordring, mens 6 prosent er uenige og 12 prosent svarer verken eller. 44 prosent av respondentene svarer at de ikke vet eller at spørsmålet ikke er relevant for dem.

Tabell 38 Spørreundersøkelsen: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om legemiddelhåndtering i Hemsedal kommune? N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)

Spørsmål	Helt eller delvis uenig	Verken eller	Helt eller delvis enig	Vet ikke/Ikke relevant
Det er en utfordring at kommunen og fastlegene benytter ulike journalsystemer	6 %	12 %	38 %	44 %

Virksomhetsleder forklarer at mye kan forbedres, både knyttet til hva, hvor og hvordan de ansatte skal dokumentere i journalsystemet Gerica. Dette kan dels forklares med at Gerica har mange ulike journalposter som skal benyttes og det kan være vanskelig for ansatte å navigere og finne ut hvor ting er journalført. Det kan også være uklart for ansatte hva som skal dokumenteres i pasientjournal. Det er dermed et forbedringspotensiale i systemet når det gjelder hvordan kommunen jobber med dokumentasjon. Kommunen kan bli flinkere på å journalføre riktig. Det handler blant annet om å få på plass en god systematikk og gode rutiner. Fordi kommunen har relativt få pasienter og brukere, har de ansatte imidlertid god oversikt selv om tjenestene i varierende grad er dokumentert i journalen.

Avdelingsleder ved sykehjemmet forklarer også at journalføring generelt kan bli bedre. Det er ikke alltid ansatte skriver journal dersom det ikke har skjedd noe spesielt. Det er særlig viktig ved korttidsopphold på sykehjemmet, når pasienten skal hjem etter oppholdet. Avdelingsleder forklarer også at manglende journalføring kan skyldes varierende kompetanse og forståelse av viktigheten av dokumentasjon innen helsesektoren. Avdelingsleder følger også jevnlig opp at det føres i journal. Det ble også gjennomført et journalføringskurs i 2023 med en representant fra Hallinghelse. Avdelingsleder opplyser det er planlagt at tilsvarende kurs skal gjennomføres hvert år.

Avdelingsleder ved sykehjemmet har også inntrykk av at journalføring kan bli bedre i hjemmetjenesten. Som følge av vakanse når det gjelder sykepleiere, jobber enkelte sykepleier både i sykehjemmet og i hjemmetjenesten.

Tilsynslegen syntes at journalsystemet Gericia er et gammelt og lite funksjonelt system, som er vanskelig å navigere i. Det er derfor vanskelig å finne relevant informasjon i journalsystemet. Tilsynslegen finner lett egne legenotater i systemet, men notater fra sykepleiere og pleiere kan være vanskelig å finne. Tilsynslegen har dermed ikke enkel mulighet til å lese seg raskt opp på pasientene før legevisitt, og er helt avhengig av at sykepleier er oppdatert på pasientenes tilstand. Ideelt sett bør kommunen ha et velfungerende journalsystem, som er enkelt å bruke og som legger enkelt til rette for god dokumentasjon. Det bør også være automatiske oppdateringer mot andre sentrale systemer i helsevesenet. Tilsynslegen forklarer også at mange av systemene som brukes i helsevesenet er innviklet og lite brukervennlige og det tar tid å bli kjent med systemene. Dette er generelt en utfordring i helse- og omsorgssektoren.

Tilsynslegen er ellers lite involvert i tiltaksplanene, som de ansatte bruker overfor pasientene. Legen gir imidlertid beskjed om tiltak til sykepleier, og det er sykepleier som oppdaterer tiltaksplanene i Gericia.

Tilsynslegen forklarer videre at legemiddelgjennomgangene kun skrives som et vanlig journalnotat. Det opprettes dermed ikke et eget dokument, men framgår som en del av den løpende journalen. Ofte vil det kun framstå i en enkelt setning at det er gjennomført en legemiddelgjennomgang, uten at det er nærmere forklart hvordan prosedyren har vært. Tilsynslegen kunne nok vært flinkere til å dokumentere mer enn utover at det er gjort. I tillegg framgår det på listene på papirark at det er gjennomført legemiddelgjennomgang.

Tilsynslegen opplyser at en forklaring på at sykehjemmet i liten grad dokumenterer og i varierende grad arbeider systematisk på alle områder er at det er små forhold og dermed oversiktlig. Tilsynslegen forholder seg for eksempel bare til to faste sykepleiere. Det er likevel svært sårbart dersom nøkkelpersoner blir borte over tid.

Avdelingsleder for hjemmetjenesten opplever at en del ansatte synes det kan være vanskelig å skrive gode journalnotat, samt vite når man skal skrive journalnotat. I det store opplever avdelingsleder imidlertid at de ansatte er flinke til å journalføre. Det er imidlertid nylig gjennomført kurs i journalføring med godt oppmøte og fornøyde ansatte. Dette kurset skal også gjentas.

4.15.1. Bruk av fysiske mapper

I intervjuene og omvisningen på sykehjemmet kommer det fram at både sykehjemmet og hjemmesykepleien fortsatt benytter fysiske medisinpermer i tillegg til digitale løsninger gjennom Gerica og Mobil pleie ved legemiddelhåndtering. Avdelingsleder for hjemmetjenesten forklarer dette med at mappene oppleves som ryddige og oversiktlige. Men det fører også til at kommunen har doble systemer for legemiddelhåndtering. Når de ansatte leverer ut medisiner, benyttes i hovedsak permene hvor medisinarket ligger, hvor de ansatte signerer når de henter og gir medisiner. Samtidig benyttes også Mobil pleie, hvor de ansatte har arbeidslister og tiltaksplaner mv. tilgjengelig på telefonen. Dermed benyttes både perm og Mobil pleie til signering og oversikt. De ansatte har medisinark i perm og signeringsliste, og de ser medisinark til pasient i oppdrag på mobil hvor de signerer for utført oppdrag /gitt medisin.

Avdelingsleder for hjemmetjenester utdyper at det foreløpig virker både lettere og raskere for de ansatte å sjekke hva som er gjort i de fysiske permene, enn å finne og legge inn informasjonen i de digitale systemene (Gerica). Dette gjelder spesielt når de ansatte skal gå tilbake for å finne pasienthistorikk. Avdelingsleder mener journalsystemet Gerica fungerer godt, men applikasjonen Mobil pleie har foreløpig ikke god nok funksjonalitet til å ta over for de fysiske mappene på dette området. Det brukes mye tid på å søke og registrere informasjon i systemet. På lengre sikt kan det hende at kommunen bytter ut de fysiske permene med digitale løsninger, hvis det finnes gode og praktiske løsninger. For å slutte å bruke de fysiske permene må kommunen imidlertid bli presentert noen nye løsninger som er oversiktlige og som gjør det enklere å finne frem. Kommunen har benyttet Gerica og Mobil pleie (app) i mange år. Disse har samme leverandør (Visma).

Avdelingsleder for hjemmetjenesten er i hovedsak fornøyd med Gerica. Det er kun enkelte områder som ikke er optimale, som signering av medisiner og historikk.

Les mer om journalsystemet Gerica og bruk av mapper i tekstboksen nedenfor.

Tekstboks 2 Nærmere om EPJ Gerica og bruk av fysiske mapper¹⁴⁸

En elektronisk pasientjournaler (EPJ) er et viktig e-helse-verktøy. Gerica er et av flere ulike EPJ-systemer, som brukes av kommunale helse- og omsorgstjenester. Elektronisk pasientjournaler (EPJ) erstatter papirformatet og leverer pasientjournaler på datamaskin, mobil og egne IT-systemer. Disse systemene har blitt utviklet og forbedret i mange år for å kunne måle seg med papirversjonen.¹⁴⁹

Når det gjelder Gericas mobil pleie, refererer dette til en mobilapplikasjon som er en del av journalsystemet Gerica. Denne appen hjelper helsepersonell med å planlegge, rapportere og følge opp pasientbesøk løpende. Den gir også tilgang til pasientjournaler og annen viktig informasjon direkte på mobile enheter, noe som bidrar til mer effektiv pleie og bedre kommunikasjon mellom helsepersonell

¹⁴⁸ Kilde: Copilot, 30.5.2024

¹⁴⁹ NTNU (2016) Samarbeidsverktøy i hjemmetjeneste

Bruken av fysiske permer i tillegg til elektroniske pasientjournaler (EPJ-systemer) for dokumentasjon og kontroll av legemiddelbruk hos pasienter i sykehjem og hjemmesykepleie kan ha både fordeler og ulemper.

Fordeler med å bruke fysiske permer kan inkludere:

- En backup i tilfelle tekniske problemer med EPJ-systemet.
- Enkel tilgang for helsepersonell som kanskje foretrekker eller er mer vant til papirbaserte systemer.
- Mulighet for ansatte å raskt skrive ned observasjoner eller endringer i pasientens tilstand uten å måtte logge inn på et system.

Ulemper kan være:

- Risiko for inkonsistens i informasjonen hvis oppdateringer ikke gjøres parallelt i begge systemene.
- Økt risiko for brudd på personvernet hvis permen ikke oppbevares sikkert, Det forutsetter at EPJ løsningen har god tilgangskontroll og at kommunen har gode rutiner for å kontrollere oppslag.
- Mer arbeid og ressurser kreves for å vedlikeholde to systemer.

Det er viktig at sykehjem og hjemmesykepleie følger gjeldende lover og forskrifter om dokumentasjon av legemiddelbruk. Beslutningen om å bruke fysiske permer i tillegg til EPJ-systemer bør derfor baseres på en grundig vurdering av de spesifikke behovene og ressursene til kommunen, samt beste praksisene for å sikre kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen.

5. Ernæring

5.1. Tilstand når det gjelder ernæring

Revisjonen har kartlagt hvordan respondentene vurderer pasientenes tilstand når det gjelder ernæring.

Tabell 39 viser at respondentene generelt vurderer ernæringssituasjonen for pasienter som bor på sykehjemmet som god. Når det gjelder spørsmålene om tilpasset hjelp og tilstrekkelig næring, er det 100 prosent som svarer i stor eller svært stor grad. For spørsmålene om sosiale behov, helsefremmende kosthold, og bruk av sonde- og spesialkost, er det mellom 81 prosent og 94 prosent som svarer i stor eller svært stor grad. Det er ingen som svarer i liten eller svært liten grad på noen av spørsmålene. Spørsmålet om tannbehandling og munnhygiene skiller seg imidlertid noe ut, ved at 69 prosent svarer i stor eller svært stor grad, mens 25 prosent svarer i noen grad.

En analyse av hvem som svarer i noen grad viser at dette både er ansatte ved sykehjemmet, en av legene samt enkelte ansatte ved hjemmetjenestene.

Tabell 39 Spørreundersøkelsen: I hvilken grad ivaretas følgende grunnleggende behov knyttet til ernæring for alle pasienter som **bor på sykehjemmet?** (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)

Spørsmål	I liten eller svært liten grad	I noen grad	I stor eller svært stor grad	Vet ikke/ikke relevant
Tilpasset hjelp under måltider	0 %	0 %	100 %	0 %
Tilstrekkelig næring (mat og drikke)	0 %	0 %	100 %	0 %
Sosiale behov, som mulighet for samvær under måltid	0 %	6 %	94 %	0 %
Helsefremmende kosthold	0 %	12 %	88 %	0 %
Bruk av sondeernæring og intravenøs ernæring ved behov	0 %	12 %	81 %	6 %
Bruk av spesialkost, som konsistenttilpasset mat	0 %	19 %	81 %	0 %
Nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene	0 %	25 %	69 %	6 %

Når det gjelder hjemmetjenesten viser tabell 40 at de fleste respondentene (69 prosent) mener at bruk av sondeernæring og intravenøs ernæring ved behov ivaretas i stor eller svært stor grad for pasienter som bor hjemme. Når det gjelder bruk av spesialkost, som konsistenttilpasset mat, er det mer variasjon i svarene. Halvparten av respondentene (50 prosent) mener at dette ivaretas i stor eller svært stor grad, mens 12 prosent mener at det ivaretas i noen grad.

For spørsmål om sosiale behov, som mulighet for samvær under måltid, er det også spredning i svarene. 44 prosent mener at dette ivaretas i stor eller svært stor grad, mens 12 prosent mener det ivaretas i noen grad og 6 prosent mener at det ivaretas i liten eller svært liten grad.

Når det gjelder spørsmål om tilstrekkelig næring (mat og drikke) mener 44 prosent at dette ivaretas i stor eller svært stor grad, mens 12 prosent svarer i noen grad og 6 prosent mener at det ivaretas i liten eller svært liten grad.

På spørsmål om helsefremmende kosthold mener 38 prosent at dette ivaretas i stor eller svært stor grad, mens 19 prosent svarer i noen grad og 6 prosent mener at det ivaretas i liten eller svært liten grad.

Når det gjelder spørsmål om tilpasset hjelp under måltider mener også 38 prosent av respondentene at dette ivaretas i stor eller svært stor grad, mens 19 prosent mener at det ivaretas i noen grad..

Til sist mener 25 prosent av respondentene at nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene ivaretas i stor eller svært stor grad, mens 31 prosent mener at det ivaretas i noen grad.

Generelt er det mange respondenter (25 – 44 prosent) som svarer «vet ikke/ ikke relevant» på spørsmålene.

En analyse av hvem som svarer i liten grad i og i noen grad viser at dette i hovedsak er ansatte i hjemmetjenesten, men også ansatte ved sykehjemmet og leger.

Tabell 40 Spørreundersøkelsen: I hvilken grad ivaretas følgende grunnleggende behov knyttet til ernæring for alle pasienter som **bor hjemme?** (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)

Spørsmål	I liten eller svært liten grad	I noen grad	I stor eller svært stor grad	Vet ikke/ikke relevant
Bruk av sondeernæring og intravenøs ernæring ved behov	0 %	6 %	69 %	25 %
Bruk av spesialkost, som konsistenttilpasset mat	0 %	12 %	50 %	38 %
Sosiale behov, som mulighet for samvær under måltid	6 %	12 %	44 %	38 %
Tilstrekkelig næring (mat og drikke)	6 %	12 %	44 %	38 %
Helsefremmende kosthold	6 %	19 %	38 %	38 %
Tilpasset hjelp under måltider	0 %	19 %	38 %	44 %
Nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene	0 %	31 %	25 %	44 %

Avdelingsleder ved sykehjemmet opplyser at rutinen er at alle pasienter skal kartlegges for ernæringsutfordringer når de kommer inn på sykehjemmet, men det er kun pasienter med utfordringer som skal ha en ernæringsplan. Kommunen sjekker også vekt og blodtrykk når pasienten kommer inn. Informasjonen registreres i journalen under labsvar. Avdelingsleder opplyser også at de ansatte følger med på pasientenes vekt, blodtrykk og matinntak, mens de bor på sykehjemmet.

Avdelingsleder ved sykehjemmet forklarer også at det «er kort vei» mellom avdelingene på sykehjemmet og hjemmesykepleien dersom brukerne i hjemmetjenesten står i fare for underernæring. Det er sykepleier og/eller lege som bestemmer om det er behov for ernæringstiltak.

5.2. Rutiner og retningslinjer for ernæring

Hemsedal kommune har sendt over noen rutiner for vurdering av risiko og kartlegging for både sykehjem og hjemmesykepleien. Rutinene er relativt like i innhold.

I Hemsedal kommunes rutiner for kartlegging av ernæring for brukere på både Bygdaheimen og hjemmetjenesten framgår det at nye brukere skal kartlegges for risiko kort tid etter oppstart av tjenesten. Det er primærkontakt som har ansvar for at dette utføres. Ernæringsstatus skal dokumenteres i IPLOS-fane. Brukere som IKKE har utilsiktet vekttap siste måned, nedsatt næringsinntak eller lav KMI vurderes ikke å ernæringsmessig risiko. Disse følges opp med veiing månedlig (tiltaksplan).¹⁵⁰

Brukere som derimot har utilsiktet vekttap, nedsatt næringsinntak og/eller lav KMI har ernæringsmessig risiko. Disse brukerne har behov for videre kartlegging av årsaksfaktorer som sykdom, fysisk funksjon, medisiner og psykososiale forhold. For disse brukerne skal energi, protein og væskebehov regnes ut. Videre skal det foretas kostregistering av alt bruker spiser og drikker i løpet av et døgn. Videre skal ernæringsjournal benyttes. Ferdig utfylte journaler skal skannes inn i Gerica.¹⁵¹

Videre skal det utarbeides en ernæringsplan (i tiltaksplanen) som inneholder dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og aktuelle tiltak. Planen skal også inneholde tidspunkt for evaluering av tiltak. Aktuelle tiltak er blant annet beriking, konsistenstilpasning, mellommåltider og næringsdrikker. Den individuelle ernæringsplanen skal minimum evalueres og oppdateres i forbindelse med månedlig veiing.¹⁵²

Hemsedal kommune har også sendt over skjemaet «ernæringsjournal», som er et av flere screeningsverktøy som benyttes til å kartlegge risiko knyttet til ernæring. Ifølge skjemaet bør vekt kontrolleres en gang per måned i sykehjem. Pasienter i sykehjem som har ernæringsproblemer bør imidlertid veies en gang per uke.

Kommunen har også sendt over et informasjonsskriv til brukere av hjemmesykepleie, hvor kommunen informerer om anbefalingene fra Helsedirektoratet.¹⁵³

I Hemsedal kommune kan hjemmeboende eldre eller andre som på grunn av sykdom, alder eller andre grunner ikke klarer å lage middag selv, søke om middagslevering. Kriterier for tildeling er blant annet at bruker har fysisk, psykisk eller sosial funksjonshemming som gjør at brukeren ikke er i stand til å ivareta ernæringsbehovet sitt.¹⁵⁴ Ifølge data fra SSB var det i 2023 26 personer, som mottok matombringning.

Revisjonen har kartlagt i spørreundersøkelsen om respondentene erfarer at kommunen har utarbeidet tilstrekkelig med skriftlige rutiner og prosedyrer om ernæring. Tabell 41 viser at halvparten av respondentene er helt eller delvis enige i at kommunen har utarbeidet tilstrekkelig med skriftlige rutiner

¹⁵⁰ Hemsedal kommune. Rutine for kartlegging av ernæring for brukere på Bygdaheimen. Utdater.

¹⁵¹ Hemsedal kommune. Rutine for kartlegging av ernæring for brukere på Bygdaheimen. Utdater.

¹⁵² Hemsedal kommune. Rutine for kartlegging av ernæring for brukere på Bygdaheimen. Utdater.

¹⁵³ Hemsedal kommune. Infoskriv angående ernæring til bruker. Udatert.

¹⁵⁴ Hemsedal kommune. Levering av mat. Udatert.

og prosedyrer om ernæring. Videre er det 25 prosent som svarer «verken eller» og 6 prosent som svarer at de er uenige i påstanden.

Tabell 41 Spørreundersøkelsen: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om ernæring i Hemsedal kommune? N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)

Spørsmål	Helt eller delvis uenig	Verken eller	Helt eller delvis enig	Vet ikke/Ikke relevant
Kommunen har utarbeidet tilstrekkelig med skriftlige rutiner og prosedyrer om ernæring	6 %	25 %	50 %	19 %

Allerede i oppstartsmøte, med blant annet virksomhetsleder og avdelingsledere for sykehjem og hjemmetjenesten tilstede, kommer det fram at det er behov for tydeligere rutiner og mer systematikk på området ernæring. Samtidig kjenner de ansatte brukerne godt, og kommunen har et eget kjøkken med hjemmelaget mat. Ernæring oppleves derfor ikke som et problem for pasientene i kommunen, selv om det mangler systemer og rutiner. Kommunen er liten, og de ansatte snakker mye sammen og de kjenner status godt for de enkelte pasientene også når det gjelder ernæring.

Både virksomhetsleder, avdelingsleder ved sykehjemmet og avdelingsleder ved hjemmetjenesten trekker i intervju fram at det er positivt at kommunen har et eget kjøkken, som lager kvalitetsmat til pasientene. Virksomhetsleder forklarer også at det er små og oversiktlige forhold med få pasienter og det er dermed lett å følge opp den enkelte pasient. Pasienter med ernæringsmessige utfordringer fanges derfor tidlig opp. Det er også få pasienter med ernæringsutfordringer, med unntak for noen pasienter med en tydelig underliggende årsak til underernæring. Ansatte strekker seg langt for å tilby god mat. Kommunen har også en åpen spisesal hvor pasientene som bor i omsorgsbolig også kan komme inn for å spise.

Virksomhetsleder utdyper i intervju at når det gjelder ernæring har ikke kommunen like god systematikk, som når det gjelder legemiddelhåndtering. Virksomhetsleder opplyser at kommunen kan bli bedre når det gjelder systematikk og dokumentasjon/journalføring i ernæringsarbeidet. Det finnes for eksempel få ernæringsplaner, og dette blir ikke systematisk nok fulgt opp.

Tilsynslegen forklarer i intervju at det er viktig, og også et nasjonalt krav, at arbeidet med ernæring systematiseres i større grad. Dette gjelder selv om det er små og oversiktlige forhold. Tilsynslegen har anbefalt at kommunen bruker MST skjema i første omgang for å kartlegge ernæringsstatus. Dette skjemaet har derfor vært tatt i bruk etter jul 2023 (fra og med 2024), og benyttes nå ved årskontroller på sykehjemmet. Tilsynslegen er ikke kjent om kartleggingene legges i pasientjournalen Gerica. Tilsynslegen opplyser også at kommunens praksis er at målinger og årsopplysninger registreres på papir, som legges i permer. Mye kunne vært dokumentert bedre på dette området.

Tilsynslegen (som også er fastlege) tror arbeidet med ernæring er enda mindre systematisert i hjemmetjenesten, sammenlignet med på sykehjemmet. Tilsynslege er imidlertid ikke kjent om hjemmetjenesten bruker samme kartleggingsskjema som på sykehjemmet, men har heller ikke sett at det er gjort. Tilsynslege tror likevel de ansatte i hjemmetjenesten gjør mye som legene ikke har oversikt over, og at det gis beskjed når noe ikke er i orden. Hjemmetjenesten journalfører også i Gerica, men

denne informasjonen har ikke fastlegene tilgang til. Ved behov må det derfor sendes meldinger (PLO) for å forhøre seg om hva som er gjort.

Avdelingsleder for hjemmetjenesten forklarer i intervju at ernæring er et område som kommunen jobber med. Avdelingsleder opplyser at rutinene ikke var gode nok tidligere, men de er nå skriftliggjort og lagt inn i kvalitetssystemet Compilo.

Avdelingsleder for hjemmetjenesten opplyser videre at kommunen har kartleggingsrutiner for ernæring, og som inneholder tre enkle kontrollspørsmål for å kartlegge ernæringsstatus. Hjemmesykepleien informerer også pasientene om kommunens ansvar og tilbud, men det er opp til pasientene om de ønsker bistand med ernæring eller ikke. Avdelingsleder forklarer også at kommunens eget kjøkken leverer ferdig varm mat hjem til pasientene som trenger det, og et godt samarbeid med frivilligheten som bidrar til hyggelige måltider.

Avdelingsleder for hjemmetjenesten mener at kommunen kan bli bedre på systemer og rutiner for ernæring, men forklarer også at de er på «rett vei» og at de følger opp ernæring godt i praksis. Det er imidlertid fortsatt behov for å øke kompetansen til de ansatte på området ernæring. Det er imidlertid etablert rutiner for oppstartsmøtet med pasientene, hvor det stilles noen enkle spørsmål for å avklare om ernæring er noe hjemmesykepleien skal følge opp videre. Samtidig er Hemsedal en liten kommune, med en liten pasientgruppe. Dette betyr at de ansatte har god oversikt, selv om ikke rutinene er helt på plass.

Avdelingsleder for hjemmetjenesten oppsummerer også at det er en fordel at Hemsedal er en liten og oversiktlig kommune, hvor «mange kjenner mange». De ansatte har tilstrekkelig med tid til å ta seg av brukerne og «løper ikke» mellom pasientene. Det er mye som fungerer godt både sykehjemmet og hjemmetjenesten. Kommunen har også et godt samarbeid med «frivilligheten». Sykehjemmet benytter for eksempel frivillige «spisevenner» og «frokostverter», som bidrar til hyggelige måltider.

Bildene nedenfor illustrerer eksempler på mat som ble servert til pasientene under revisjonens besøk på sykehjemmet i mai 2024.

Bilde 2 Bilder fra kjøkkenet på sykehjemmet (Bygdaheimen)



5.3. Kompetanse og opplæring om ernæring

Revisjonen har kartlagt om respondentene i spørreundersøkelsen mener at kommunen har tilstrekkelig med kompetanse og kapasitet/tid til ernæring tilgjengelig. Tabellen viser at kun 38 prosent mener at kommunen har tilstrekkelig kompetanse. En av fire (25 prosent) svarer «verken eller», mens 12 prosent er uenig.

Det er bare 31 prosent av respondentene som er helt eller delvis enige i at det er avsatt tilstrekkelig tid til å arbeide med ernæring i tråd med nasjonale forventinger og krav. Halvparten av respondentene er enten uenig (25 prosent) eller svarer «verken eller». (25 prosent)

Tabell 42 Spørreundersøkelsen: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om ernæring i Hemsedal kommune? N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)

Spørsmål	Helt eller delvis uenig	Verken eller	Helt eller delvis enig	Vet ikke/Ikke relevant
Kommunen har tilstrekkelig med kompetanse om ernæring tilgjengelig?	12 %	25 %	38 %	25 %
Det er avsatt tilstrekkelig tid til å arbeide med ernæring i tråd med nasjonale forventinger og krav	25 %	25 %	31 %	19 %

Tabell 43 viser at respondentene i varierende grad erfarer at de ansatte på sykehjemmet får tilstrekkelig opplæring om ernæring på tre utvalgte områder: kartlegging, utarbeidelse av ernæringsplan og risikovurdering. Det er kun 38 prosent som svarer at de ansatte i stor eller svært stor grad får opplæring om kartlegging, mens det bare er 31 prosent som svarer det samme om utarbeidelse av ernæringsplan og 25 prosent om risikovurdering. En relativt høy andel (31 – 38 prosent) svarer i noen grad på spørsmålene. Det er ingen som svarer at de i liten eller svært liten grad får opplæring om kartlegging av ernæring, men det er 12 prosent som svarer dette om utarbeidelse av ernæringsplan og 19 prosent om risikovurdering. Det er også 25 prosent som svarer at de ikke vet eller at spørsmålene ikke er relevante for dem. Samlet tyder tabellen på at det kan være behov for mer opplæringen om de utvalgte virkemidlene for ernæringsarbeid på sykehjemmet.

En analyse av hvem som svarer i liten grad eller i noen grad, viser at dette i hovedsak er de ansatte på sykehjemmet, i tillegg til enkelte ansatte i hjemmetjenesten.

Tabell 43 Spørreundersøkelsen: I hvilken grad får ansatte på sykehjemmet tilstrekkelig opplæring om ernæring på følgende områder? (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)

Spørsmål	I liten eller svært liten grad	I noen grad	I stor eller svært stor grad	Vet ikke/Ikke relevant
Kartlegging av ernæring?	0 %	38 %	38 %	25 %
Utarbeide ernæringsplan?	12 %	31 %	31 %	25 %
Risikovurdering av ernæring?	19 %	31 %	25 %	25 %

Når det gjelder hjemmetjenesten er tendensen den samme, som for sykehjemmet. Det er variasjon i graden av opplæring om ernæring blant de ansatte. Det er kun 25 prosent av respondentene som svarer i stor eller svært stor grad om kartlegging og risikovurdering, og bare 19 prosent som svarer det om utarbeidelse av ernæringsplan

Det er flere (12 – 19 prosent) som svarer i noen grad på spørsmålene. Ingen respondenter svarer at de ansatte i hjemmetjenesten i liten eller svært liten grad får opplæring om kartlegging av ernæring, men det er 6 prosent som svarer det samme om risikovurdering og utarbeidelse av ernæringsplan.

En analyse av hvem som svarer i liten og i noen grad på spørsmål om ernæring i hjemmetjenesten viser at dette i hovedsak er ansatte i hjemmetjenesten, i tillegg til enkelte ansatte ved sykehjemmet.

Tabell 44 Spørreundersøkelsen: I hvilken grad får ansatte i hjemmetjenesten tilstrekkelig opplæring om ernæring på følgende områder? (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)

Spørsmål	I liten eller svært liten grad	I noen grad	I stor eller svært stor grad	Vet ikke/ikke relevant
Kartlegging av ernæring?	0 %	19 %	25 %	56 %
Risikovurdering av ernæring?	6 %	12 %	25 %	56 %
Utarbeide ernæringsplan?	6 %	19 %	19 %	56 %

Virksomhetsleder opplyser i intervju at det er en interkommunal ernæringsfysiolog koblet til Hallinghelse, som gjennomfører en del kurs i kommunene om blant annet psykisk utviklingshemmede og ernæring. Kommunen vurderer i tillegg å kjøpe inn relevante e-læringskurs om ernæring.

Når det gjelder kompetanse om ernæring nevner avdelingsleder for hjemmetjenesten internundervisning med ulike emner, i tillegg til de ansattes grunnutdanning. Kommunen har fagmøter omtrent månedlig med sykepleiere, samt gruppemøter med alle ansatte i hver avdeling hver 14 dag. Ulike fokusområder tas opp på møtene, deriblant ernæring. Kommunen har også egne ernæringskontakter (ernæringsgruppe) som jobber litt ekstra med dette og kan gi internundervisning til de andre ansatte.

5.4. Avvikshåndtering om ernæring

Revisjonen har ikke mottatt noen avvik som gjelder ernæring.

Revisjonen har også kartlagt hva respondentene mener om avvikshåndtering når det gjelder ernæring ved sykehjemmet og i hjemmetjenesten.

Tabell 45 viser at det er få respondenter, som svarer i stor eller svært stor grad på spørsmålene om avvik som gjelder ernæring på sykehjemmet. Bare 12 prosent av respondentene svarer at de ansatte ved sykehjemmet i stor eller svært stor grad vet hva de skal melde inn i kommunens avvikssystem om ernæring, og like få svarer at de ansatte melder inn alle relevante avvik. Ingen av respondentene svarer at ledelsen iverksetter hensiktsmessig tiltak for å lukke innmeldte avvik som gjelder ernæring. Det er også høy andel (31 – 56 prosent) som svarer at de ikke vet eller at spørsmålene ikke er relevante for dem,

spesielt når det gjelder ledelsens oppfølging av avvik. Dette kan ha sammenheng med at det i liten grad meldes inn avvik om ernæring

Tabell 45 Spørreundersøkelsen: Spørsmål om avvikshåndtering når det gjelder ernæring **på sykehjemmet** (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)

Spørsmål	I liten eller svært liten grad	I noen grad	I stor eller svært stor grad	Vet ikke/Ikke relevant
I hvilken grad er det klart og tydelig hva de ansatte skal melde inn i kommunens avvikssystem når det gjelder ernæring?	25 %	31 %	12 %	31 %
I hvilken grad melder de ansatte inn alle relevante avvik i kommunens avvikssystem som gjelder ernæring?	12 %	38 %	12 %	38 %
I hvilken grad iverksetter ledelsen hensiktsmessig tiltak for å lukke innmeldte avvik som gjelder ernæring?	12 %	31 %	0 %	56 %

Når det gjelder hjemmetjenesten viser tabell 46 at respondentene har lite kunnskap om praksis for avvikshåndtering når det gjelder ernæring. De fleste svarer at de ikke vet hva de skal melde inn, at de ikke melder inn alle relevante avvik, eller at spørsmålene ikke er relevante for dem. Ingen svarer at ledelsen iverksetter tiltak for å lukke avvik. Dette kan indikere at det er manglende rutiner og opplæring om avvikshåndtering når det gjelder ernæring. Det kan også tyde på at ernæring ikke prioriteres som et viktig kvalitetsområde i avvikshåndteringen.

Tabell 46 Spørreundersøkelsen: Spørsmål om avvikshåndtering når det gjelder ernæring **i hjemmetjenesten** (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)

Spørsmål	I liten eller svært liten grad	I noen grad	I stor eller svært stor grad	Vet ikke/Ikke relevant
I hvilken grad er det klart og tydelig hva de ansatte skal melde inn i kommunens avvikssystem når det gjelder ernæring?	19 %	6 %	6 %	69 %
I hvilken grad iverksetter ledelsen hensiktsmessig tiltak for å lukke innmeldte avvik som gjelder ernæring?	6 %	19 %	0 %	75 %
I hvilken grad melder de ansatte inn alle relevante avvik i kommunens avvikssystem som gjelder ernæring?	12 %	19 %	0 %	69 %

5.5. Risikovurdering, individuell kartlegging og ernæringsplan

Risikovurdering

Tabell 47 viser at de fleste respondentene (62 prosent) svarte i spørreundersøkelsen at pasientene blir vurdert for underernæring ved innleggelse på sykehjemmet. Tabellen viser også at en noe lavere andel (56 prosent) svarer at pasientene vurderes for underernæring etter en fast frekvens. Det er imidlertid en relativt høy andel (38 prosent) som svarte vet ikke eller ikke relevant på dette spørsmålet.

Tabell 47 Spørreundersøkelsen: I hvilken grad vurderes alle pasienter **på sykehjemmet** for risiko for underernæring (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)

Spørsmål	I liten eller svært liten grad	I noen grad	I stor eller svært stor grad	Vet ikke/Ikke relevant
ved innleggelse på sykehjemmet?	0 %	19 %	62 %	19 %
etter en fast frekvens (for eksempel månedlig ved sykehjem og hver sjette måned i hjemmetjenesten)?	0 %	6 %	56 %	38 %

Når det gjelder hjemmetjenesten viser tabell 48 at flere respondenter (44 prosent) svarer at ansatte i hjemmetjenesten vurderer pasienter for risiko for underernæring ved innleggelse/oppstart og etter en fast frekvens.

Det også er en høy andel som svarer at de ikke vet eller at dette ikke er relevant for dem. Det er kun en av legene som svarer i noen grad på spørsmålene.

Tabell 48 Spørreundersøkelsen: I hvilken grad vurderes alle pasienter om bor hjemme for risiko for underernæring (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)

Spørsmål	I liten eller svært liten grad	I noen grad	I stor eller svært stor grad	Vet ikke/Ikke relevant
ved innleggelse på sykehjem/oppstart av hjemmetjenester?	0 %	6 %	44 %	50 %
etter en fast frekvens (for eksempel månedlig ved sykehjem og hver sjette måned i hjemmetjenesten)?	0 %	6 %	38 %	56 %

Kartlegging og ernæringsplan

Tabellen 49 viser at de fleste respondentene (62 prosent) svarte at de ansatte på sykehjemmet jevnlig kartlegger pasientenes mestrings- og funksjonsnivå (ADL/IPLOS). Halvparten svarer også at de gjennomfører en individuell kartlegging for pasienter med risiko for underernæring i stor eller svært stor grad. Tabellen viser at det, ifølge respondentene, er mindre vanlig å utarbeide en individuell ernæringsplan for disse pasientene. Det er også en relativt høy andel (19 – 25 prosent), som svarer vet ikke eller ikke relevant på spørsmålene.

Tabell 49 Spørreundersøkelsen: Spørsmål om bruk av individuell kartlegging og ernæringsplan **på sykehjemmet** (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)

Spørsmål	I liten eller svært liten grad	I noen grad	I stor eller svært stor grad	Vet ikke/Ikke relevant
I hvilken grad kartlegger ansatte jevnlig mestrings/funksjonsnivå (ADL/IPLOS) for alle pasienter?	0 %	12 %	62 %	25 %
I hvilken grad gjennomføres en individuell kartlegging for alle pasienter med risiko for underernæring?	6 %	25 %	50 %	19 %
I hvilken grad utarbeides det alltid en individuell ernæringsplan for alle pasienter med risiko for underernæring?	6 %	31 %	38 %	25 %

Når det gjelder hjemmetjenesten viser tabell 50 at flere respondenter svarer at ansatte i hjemmetjenesten gjennomfører individuell kartlegginger (38 prosent) og kartlegger mestrings- og funksjonsnivå (IPLoS/AdL). Det er imidlertid mange (50 – 62 prosent) som svarer vet ikke eller ikke relevant på spørsmålene. Til sammenligning er det en lavere andel (19 prosent) som opplyser at det utarbeides ernæringsplaner.

Tabell 50 Spørreundersøkelsen: Spørsmål om bruk av individuell kartlegging og ernæringsplan **for pasienter som bor hjemme** (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)

Spørsmål	I liten eller svært liten grad	I noen grad	I stor eller svært stor grad	Vet ikke/Ikke relevant
I hvilken grad gjennomføres en individuell kartlegging for alle pasienter med risiko for underernæring?	6 %	6 %	38 %	50 %
I hvilken grad kartlegger ansatte jevnlig mestrings/funksjonsnivå (ADL/IPLoS) for alle pasienter?	0 %	0 %	38 %	62 %
I hvilken grad utarbeides det alltid en individuell ernæringsplan for alle pasienter med risiko for underernæring?	6 %	19 %	19 %	56 %

På spørsmål om på hvilken måte Hemsedal kommunen eventuelt kan bli bedre når det gjelder arbeid med ernæring opplyser en ansatt i hjemmetjenesten at det bør bli tverrfaglige møter med ernæringsspesialist, ansatte på kjøkken og lege. I tillegg bør kommunen bli bedre på å gjøre individuelle vurderinger av både under- og overvektige pasienter. En ansatt i hjemmetjenesten opplyser også i kommentarfelt at bruk av vitaminer og aktiviteter i friluft for å heve matlyst er viktige områder.

Tilsynslege (som også er fastlege) forklarer også i kommentarfelt til spørreundersøkelsen at kommunen bør ha mer systematisk kartlegging av ernæringsstatus. Tilsynslegen opplyser også at dette nylig har startet opp. Kommunen bør også bli bedre på å gi tilbakemelding til fastlegene når det gjelder ernæring.

Avdelingsleder for sykehjemmet opplyser at ikke alle pasienter skal ha en ernæringsplan. Dersom de har en ok eller høy BMI eller spiser godt er det ikke nødvendig. Avdelingsleder ser ofte at pasienter som kommer inn på sykehjemmet legger på seg. Det er imidlertid enkelte beboere i omsorgsbolig/inne på sykehjemmet som har utfordringer med ernæring. Ved behov, for eksempel ved diabeteskost, skal de ansatte imidlertid være ekstra oppmerksomme. Alle pasienter skal imidlertid kartlegges når de kommer inn på sykehjemmet, men avdelingsleder er usikker på om det blir gjort. De ansatte følger også med på hvor mye den enkelte spiser og drikker. Sykehjemmet har to sittevekter, en i hver av avdelingene.

Avdelingsleder ved sykehjemmet utdyper at det er så små forhold at det gjerne fanges opp om ikke alle spiser tilstrekkelig. Ved livets slutt er det også et etisk spørsmål om når det er nok. Det er et spørsmål hvor mye de ansatte skal motivere for å spise om pasienten ikke har matlyst. De ansatte unngår bruk av tvang (tvangsforing).

Virksomhetsleder forklarer at primærkontaktene skal følge opp at det gjøres ADL- kartlegging jevnlig, men virksomhetsleder er usikker på i hvilken grad det gjøres. Endring over tid som resulterer i funksjonstap bør registreres i IPLOS/ADL. Dette gjøres kanskje hver 6.mnd, men det bør gjøres oftere.

Virksomhetsleder opplyser videre at IPLOS/ADL - kartlegginger nok er et område, hvor det er en del svikt, som følge av press på ressurser. På sykehjemmet kan en forklaring også være at ansatte ikke ser noe poeng i å gjennomføre IPLOS/ADL kartleggingene, fordi pasienten uansett ikke skal ha flere tjenester eller overføres til et høyere omsorgsnivå. Virksomhetsleder mener imidlertid at det er viktig at de ansatte gjennomfører kartleggingene for alle pasienter, uavhengig av funksjonsnivå. Tildelingskontoret har også gitt tilbakemelding om at det må være samsvar mellom IPLOS-skår og tildeling av tjenestene. Dersom brukere skal ha flere tjenester eller et høyere omsorgsnivå, bør det begrunnes med en høyrere IPLOS- skår. Kommunen arbeider med å tildele tjenester mer presist, men dette forutsetter gode kartlegginger av funksjonsnivå.

Tilsynslegen ser lite til IPLOS/ADL kartlegginger, utover der hvor dette initieres av legen. Det viktigste er likevel at legene involveres ved funksjonsfall. Ved endret omsorgsnivå kobles gjerne legene på, men ikke systematisk. Dersom det er aktuelt kobles også hukommelsesteamet på. Tilsynslegen opplyser også at det generelt er forbedringsmuligheter knyttet til kartlegging av ernæring.

Avdelingsleder for hjemmetjenesten opplyser at det er et stort fokus på kartlegging. Ledelsen jobber også kontinuerlig med å gjøre det mer kjent for de ansatte at de skal gjennomføre ADL- kartleggingen og føre inn tallene i IPLOS. Blant annet har det vært internundervisning på å sette riktig score i ADL, noe som bør gjøres minimum hver 3. måned ellers ved endringer. Avdelingsleder forklarer at de ansatte har blitt bedre på dette. Primærkontakt, eventuelt den ansvarlige på jobb, har ansvar for dette. Avdelingsleder ser imidlertid at det ikke alltid blir gjort ofte nok og derfor er det satt ekstra fokus på dette. Det er fort gjort at det blir glemt i en travel hverdag.

Avdelingsleder for hjemmetjenestene forklarer at ernæring er mer utfordrende i hjemmesykepleien, sammenlignet med på sykehjemmet. De ansatte kommer inn i et hjem, og skal vurdere pasientenes ernæringsstatus. Hvis pasientene ikke har behov eller ønsker oppfølging, kan de ansatte oppleve at de «trækker over» pasientenes grenser. De ansatte informerer derfor om kommunens ansvar når tjenestene starter, og at de ansatte kan gjennomføre en ernæringskartlegging og følge med på ernæringsstatus om ønskelig. Men det er opp til pasienten om de ønsker bistand med ernæring eller ikke.

Avdelingsleder ved hjemmetjenestene forklarer også at det varierer hva pasienten får bistand til. Dersom de ansatte skal hjelpe til med en støttestrømpe eller med sårstell kan det være vanskelig å komme inn på det med ernæring. Men de ansatte kan likevel følge med og fange opp dersom pasienter er underernært.

Avdelingsleder for hjemmetjenestene opplyser videre at kommunen arbeider med å lage gode rutiner for ernæring, som også skal legges i kvalitetssystemet Compilo. Dersom det er aktuelt å følge opp pasienten videre er det egne skjemaer for dette. Hjemmesykepleien ønsker å bidra til å gjøre en ernæringskartlegging og følge med og dekke eventuelle behov. Deretter er det opp til den enkelte pasient å takke ja eller nei.

Avdelingsleder for hjemmetjenesten forklarer også at kommunens rutiner for ernæring er enkle, men det er ikke sikkert rutinene behøver å være mer utfyllende. Det enkleste er ofte det beste, og det er viktig at

rutinene ikke blir for omfattende. Det er tre enkle kontrollspørsmål som skal benyttes ved kartlegging, knyttet til utilsiktet vekttap siste måned, redusert næringsinntak og BMI. Deretter planlegger de ansatte, sammen med pasienten, om det er noe hjemmesykepleien skal følge opp. Det legges også inn vekt i Gerica 1 gang per md, eventuelt mer ved behov, for alle de følger opp.

Registrering i IPLOS

De ansatte skal registrere i IPLOS gjennom journalsystemet Gerica om det er vurdert risiko for underernæring og om det er ernæringsmessig risiko. Kommunen skal også rapportere om det er utarbeidet ernæringsplan. Dersom de ansatte har gjennomført en risikovurdering og eventuelt avdekket risiko og utarbeidet en ernæringsplan, skal dato også dokumenteres. Skjermbildet nedenfor viser de aktuelle feltene i journalsystemet Gerica for en tilfeldig valgt pasient.

Figur 14 Aktuelle felter i journalsystemet Gerica for en tilfeldig valgt pasient.

The screenshot shows the Gerica journal system interface with the following sections:

- Personopplysninger:** Vurdert av tann-helsepers., Vurdert av lege (03.08.2023), Husstand (1 Bor alene), Omsorg for barn (2 Nei), Privat hjelp (6 Nei), Egnet bolig (1 Ja), Individuell plan (2 Nei, individuell plan er ikke utarbeidet), Koordinator oppnevnt (12 Nei, koordinator er ikke oppnevnt).
- Behov for bistand arbeid og utdanning:** 9 Ikke relevant, Mottar bistand arbeid og utdanning.
- Behov for transport arbeid og utdanning:** 9 Ikke relevant, Mottar transport arbeid og utdanning.
- Behov for bistand org., kultur og fritid:** 2 Nei, ikke behov for bistand, Mottar bistand org., kultur og fritid.
- Behov for transport org., kultur og fritid:** 2 Nei, ikke behov for transport, Mottar transport org., kultur og fritid.
- Legemiddelgjennomgang gjennomført:** 1 Ja, 03.08.2023.
- Ernæringsmessig risiko/underernæring:** 2 Nei (highlighted with a red box).
- Ernæringsplan utarbeidet:** 2 Nei (highlighted with a red box).
- Ernæringsmessig risiko/underernæring (summary table):** (highlighted with a red box)

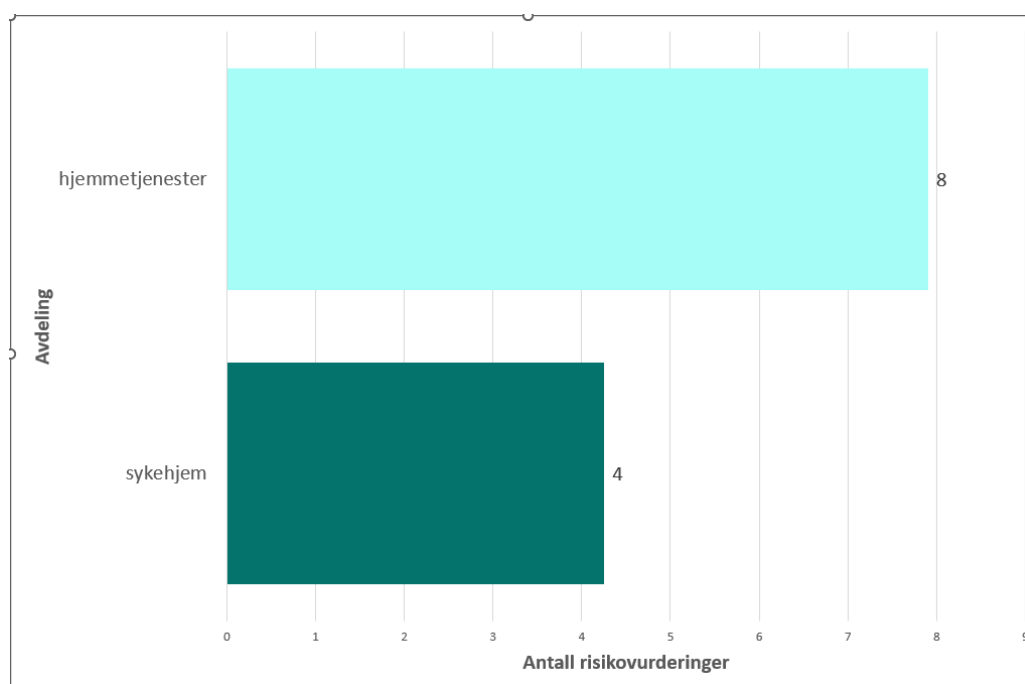
Har Koordinator	Ern Krt	Ern Krt Dato	Ern Plan	Ern Plan Dato	Heldøgns tj.	Heldøgn dato	Venteliste	Ventel. Dato	Arb Bist Behov	Arb Bis
12	2		2						9	
12	2		2						9	
12	2		2						9	
12	2		2						9	
9	9		9						9	
0	9		9						9	
0	0		0						9	
0	0		0						9	

Tabellen nedenfor viser antall dokumenterte risikovurderinger for underernæring per pasient i IPLOS/Gerica, fordelt på avdeling (sykehjem eller hjemmetjenester). Tabellen viser at det varierer både om risikovurderinger er dokumentert og hvor ofte, både innad og mellom avdelingene. Flere pasienter har ingen registrerte risikovurderinger både ved sykehjemmet og ved hjemmesykepleien, mens en pasient i hjemmetjenesten har fire registrerte risikovurderinger i løpet av et år. Tabellen viser også at det er noen pasienter som har fått risiko for underernæring vurdert for første gang i 2024, mens andre har blitt vurdert allerede i 2018 eller 2019.

Tabell 51 Antall dokumenterte risikovurderinger per pasient i IPLUS/ Geric. Hver rad representerer en pasient (N = 18)

Avdeling	Antall dokumenterte risikovurderinger	Antall per år fra første registrering til 30.4.2024	Første dato	Siste dato
sykehjem	3	1	1/11/2018	17/2/2023
sykehjem	2	0	18/11/2018	17/2/2023
sykehjem	1	1	17/2/2023	17/2/2023
sykehjem	1	1	17/2/2023	17/2/2023
sykehjem	1	0	21/2/2020	21/2/2020
sykehjem	1	1	17/7/2023	17/7/2023
sykehjem	0	0		
sykehjem	0	0		
sykehjem	0	0		
hjemme	4	4	25/2/2024	16/4/2024
hjemme	2	0	1/3/2019	8/3/2020
hjemme	1	1	11/3/2024	11/3/2024
hjemme	1	1	25/2/2024	25/2/2024
hjemme	1	1	24/2/2024	24/2/2024
hjemme	1	1	1/12/2021	1/12/2021
hjemme	0	0		
hjemme	0	0		
hjemme	0	0		

Figur 15 Antall risikovurderinger totalt fordelt på avdeling



I journalsystemet Gericia er det (som nevnt) også et felt hvor de ansatte skal registrere om det faktisk er ernæringsmessig risiko/underernæring, samt dato observasjonen er gjort.

Tabellen nedenfor viser at antall dokumenterte vurderinger av faktisk ernæringsmessig risiko/underernæring for pasienter på sykehjem og i hjemmetjenesten. Tabellen viser at av de 19 pasientene som er kontrollert i sakgjennomgangen, er det fem som er vurdert å ha ernæringsmessig risiko/underernæring. To av disse pasientene er på sykehjemmet og tre i hjemmetjenesten. Ingen av pasientene på sykehjemmet er vurdert å ha ernæringsmessig risiko/underernæring etter 2020, mens to av pasientene i hjemmetjenesten er vurdert å ha ernæringsmessig risiko/underernæring i 2024. Det er kun en pasient på sykehjemmet som har mer enn en registrering og for denne personen er det nesten fem år mellom registreringene.

Tabell 52 Antall dokumenterte vurderinger av ernæringsmessig risiko/underernæring

Avdeling	Antall dokumenterte vurderinger av ernæringsmessig risiko/underernæring	Første dato	Siste dato
sykehjem	2	29/1/2016	17/12/2020
sykehjem	1	8/11/2018	8/11/2018
sykehjem	0		
sykehjem	0		
sykehjem	0		
sykehjem	0		
sykehjem	0		
sykehjem	0		
sykehjem	0		
sykehjem	0		
hjemmet	1	27/2/2024	27/2/2024
hjemme	1	1/3/2019	1/3/2019
hjemme	1	25/2/2024	25/2/2024
hjemme	0		
hjemme	0		
hjemme	0		
hjemme	0		
hjemme	0		
hjemme	0		

Som nevnt skal kommunen også registrere om det er utarbeidet ernæringsplan for pasienter, som har ernæringsmessig risiko.

Tabellen nedenfor viser at ingen av de utvalgte pasientene på sykehjemmet har dokumenterte ernæringsplaner, mens to av pasientene i hjemmetjenesten har det. Tabellen viser også at de to pasientene i hjemmetjenesten som hadde dokumenterte ernæringsplaner, fikk dem først i 2024. Ingen pasienter har fått noen ernæringsplaner før 2024.

Tabell 53 Antall dokumenterte ernæringsplaner i saksgjennomgangen

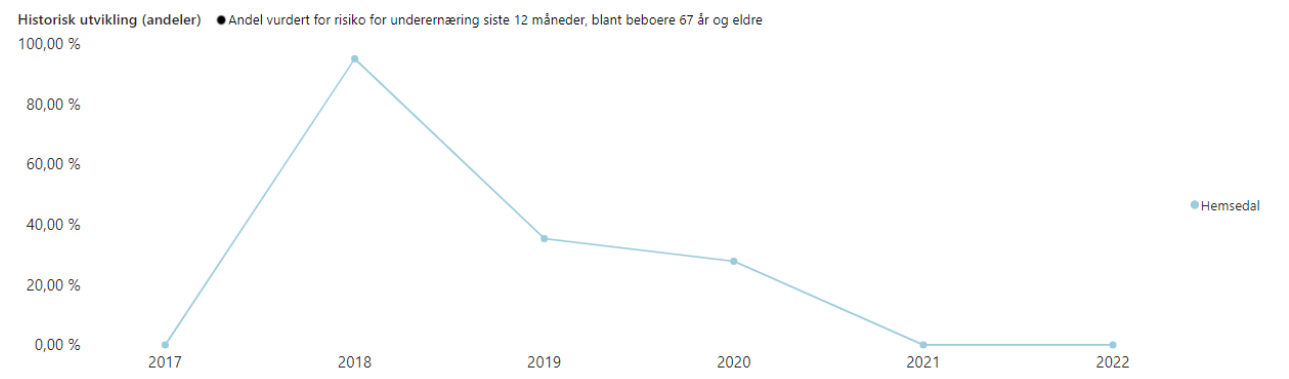
Avdeling	Antall dokumenterte ernæringsplaner	Dato for ernæringsplan
sykehjem	0	
sykehjem	0	
sykehjem	0	
sykehjem	0	
sykehjem	0	
sykehjem	0	
sykehjem	0	
sykehjem	0	
sykehjem	0	
hjemme	1	11/3/2024
hjemme	1	27/2/2024
hjemme	0	
hjemme	0	
hjemme	0	
hjemme	0	
hjemme	0	
hjemme	0	
hjemme	0	

De ovennevnte registreringene benyttes av Helsedirektoratet til å utarbeide nasjonal statistikk.

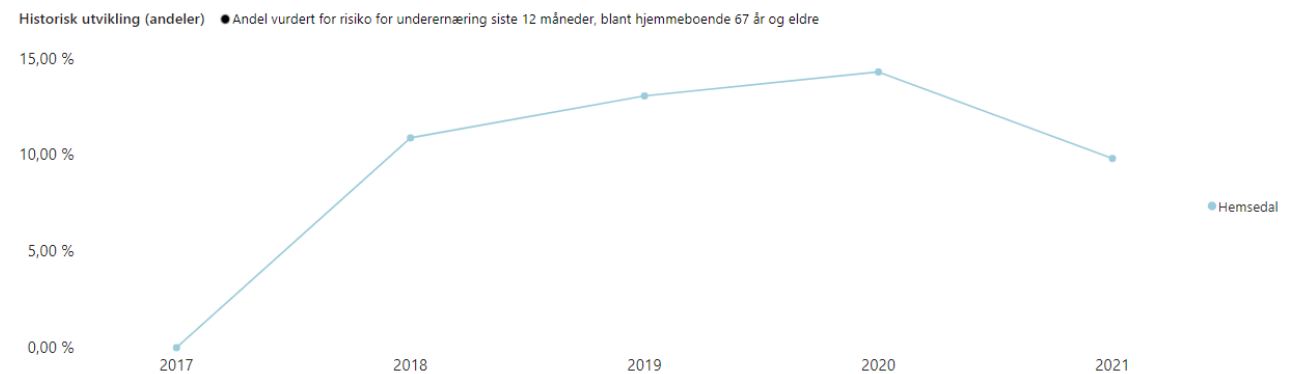
Ifølge data fra Helsedirektoratet er det ingen beboere som på langtidsopphold i institusjon, som ble vurdert for risiko for underernæring i 2021 og 2022 (se figur 16). Til sammenligning var gjennomsnittet i landet 50,4 prosent i 2022.

Når det gjelder hjemmeboende var det 9,8 prosent som ble vurdert for risiko for underernæring i 2021 i Hemsedal kommune (se figur 17). Til sammenligning ble 18,1 prosent av de hjemmeboende vurdert på landsbasis.

Figur 16 Andel av beboere på langtidsopphold i institusjon på 67 år og eldre som er vurdert for risiko for underernæring i løpet av siste 12 måneder (Helsedirektoratet, NKI)



Figur 17 Andel av mottakerne av helsetjenester i hjemmet på 67 år og eldre som er vurdert for risiko for underernæring i løpet av siste 12 måneder (Helsedirektoratet, NKI)



Tannbehandling

Kommunen har videre ikke som praksis å registrere i journalsystemet Gerica om pasienter på sykehjemmet eller i hjemmetjenesten er vurdert av tannhelsepersonell. Skjermutskriften nedenfor viser hvor denne informasjonen bør komme fram (se områder merket med rødt) for en tilfeldig valgt pasient.

Skjermutskrift 3 Illustrasjon av felter hvor dokumentasjon av tannhelsevurderinger skal registreres i Gerica

Oversikt												
Detaljer												
Kontakter												
Gruppering												
Anmerkning												
Bokart												
IPLOS												
Egne felter												
Personopplysninger												
Vurdert av tann-helsepers.			Behov for bistand arbeid og utdanning		2	Nei, ikke behov for bistand						
Vurdert av lege			Mottar bistand arbeid og utdanning									
Husstand	1	Bor alene	Behov for transport arbeid og utdanning		2	Nei, ikke behov for transport						
Omsorg for barn	2	Nei	Mottar transport arbeid og utdanning									
Privat hjelp	1	Ja, inntil 3 timer/uke	Behov for bistand org., kultur og fritid		2	Nei, ikke behov for bistand						
Egnet bolig	1	Ja	Mottar bistand org., kultur og fritid									
Individuell plan	2	Nei, individuell plan er ikke utarbeidet	Behov for transport org., kultur og fritid		2	Nei, ikke behov for transport						
Koordinator oppnevnt	12	Nei, koordinator er ikke oppnevnt	Mottar transport org., kultur og fritid									
Vurd. risiko underernæring	2	Nei	Legemiddelgjennomgang gjennomført		2	Nei						
Ernæringsplan utarbeidet	2	Nei	Ernæringsmessig risiko/underernæring		2	Nei						
Heldøgns tjenestetilbud			Mottar (re-)habilitering		1	Ja		07.02.2024				
På venteliste												

Fra dato	Til dato	Vurd Tann	Vurd Lege	Husstand	Omsorg Barn	Priv Hjelp	Bolig Tiltr	Ind Plan	Har Kordinator	Ern Krt	Ern K
25.03.2024		.	.	1	2	1	1	2	12	2	
02.11.2020	24.03.2024	.	.	1	2	1	1	2	12	2	
24.02.2020	01.11.2020	.	.	1	2	1	1	2	12	2	
20.11.2015	23.02.2020	.	.	1	2	1	1	2	9	9	
26.05.2010	19.11.2015	.	.	1	2	1	1	2	0	0	
01.01.2007	25.05.2010	.	.	1		1	2	2	0	0	

Tabell 54 viser antall registrerte vurderinger av tannhelsen til de 18 utvalgte pasientene i saksgjennomgangen fra henholdsvis sykehjemmet (9) og hjemmetjenesten (9). Hver rad i tabellen representerer en pasient som enten bor på sykehjem eller mottar hjemmetjenester. Kolonnen antall registrerte vurderinger angir hvor mange ganger pasientens tannhelse er vurdert av tannhelsepersonell og dokumentert i Geric/IPLOS (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk).

Tabellen viser de fleste kontrollerte pasientene ikke har noen registrerte tannhelsevurderinger. Dette gjelder seks av ni pasienter ved både sykehjemmet og hjemmetjenesten. Disse pasientene er merket med lys rød farge i tabellen.

Når det gjelder pasientene som har dokumenter tannhelsevurdering, har samtlige (3) ved hjemmetjenesten kun en dokumentert vurdering. Ved sykehjemmet er det to pasienter som har to dokumenterte vurderinger, mens en pasient har en dokumentert vurdering. Pasientene som har minimum en tannhelsevurdering dokumentert, er markert med gul farge i tabellen.

Tabell 54 Dokumentere tannhelsevurderinger i IPLOS. Hver rad representerer en pasient

Enhet	Antall registrerte tannhelsevurderinger	Første registrering	Siste registrering
sykehjem	2	03/03/2020	08/08/2023
sykehjem	1	27/06/2023	27/06/2023
sykehjem	2	01/03/2018	05/03/2018
sykehjem	0		
sykehjem	0		
sykehjem	0		
sykehjem	0		
sykehjem	0		
sykehjem	0		
hjemme	1	20/06/2023	20/06/2023
hjemme	1	15/04/2019	15/04/2019
hjemme	1	31/08/2016	31/08/2016
hjemme	0		
hjemme	0		
hjemme	0		
hjemme	0		
hjemme	0		
hjemme	0		

Ifølge [data fra Helsedirektoratet](#) er det ingen langtidsbeboere på sykehjem i Hemsedal, som er vurdert eller behandlet av tannhelsepersonell de siste 12 månedene i 2019 og 2021. Data er ikke tilgjengelig for 2022 eller 2023.

I intervjuer kommer det fram at selv om det ikke dokumenteres i pasientjournalen, vurderes pasientene på sykehjemmet jevnlig av tannhelsepleier. Avdelingsleder ved sykehjemmet forklarer at sykehjemmet har gode rutiner for kontroll av tannhelse. Tannpleier fra fylkeskommunen kommer 2-3 ganger i året og ellers ved behov. Tannpleier har også undervisning av ansatte.

Når det gjelder tannhelse opplyser også avdelingsleder ved hjemmetjenesten at kommunen er gode på dette inne på sykehjemmet. Tannpleier følger opp jevnlig, også med kursing av ansatte. I hjemmesykepleien deltar de ansatte også på kursingen, men det er ikke ofte det er naturlig at hjemmesykepleien blander seg bort i tannhelsen til de hjemmeboende om det ikke er et observert behov. De ansatte informerer imidlertid om rett til gratis tannlegehjelp for de som har hatt tjenester i mer enn tre måneder, når det er aktuelt. De ansatte bidrar også til at tilbudet eventuelt kan bli satt i gang.

Kartlegge mestrings eller funksjonsnivå (ADL/IPLOS)

I tillegg til å registrere en rekke lovpålagt informasjon i IPLOS, skal kommunen også jevnlig vurdere pasientenes mestrings- og funksjonsnivå (ADL). Dette inkluderer blant annet å vurdere om brukerne kan lage mat og spise, samt ivareta egen helse.

Ifølge funksjonsbeskrivelsen for fagansvarlig og primærkontakt skal fagansvarlig sørge for at IPLOS oppdateres hvert halvår, eller når det har skjedd en funksjonsendring.¹⁵⁵

Se tekstboks 3 for nærmere informasjon om IPLOS/ADL

Tekstboks 3 Nærmere informasjon om IPLOS/ADL kartleggingene¹⁵⁶

Kommunen er pålagt å gjennomføre ADL-kartlegginger. Informasjonen inngår som en del av rapporteringen i IPLOS (Individbasert PLeie- og OmsorgsStatistikk). I forbindelse med ADL-kartleggingene vurderer kommunen brukernes funksjon eller tilstand på en rekke områder på en skala fra 1 til 5, med følgende inndeling:

1. Ingen problem/utfordring
2. Ikke behov for bistand
3. Middels behov for bistand
4. Store behov for bistand
5. Fullt behov for bistand

Funksjonsvariablene som kommunen vurderer på en skala fra en til fem er:

- Alminnelig husarbeid
- Skaffe seg varer og tjenester
- Personal hygiene
- På og avkledning
- Toalett
- **Lage mat**
- **Spise**
- Bevege seg innendørs
- Bevege seg utendørs
- Ivareta egen helse
- Hukommelse
- Kommunikasjon
- Beslutninger i dagliglivet
- Ivareta egen økonomi
- Sosial deltakelse
- Styre atferd
- Syn
- Hørsel

Revisjonen har gjennomgått samtlige ADL-kartlegginger for 18 pasienter, 9 på sykehjemmet og 9 i hjemmetjenesten. I figur/tabellen nedenfor viser vi hvor ofte de ansatte gjennomfører ADL kartlegging for utvalgte pasienter på sykehjemmet og i hjemmetjenesten.

¹⁵⁵ Hemsedal kommune. Funksjonsbeskrivelse fagansvarlig og primærkontakt

¹⁵⁶ Prop. 106 L (2015–2016), s. 12. ; Helsedirektoratet (2018) Veileder for IPLOS-rapportering

Tabellen nedenfor viser at det varierer hvor hyppig ADL- kartleggingene gjennomføres på sykehjemmet. Det fleste pasientene (6 av 9) får i gjennomsnitt vurdert sitt funksjonsnivå minimum hvert halvår. Det vil si at det minimum er 183 dager mellom hver kartlegging. Samtidig er det også tre pasienter som i gjennomsnitt har mer enn et år mellom hver ADL/IPLOS kartlegging. Samtlige har imidlertid fått sitt funksjonsnivå vurdert i 2023 eller i 2024.

Tabell 55 Antall dager mellom ADL-kartlegginger for utvalgte pasienter på sykehjemmet i saksgjennomgang (N = 9). Hver rad representerer en pasient

Minimum Antall dager	Maksimum antall dager	Gjennomsnitt Antall dager	Median antall dager	Dato for første kartlegging	Dato for siste kartlegging	Antall kartlegginger	ADL skår (snitt)
30	126	75	73	2021-06-23	2023-09-26	12	4.5
30	255	116	92	2021-11-30	2023-07-01	6	2.8
15	672	121	60	2020-04-24	2023-12-19	12	3.5
41	425	124	68	2020-04-24	2024-01-14	12	4.5
30	808	174	92	2019-09-19	2023-12-19	10	4.14
71	422	178	108.5	2021-12-18	2023-11-28	5	3.42
102	882	378	263.5	2019-10-30	2023-12-19	5	2.94
42	1382	459	333.5	2016-06-03	2023-12-19	7	2.9
1	3193	592	231.5	2007-04-09	2023-07-01	11	1.8

Avdelingsleder ved sykehjemmet opplyser i intervju at de lovpålagte IPLOS registreringene kan bli glemt av de ansatte, men at de ansatte til sammenligning er flinke til å registrere ADL-score.

Når det gjelder hjemmetjenesten er det noe større grad av variasjon, sammenlignet med sykehjemmet. Tabellen viser at 3 av 10 pasienter ikke har fått noen ADL- kartlegging etter 2020. Disse er merket med rød farge. Når vi ser på tiden mellom ADL kartleggingene er det kun en pasient som er kartlagt hvert halvår eller oftere, men det er fire som i gjennomsnitt kartlegges årlig. Samlet er 5 av 10 pasienter i hjemmetjenesten enten ikke kartlagt etter 2020, eller det går mer enn et år mellom hver kartlegging.

Tabell 56 Antall dager mellom ADL-kartlegginger for utvalgte pasienter i hjemmetjenesten i saksgjennomgang (N = 10). Hver rad representerer en pasient

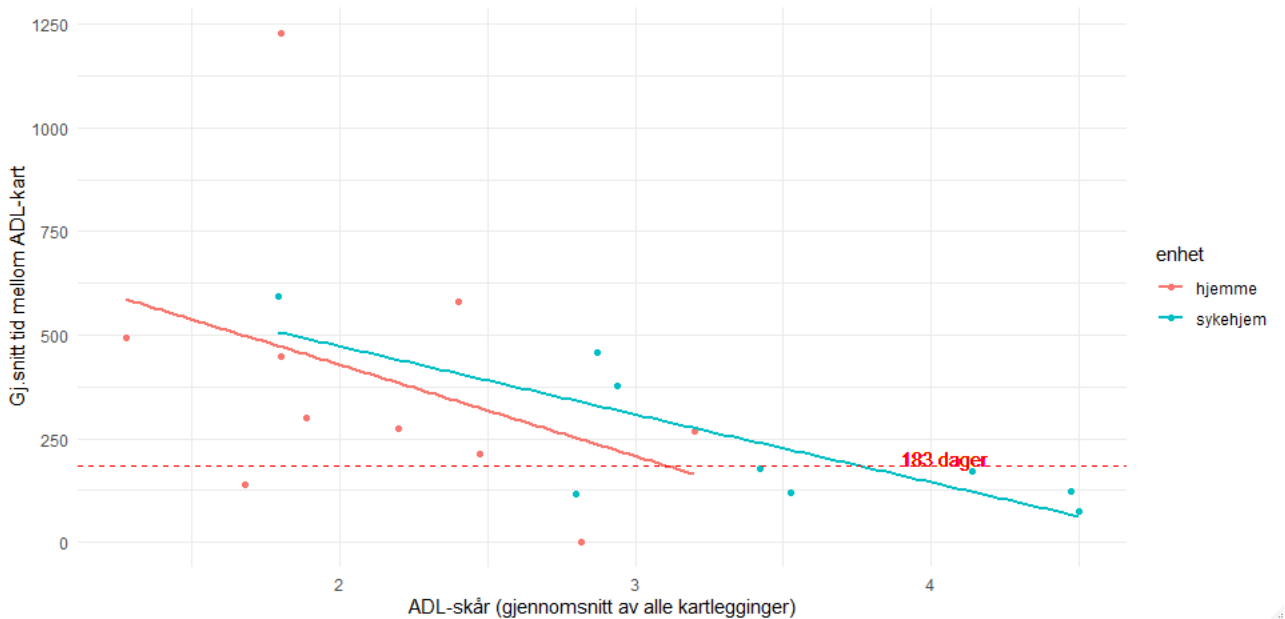
Minimum Antall dager	Maksimum antall dager	Gjennomsnitt Antall dager	Median antall dager	Dato for første kartlegging	Dato for siste kartlegging	Antall kartlegginger	ADL skår (snitt)
1	1	1	1	2009-11-02	2009-11-03	2	2.8
12	273	138	134	2022-09-21	2024-03-26	5	1.68
36	1008	212	117	2017-10-30	2024-03-20	12	2.47
1	1067	268	108	2016-01-15	2024-02-08	12	3.2
37	595	274	275	2015-11-11	2024-02-08	12	2.2
1	1343	301	48	2019-04-04	2024-03-11	7	1.89
97	989	447	352	2019-04-02	2024-02-24	5	1.8
26	1498	493	238	2006-08-29	2020-02-24	11	1.28
139	916	582	637	2016-12-16	2023-05-03	5	2.4
273	3192	1229	725	2006-09-27	2020-03-12	5	1.8

Selv om det er få antall personer i utvalget (18), er det en statistisk signifikant lineær sammenheng mellom gjennomsnittlig ADL- skår (i alle kartleggingene) og gjennomsnittlig tid mellom ADL-kartleggingene.¹⁵⁷ Når gjennomsnittlig ADL-skår øker med en enhet (for eksempel fra 2 til 3), synker i gjennomsnitt antall dager mellom ADL-kartleggingene med 155 dager i datamaterialet, jf. figur 18.¹⁵⁸ Dette kan tyde på at de som har størst behov for tjenester (høy ADL-skår) kartlegges oftere enn de som har mindre behov (lav ADL-skår). Men det kan også bety at de som kartlegges ofte får en mer realistisk ADL-kartlegging i tråd med personens faktiske behov og utvikling, mens de som ikke kartlegges like ofte etter hvert har en ADL-skår som er utdatert og for lav i forhold til faktisk behov.

¹⁵⁷ Persons R = -0.65

¹⁵⁸ Signifikansnivået = 0.02862. En lav p-verdi (vanligvis under 0.05) indikerer ofte en signifikant sammenheng, men dette avhenger også av konteksten til dataene. T = -2.602

Figur 18 Punktdiagram med regresjonslinjer som viser sammenheng mellom gjennomsnittlig ADL-skår og tid mellom kartlegginger (N = 19)



5.6. Dokumentere informasjon om ernæring i pasientenes journal (EPJ)

Tabell 57 viser at det varierer i hvilken grad respondentene svarer at ansatte på sykehjemmet dokumenterer gjennomførte risikovurderinger, individuell kartlegging og individuell ernæringsplaner i pasientjournal. Mens et flertall svarer at risikovurderinger (62 prosent) og kartlegginger (56 prosent) dokumenteres i stor eller svært stor grad, er det til sammenligning en lavere andel (25 prosent), som erfarer at ernæringsplaner dokumenteres i stor eller svært stor grad. Det er også mange som svarer vet ikke eller ikke relevant på spørsmålene.

Tabell 57 Spørreundersøkelsen: I hvilken grad dokumenteres følgende i pasientenes journal (EPJ) for pasienter som bor på sykehjemmet. (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)

Spørsmål	I liten eller svært liten grad	I noen grad	I stor eller svært stor grad	Vet ikke/ikke relevant
Gjennomførte risikovurderinger	0 %	6 %	62 %	31 %
Individuell kartlegging	6 %	12 %	56 %	25 %
Individuell ernæringsplan	0 %	50 %	25 %	25 %

Når det gjelder hjemmetjenesten viser tabell 58 at flere respondenter melder at risikovurderinger (44 prosent) og individuell kartlegging (38 prosent) dokumenteres i stor eller svært stor grad. Få respondenter oppgir at disse aspektene dokumenteres i liten eller i noen grad. Tabellen viser også at en noe lavere andel (25 prosent) melder at individuell ernæringsplan dokumenteres i stor eller svært stor grad,

Tabell 58 Spørreundersøkelsen: I hvilken grad dokumenteres følgende i pasientenes journal (EPJ) for pasienter som bor på sykehjemmet. (N = 16 ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten og leger)

Spørsmål	I liten eller svært liten grad	I noen grad	I stor eller svært stor grad	Vet ikke/Ikke relevant
Gjennomførte risikovurderinger	0 %	0 %	44 %	56 %
Individuell kartlegging	6 %	0 %	38 %	56 %
Individuell ernæringsplan	0 %	12 %	25 %	62 %

6. Revisjonens vurderinger

Kommunen har i all hovedsak gode rutiner for legemiddelhåndtering, men kan bli bedre på dokumentasjon og journalføring

Pasientene på både sykehjemmet og hjemmetjenesten benytter mange medisiner. Ni utvalgte pasienter på sykehjemmet benytter til sammen 67 medisiner, mens like mange utvalgte pasienter i hjemmetjenesten benytter til sammen 79 medisiner. Antall medisiner per pasient i saksgjennomgangen på sykehjemmet varierer fra 3 til 15 i sykehjemmet og fra 6 til 13 i hjemmetjenesten. Flere av medisinene har høy risiko og det er viktig av hensyn til pasientsikkerheten at kommunen har gode rutiner for både legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang, samt dobbeltkontroll, observasjon og rapportering av effekter tilbake til ordinerende lege.

Både sykehjemmet (Bygdaheimen) og hjemmetjenesten har gode rutiner for utdeling og kontroll av legemidler, men etterlevelsen av rutinene varierer når det gjelder dobbeltkontroll. Det er positivt at kommunen benytter en farmasøyt fra Sykehusapotekene til å gjennomføre internrevisjon på legemiddelområdet og til å holde kurs for ansatte. Internrevisjonstiltaket bidrar til kontinuerlig kvalitetsutvikling på legemiddelområdet. Det er også positivt at kommunen, som følge av internrevisjonen, nå gjennomfører risikovurderinger på systemnivå av legemiddelhåndteringsprosessen. Etter revisjonens vurdering bør kommunen også vurdere å gjennomføre lignende risikovurderinger av ernæringsprosessene. De ansatte opplever også at kommunen har gode rutiner og tilstrekkelig med kompetanse og kapasitet når det gjelder legemiddelhåndtering. Det er imidlertid utfordrende å skaffe tilstrekkelig med sykepleierkompetanse, noe som dels forklarer manglende gjennomføring av dobbeltkontroll.

Når det gjelder observasjon og rapportering av eventuelle bivirkninger tilbake til ordinerende lege kan kommunen bli bedre når det gjelder systematikk og skriftlighet. Det er imidlertid en fordel for pasientsikkerheten at forholdene er små og at det er tett kontakt mellom både sykehjem/hjemmesykepleie og legene. Dette fører til at ordinerende lege som regel vil få tilbakemelding dersom helsepersonell observerer negative effekter av tildelte legemidler. Det er likevel flere ansatte som melder behov for økt observasjonskompetanse, og det kan være behov for en mer systematisk tilnærming på området. Kommunen bør derfor vurdere å iverksette tiltak for å styrke observasjonskompetansen til de ansatte, samt etablere systemer og rutiner som sikrer at effekter av legemidler dokumenteres og rapporteres skriftlig til ordinerende lege.

Kommunen har nylig tatt i bruk et nytt kvalitets- og avvikssystem (Compilo), men de ansatte melder i varierende grad inn avvik i systemet. Dette gjelder spesielt på sykehjemmet, hvor det i 2022 og 2023 kun ble meldt inn henholdsvis 2 og 5 avvik om legemiddelhåndtering. Det er heller ikke meldt inn noen avvik fra verken sykehjemmet eller hjemmetjenesten, som gjelder ernæring. Det er også flere ansatte som melder at ledelsen i varierende grad iverksetter hensiktsmessige tiltak, når avvik meldes inn. Årsaker til at det i liten grad meldes avvik kan være manglende kjennskap til hvordan avvik skal meldes i det nye systemet. Det kan også skyldes at det i varierende grad er en god kultur for å melde avvik i kommunen.

Revisjonen mener at underrapportering av avvik er uheldig. Det kan både hindre at kommunen lukker vesentlige avvik i rutiner og praksis, og det kan redusere pasientsikkerheten. Det er derfor viktig at

ledelsen arbeider systematisk for at alle avvik meldes og at tiltak iverksettes både når det gjelder legemiddelhåndtering og ernæring.

Når det gjelder legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang har sykehjemmet i all hovedsak en god praksis. Det er et system på plass som sikrer at det gjennomføres legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang ved innkomst og ved endringer og deretter minst årlig kontroll. Tilsynslegen gjennomfører også legevistiter hver torsdag og har høy grad av tilgjengelighet. Kommunen har imidlertid i varierende grad systemer og rutiner som sikrer at legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang utføres og dokumenteres etter spesiell systematikk eller metode. Det går heller ikke fram av journal at legemiddelsamstemming er gjennomført eller hvordan legemiddelgjennomgangen er gjennomført. Dette kan påvirke pasientsikkerheten, blant annet ved tilfeller av feilmedisinering. Kommunens system er også sårbart og avhengig av at nøkkelpersoner (tilsynslege og fagansvarlig sykepleiere) er til stede. Revisjonen vurderer likevel at kommunens praksis er god, og det er positivt at tilsynslegen har god tilgjengelighet ved behov.

Hjemmetjenesten har også systemer som sikrer at alle pasienter, som bor hjemme får en legemiddelsamstemming når de starter med legemiddelrelaterte tjenester, men det mangler gode systemer og rutiner som sikrer at alle pasienter får legemiddelgjennomgang ved behov. Flere hjemmeboende pasienter er sjelden hos fastlegen og det kan dermed gå flere år mellom hver gang fastlegene går gjennom legemiddelbruken til pasientene. Pasientene følges imidlertid opp av hjemmesykepleien, som melder til legene ved behov for endringer i medisinbruk. Tilsynslegen (som også er fastlege) mener imidlertid at kommunen bør etablere et system, som sikrer at pasientene som bor hjemme også får en årlig gjennomgang av legemiddelbruken, på linje med pasientene på sykehjemmet. Revisjonen mener dette er viktig, særlig på bakgrunn av det høye forbruket av legemidler hos flere pasienter som bor hjemme.

En årsak til at det i liten grad gjennomføres legemiddelgjennomganger for pasienter som bor hjemme er etter revisjonens vurdering at ansvaret er delt og fragmentert mellom fastlegene og hjemmesykepleien. Det er fastlegene, som er ansvarlig for legemiddelhåndteringen overfor hjemmeboende pasienter, mens hjemmesykepleien har samtidig ansvar for utdeling, observasjon og rapportering tilbake til lege mv. Selv om fastlegene har et hovedansvar for legemiddelgjennomgang for hjemmeboende pasienter på sin liste, har kommunen et overordnet ansvar for både fastlegetjenestene og hjemmesykepleien.

Fastlegetjenestene inngår som en del av det kommunale tjenestetilbudet, og det er viktig at fastlegetjenesten framstår som en koordinert del av det kommunale tjenestetilbudet. Revisjonen mener derfor det er viktig at kommunen etablerer rutiner og systemer som sikrer at hjemmeboende pasienter jevnlig får sin medisinbruk vurdert av lege i tråd med nasjonale retningslinjer.

Kommunen har ikke etablert systemer og rutiner for tverrfaglige møter når det er nødvendig, men det gjennomføres enkelte tverrfaglige møter ved behov. Tverrfaglige møter for brukere med behov i hjemmetjenesten og på sykehjem er viktige av flere grunner. Det medfører at fagpersoner med ulik kompetanse kan arbeide sammen for å sikre at pasientene får et godt tilrettelagt tilbud. Det fremmer også utvikling av felles kompetanse og tilnærming på tvers av fagområder i kommunen. Dette er også viktig for å sikre at kommunens samlede kompetanse kan benyttes overfor enkeltpasienter når det er

nødvendig. Etter revisjonens vurdering bør derfor kommunen vurdere å etablere rutiner og systemer som sikrer at det gjennomføres tverrfaglige møter ved behov.

Kommunens praksis er varierende når det gjelder å registrere og dokumentere all lovpålagt informasjon i pasientjournal. Dette gjelder både løpende journalføring og lovpålagt informasjon som skal rapporteres til myndighetene (IPLoS). Det gjelder også i noen grad flere fysiske dokumenter, som er plassert i permer som kartleggingsskjemaer, legemiddellister og notater. Fordi kommunen er liten og forholdene er relativt oversiktlige får ikke varierende grad av dokumentasjon og journalføring samme konsekvens for tjenestene som i en større kommune, hvor det er avgjørende at all helsehjelp dokumenteres i journal for at kommunen skal kunne ha nødvendig kontroll. Av hensyn til pasientsikkerheten er det likevel avgjørende at kommunen etablerer systemer og rutiner, som sikrer at all lovpålagt informasjon løpende registreres i pasientjournal (EPJ)/IPLoS.

Kommunen benytter dels to systemer for å holde oversikt over legemiddelbruken til pasientene. Kommunen benytter pasientjournalen (Geric) med tilhørende mobilapplikasjon (Mobil pleie) i tillegg til et system med fysiske mapper med egne medisinark per pasient. Disse medisinarkene skal scannes og legges inn i pasientjournal. Ansatte begrunner bruk av doble systemer med at mobilapplikasjonen oppleves som tungvint, mens mappesystemet er godt innarbeidet. Revisjonen mener at det på sikt kan være et mulig effektiviserings- og forbedringspunkt å gå over til å kun benytte digitale løsninger. Dette forutsetter imidlertid at gode digitale løsninger er tilgjengelig. Revisjonen ser i denne forbindelse at det foregår et arbeid på nasjonalt nivå for å i større grad digitalisere legemiddelhåndteringen.

Hemsedal kommune er i gang med å implementere systemer og rutiner for arbeid mot underernæring

Hemsedal kommune har tidligere i liten grad hatt systemer og rutiner for arbeid mot underernæring, men er i gang med å implementere dette ved både sykehjemmet og i hjemmetjenesten i 2023/2024. Mangel på dokumenterte risikovurderinger, kartlegginger og ernæringsplaner med tiltak viser at det tidligere har vært lite systematikk og rutiner på området.

Revisjonen mener det er positivt at kommunen nå er i gang med å etablere rutiner og systemer for ernæringsarbeid. Det er viktig at kommunen etablerer rutiner og systemer som sikrer at alle pasienter vurderes for risiko og at pasienter med observert risiko kartlegges nærmere for å avdekke underliggende årsaker og at de med behov får en ernæringsplan med tiltak.

Det er mer utfordrende for de ansatte å følge opp ernæringsstatus for pasienter som bor hjemme, sammenlignet med de som bor på sykehjemmet. All helsehjelp er basert på frivillighet, men det er uansett viktig at kommunen har på plass gode systemer og rutiner, som sikrer at pasienter som har behov for ernæringsmessig bistand og oppfølging får det. Det er også viktig at rutinene gjøres kjent blant helsepersonell, og at helsepersonell får tilstrekkelig opplæring om ernæring. Det er flere ansatte som melder at det er behov for å øke kompetansen til de ansatte når det gjelder ernæring både ved sykehjemmet og i hjemmetjenesten.

Kommunen har likevel få pasienter og det er relativt oversiktlige forhold. Ansatte forklarer derfor at kommunen har god oversikt over ernæringsstatusen til pasientene, selv som om rutinene og systemene på dette området ikke har vært på plass. Det trekkes også fram som positivt at kommunen har eget kjøkken som lager kvalitetsmat til både pasienter på sykehjemmet og pasienter som bor hjemme.

Når det gjelder nødvendig tannbehandling og munnhygiene, som også er et grunnleggende behov knyttet til ernæring, har kommunen gode rutiner på sykehjemmet. Fylkeskommunal tannpleier er jevnlig innom og holder kurs for ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten. Vurderinger gjort av pasientenes tannhelse blir imidlertid i liten grad dokumentert i journalsystemet Gerica og i IPLOS.

Når det gjelder pasienter som bor hjemme, er det i mindre grad fokus på pasientenes tannbehandling. Revisjonen mener det er viktig at også hjemmesykepleien fokuserer på tannpleie hos hjemmeboende pasienter. God munn- og tannhelse er en viktig del av den generelle helsen og kan påvirke ernæringsstatus og livskvalitet hos hjemmeboende pasienter.

Konklusjon

Revisjonen mener at kommunen i stor grad har rutiner og praksis, som sikrer en forsvarlig legemiddelhåndtering på sykehjemmet. I hjemmetjenesten er det til sammenligning behov for å utarbeide systemer og rutiner, som sikrer at hjemmeboende pasienter systematisk får legemiddelgjennomgang. Når det gjelder ernæring er kommunen i gang med å lage systemer og rutiner, men det kan være behov for å øke de ansattes kompetanse på området.

Andre forhold

Kommunen har i liten grad etablert systemer og rutiner for å innhente nødvendig informasjon og rapportere om kvalitet og tilstand i tjenestene i linjen til administrativ ledelse og til politisk nivå (kommunestyret). Kommunen har heller ikke etablert systemer og rutiner for å innhente informasjon fra pårørende eller brukere, for eksempel gjennom brukerundersøkelser. Revisjonen mener at det er viktig at kommunestyret, som er øverste ansvarlige for tjenestene får tilstrekkelig informasjon om kvaliteten på tjenestene til å kunne ivareta sitt overordnede tilsynsansvar. Informasjon om hvordan pårørende/pasienter opplever kvaliteten på tjenestene kan være relevant i denne forbindelse.

Det er få respondenter i spørreundersøkelsen som vurderer at sykehjemmet og hjemmetjenesten har tilstrekkelig samarbeid og kommunikasjon med pårørende. Dette kan tyde på at kommunen i liten grad har etablert systemer og rutiner som sikrer god pårørendeinvolvering. Revisjonen mener dette er avgjørende for å sikre gode tjenester, særlig overfor pasienter som bor hjemme.

7. Anbefalinger

Med bakgrunn i vår gjennomgang vil vi anbefale Hemsedal kommune å gjennomføre følgende:

1. Kommunen bør sørge for at alle relevante avvik meldes i kommunens avvikssystem.
2. Kommunen bør etablere rutiner og systemer som sikrer at hjemmeboende pasienter jevnlig får sin medisinbruk vurdert (legemiddelgjennomgang) av lege.
3. Kommunen bør etablere systemer og rutiner som sikrer at helsepersonell som deler ut medisiner alltid observerer og ev. rapporterer uheldige reaksjoner og bivirkninger.
4. Kommunen bør sørge for at all nødvendig helsehjelp dokumenteres i pasientjournal, og at alle lovpålagte opplysninger (IPLoS) fylles ut.
5. Kommunen bør vurdere å etablere systemer og rutiner som sikrer at det gjennomføres tverrfaglige møter for pasienter med behov for det.
6. Kommunen bør sikre at ansatte får tilstrekkelig kompetanse om ernæring
7. Kommunen bør etablere systemer og rutiner som sikrer at alle pasienter på sykehjemmet og i hjemmetjenesten systematisk vurderes for risiko for underernæring, og at pasienter med observert risiko kartlegges og får en ernæringsplan med hensiktsmessige tiltak .

Et utkast til rapport har blitt oversendt kommunedirektøren til uttalelse. Kommunedirektørens uttalelse i brev av 20. juni 2024 er vedlagt rapporten.

Drammen, 25. juni 2024

Anne- Lise Stender

prosjektmedarbeider

Morten L. Kallevig

prosjektleder

Torkild Halvorsen

oppdragsansvarlig revisor

Referanser

Lover, forskrifter og reglement

Helse- og omsorgstjenesteloven

Helsepersonelloven

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene

Legemiddelhåndteringsforskriften

Tannhelsetjenesteloven

Forskrift om fastlegeordning i kommunene

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp

Stortingsdokumenter

Meld. St. 11 (2020–2021) Kvalitet og pasientsikkerhet 2019

Meld. St. 11 (2020–2021), Kvalitet og pasientsikkerhet 2019

Meld. St. 24 (2022–2023) Fellesskap og meistring. Bu trygt heime

Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Veiledere og standarder

Direktoratet for medisinske produkter (2016) Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang

Ehelse (2024) Plan for digitalisering på legemiddelområdet

Helsedirektoratet (2012) Veileder om legemiddelgjennomganger

Helsedirektoratet (2015) Legemiddelhåndteringsforskriften. Rundskriv IS-7/2015

Helsedirektoratet (2017) Ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift

Helsedirektoratet (2017) Nasjonal faglig retningslinje om demens (demensretningslinjen),
Helsedirektoratet. Sist faglig oppdatert 31. oktober 2022,

Helsedirektoratet (2017) Oppfølging av personer med store og sammensatte behov

Helsedirektoratet (2018) Riktig dobbeltkontroll kan redusere antall legemiddelfeil. Læringsnotat fra
Meldeordningen IS-2774

Helsedirektoratet (2019) Multidose

Helsedirektoratet (2021) Forebygging og behandling av underernæring

Helsedirektoratet (2022) Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang

Helsedirektoratet (2024) Registrering av helse- og omsorgsdata i kommunen.

Helsedirektoratet mfler. Sjekkliste ved legemiddelgjennomgang

Helsedirektoratet: Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring
2.opplag/09/2010.

Helsetilsynet (2021) Gode rutiner for legemiddelhåndtering

KS (2023) Digital legemiddelhåndtering i kommunal sektor

Senter for omsorgsforskning (2016) Legemiddelbruk og pasientsikkerhet

Rapporter

Dokument 3:5 (2018–2019) Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen

Helse Bergen (2022) Kompetanse og ansvar ved legemiddelhåndtering: Ordinering, istandgjøring,
dobbeltkontroll, utdeling

Helsedirektoratet (2023) Bruk av tjenester i kommunene og somatiske sykehus blant skrøpelige eldre

KS (2024) Digital legemiddelhåndtering i kommunal helse- og omsorgssektor

Senter for omsorgsforskning (2016) Legemiddelbruk og pasientsikkerhet

Nettsider:

<https://ndla.no/subject:1:1b7155ae-9670-4972-b438-fd1375875ac1/topic:f34d2b28-d8dc-4ecb-aad6-c27b746861b7/topic:c1f71287-3b42-4e57-b589-3c830dfc6224/resource:3e61aaa1-7ebf-44ad-ab53-109b9091f778>

<https://www.fhi.no/he/kpr/statistikk-og-rapporter/>

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/underernaering/om-underernaering>

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/rapportering-av-om-personen-er-vurdert-av-tannhelsepersonelllege#vurdert-av-tannhelsepersonell>

[https://www.legemiddelhandboka.no/G24/Legemiddelgjennomgang_\(LMG](https://www.legemiddelhandboka.no/G24/Legemiddelgjennomgang_(LMG)

Vedlegg 1 – Uttalelse fra kommunedirektør, datert 20. juni 2024



Hemsedal kommune

VIKEN KOMMUNEREVISJON IKS
Postboks 4197
3005 DRAMMEN

Dykkar ref.	Vår ref.	Dato
	2024/1285-3	20.06.2024

Forvaltningsrevisjon om legemiddelhandtering og ernæring i Hemsedal kommune - uttale

Viser til mail av 18. juni der Kommunedirektør vert oppmoda om å gje ei uttale til rapporten.

Nasjonalt er ein kjent med at det til dels er store utfordringar med pasientsikkerheit i eldreomsorg. Legemiddelhandtering og ernæring er her sentralt. Slik sett er det bra at kontrollutvalet har satt fokus på dette området, og gjort ei nærmare analyse av kommunen si forvaltning.

Som rapporten syner har kommunen i all hovudsak gode rutinar for legemiddelhandtering, men kan bli betre på dokumentasjon og journalføring. Kommunen er vidare i gang med å implementere system og rutinar for arbeid med underernæring, men også avvikshandtering generelt.

Kommunerevisjonen sine funn og rapport, med tilrådde tiltak vert aktivt følgt opp, og handlingsplan for oppfølging er etablert. Som også rapporten syner er OU-prosess (2023-2024) foredla vidare med auka leiarstøtte, og tydeleggjering av ansvar og roller i aktuell sektor.

Ansvarleg leiar har etablert følgjande handlingsplan som følgjer opp rapporten sine funn;

1. Gjennomgå og gje opplæring i avvikssystem (Compilo) i alle avdelingar innan 1/9-2024
2. Gjennomgang av rutinar og system som sikrar legemiddelsgjennomgang i heimesjukepleie og legetenesta saman med tilsynsfarmasøyt, veke 42
3. Gjennomgå rutiner og system som sikrar at helsepersonell observerer og rapporterer uheldige reaksjon og biverknad saman med tilsynsfarmasøyt, veke 42
4. Gjennomføre opplæring og oppdateringskurs i dokumentasjon og IPLOS (Individbasert pleie og omsorgsstatistikk) innan 1/11-2024

Hemsedalsvegen 2889, 3560 HEMSEDAL
www.hemsedal.kommune.no
postmottak@hemsedal.kommune.no

Tlf.: 31408800
Org.nr: 964952701

Bankgiro: 23672014964



HALLINGDAL

5. Gjennomgang av rutinar og system som sikrar at det vert gjennomført tverrfaglege møter for pasientar som har behov innan 1/10-2024
6. Kommunen er i dialog med KEF (Klinisk Ernærings Fysiolog) om ei opplæringspakke for tilsette i verksemda. Tilbod til alle tilsette om E-læringskurs i ernæring hausten 2024
7. Gjennomgang av rutinar og system som sikrar at alle pasientar systematisk vert vurdert for risiko for underernæring og at aktuelle risikopasientar får ein plan med tiltak. Rutinane skal utarbeidast i samråd med KEF i Hallinghelse.
8. Utvikle rutinar for brukar og pårørendesamarbeid og gjennomføring av brukar undersøkingar
9. Etablere system og rutine som sikrar at Kommunestyre og avgjerdstakarar får nødvendig informasjon om kvalitet på tenesta.
10. Forvaltningsrevisjonens sin rapport vert gjennomgått med tilsynsfamasøyt, KEF, kommuneoverlege og andre aktuelle samarbeidsinstanser når den er offentlig og andre nødvendige tiltak vil bli etablert.

Kommunalsjef for helse og omsorg stadfester at aktuelle tiltak vert etablert og gjennomført.

Med helsing

Ola Frogner

Konstituert Kommunedirektør

Elektronisk godkjent utan signatur

Vedlegg 2 – RSK 001 – Standard for forvaltningsrevisjon

Nedenfor følger et kort resyme av RSK 001, med de viktigste punktene som skal følges.

Fastsatt av NKRFs styre 12.08.2020 og gjort gjeldende som god kommunal revisjonsskikk for forvaltningsrevisjoner med oppstartsbrief sendt etter 30.09.2020.

Standarden er bygget opp med 34 punkter bestående av grunnleggende prinsipper og revisjonshandlinger i forvaltningsrevisjon, hvor noen er anbefalinger og noen er obligatoriske krav. Standarden fastsetter normer for planlegging, gjennomføring og rapportering av forvaltningsrevisjon i kommuner, fylkeskommuner og i (fylkes)kommunalt eide selskap.

Gjennomføring av forvaltningsrevisjon er en lovpålagt oppgave i kommuner og fylkeskommuner¹⁵⁹, og kontrollutvalget skal påse at det utføres forvaltningsrevisjon. Det skal utarbeides en plan for forvaltningsrevisjon som viser på hvilke områder det skal gjennomføres forvaltningsrevisjoner. Denne skal baseres på en risiko- og vesentlighetsvurdering, og den skal vedtas av kommunestyret eller fylkestinget selv.

Forvaltningsrevisjon innebærer å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak og forutsetninger. Forvaltningsrevisjon skal ikke overprøve politiske prioriteringer som er foretatt av kommunens eller fylkeskommunens folkevalgte organer.

Punkt	Innhold
	Innledning
1-3	Krav til revisor
4-8	Bestilling og problemstilling
9-13	Revisjonsdialogen
14-15	Revisjonskriterier
16-19	Metode og data
20-22	Vurderinger og konklusjoner
23	Anbefalinger
24-28	Rapport
29-31	Dokumentasjon
32-34	Kvalitetssikring og kvalitetskontroll

Krav til revisor:

Det skal utpekes en oppdragsansvarlig for hvert oppdrag i forvaltningsrevisjon, og denne er ansvarlig for å påse at standardens krav er oppfylt. Oppdragsansvarlig revisor skal sikre at forvaltningsrevisjonen gjennomføres med tilstrekkelig kunnskap om og ferdigheter i relevante metoder, og med tilstrekkelig kunnskap om temaet som revisjonen omhandler. Revisor skal være uavhengig og objektiv ved utførelsen av sine oppgaver.

Bestilling og problemstilling:

Forvaltningsrevisjonen skal gjennomføres i samsvar med kontrollutvalgets bestilling, og revisor skal vurdere om kontrollutvalgets bestilling lar seg gjennomføre. Revisor skal forsikre seg om at kontrollutvalget og revisor har lik forståelse av oppdraget, at rammene er tilstrekkelig klarlagt, og om nødvendig avklare bestillingen med kontrollutvalget.

¹⁵⁹ LOV 2018-06-22 nr 83, Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven), syvende del, kapittel 22 til 26, §§ 22-1 til 26-1

Revisor skal sikre at det utarbeides problemstillinger som er tilstrekkelig konkretisert og avgrenset til å kunne besvares, og at de er egnet til å besvare kontrollutvalgets bestilling. Dersom det er behov for å endre problemstillinger underveis slik at det kan ha betydning for gjennomføringen av oppdraget, skal dette avklares med kontrollutvalget.

Revisor skal utarbeides en skriftlig prosjektplan for hver forvaltningsrevisjon, som redegjør for problemstillinger, revisjonskriterier eller grunnlaget for disse, og metodebruk.

Revisjonsdialogen:

Revisor skal iverksette tiltak som er egnet til å sikre god dialog med revidert enhet, øvrige involverte og andre relevante aktører. Senest før datainnsamling starter skal revisor sende oppstartsbrev til kommunedirektøren (alt. selskapet). Som hovedregel skal det avholdes oppstartsmøte hvor det redegjøres for bakgrunn, problemstillinger, revisjonskriterier, informasjonsbehov og planlagt gjennomføring av forvaltningsrevisjonen.

Utkast til rapport skal sendes kommunedirektøren (alt. selskapet som er gjenstand for forvaltningsrevisjon), og uttalelsen skal fremgå av rapporten i sin helhet. Endelig rapport skal oversendes kontrollutvalget, med kopi til kommunedirektøren (alt. selskapet).

Revisjonskriterier:

Med utgangspunkt i problemstillinger skal revisor etablere revisjonskriterier utledet fra autoritative eller anerkjente kilder innenfor det reviderte området. Kildene skal presenteres for revidert enhet, som skal gis anledning til å komme med innspill. Revisjonskriteriene skal være relevante, konkrete og i samsvar med de kravene som gjelder for revidert enhet innenfor den aktuelle tidsperioden.

Metode og data:

Revisor skal sikre dataenes relevans (gyldighet, validitet) for problemstillingen, og datainnsamlingen skal gjennomføres på en måte som sikrer dataenes pålitelighet (reliabilitet). Metodevalg skal begrunnes og eventuelle svakheter i datamaterialet skal synliggjøres. Det skal innhentes data i tilstrekkelig omfang til å kunne gjøre vurderinger og svare på problemstillingene. Data som er fremkommet muntlig skal nedtegnes skriftlig og bekreftes av kilden. Personopplysninger skal behandles i tråd med kravene i personopplysningsloven.

Vurderinger, konklusjoner og anbefalinger:

Revisor skal vurdere innsamlede data opp mot revisjonskriteriene, og dersom det avdekkes vesentlige avvik skal det komme tydelig frem i rapporten. Vurderinger må være objektive, og med bakgrunn i disse skal revisor konkludere i forhold til problemstillingene.

Anbefalinger er ikke obligatorisk, men skal gis der dette er hensiktsmessig ut fra data, vurderinger og konklusjoner. Anbefalinger skal ikke gis i form av detaljerte løsninger.

Rapport:

Det skal skrives rapport til hvert forvaltningsrevisjonsprosjekt, og rapporten skal utformes så leservennlig som mulig med hensyn til språk og struktur.

Rapporten skal vise sammenhengen ("den røde tråden") mellom problemstillinger, revisjonskriterier, innsamlede data, vurderinger, konklusjoner og eventuelle anbefalinger, og det skal være et klart skille mellom hva som er presentasjon av data (fakta) og hva som er revisors vurderinger. Praksis eller tilstand innen det reviderte området skal beskrives i et omfang som i tilstrekkelig grad underbygger revisors vurderinger og konklusjoner.

Dokumentasjon:

Forvaltningsrevisjon skal dokumenteres på en måte som er tilstrekkelig til å gi en totalforståelse av utførelsen av prosjektet, og til å underbygge revisors vurderinger og konklusjoner. Forhold som tilsier at det kan foreligge misligheter eller feil, skal dokumenteres særskilt. Det samme gjelder dersom det avdekkes åpenbare brudd på annet regelverk enn det som inngår i revisjonen. Dokumentasjon skal oppbevares i minst 10 år.

Kvalitetssikring og system for kvalitetskontroll

Utførelse av forvaltningsrevisjon skal kvalitetssikres, og denne skal dokumenteres. Den skal sikre at undersøkelse og rapport har nødvendig faglig og metodisk kvalitet og følger denne standard.

Revisjonsenheten skal dokumentere et system for kvalitetskontroll.

Vedlegg 3 – Aktive medikamenter som pasientene i utvalget for saksgjennomgangen benytter

På sykehjemmet er det samlet sett omtrent 46 ulike medisintyper som benyttes overfor de 9 pasientene i saksgjennomgangen.

Tabell 59 Medisintyper som benyttes i saksgjennomgangen på sykehjemmet

medisin	Type forklaring	Antall pasienter
Paracet	Smertestillende og febernedssettende middel	6
Calcigran Forte	Vitamin D- og kalsium	4
Burinex	Urindrivende middel	3
Heminevrin	Abstinenssymptomer ved nattlig uro	3
Metoprolol Sandoz	Høyt blodtrykk	3
Cetirizin Sandoz	Allergi	2
Duphalac	Avføringsmiddel	2
Ferromax SySk	Jernmangel	2
Mometason Glenmark	Redusere rødhet og kløe	2
Movicol	Avføringsmiddel	2
Somac	Reduserer syremengde	2
Zopiclone Actavis	Søvnvansker	2
Aerius 5 mg	Betennelsesdempende	1
Amlodipin Sandoz tab 10 mg	Behandle høyt blodtrykk	1
Behepan tab 1 mg	Vitamin B12	1
Betulac laktulose	kosttilskudd til bruk ved treg mage	1
Bisolvon	Behandling slim (bronkiasekret)	1
Cipralax	Depresjon	1
Dermovat	Hudtilstander som eksem (kortikosteroid)	1
Divisun	Vitamin D3	1
Dymista	Allergi	1
Efexor Depot	Depresjon og angst	1
Eliquis	Hindre at blodpropp	1
Folsyre NAF	B-vitaminer	1
Fosrenol	Senke fosfatnivået i blodet	1
Glimepirid	Blodsukkersenkende legemiddel	1
Hiprex	Forhindrer urinveisinfeksjon	1
Insulatard FlexPen	Insulin	1
Lactulose	Avføringsmiddel	1
Laktulose MIP Pharma	Avføringsmiddel	1

Laxoberal draper	Forstoppelse	1
Levaxin	Lavt stoffskifte	1
Metformin	Diabetes type 2	1
Norspan	Smertestillende	1
Nycoplus	Vitamin D	1
Olanzapine Teva	Antipsykotika	1
Opatanol	Allergi	1
Pantoprazol Krka	Reduserer mengden syre	1
Prednisolon	Betennelsestilstander	1
Ramipril	Behandle høyt blodtrykk	1
Risperidon Sandoz	Antipsykotika	1
Rocaltrol	Vitamin D3	1
Sobril	Angstdempende	1
Ventoline	Bronkitt mv.	1
Vitamin B12	Vitamin B12	1
Xarelto	Forebygge blodpropp	1

Tabell 60 Medisintyper som benyttes i saksgjennomgangen i hjemmetjenesten

medisin	type	n
Albyl-E	Forebygge blodpropp	4
Calcigran Forte	Vitamin D- og kalsium	4
Selo-Zok	Høyt blodtrykk	4
Alendronat Sandoz	Behandle benskjørhet	3
Jardiance	Diabetes type 2	3
Metoprolol Sandoz	Høyt blodtrykk	3
Nexium Enterotab	Reduserer syreproduksjonen i magen	3
Norspan	Smertestillende	3
Vitamin B12	Vitamin B12	3
Abilify	Antipsykotisk legemiddel	2
Amlodipin Sandoz tab 5 mg	Behandle høyt blodtrykk	2
Candesartan/ Hydrochlorothiazide	Behandle høyt blodtrykk (hypertensjon)	2
Diovan	Høyt blodtrykk.	2
Eliquis	Hindre at blodpropp	2
Januvia	Øke insulinivåene (type 2-diabetes)	2
Kalcipos-Vitamin D	Kalsium- og vitamin D	2
Levaxin	Lavt stoffskifte	2
Monoprost	Senker trykket i øyet	2
Movicol	Avføringsmiddel	2
Nycoplus	Vitamin D	2
Paracet	Smertestillende og febernedssettende middel	2
Prolia	Behandle osteoporose	2

Ramipril Hexal	Behandle høyt blodtrykk	2
Simvastatin Sandoz	Redusere kolesterol	2
Somac	Reduserer syremengde	2
Atorvastatin Xiromed tab 40 mg	Redusere forhøyet total kolesterol	1
Burinex	Urindrivende middel	1
Cipralax	Depresjon	1
Circadin	Insomnia	1
Duaklir Genuair	Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols)	1
Ferromax SySk	Jernmangel	1
Furix retard	Urindrivende og blodtrykksenkende	1
Hyrimoz	Behandle betennelsesykdommer	1
Lasix Retard	Hjertesvikt eller ødemer	1
Lipitor	Lipid (fett)/kolesterol regulerende	1
Metformin oriofarm	Diabetes type 2	1
NovoRapid	Insulin	1
Pradaxa	Hindrer blodpropper	1
Spirix	Vann drivende og reduserer høyt blodtrykk	1
Tramagetic Retard	Smertestillende	1
Tresiba	Diabetes	1
Xarelto	Forebygge blodpropp	1



Vi kan kommuner

Viken kommunerevisjon IKS

Org.nr.: 985 731 098 MVA

post@vkrevisjon.no | vkrevisjon.no

Hovedkontor - Drammen

Postadresse: Postboks 4197, 3005 Drammen

Besøksadresse: Øvre Eiker vei 14, 3048 Drammen

Avdelingskontor - Hønefoss

Postadresse: Postboks 123, Sentrum, 3502 Hønefoss

Besøksadresse: Osloveien 1, 3511 Hønefoss

Avdelingskontor - Follo

Postadresse: Postboks 173, 1401 Ski

Besøksadresse: Parkaksen 7, 1400 Ski

Avdelingskontor - Hallingdal

Besøksadresse: Alfarvegen 117, 3540 Nesbyen